



SVENSKT NÄRINGSLIV

Reformer för en tillgänglig, effektiv och innovativ hälso- och sjukvård

OKTOBER 2023



Författare: Lena Furmark och Roger Molin

Innehåll

Reformer för en tillgänglig och effektiv vård	3
Svensk hälso- och sjukvård har stora utmaningar	3
Svensk vård är dyr	4
Sverige har långa vårdköer och låg produktivitet	4
Sjukvårdens organisation är inte ändamålsenlig	4
Vad behöver göras?	5
Förslagen i sammanfattning	7
Resurser och produktivitet	7
Innovation och förnyelse	7
Patientmakt och valmöjligheter	7
Kompetensförsörjning och arbetsmiljö	8
Nationell it-infrastruktur för vården	8
Reformbehov och förslag på längre sikt	8
Hälso- och sjukvårdens resurser och produktivitet	9
Låg produktivitet trots ökande resurser	9
Effektivisering är nödvändig	10
Öppna jämförelser, benchmarking och statlig uppföljning	11
Rekommendationer och förslag	11
Demografi, sjukdomsbörda och prevention	12
Prevention	12
Kroniska sjukdomar	13
Ett nationellt vårdval för utvalda platsoberoende digitala tjänster	15
Rekommendationer och förslag	16
Patientmakt och valmöjligheter	17
Under mer än 30 år har patientens valfrihet successivt stärkts	17
Informationen om valmöjligheterna är inte tillräcklig	18
Rekommendationer och förslag	18
Innovation och förnyelse	19
Kraften från privata vårdgivare underutnyttjas	19
Rekommendationer och förslag	19
En nationellt jämlik primärvård	20
Rekommendationer och förslag	21

Arbetsmiljö och kompetensförsörjning	22
Rekommendationer och förslag	23
Köer, vårdgaranti och kapacitetsutnyttjande	24
Ett nationellt vårdval för dem som inte får sin vårdgarantiåtgärd i tid	25
Rekommendationer och förslag	26
Nationell digital infrastruktur för vården	27
Nationell AI-strategi för vården	29
Rekommendationer och förslag	29
Hälso- och sjukvårdens reformbehov på sikt	30
Primärvården i framtiden	31
Sammanhållet ansvar för hela vårdkedjan	32
Utvärdera internationella erfarenheter av alternativa sjukvårdssystem	33
Rekommendationer och förslag	34
Referenser	35

Reformer för en tillgänglig och effektiv vård

Svensk hälso- och sjukvård har stora utmaningar

Det är en minst sagt motsägelsefull bild som tonar fram när svensk hälso- och sjukvård analyseras och debatteras. Till det positiva hör att Sverige ligger bra till internationellt när det gäller så kallad åtgärdbar dödlighet, det vill säga den dödlighet som kan påverkas av åtgärder från sjukvården. Detta mått brukar också användas som ett övergripande mått på hälso- och sjukvårdssystemets kvalitet. Positivt är också att över 70 procent av Sveriges befolkning anger att de upplever sig ha ett gott allmänt hälsotillstånd i den nationella folkhälsoenkäten.

Samtidigt är listan över den svenska hälso- och sjukvårdens problem lång. Regionala kvalitetsskillnader, olagligt långa väntetider, dålig kontinuitet, otillräcklig prevention, överbelastade akutmottagningar, otillräcklig primärvård och bristande samverkan mellan vårdgivare är några exempel.¹ Organisationen är komplex, transparensen är låg och det är svårt att bedöma effektivitet, produktivitet och värdet av insatta skattemedel. Till detta kommer en alltmer ohållbar arbetsmiljö som gör det svårt att behålla och rekrytera personal.

Hur är detta möjligt i ett land som samtidigt är känt för sina goda medicinska resultat? Svaret på denna fråga är att det finns djupgående systembrister i sjukvårdens organisation. Svensk vård är dyr, har låg produktivitet och är inte ändamålsenligt organiserad för att möta framtidens hälsoutmaningar.

¹ Se bland annat Vad har IVO sett 2022?, Kontinuitet och fast läkarkontakt | Vård- och omsorgsanalys (vardanalys.se),

Svensk vård är dyr

Sverige har en förhållandevis dyr hälso- och sjukvård. År 2021 uppgick de offentliga kostnaderna för hälso- och sjukvård till cirka 614 miljarder kronor, vilket motsvarade drygt 11 procent av BNP. Detta placerar oss i EU:s toppskikt.²

Utöver direkta vårdkostnader tillkommer även indirekta kostnader i form av produktionsbortfall, orsakade av sjukfrånvaro och för tidig död. Produktionsbortfall på grund av ohälsa kan definieras som de varor och tjänster som skulle kunnat produceras om inte människor fått reducerad arbetskapacitet genom sjukdom eller skada. Dessa kostnader har tidigare beräknats till ungefär 370 miljarder kronor.^{3,4}

Sverige har långa vårdköer och låg produktivitet

Jämfört med 11 andra OECD-länder presterar Sverige i särklass sämst när det gäller andelen patienter som fått en planerad behandling eller operation inom en månad. I Sverige får bara 23 procent insatsen inom en månad, medan genomsnittet för övriga länder var cirka 50 procent.⁵

Sverige har 4,3 läkare per 1 000 invånare. Det är 20 procent mer än genomsnittet för OECD-länderna. I Sverige träffar en läkare i genomsnitt drygt 600 patienter per år. OECD-snittet är mer än 300 procent högre, 2 100 patienter per år.⁶ Det görs färre läkarbesök i Sverige än i något annat land i Västeuropa.

Den svenska sjukhusvården har i tidigare jämförelser med de nordiska länderna uppvisat en låg produktivitet under flera år.⁷ Svensk sjukvård saknar i hög utsträckning oberoende, kontinuerliga och övergripande uppföljningar av produktivitet och effektivitet. Visserligen presenteras och analyseras enstaka indikatorer genom initiativ från myndigheter och sjukvårdshuvudmän, men sällan analyseras prestationer, utfall och kvalitet relaterat till insatta resurser.

Sjukvårdens organisation är inte ändamålsenlig

I Sverige ansvarar 21 självstyrande regioner för sjukvården. Skillnaderna mellan regionerna i hur vården utförs är ofta stora⁸ och det är svårt att få genomslag för nationella ambitioner. Landets 290 kommuner ansvarar för äldrevård i särskilda boenden och hemsjukvård. Samverkan och koordination mellan olika vårdgivare

² Landprofil Sverige: 2021_chp_sv_swedish.pdf (europa.eu)

³ Nationella folkhälsoenkäten 2022

⁴ Samhällets kostnader för sjukdom 2017, IHE-rapport 2019:6, Kostnad-av-ohalsa-Vardet-av-medicinsk-forskning-och-utveckling.pdf (forskasverige.se)

⁵ IHP- International Health Policy (omfattar 10 OECD-länder), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

⁶ OECD, Health at a Glance, 2021

⁷ Rehnberg: Bäst och sämst på Vård. Kommissionen för skattenytta 2022

⁸ Olika eller ojämlik? | Vård- och omsorgsanalys (vardanalys.se)

och olika huvudmän är ofta otillräcklig. För den enskilda patienten är det svårt att få överblick av vem som har ansvaret för vad.

Skillnaderna i storlek, skattekraft och andra förutsättningar hos huvudmännen är stora samtidigt som medicinska landvinningar skapar allt större möjligheter och därmed större förväntningar hos allmänheten. Mycket av resurserna sitter fast i sjukhusvården. Trycket på akutsjukvården är idag ohanterligt högt på grund av otillräcklig prevention och en primärvård som går på knäna. Utskrivningsklara patienter tvingas vara kvar onödigt länge på sjukhuset eftersom det efterföljande omhändertagandet brister.⁹ Privata vårdgivares förmåga underutnyttjas. Innovation och nya arbetssätt får inte tillräckligt genomslag. Samtidigt utnyttjas inte de möjligheter som digitalisering och AI skapar på ett effektivt sätt. Den samlade ekvationen går helt enkelt inte ihop.

Vad behöver göras?

Omfattande försök att reformera och förtydliga vårdens organisation har gjorts samtidigt som mer resurser kontinuerligt har tillförts. Till exempel har ansatsen att förstärka primärvården präglat åtskilliga reformförsök utan att den fått verkligt genomslag.

Givet komplexiteten och mångfalden av aktörer kan det knappast förväntas att nödvändiga systemförändringar ska kunna genomföras utan ett starkt yttre tryck.

Det kommer att behövas ett radikalt skifte i svensk sjukvårdspolitik för att vända utvecklingen. Politiskt ledarskap krävs och staten bör ta kommandot över reformarbetet.

Regeringen har nyligen tillsatt en parlamentarisk utredning¹⁰ om ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Utredningen ska analysera och belysa för- och nackdelar med ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap samt lämna förslag som säkerställer ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Utredningen ska också föreslå en genomförandeplan för hur staten helt eller delvis kan ta över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården. Utredningen kommer att löpande kunna lämna förslag som lämnas till Regeringskansliet för beredning och framtagande av lagstiftning. Uppdraget ska slutredovisas i juni 2025.

Det är bra att huvudmannaskapsfrågan utreds. Sverige behöver strukturreformer på området. Men även om det skulle gå att få politisk enighet om sådana kommer stora förändringar att ta tid. Reformen som innebär ändrat huvudmannaskap tar med svenska genomförandeprocesser lång tid att genomföra, samtidigt som det är nu som köer behöver minska, arbetsmiljön förbättras och produktiviteten öka. Därför behövs det, parallellt med utredningsarbetet, åtgärder som frigör resurser och utvecklingskraft som kan realiseras i närtid.

⁹ Alla granskade sjukhus kritiserade av Ivo hittills: »Oacceptabel lägstänivå« (lakartidningen.se)

¹⁰ Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården Dir. 2023:73

Vi kommer i denna rapport att lämna ett antal förslag som vi anser bör beaktas dels i den parlamentariska utredningens arbete, dels i redan befintliga beslutsstrukturer. Några av förslagen skulle kunna beredas och genomföras redan under innevarande mandatperiod, medan andra är av mer långsiktig karaktär. Vår förhoppning är att förslagen stödjer lösningar som snabbt kan bidra till nödvändig omställning. Det är hög tid att lösa decennielånga problem, i synnerhet som det finns goda förutsättningar att bygga en långt bättre hälso- och sjukvård i Sverige.

De rekommendationer och förändringsförslag som vi lyfter fram syftar till att

- skapa förutsättningar för högsta möjliga medicinska kvalitet
- stärka patientens inflytande och valmöjligheter
- skapa förutsättningar för jämlik vård över hela landet
- förbättra effektiviteten samt få bort köer och flaskhalsar
- förstärka vårdens innovationsförmåga
- prioritera aktiv prevention av sjukdom och ohälsa
- förbättra kompetensförsörjning och arbetsmiljö i vården
- bättre nyttja kraften hos en mångfald av privata aktörer
- skapa välfungerade regelverk, ersättningsmodeller och upphandlingsformer
- positionera Sverige som internationellt ledande inom modern hälso- och sjukvård.

Förslagen i sammanfattning

Resurser och produktivitet

- Undvik generella höjningar av statsbidragen utan motkrav på effektiviseringsåtgärder.
- Undvik riktade statsbidrag utan krav på tydliga motprestationer.
- Inför mjukt skattestopp och undvik regionala skattehöjningar.
- Utveckla huvudmännens möjligheter till öppna jämförelser. Ställ krav på benchmarking.
- Utveckla former för en mer samlad statlig tillsyn och uppföljning. I detta ingår att Riksrevisionen ska effektivitetsgranska vården.

Innovation och förnyelse

- Förnyat fokus på moderna preventiva åtgärder för att klara framtida vårdbehov och långsiktig finansiering.
- Slå vakt om kombinationen av valfrihet för den enskilde och etableringsfrihet med skarpa certifieringskrav för kvalificerade vårdgivare.
- Inför ett nationellt vårdval för utvalda digitala tjänster som kompletterar och avlastar dagens vård.
- Ge den pågående utredningen för helt eller delvis statligt huvudmannaskap i uppdrag att föreslå utformning av ovanstående vårdval.
- Konkurrensutsätt en större del av den offentligt finansierade vården.
- Ge den pågående utredningen för helt eller delvis statligt huvudmannaskap i uppdrag att föreslå införande av nationellt enhetlig primärvård.

Patientmakt och valmöjligheter

- Stärk patienternas rätt att söka vård i hela landet.
- Ge patienter lagstadgad rätt att söka även slutna vård över regiongränserna.
- Skärpta tidsgränser i vårdgarantin.
- Inför ett nationellt vårdval för patienter som inte får vård av sin region inom vårdgarantins tidsgränser.

- Staten bör ta ökat ansvar för att samordna och följa upp information till invånare om lagstadgade patienträttigheter.
- Stärk informationen om utförarnas kvalitet till patienter och allmänhet, till stöd för bland annat möjligheten till informerade val.

Kompetensförsörjning och arbetsmiljö

- Minska den administrativa bördan genom att ge berörda myndigheter i uppdrag att fastställa tolkningar av lagar och regler, samt ta fram enhetliga dokumentations- och uppföljningskrav.
- Nyttja den kompetens och effektivitet i vårdproduktionen som erhålls genom ökad konkurrensutsättning och avtal med privata vårdgivare.
- Ta tillvara den kompetens och flexibilitet som inhyrning från bemanningsföretagen för med sig.

Nationell it-infrastruktur för vården

- Staten bör ange tydliga, transparenta och internationellt gångbara ramverk för it-interoperabilitet, användbara för både beställare och utvecklare.
- Staten bör hålla samman etablerandet av en förhandlingsmekanism för nationell it-infrastruktur.
- Privata vårdgivare ska kunna använda den nationella it-infrastrukturen på samma sätt som den offentligt ägda vården.
- Utveckla en nationell strategi för AI i hälso- och sjukvården.

Reformbehov och förslag på längre sikt

- Dagens 21 regioner bör på sikt bli 4 till 6.
- Staten bör kunna vara vårdhuvudman för viss vård.
- Strukturreformerna i Danmark bör utvärderas, anpassas och användas för svenska förhållanden.
- Utvärdera möjligheten att dela upp primärvårdens åtagande i nivåer för att bättre svara mot hela befolkningens olikartade behov av vård och prevention.
- Utvärdera nya modeller för integrerad vård, som innebär uppdrag till privata vårdgivare att ta ett helhetsansvar för alla vårdnivåer i en del av en region.
- Utvärdera på sikt möjligheterna med en förändrad sjukvårdsorganisation liknande den i Nederländerna.

Hälso- och sjukvårdens resurser och produktivitet

Låg produktivitet trots ökande resurser

Sverige tillhör de länder i världen som satsar mest på sjukvård. År 2021 utgjorde sjukvårdens andel av BNP 11,3 procent. Sverige har 4,3 läkare per 1 000 invånare. Det är 20 procent mer än genomsnittet för OECD-länderna. I Sverige träffar en läkare i genomsnitt drygt 600 patienter per år. OECD-snittet är mer än 300 procent högre, 2 100 patienter per år.¹¹ Det görs färre läkarbesök i Sverige än i något annat land i Västeuropa.

Resurserna till hälso- och sjukvården har ökat kontinuerligt över tid. Staten har exempelvis satsat långt mer än 50 miljarder på att komma till rätta med de långa väntetiderna. Ändå har ingen av de 21 regionerna någonsin lyckats hålla tidsgränserna i de olika vårdgarantier som gällt och fortfarande gäller.¹²

Ett annat och aktuellt exempel är satsningen ”God och nära vård”. Staten har sedan år 2018 bidragit med knappt 30 miljarder kronor bland annat för att få vården och den sociala omsorgen att hålla ihop bättre. Den goda tanken är att proaktiva och preventiva arbetssätt ska minska behovet av vård vid sjukhus, men den senaste utvärderingen från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visar att trots de omfattande¹³ resurstillskotten från staten pågår omställningen endast på ”strategisk nivå” men är osynlig i verksamheterna. Så är också trycket på sjukhusen oförändrat högt. Riktade statsbidrag av denna karaktär ökar dessutom ofta den administrativa bördan i regionerna, vilket i sin tur påverkar produktiviteten negativt.

Konjunkturinstitutet antar i sina bedömningar att välfärdssektorn totalt har en årlig standardhöjning på cirka 0,2 procent. Svenskt Näringslivs beräkningar visar att om vårdens produktivitetsutveckling (i begreppet ingår här såväl utvecklingen av kvaliteten som kostnadseffektiviteten) under perioden 2009–2021 hade legat på samma nivå som den privata tjänstesektorns – drygt 1 procent per år – och den därmed förbättrade utvecklingen tagits ut i förbättrad kostnadseffektivitet, skulle kostnaden för regionernas sjukvård (det så kallade egna åtagandet) kunnat ligga cirka 10 procent lägre. Det motsvarar omkring 30–40 miljarder kronor som exempelvis kunde använts till att korta köerna.

¹¹ OECD, Health at a Glance, 2021

¹² Väntetider i vården | SKR, Fakta om väntetider i vården (skr.se)

¹³ Överenskommelser med SKR om God och nära vård

Vi har även gjort en mer restriktiv beräkning, där vi antagit att produktivetsutvecklingen varit hälften av den årliga produktivetsutvecklingen i tjänstesektorn. Då skulle kostnaden för vården varit knappt 5 procent lägre än utfallet och motsvarat 12–18 miljarder kronor.¹⁴

Sjukvården har ett uppdrag att bedriva forskning och utbildning. Vi ser dock inte några skäl till att produktivetsutvecklingen på ett avgörande sätt skulle behöva vara lägre i sjukvården än i tjänstesektorn generellt. Personalintensiteten i tjänsterna är överlag likartad. Såväl tjänstesektorn som vården har möjlighet att nyttja digitala tjänster för stora delar av verksamheten, samtidigt som andra delar kräver den mänskliga hjärnans, eller handens, insatser.

Vi har även jämfört utvecklingen av antalet anställda i regionerna med den demografiska utvecklingen. Personaltätheten per invånare har ökat med cirka 6 procent sedan 2006 (med hänsyn tagen till den ökning av köpt verksamhet som gjorts, och även korrigerat för ett större vårdbehov till följd av ett ökat antal äldre).

Effektivisering är nödvändig

Trots ökad personaltäthet kvarstår problemen, vilket tyder på att resurserna inte används tillräckligt effektivt. Om inga förändringar görs riskerar vi utöver högre skatter även ytterligare kvalitetsförsämringar. Det kommer inte att finnas tillräckligt med utvecklingskraft i vården för att Sveriges befolkning ska kunna få de insatser man behöver, om inte vården börjar bedrivas på ett annat sätt.

Utan ökad produktivitet i vården tar ekonomin som helhet stryk, med skadligt stora skatteökningar. Att fortsätta låta vården ta en allt större andel av samhällets gemensamma resurser är inte hållbart i längden. Med nuvarande arbetsformer krävs dessutom att en oproportionerligt stor del av sysselsättningstillväxten går till vården, vilket hämmar tillväxten i andra sektorer.

Att effektiviseringar är nödvändiga är också slutsatserna i de senaste årens stora utredningar: Effektiv vård (SOU 2016:2) och God och nära vård (SOU 2020:19). Inriktningen i båda dessa är att primärvården behöver fungera bättre med större fokus på proaktivitet, prevention och patientinvolvering.

Stora och generella ökningarna av statsbidragen till vården har inte löst problemen. Det offentliga budgetutrymmet behövs i stället till reformer som lägger grunden för en bättre tillväxt. Bara på det sättet kan vi genom växande skattebaser få både ökade reallöner och mer pengar till välfärden och sjukvården. Ett annat skäl för att inte öka de generella statsbidragen är att ett ständigt tillflöde av mer pengar bromsar kommunernas och regionernas viktiga arbete med effektivisering. I stället för att fylla på de kommunala och regionala kassorna med mer pengar bör den nationella politiken öka incitamenten till regionerna att arbeta med effektiviseringsåtgärder.

¹⁴ Morin, Jagrén: Kostnadsindex, effektivitet m m i svensk vård PM. Svenskt Näringsliv

En viktig och akut åtgärd är ett tillfälligt så kallat mjukt skattestopp, det vill säga att regioner som höjer skatten får ett temporärt avdrag på de generella statsbidragen. Detta kan motverka samhällsekonomiskt skadliga skatteökningar som sällan reverseras. Till bilden hör att de ekonomiska utsikterna ser betydligt ljusare ut för kommunsektorn redan från och med 2025.

Öppna jämförelser, benchmarking och statlig uppföljning

En nyligen genomförd studie visar att produktivitetsskillnaderna mellan svenska sjukhus och regioner är anmärkningsvärt höga. Dessutom tenderar svenska sjukhus att ha en något lägre produktivitet och större spridning jämfört med våra nordiska grannländer. Om alla regioner kan uppnå samma produktivitet som de bästa finns en besparingspotential på mellan 11 och 19 miljarder kronor.¹⁵

Benchmarking, det vill säga systematiska jämförelser av produktivitet och kvalitet, kan tjäna som ett kraftfullt verktyg för att tillvarata denna potential. Svensk sjukvård saknar dock idag kontinuerliga nationella uppföljningar av produktivitet och effektivitet. Visserligen presenteras och analyseras indikatorer som enstaka initiativ från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), myndigheter och sjukvårdshuvudmän. Men mycket sällan analyseras prestationer och kvalitet i förhållande till insatta resurser. Underlaget för att bedöma förbättringspotential kopplat till kostnader saknas ofta. Här skiljer vi oss från våra nordiska grannländer där till exempel Finland regelbundet presenterar produktivitetens utvecklingen för akutsjukhusen. I Danmark har statliga myndigheter ansvar för liknande uppföljningar av regionernas kostnader, prestationer och utfall.

Även i Sverige bör statliga myndigheter få tydligare uppdrag för kontinuerlig granskning och uppföljning av olika produktivets- och effektivitetsaspekter i hälso- och sjukvården. Tidöavtalet lyfter särskilt fram förstärkt kvalitets- och effektivitetsgranskning på området. Vi föreslår också att Riksrevisionen bör ges ett särskilt uppdrag avseende effektivitetsgranskning av regionerna.

Rekommendationer och förslag

- Undvik generella höjningar av statsbidragen utan motkrav på effektiviseringsåtgärder.
- Undvik riktade statsbidrag utan krav på tydliga motprestationer.
- Inför mjukt skattestopp och undvik regionala skattehöjningar.
- Utveckla huvudmännens möjligheter till öppna jämförelser. Ställ krav på benchmarking.
- Utveckla former för en mer samlad statlig tillsyn och uppföljning. I detta ingår att Riksrevisionen ska effektivitetsgranska vården.

¹⁵ Rehnberg: Bäst och sämst på vård – Skattenytta

Demografi, sjukdoms- börda och prevention

Sveriges befolkning ökar snabbt. År 2004 passerades 9 miljoner invånare. Att gå från 8 till 9 miljoner tog 35 år, medan det endast tog 13 år till dess 10 miljoner passerades, år 2017. Enligt den senaste befolkningsframskrivningen från SCB förväntas 11 miljoner invånare¹⁶ nås år i början av 2030-talet. I likhet med många andra länder blir Sveriges befolkning allt äldre. Andelen äldre ökar kraftigt samtidigt som andelen personer i arbetsför ålder minskar. Samhället möter nya utmaningar när färre personer ska försörja allt fler.

Det är vanligt att förklara vårdens pressade läge med att gruppen äldre ökar. Men kostnaderna för gruppen äldre ska inte överskattas i förhållande till kostnaderna för andra åldersgrupper. Om man i stället tittar på totalkostnaderna för olika åldersgrupper framgår att vården av personer som är 80 år och äldre står för en mer begränsad del av totalkostnaderna.¹⁷

Vårdbehov finns i alla åldrar, även om de kan se väldigt olika ut. För en friskare befolkning och lägre kostnader behövs preventiva åtgärder som hindrar kroniska sjukdomar från att debutera eller försämrats. Prevention kan komma att ha avgörande betydelse för att klara av att finansiera framtidens vårdbehov.

Prevention

Prevention är ett samlingsbegrepp för åtgärder som syftar till att bevara god hälsa och att förhindra att skador och sjukdomar uppkommer eller förvärras. Det brukar delas in i primär- och sekundärprevention. Primärprevention syftar till att sjukdomen inte ska inträffa, sekundärpreventionen till att på kort och lång sikt förhindra död, återinsjuknande, fortskridande av sjukdomen och allvarliga komplikationer.¹⁸

Produktionsbortfall på grund av ohälsa kan definieras som de varor och tjänster som skulle kunnat produceras om inte människor fått reducerad arbetskapacitet genom död, sjukdom eller skada. Dessa kostnader har tidigare beräknats till ungefär

¹⁶ 400 000 fler i Sverige år 2030 (scb.se)

¹⁷ SKR:s KPP databas

¹⁸ Se text Socialstyrelsens definition

370 miljarder kronor.¹⁹ Att minska produktionsbortfallet med åtgärder som förbättrar den allmänna hälsan är bra för enskilda individer och samtidigt en viktig besparing för samhället.

Dagens vårdssystem är i princip helt utformat för att diagnostisera och behandla redan uppkommen sjukdom. Endast 3,4 procent av sjukvårdskostnaderna läggs i Sverige på preventiv vård.²⁰

Trots att prevention är hälsoekonomiskt lönsam²¹ går det sannolikt inte att skala upp preventionsåtgärder med nuvarande arbetsmetoder och organisation. Primärvården har helt enkelt idag inte rätt förutsättningar för detta. Antalet allmänläkare per listad patient har minskat, enligt en ny rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Samma rapport visar att läkare i allmänmedicin har fler sjukdagar än läkare i andra delar av hälso- och sjukvården samt att många känner sig ”oerhört stressade och har symtom på utmattning”. Tre av tio läkare inom primärvården planerar att sluta inom de närmsta tre åren.²²

Det finns internationell forskning som visar att läkare inom primärvården skulle behöva 27 timmars arbetsdagar för att hinna följa alla medicinska riktlinjer på ett korrekt sätt.²³

Konsekvensen av uteblivna preventiva insatser är underdiagnostisering och underbehandling av tillstånd som obehandlade leder till sjukdom och död. Utöver lidande för patienter och anhöriga innebär utebliven prevention också höga kostnader för regioner, kommuner och socialförsäkringssystemet.

Kroniska sjukdomar

Sannolikt finns de största potentialerna för preventiv vård inom områdena hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, rörelseorganens sjukdomar samt psykisk ohälsa. Det är också inom dessa områden som bördan av kroniska sjukdomar är högst. Vården av personer med kroniska sjukdomar står för 80–85 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader.²⁴

Det betyder att insatser för att effektivisera vården i hög grad behöver ha kroniska sjukdomar som utgångspunkt. För att minska sjukdomsbördan i befolkningen och trycket på vården är det nödvändigt att lyckas bättre än idag på området kroniska sjukdomar.

¹⁹ Samhällets kostnader för sjukdom 2017, IHE-rapport 2019:6, Kostnad-av-ohalsa-Vardet-av-medicinsk-forskning-och-utveckling.pdf (forskasverige.se)

²⁰ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210118-1>

²¹ Se t ex IHE 2020:4 Produktionsbortfall – en metodologisk genomgång och beräkningar

²² <https://www.vardanalys.se/rapporter/ordnat-for-omstallning/>

²³ Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat BMJ 2023; 380 :e072953 doi:10.1136/bmj-2022-072953

²⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: VIP i vården? (vardanalys.se)

Socialstyrelsen fastställer nationella målnivåer som anger hur stor andel i en patient- eller sjukdomsgrupp som bör komma i fråga för en viss behandling eller annan åtgärd. Syftet med målnivåer är att ge hälso- och sjukvården tydliga kvalitetsmål att arbeta mot samt att bidra till att patienter får en god och jämlik vård.

Det finns många exempel på att uppfyllelsen av Socialstyrelsens nationella behandlingsmål och riktlinjer för kroniska sjukdomar inte är optimal.²⁵ Detta gäller till exempel patienter med artros, högt blodtryck eller diabetes och där många inte når målnivåerna²⁶. Det leder inte bara till sämre mående, utan även till behov av fler vårdinsatser och sjukskrivningar.

Vård som inte når de behandlingsmål som satts upp gör att berörda patienter oftare drabbas av komplikationer av sin kroniska sjukdom, och det är komplikationer som leder till ökade behov av vårdinsatser. Att nyttja den fulla potentialen av preventiv vård för att förebygga och lindra kronisk sjukdom är idag inte möjligt eftersom det med nuvarande arbetsmetoder skulle kräva ett stort tillskott av läkare och sjuksköterskor som inte finns.

Idag domineras vården av fysiska besök som är både tids- och platsberoende, vilket begränsar möjligheterna till hög tillgänglighet och kontinuitet. Samtidigt möjliggör nya vårdformer effektiv vård i stor skala. Under de senaste åren har nya innovativa vårdtjänster utvecklats som till exempel möjliggör en utökning av sekundärpreventiva insatser med avsevärt mindre personalåtgång. Dessa tjänster är särskilt utformade för att förhindra försämring av redan diagnosticerade kroniska sjukdomar, och bygger på specialiserade tekniska behandlingsplattformar som möjliggör att merparten av patientens utredning, vård och behandling sker i hemmet.

Med nya tekniska tjänster och lösningar kan patienten ges stöd för egenvård, och stora delar av det arbete som traditionellt kräver vårdpersonal kan automatiseras. Patienten får verktyg för egenvård och när vårdpersonal kopplas in sker det med stöd från beslutstödssystem för att säkerställa kvalitet och optimalt nyttjande av vårdpersonalens tid.

Tjänsterna är till sin natur inte geografiskt avgränsade och de aktörer som idag tillhandahåller denna typ av tjänster är hänvisade till det så kallade riksavtalet för utomlänsvård som ersättningsmodell. Avtalet är ursprungligen inte skapat för denna typ av tjänster och det har förts en omfattande debatt när företagen har använt sig av regelverken på sätt som inte förutsågs vid deras skapande. Detta avtal är under översyn, vilket är bra.²⁷

Utredningen om utomlänssättningen, ”Effektiv och behovsbaserad digital vård”, är i skrivande stund ute på remiss. Den innehåller flera framåtsyftande förslag för att komma till rätta med de problem som tillämpningen av riksavtalet för utomlänsvård fört med sig. Utredningen gör dock bedömningen att den utveckling som redan pågår

²⁵ Se t ex Socialstyrelsen: Vården följer inte nationella riktlinjerna för artrosvård (lakartidningen.se)

²⁶ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2023-2-8351.pdf>

²⁷ Effektiv och behovsbaserad digital vård Ds 2023:27

i regionernas primärvård talar emot att införa särskilda uppdrag och ersättningsregler för nationellt verksamma digitala vårdgivare. Ett sådant synsätt riskerar dock fortsatt inlåsning av tjänsternas potential i 21 olika regionala stuprör, vilket kan leda till ojämlig tillgång till denna typ av tjänster beroende på var man bor.

Det är viktigt att kommande ersättningsformer bejakar värdet av den innovationskraft som digitala tjänster står för; innovationskraften är den del av det viktiga förändringstryck som bidrar till att utveckla den offentligt finansierade vården. För att innovativa vårdaktörer inte ska stängas ute från den offentligt finansierade vården behövs, enligt vår bedömning, ett nationellt utformat vårdval som möjliggör etablering för de företag som uppfyller högt ställda certifieringskrav. För denna typ av vårdtjänster bör ett statligt huvudmannaskap vara särskilt aktuellt. Vi föreslår att den pågående utredningen för helt eller delvis statligt huvudmannaskap bör få i uppdrag att föreslå utformning av ett nationellt vårdval för platsberoende digitala tjänster.

Ett nationellt vårdval för utvalda platsberoende digitala tjänster

Nuvarande akut- och primärvård skulle avlastas av att inrätta ett nationellt vårdval för utvalda platsberoende digitala tjänster. Ett sådant skulle kunna möjliggöra för invånarna att till exempel välja bland nationella preventiva vårdtjänster där evidensbaserade metoder, kvalitet och kostnadseffektivitet är säkerställda. Dessutom skulle det möjliggöra enhetlig uppföljning.

Genom ordnat införande av ny teknik och nya vårdformer kan invånarna ges tillgång till förbättrad vård samtidigt som den övriga vården avlastas.

Med nya arbetsformer kan till exempel patienter med kroniska sjukdomar kontinuerligt ha koll på den egna hälsan och löpande få stöd för träning och andra livsstilsförändringar. Även läkemedelsbehandling kan i högre grad anpassas till det aktuella hälsoläget. Det är möjligt att i sin hemmiljö få stöd vid exempelvis högt blodtryck, hjärtsvikt, astma, migrän, diabetes och artros. Det gör att fler kan nå rekommenderade målnivåer, vilket leder till minskade komplikationer och bättre hälsa – och i förlängningen minskade vårdbehov.

Om rätt förutsättningar ges har Sverige möjlighet att bli ett föregångsland inom ”digifysisk”²⁸ vård, med potentiellt stora positiva effekter på folkhälsan samt minskad belastning på övriga sjukvårdssystemet som resultat.

Ett sätt att realisera en reform av detta slag är att använda det idag befintliga vårdvalet inom primärvården som modell. Vårdgivare som uppfyller uppsatta kriterier ska vara fria att etablera sig. Kriterier bör exempelvis inkludera CE-märkning, patientsäkerhet, informationssäkerhet, kompatibilitet och höga krav på medicinska resultat. Även kriterier för att utesluta oseriösa aktörer ska finnas med. Det behöver också finnas

²⁸ Uttrycket används för att beskriva vård som består av digitala vårdtjänster kombinerade med enstaka fysiska besök

en standardiserad process för utvärdering och uppföljning av nationella preventiva vårdgivare. Antingen kan en befintlig statlig myndighet bli ansvarig för förfrågningsunderlag och uppföljning, eller så kan staten ålägga regionerna att gemensamt inrätta ett nationellt system.²⁹ Prissättningen på tjänster bör utgå ifrån kostnadseffektivitet på motsvarande sätt som idag sker för läkemedel och förhandlas på samma sätt.

Den initiala finansieringen för ett nytt nationellt vårdval kan ske genom att staten gör om befintliga riktade statsbidrag och använder dessa medel för att ersätta nationellt verksamma vårdgivare.

Rekommendationer och förslag

- Förnyat fokus på moderna preventiva åtgärder för att klara framtida vårdbehov och långsiktig finansiering.
- Inför ett nationellt vårdval för evidensbaserade digitala tjänster som kompletterar och avlastar dagens vård.
- Ge den pågående utredningen för helt eller delvis statligt huvudmannaskap i uppdrag att föreslå utformning av ett sådant vårdval.

²⁹ Den roll som Tandvårds- och Läkemedelsverket (TLV) idag har avseende läkemedel kan tjäna som inspiration

Patientmakt och valmöjligheter

För några decennier sedan arbetade sjukvården med fasta geografiska upptagningsområden, vilket innebar att bostadsadressen helt och hållet styrde vid vilken vårdcentral eller vid vilket sjukhus en person kunde söka vård.

Detta system, helt utan valmöjligheter för den enskilda invånaren, gick inte att upprätthålla i längden. Mot bakgrund av bland annat de diskussioner som fördes inom den statliga Maktutredningen (1985:2) växte ett nytt politiskt förhållningssätt till den offentliga sektorn fram hos de dåvarande socialdemokratiska regeringarna. Detta banade väg för de olika valfrihetssystem för offentliga tjänster som vi har idag.

Successivt fick patienter och invånare vissa valmöjligheter, först att inom sin region kunna välja vårdcentral och senare även sjukhus. Eftersom dessa förändringar inte byggde på lagstiftning utan på frivilliga rekommendationer från dåvarande Landstingsförbundet var det dock länge vanligt att patienter förvägrades de möjligheter att välja som utlovats och informerats om.

Under mer än 30 år har patientens valfrihet successivt stärkts

År 2010 förändrades hälso- och sjukvårdslagen (HSL) så att det blev obligatoriskt för landstingen att organisera primärvården i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV),³⁰ vilket påtagligt underlättat för patienterna att välja vårdcentral. LOV innebar etableringsfrihet för de aktörer som uppfyllde kvalificeringskraven, och antalet privata vårdcentraler ökade.

I och med en ny patientlag (2014:821) fem år senare stärktes patientens ställning ytterligare. Patienterna fick rätt att söka all öppen vård fritt i hela landet, det vill säga inte bara vårdcentraler utan även specialiserad vård som inte kräver inläggning vid sjukhus. Samtidigt blev regionerna skyldiga att ta emot patienter från andra regioner på samma villkor som patienter från den egna regionen.

³⁰ Lagen om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft den 1 januari 2009. LOV är ett alternativ till upphandling enligt Lag om offentlig upphandling (LOU). Det är ett regelverk som beskriver hur privata utförare kan bli leverantörer av välfärdstjänster. Lagen gäller för kommuner och regioner när de inrättar valfrihetssystem för hälsovård- och socialtjänster. Det är frivilligt för kommuner att införa valfrihetssystem men obligatoriskt för regionerna inom primärvården. Ett valfrihetssystem innebär att den enskilde invånaren kan välja och välja om utförare samt att ersättningen till utföraren följer den enskildes val. Ett valfrihetssystem förutsätter att huvudmannen också beslutar om en ersättningsmodell.

Valmöjligheterna kan dock inte tas för givna. I propositionen om primärvården (Prop. 2021/22:72) från våren 2022 fanns till exempel förslag som avsevärt skulle ha urholkat patienternas möjligheter att välja vårdcentral om de blivit verklighet. Vid riksdagsbehandlingen av propositionen skedde dock förändringar så att patienterna även fortsättningsvis kan söka öppen vård hos andra utförare utan att lista om sig, inom eller utom den egna regionen. Dock kvarstår att byte av vilken vårdcentral man är listad på endast får ske två gånger per år.

Patienters valmöjligheter bör utökas, inte begränsas. Vårt grannland Danmark kan här tjäna som exempel. Även i Sverige borde patienternas rätt att välja utökas till att omfatta inte bara primärvård utan även viss sluten vård, det vill säga vård som kräver inläggning vid sjukhus.

Informationen om valmöjligheterna är inte tillräcklig

De valmöjligheter som finns idag nyttjas i relativt låg grad av patienter och invånare. Detta trots att tre fjärdedelar av de tillfrågade i en nyligen genomförd Demoskopundersökning svarar att de är beredda att söka vård i annan region i stället för att köa i sin hemregion.³¹

Att få göra aktiva val i praktiken har sannolikt flera orsaker. Kännedomen om möjligheterna att välja vårdgivare är idag bristfällig, inte bara hos allmänheten utan också hos vårdens personal. För att valfrihetssystemen ska ha en kvalitetshöjande effekt i praktiken behöver invånare och patienter ha kännedom om rättigheterna och få aktiv vägledning i hur de ska kunna ta dem i anspråk.

Kunskapen om de lagstadgade patienträttigheterna behöver öka för att patienter ska ha bra förutsättningar att nyttja sin valfrihet, skriver Myndigheten för vård och omsorgsanalys i sin senaste uppföljning av patientlagens efterlevnad. Regioner och vårdgivare anmodas att ge tydligare information till patienter om de valmöjligheter som finns, samt stödja och vägleda patienter i att göra sina val.³²

Även avseende denna typ av information bör enligt vår uppfattning staten ta ett större samordnande ansvar så att kunskapen om patienträttigheter blir mer jämlik.

Rekommendationer och förslag

- Staten bör ta ökat ansvar för att samordna och följa upp information till invånare om lagstadgade patienträttigheter.

³¹Allmänheten om sjukvård (Demoskop, mars 2023)

³² En lag som kräver omtag. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Innovation och förnyelse

Att ge patienterna möjlighet att välja vårdgivare är förstås helt självklart ur patienternas perspektiv. Det skulle knappast accepteras av allmänheten idag att vara helt hänvisad till en bestämd vårdgivare. Valmöjligheter för patienten handlar dock inte bara om sådana praktikaliteter, utan är en viktig förutsättning för sjukvårdens innovationsförmåga vilken i sin tur är en förutsättning för långsiktiga förbättringar. Kombinationen av valfrihet för den enskilde och etableringsfrihet för kvalificerade vårdgivare är viktig att slå vakt om.

När lagen om valfrihetssystem i primärvården (LOV) började gälla 2010 ledde den snabbt till ett ökat antal privata vårdcentraler i primärvården. Men det ledde också till att helt nya sätt att möta patienternas behov utvecklades genom digitala nationella vårdgivare med en helt ny nivå av tillgänglighet i hela landet.

Även de nationella digitala vårdgivare som är inriktade på att ge personer med kroniska sjukdomar ett bättre kontinuerligt stöd är en följd av de nya etableringsmöjligheterna, i kombination med patienternas valfrihet. År 2010 kunde man förstås inte förutse vilka aktörer som skulle komma att etablera sig tio år senare – bara att kombinationen etableringsfrihet och valmöjligheter skulle stimulera innovationer, vilket också skedde.

Kraften från privata vårdgivare underutnyttjas

Kraften från privata vårdgivare underutnyttjas i dagens system, både för att korta köer och för att effektivt driva sjukhus. Studier visar att privat vård gör fler höftprotes- och gråstarrsoperationer till lägre kostnad och till bibehållen eller högre kvalitet. Ett annat exempel är Capio S:t Göran, Sveriges enda privatdrivna akutsjukhus, som lyckas producera mer sjukvård per krona än jämförbara sjukhus och når samma eller bättre kvalitetsresultat.³³

Privata vårdgivare behöver få spela en ännu större roll i välfärden, så att köer kan kortas, innovationer främjas och konkurrenstryck utvecklas. En större del av hälso- och sjukvården bör konkurrensutsättas. Det är ofta innovationer och entreprenörskap som skapar nödvändigt förändringstryck och bidrar till nya effektiva arbetsätt.

Rekommendationer och förslag

- Slå vakt om kombinationen av valfrihet för den enskilde och etableringsfrihet för kvalificerade vårdgivare. Utan denna avstannar innovation och förbättring.
- Konkurrensutsätt en större del av den offentligt finansierade vården.

³³ Sjukvård – Vårdföretagarna (vardforetagarna.se)

En nationellt jämlik primärvård

År 2010 förändrades, som nämnts, hälso- och sjukvårdslagen så att det blev obligatoriskt för landstingen att organisera primärvården i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV). Det innebar att etableringarna kunde styras av patienternas val, vilket inneburit ett ökat antal privat drivna vårdcentraler och därmed förbättrad tillgänglighet, bland annat genom mer flexibla öppettider.

I förarbetena till den lagstiftning som antogs 2010 föreslogs att valfrihetssystemen skulle ges en nationell utformning. En nationell lösning accepterades emellertid vid den tidpunkten inte av regionerna. Lagstiftningen om vårdval blev i stället en kompromiss som innebar att varje region skulle utforma sina egna valfrihetssystem. Regionerna ska visserligen enligt lag tillhandahålla valfrihetssystem i primärvården, men exakt hur det ser ut varierar stort. Idag har således nya vårdaktörer att förhålla sig till 21 olika etableringssystem, vilket försvårar för nya nationella vårdgivare och motverkar stor-driftsfördelar. I de 21 olika regionala valfrihetssystemen finns det exempelvis olika primärvårdsuppdrag, kvalitetskrav, kompetenskrav och ersättningsystem.

Den statliga utredning³⁴ som ledde fram till obligatoriet för regionerna att tillämpa LOV i primärvården, övervägde en längre gående nationell reglering av primärvården.³⁵ Utredningen framhöll att Sverige förutsätts ha ett nationellt sammanhållet sjukvårdssystem med vård på lika villkor i hela landet och att det inte är förenligt med hur stora skillnader som helst mellan regionerna.

Utredningen beskrev därför en modell där primärvårdens uppdrag, liksom kompetenskrav på personalen och kvalitets- och säkerhetskrav på verksamheten, skulle definieras på nationell nivå. De vårdgivare som bedömdes klara uppdraget och som uppfyllde kompetenskraven föreslogs få rätt att fritt etablera sig var som helst i landet. Det bedömdes ge bättre förutsättningar för en mer enhetlig primärvård med större likhet över landet och som tydligare ligger i linje med hälso- och sjukvårdslagens målparagraf om en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Utredningen framhöll att även med ett nationellt formulerat uppdrag för primärvården skulle regionerna, efter upphandling, kunna komma överens med vårdgivarna om tilläggsuppdrag anpassade till regionens behov. Vidare framhölls att en nationell reglering med angivna kompetens- och kvalitetskrav skulle gynna kvalitetsutvecklingen i primärvården, liksom att patientens rätt skulle kunna tydliggöras enhetligt och att vårdgivarna skulle kunna ges enhetliga regler att verka inom.

³⁴ Patientens rätt i vården Dir. 2007:90

³⁵ Fri etablering i primärvården SOU 2008:37

Utredningens huvudförslag blev dock sedermera en regional vårdvalsmodell där regionerna fastställer kvalitets- och säkerhetskrav, liksom ersättningssystem, men där staten fastställer det grundläggande uppdraget för primärvården. Vid riksdagsbehandlingen, efter påtryckningar från dåvarande SKR, beslutades emellertid i stället om en modell där regionerna även fastställer primärvårdens uppdrag. Olika intressen ställdes mot varandra och ambitionen att stärka patienternas ställning och verka för en likformig vård för hela befolkningen fick vid denna tidpunkt ge vika för den regionala självbestämmanderätten.

I och med detta präglas primärvården fortfarande av olikhet över landet. Det är inte tydligt för patienterna vad som kan förväntas och valmöjligheterna beskrivs inte på ett nationellt enhetligt sätt. Nationella privata vårdgivare tvingas anpassa sin verksamhet och sin administration till 21 olika system.

Det vore därför önskvärt att den nu aktuella utredningen får ett tilläggsuppdrag om en nationellt mer enhetlig modell för primärvården. De förarbeten som gjordes i utredningen om patientens rätt kan användas som utgångspunkt. Förändringar på området skulle kunna göras med kort genomförandetid.

Rekommendationer och förslag

- Ge tilläggsuppdrag till huvudmannaskapsutredningen att utreda införande av nationellt enhetlig primärvård i stället för 21 olika regionala primärvårdssystem.

Arbetsmiljö och kompetensförsörjning

Hälso- och sjukvården har uppenbara problem med personalförsörjningen. Det finns demografiska problem i bakgrunden, men det är sannolikt brister i arbetsmiljön som påverkar mest i negativ riktning. Trots att Sverige hävdar sig väl avseende det totala antalet läkare, sjuksköterskor och andra vårdprofessioner i förhållande till befolkningens storlek, är bristen på kompetent personal den främsta orsaken till många av vårdens problem.

Enligt Socialstyrelsens årliga kartläggning av tillgång och efterfrågan på personal har samtliga regioner brist på barnmorskor, specialistläkare, röntgensjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. I två av tre regioner saknas personal inom minst hälften av legitimationsyrkena.

Socialstyrelsen drar slutsatsen att flera faktorer samverkar och leder till personalbrist. Arbetsmiljö och anställningsvillkor lyfts allmänt fram som problem, tillsammans med en sammanpressad lönestruktur.³⁶

Arbetsmiljön behöver förbättras så att fler väljer att stanna i vården längre. Ett tilltagande problem är den växande administrativa börda som vårdpersonal förväntas bära samtidigt med patientarbetet. Dubbel- eller trippeldokumentation, överdokumentation, krångliga och gamla it-system, ohemula krav på dokumentation samt olika regionala tolkningar av regelverk är några av de exempel som driver helt onödig byråkrati.³⁷ Det finns en viktig koppling mellan väntetider och onödig administration, som tar för mycket tid av kärnverksamheten. Mer tid för patientarbete kan både minska köerna och öka arbetstillfredsställelsen.

Olika tolkningar av regelverk och avsaknad av vägledning ökar också den administrativa bördan och försvårar effektiva arbetssätt. Detta gäller till exempel bedömningar kring personuppgiftshantering och datalagring. Att från myndighetshåll bidra till enhetlig tolkning av befintliga regler är en viktig uppgift för staten.

I flera regioner finns just nu ett starkt fokus på att minska användandet av hyrpersonal. Men om arbetsmiljön är sådan att egen personal slutar och arbetsbelastningen på den som är kvar är övermäktig torde det finnas få realistiska alternativ, i varje fall kortsiktigt.

³⁶ Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård (socialstyrelsen.se)

³⁷ Barkman, Aasa. Onödig administration i vården, Forum för Health Policy, maj 2023

Inhyrningen av personal från bemanningsföretagen innebär att vårdavdelningar som annars skulle vara stängda kan bemannas, liksom att vakanser fylls vid exempelvis semestrar, vidareutbildning, vård av barn och sjukdom. Med allt för restriktiv användning av bemanningsföretag riskeras att ännu fler lämnar vården. Enligt en undersökning gjord av Demoskop för bemanningsföretagen skulle endast var tredje som jobbar i bemanningsföretag välja att jobba för kommun eller region om alternativet bemanning inte fanns.³⁸

Att öka användningen av privata vårdgivare spelar också roll. De har med effektiva arbetssätt och nya metoder bidragit till att kapa vårdköer och öka tillgängligheten för patienter och även sänka kostnaderna per genomförd behandling. En studie gjord på uppdrag av Vårdföretagarna visar exempelvis att privata vårdgivare inom samtliga undersökta behandlingar står för stora kostnadsbesparingar utan att göra avkall på kvaliteten.³⁹ De privata vårdgivarna bidrar också som alternativa arbetsgivare för personalen, varigenom fler stannar i vårdrken.

Att hela hälso- och sjukvården är en plats för kontinuerligt lärande är avgörande för den framtida kompetensförsörjningen. Privata vårdgivare deltar idag i stor omfattning i utbildningsuppgifter, men kan göra ännu mer. Det finns en stor potential i att utöka samverkan kring utbildning av framtidens vårdpersonal.

Rekommendationer och förslag

- Minska den administrativa bördan genom att ge berörda myndigheter i uppdrag att fastställa enhetliga tolkningar av lagar och regler, samt ta fram enhetliga dokumentations- och uppföljningskrav.
- Nyttja den kompetens och effektivitet i vårdproduktionen som erhålls genom ökad konkurrensutsättning och avtal med privata vårdgivare.
- Ta tillvara den kompetens och flexibilitet som inhyrning från bemanningsföretagen för med sig.

³⁸ PowerPoint Presentation (kompetensforetagen.se)

³⁹ Vårdföretagarna.

Köer, vårdgaranti och kapacitetsutnyttjande

I Sverige har alla laglig rätt att få vård inom en viss tid. Vårdgarantin innebär kontakt med primärvården samma dag, medicinsk bedömning inom 3 dagar, besök till specialiserad vård inom 90 dagar samt operation eller planerad åtgärd inom 90 dagar.⁴⁰ År 2010 blev vårdgarantin en del av hälso- och sjukvårdslagen och 2015 en del av patientlagen.⁴¹ Att vårdgarantin lagfästes har dock inte hjälpt. De svenska vårdköerna fortsätter att vara ett växande problem.

Under 2022 var det bara 57 procent av patienterna som fick sin behandling eller operation inom den tid som vårdgarantin utlovar.⁴² Dessutom är skillnaderna i väntetider stora mellan olika regioner. Trots att tillförseln av skattemedel ökar år efter år fortsätter även vårdköerna att öka. Enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) växer operationsköerna i Sverige med ungefär 1 200 nya patienter varje månad, det vill säga närmare 15 000 per år.⁴³

Samtidigt finns, som ovan nämns, utnyttjade möjligheter att öka patienternas valmöjligheter och öka effektiviteten, bland annat genom att använda privata vårdgivares kapacitet bättre. I Tidöavtalet har regeringen aviserat inrättandet av en nationell vårdförmedling som innebär att väntande patienter erbjuds vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider, oavsett var i landet denna vårdgivare finns.

Regeringen har nyligen gett E-hälsomyndigheten i uppdrag att ta fram och tillhandahålla en infrastruktur för ett nationellt vårdsöksystem. Vårdsöksystemet ska göra det möjligt för vårdgivare att söka efter andra vårdgivare som snabbare kan utföra den vård som en väntande patient har behov av.⁴⁴ I detta första steg är det alltså inte patienterna själva som ska kunna hitta alternativa vårdgivare, men på sikt ska det nationella vårdsöksystemet även tillgängliggöra information om vårdgivare och väntetider för patienter.

⁴⁰ Patientlagen, 2 kap 3–4 §§ samt Hälso- och sjukvårdsförordningen, 6 kap 1 §. Vårdgarantin innebär kontakt med primärvården samma dag, medicinsk bedömning inom tre dagar, besök till specialiserad vård inom 90 dagar samt operation/ planerad åtgärd inom 90 dagar

⁴¹ 9 kap 1 §, HSL och 2 kap 3–4 §§, PL

⁴² Väntetider i Vården (Sveriges Kommuner och Regioner)

⁴³ Fakta om väntetider i vården (Sveriges Kommuner och Regioner, nov. 2022)

⁴⁴ Nu tas flera steg mot en nationell vårdförmedling som ska korta vårdköerna – Regeringen.se

E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen har också fått i uppdrag att omgående genomföra insatser som stödjer och stärker regionernas arbete med att möjliggöra för patienter som väntar på vård att få vården utförd på annat håll i landet hos vårdgivare som har ledig kapacitet eller kortare väntetider. Det innebär bland annat att skapa en nationell lägesbild av både offentliga och privata vårdgivares möjlighet att ta emot patienter från andra vårdgivare för operation eller behandling.

Att inrätta en nationell vårdförmedling är ett steg i rätt riktning, men sannolikt kommer det dock att ta tid innan initiativet kan realiseras. Det finns reformarbete som skulle kunna inledas parallellt och leda till snabbare förändringar. Ett sådant skulle kunna vara att inrätta ett nationellt vårdval för de patienter vars hemregioner inte uppfyller den lagstadgade vårdgarantin. Den befintliga danska modellen med så kallat frit sygehusvalg kan här vara till inspiration. Där har den enskilde rätt att välja mellan sjukhus och även privata vårdgivare, förutsatt att vissa grundförutsättningar är uppfyllda.

Ett nationellt vårdval för dem som inte får sin vårdgarantiåtgärd i tid

Ett nationellt vårdval skulle i så fall bygga på principerna fri etableringsrätt för vårdgivare som klarar skarpa kvalificeringskrav samt fritt val mellan godkända vårdgivare för berörda patienter. Det är dessa två principer som i kombination har bidragit starkt till att öka kapaciteten i primärvården, som ovan nämnts. Finansiering av ersättning till vårdgivare verksamma inom ett sådant vårdval skulle kunna ske genom omdisponering av riktade statsbidrag kombinerat med att staten fakturerar regionerna står för vårdkostnaderna för de patienter för vilka de inte själva inte klarar vårdgarantin. Detta för att inte minska huvudmännens incitament till detta.

Ett alternativ till att inrätta ett nationellt vårdval kan vara att genomföra en nationell upphandling av vårdkapacitet hos privata vårdgivare, enligt lagen om offentlig upphandling (LOU). Nationella ramavtal med privata vårdgivare som alla regioner kan använda är ett sätt att snabbt öka vårdkapaciteten på vårdområden där väntetiderna är långa. Regionerna kan ges möjlighet att avropa tjänster från godkända leverantörer för att förebygga att tiderna i den nationella vårdgarantin överstigs.

Även när det gäller vårdgarantins tidsgränser kan inspiration hämtas från Danmark, med en vårdgaranti som stipulerar max 30 dagars väntetid till undersökning i den specialiserade vården och maximalt 60 dagar till behandling. Det ska jämföras med Sveriges 90 dagar till ett första besök i den specialiserade vården och därefter ytterligare 90 dagar till behandling.

Till skillnad från i Sverige, där regionernas intresseorganisation SKR står för data kring väntetider, är det i Danmark staten via Sundhetsstyrelsen som redovisar uppgifter om såväl kvalitet som förväntade väntetider. Denna starkare nationella reglering på väntetidsområdet har bidragit till att Danmark har väsentligt kortare väntetider än Sverige.

Dagens vårdgaranti är konstruerad så att nya garantiperioder löper för olika delar av ett och samma vårdförlopp, vilket gör att även vård inom vårdgarantin från första besök till åtgärd kan innebära många månader av väntan för patienten. I vissa regioner är det också först när det står klart att vårdgarantin ej kan hållas som erbjudande om att söka vård hos en alternativ vårdgivare och i en annan region kan användas. Vårdgarantin bör ses över med målsättning att den ska gälla från det att patienten sökt vård första gången.

Rekommendationer och förslag

- Stärk patienternas rätt att söka vård i hela landet och inkludera även slutna vård.
- Skärpta tidsgränser i vårdgarantin.
- Inför ett nationellt vårdval för patienter som inte får vård av sin region inom vårdgarantins tidsgränser.

Nationell digital infrastruktur för vården

Den transformation av vården som är nödvändig kan inte ske utan att teknikanvändningen ökar. Förutsättningarna att förebygga sjukdom förbättras med digitaliseringen, både för att identifiera risk för sjukdom och ge stöd till ändrade levnadsvanor. Många av de mest revolutionerande möjligheterna ligger inom området prevention, med stöd för förändrade levnadsvanor eller behandling.

Med digitaliseringen upplöses det geografiska beroendet, och nationella lösningar blir möjliga på ett helt annat sätt än tidigare. Samtidigt gör uppdelningen i 21 regioner att nationella lösningar antingen försvåras, fördröjs kraftigt eller inte alls blir av.

Utvecklingen låses in i för små områden, både geografiskt och kapacitetsmässigt. Det innebär exempelvis att innovativa och effektiva nationella lösningar inte integreras i vården. I stället har regionerna var och en för sig ofta egna lösningar, med följd att det går mycket långsamt och blir dyrare och sämre än vad det skulle behöva bli. En viktig anledning till att vårdens digitalisering går långsamt är avsaknaden av tydlig nationell vägledning om gemensamma format, standarder och principer för hur informationen om en patient ska göras tillgänglig – oavsett vilken vårdgivare man besöker.

När standarder saknas blir patientens hälsodata inlåsta i separata system, vilket för med sig risker för felbehandling, bristande kontinuitet och en dålig digital arbetsmiljö för vårdpersonalen. Avsaknaden av gemensamma ramverk för datadelning får även konsekvenser för privata vård- och omsorgsgivare som verkar över hela landet. I stället för att kunna införa egna koncerngemensamma lösningar tvingas de använda de olika system som kommuner och regioner anvisar dem till, vilket innebär att de behöver använda flera parallella system eller till och med byta till ett sämre system.

Idag saknas det reglering som säkerställer att vårdens samtliga aktörer ska kunna omfattas av en nationell digital infrastruktur. Staten är den nationella aktör som har mandat att styra mot större nationell enhetlighet.

Etablerandet av en nationell digital infrastruktur är en av punkterna i Tidöavtalet. Många standarder och principer finns redan, men de används inte samlat. Det pågår nu omfattande utredningsarbeten på området, där flera olika myndigheter och särskilda utredare har uppdrag som berör och delvis överlappar varandra.

Exempelvis ska en särskild utredare lämna förslag till bättre och säkrare informationsförsörjning av hälsodata mellan system och aktörer. E-hälsomyndigheten har i uppdrag att utreda en digital nationell infrastruktur för nationella kvalitetsregister, en nationell listningstjänst för vårdval i primärvården och ett nationellt vårdsöksystem. Socialstyrelsen har ett pågående uppdrag att kartlägga hälsodatamängder av nationellt intresse, samt även uppdraget att skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer.

E-hälsomyndigheten ska också ansvara för att fastställa vilka e-hälsospecifikationer som ska vara nationella och gemensamma, och Myndigheten för digital förvaltning ska samordna frågor om gemensamma standarder, format och specifikationer inom offentlig förvaltning.

Det pågår även ett omfattande arbete inom EU för att underlätta delning av hälsodata. Europeiska kommissionen har lämnat ett förslag till förordning om ett så kallat European Health Data Space (EHDS) med obligatoriska krav för interoperabilitet.⁴⁵

För att komma framåt snabbt är det viktigt att alla dessa utredningar och initiativ hålls ihop och koordineras, bland annat eftersom de berörda myndigheterna sorterar under olika departement.

Konkurrens och marknadsdriven teknisk utveckling främjas genom att på statlig nivå ange tydliga, transparenta och internationellt gångbara ramverk för interoperabilitet som både utvecklare och upphandlare ska följa. Fokus bör ligga på att sätta obligatoriska gemensamma principer och format för hur data ska delas och lagras, samt att sedan låta marknaden – inte staten – utveckla och tillhandahålla tekniken.

Enligt Myndigheten för digital förvaltning ligger svenska företag högst i Europa när det gäller användningen av digital teknik och innovation. Att aktivt låta näringslivet bidra med kunskap och konkreta lösningar påskyndar den digitala utvecklingen av hälso- och sjukvården. Ett konkret exempel för att snabbt komma framåt är att rikstäckande privata vårdgivare tillsammans med sina leverantörer kan hjälpa till som testmiljöer i olika regionala kontexter, för att prova ut och anpassa lösningar tills de blir kompatibla.

En process mellan stat, huvudmän, privata utförare och it-leverantörer behövs för att säkerställa att en gemensam digital infrastruktur byggs på rätt sätt. En sådan kan eventuellt kompletteras med en statlig omställningsfond för att genom villkorad finansiering snabba på utfasningen av gammal teknik och införa moderna, kompatibla system och plattformar.

Ett möjligt nästa steg på kort sikt är att etablera en förhandlingsmekanism på samma sätt som man gjorde under den dåvarande Sverigeförhandlingen om fysisk infrastruktur. En sådan satsning kan byggas gemensamt mellan stat, huvudmän och näringsliv. Staten bör dock hålla samman arbetet.

⁴⁵ dir_2022_41.pdf (regeringen.se)

Vårdföretagarna, TechSverige, Swedish Medtech och Lif har nyligen framfört flera konkreta förslag till regeringens fortsatta beredning av en gemensam digital infrastruktur, förslag som Svenskt Näringsliv stödjer.⁴⁶

Nationell AI-strategi för vården

I takt med att algoritmer blir allt bättre på att sortera data, hitta mönster och göra förutsägelser, ökar förhoppningarna om att AI kan få en avgörande betydelse för att göra den framtida hälso- och sjukvården mer effektiv och säker. Forskning och utveckling kring tillämpningar av AI i hälso- och sjukvården pågår idag inom en lång rad områden, från diagnostik och behandling till administration och medicinsk forskning. De praktiska och etiska implikationerna av AI i vården kan knappast underskattas. Den befintliga nationella strategin för e-hälsa som SKR och regeringen antog 2016⁴⁷ behandlar inte AI. En ny strategi behöver tas fram på området i nära samverkan med vårdgivare och techindustri.

Rekommendationer och förslag

- Staten bör ange tydliga, transparenta och internationellt gångbara ramverk för it-interoperabilitet.
- Staten bör hålla samman etablerandet av en förhandlingsmekanism för nationell it-infrastruktur.
- Arbetet på området måste möjliggöra för privata vårdgivare att använda den nationella infrastrukturen på samma sätt som den offentligt ägda vården.
- Utveckla en nationell strategi för AI i hälso- och sjukvården.

⁴⁶ Se t ex "Vårdens digitalisering kräver en särskild förhandling". <https://www.gp.se/debatt/v%C3%A5rdens-digitalisering-kr%C3%A4ver-en-s%C3%A4rskild-f%C3%B6rhandling-1.104063738>

⁴⁷ vision-e-halsa-2025-overenskommelse.pdf (ehalsa2025.se)

Hälso- och sjukvårdens reformbehov på sikt

Sveriges 21 regioner ansvarar idag för hälso- och sjukvården tillsammans med landets 290 kommuner som har ansvaret för äldreomsorg i särskilda boenden och hemsjukvård.⁴⁸ En enskild patients vårdförlopp kan innebära att dessa ansvarsgränser passerar flera gånger under processen. Organisationen är svåröverskådlig och komplex, också för dem som verkar i den dagliga. För invånare, patienter och anhöriga är det ofta svårt att förstå vilken aktör som ansvarar för vilken vårdnivå eller åtgärd.

Ett exempel på hur svårt det är att styra mot kvalitet i dagens system är utvecklingen inom cancervården. En nyligen gjord jämförelse av strålbehandling vid cancer i fyra nordiska länder visar på svårigheterna att få genomslag för nationella ambitioner i Sverige, inom ramen för ett system med 21 självstyrande regioner.⁴⁹ Jämförelsen, som är gjord av svenska cancerläkare, visar att i synnerhet Danmark, men också Norge, presterar långt bättre än Sverige. Detta trots att alla tre länderna arbetar med så kallade standardiserade vårdförlopp, med likartat innehåll och likartade målsättningar, vilket gör jämförbarheten stor. Sverige släpar också efter forskningsmässigt och ny teknik sprids långsammare, med risk att svenska patienter inte bara får vänta längst – de får inte heller tillgång till den bästa behandlingen. Det är särskilt anmärkningsvärt eftersom Sverige tidigare låg i täten.

Vi menar att stagnationen här inte är en tillfällighet utan beror på att den svenska vården fortfarande utförs inom ramen för 21 regioner, och då får inte nationella ambitioner genomslag. Både Danmark och Norge har förstärkt den statliga styrningen och kan därmed få genomslag för det som är nationellt prioriterat.

För att klara framtida vårdbehov krävs helt uppenbart strukturella reformer. Ökad statlig styrning inom systemkritiska områden som digitaliseringen är en viktig del i detta, liksom på sikt färre regioner. Staten bör få en tydligare roll som huvudman för viss vård som har nationell räckvidd, till exempel vissa digitala tjänster och vård inom den ovan föreslagna nationella vårdgarantin. Bättre nyttjande av privata vårdgivare, bland annat för kortare köer och ökad valfrihet, hör också hit liksom tydligare kvalitetsredovisning gentemot allmänheten om vårdens resultat på utförarnivå.

⁴⁸ Avseende ansvaret för hemsjukvård är region Stockholm ett undantag

⁴⁹ Nordisk strålbehandling – En benchmarkingstudie, RCC i samverkan (september 2022)

Redan 2007 föreslog Ansvarskommittén⁵⁰ ett minskat antal regioner i Sverige. Förslaget genomfördes dock inte och samma öde drabbade tio år senare ett liknande förslag från Indelningskommittén. Den nya parlamentariska utredning som nyligen tillsatts väcker återigen förhoppningar, men kommer sannolikt inte att ha påverkan på de befintliga strukturella utmaningarna i närtid.

Motsvarande utredningsarbete har i Danmark däremot lett till omfattande faktiska förändringar. De politiska förutsättningarna fanns för handen och sexton danska amt ersattes 2007 av fem regioner utan beskattningsrätt. Staten styr nu med både morot och piska. Kvaliteten och tillgängligheten i dansk vård har förbättrats avsevärt sedan reformen. Danmark har betydligt bättre tillgänglighet än Sverige, både i primärvården och i den specialiserade vården. Särskilt anmärkningsvärt är hur positivt vården av cancer samt hjärt- och kärlsjukdom har utvecklats.

I Danmark kan man via medborgarportalen borger.dk fritt välja primärvårdsläkare. Om man behöver undersökning eller behandling har man rätt till att fritt välja mellan alla offentliga sjukhus. Skulle väntetiden till undersökning och diagnos överskrida 30 dagar har man även rätt att välja något privat sjukhus som har vårdavtal med regionerna. Samma rätt gäller för tiden från diagnos till behandling, då med en tidsgräns på 60 dagar. Minst samma möjligheter bör gälla i Sverige.

I Sverige har sjukhusens produktivitet minskat med cirka 2 procent per år under åren 2014–2019. I Danmark har produktiviteten tvärtom ökat med i genomsnitt 2 procent per år under i stort sett samma tidsperiod, 2013–2018. En orsak är sannolikt att den danska staten ställer krav på regionernas sjukhus om produktivitetsförbättringar. En annan orsak är att regionerna tvingas betala tillbaka eventuella underskott till staten.

Vad gäller kvalitetsutvecklingen kan konstateras att Danmark närmar sig Sverige när det gäller låg dödlighet i så kallade behandlingsbara sjukdomar enligt OECD:s statistik.

Primärvården i framtiden

Dagens primärvård behöver på sikt ett nytt fokus som kombinerar insatser för dem med de tyngsta vårdbehoven med att inkludera prevention och förebyggande hälsoarbete för personer som sällan har kontakt med vården. Detta är väl motiverat både ur ett hälsoekonomiskt och ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Professor Anders Anell har i en SNS-rapport⁵¹ diskuterat tre olika grupper av patienter i primärvården, med utgångspunkt i deras olika behov, och urskiljer tre olika potentiella primärvårdssystem. Ett första system för multisjuka äldre, där samverkan i team är centralt och där även kommunens tjänster involveras. I detta system krävs mer kontinuitet och förebyggande insatser än vad dagens vård förmår skapa. Det är en relativt liten grupp, men med stor betydelse för vården.

⁵⁰ Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft, Ansvarskommitténs slutbetänkande SOU 2007:10. I sammanhanget bör sägas att även Ansvarskommitténs förslag avseende översyn av länsstyrelsernas antal bör övervägas på nytt.

⁵¹ Anell, A (2020), "Vården är värd en bättre styrning", rapport, SNS, Stockholm.

Ett andra system är för patienter med någon eller några kroniska diagnoser. Också de behöver kontinuitet, men de har färre behov av samverkan med kommun eller besök av mobila team. Det är en stor grupp, bortåt halva befolkningen. Ett tredje system utgörs av i huvudsak friska personer i arbetsför ålder, som vänder sig till sin vårdcentral någon enstaka gång per år och sällan besöker den specialiserade vården. Också det är en stor grupp; det handlar om knappt hälften av befolkningen. Att vården är enkel att nå och att snabbt få eventuell åtgärd är viktigt för denna grupp.

Alla dessa grupper har olikartade men samtidigt legitima behov av primärvård. Anell föreslår att framtida vårdssystem bör kunna anpassas för att tillgodose dessa olika grupper av patienter.

Ett sådant förfaringssätt skulle innebära en stor skillnad jämfört med dagens primärvård, där även svagt bemannade vårdcentraler förväntas ta hand om alla sorters vårdbehov och i praktiken tvingas prioritera för hårt. Att dela upp vårdinsatser i linje med detta förslag skulle kunna vara ett lämpligt steg mot en rimligare prioritering av primärvårdens knappa resurser.

Sammanhållet ansvar för hela vårdkedjan

I internationell policydiskussion används ibland begreppet ”integrated care”, som kan sägas vara ett uttryck för en högre grad av sammanhållet systemtänkande, mindre fragmentiserad vård och tätare samverkan mellan vårdens olika delar: äldrevård, primärvård och sjukhusbunden vård.⁵²

I denna typ av modell lönar det sig för vårdgivare att hålla befolkningen frisk genom förebyggande arbete och tidig upptäckt av sjukdom. Genom ett sammanhållet ansvar för alla delar i vårdkedjan skapas incitament för att patienter tas om hand på rätt nivå, vilket har potential att ge såväl kostnadsbesparingar som stora kvalitetsvinster.

En modell som kan vara intressant att utvärdera är att uppdra åt en privat vårdgivare att efter upphandling ha ett helhetsansvar för alla delar av vårdkedjan i en avgränsad del av en region. I ett sådant uppdrag skulle såväl prevention som primärvård, öppen specialiserad vård och slutenvård kunna ingå.

⁵² Se till exempel OECD samt även kommande debattskrift från SN om privata vårdgivare med helhetsansvar : Integrated Care – OECD

Utvärdera internationella erfarenheter av alternativa sjukvårdssystem

Hälso- och sjukvårdssystemen i Europa brukar delas upp i två typer avseende finansieringsmodell: dels skattebaserade, dels sådana som baseras på socialförsäkrings-system. Som exempel på den förstnämnda systemtypen brukar de nordiska länderna och Storbritannien nämnas, medan länder som Belgien, Frankrike, Nederländerna, Schweiz och Tyskland är exempel på den senare. Gemensamt för båda systemtyperna är en offentlig finansiering och rätt till vård för samtliga medborgare. Även om skatteuttag och socialförsäkringsavgifter administreras olika, följer man principen att finansieringen tas ut efter inkomst och oberoende av risk för sjukdom.⁵³

Nederländernas sjukvårdssystem framhålls ibland som ett föredöme i den svenska debatten. Systemet reviderades grundligt 2006 och bygger på ett centraliserat regelverk kombinerat med ett decentraliserat utförande. Modellen är utformad som en socialförsäkring och finansieras genom en kombination av premier, självrisker vid specialistvård, arbetsgivar- och egenavgifter och skatter. Finansieringen är solidarisk, såväl med avseende på invånarnas hälsostatus som deras ekonomiska förutsättningar. Ramarna bestäms av staten. Alla invånare ska vara försäkrade och välja ett försäkringsbolag, som ansvarar för deras vård. Den obligatoriska försäkringspremie som alla betalar kan delvis sägas motsvara den skatt som finansierar dagens svenska system.

Staten bestämmer vårdutbud, tak för premier och självrisk. Försäkringsbolagen konkurrerar med varandra med ett attraktivt erbjudande till invånaren och upphandlar i sin tur vård i huvudsak från privata vårdgivare. Så gott som alla försäkringsbolag är icke-vinstsyftande, i bemärkelsen att vinstutdelning inte får ske.

Pengarna följer invånarna och bolagen är privata och konkurrerar således. Modellen är byggd kring husläkarna, som kan sägas utgöra kärnan i systemet. Till specialiserad vård krävs remiss från husläkare. Nederländerna har mer än dubbelt så stor andel av sina sjukvårdskostnader inom primärvården jämfört med Sverige och i princip alla i landet har en husläkare. Förutom rätten att välja försäkringsbolag har invånarna dessutom stor valfrihet när det gäller vårdgivare.

Det nederländska sjukvårdssystemet har hög medicinsk kvalitet och väsentligt bättre tillgänglighet än det svenska. Befolkningens nöjdhet med vården är också hög; kostnaderna ligger i princip på samma nivå som den svenska vården. Värt att notera är att det finns färre läkare per capita i Nederländerna än i Sverige.⁵⁴

Den nederländska modellen visar på en intressant riktning och bör utvärderas för att bedöma om den kan och bör anpassas till svenska förhållanden. Viktiga syften skulle vara att komma till rätta med den svenska vårdens mest segdragna problem, nämligen köer och bristande kontinuitet.

⁵³ Se till exempel Bismarck versus Beveridge: Social Insurance Systems in Europe (ifo.de)

⁵⁴ Netherlands: Country Health Profile 2021 | State of Health in the EU : Country Health Profiles | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org)

Rekommendationer och förslag

- Dagens 21 regioner bör på sikt bli 4 till 6.
- Staten bör kunna vara vårdhuvudman för viss vård.
- Strukturreformerna i Danmark bör utvärderas, anpassas och användas för svenska förhållanden.
- Utvärdera möjligheten att dela upp primärvårdens åtagande i nivåer för att bättre svara mot hela befolkningens olikartade behov av vård och prevention.
- Utvärdera nya modeller för integrerad vård som innebär helhetsansvar för alla vårdnivåer i en del av en region.
- Utvärdera på sikt möjligheterna med en förändrad sjukvårdsorganisation liknande den i Nederländerna.

Referenser

- borger.dk – Frit og udvidet frit valg af sygehus.
- BMJ (2023): Guidelines should consider clinicians' time needed to treat.
- Demoskop (2023) Allmänheten om sjukvård.
- Dir 2007:90 Patientens rätt i vården.
- Dir 2022:41: Hälsodata som nationell resurs för framtidens hälso- och sjukvård.
- Dir. 2023:73: Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.
- Ds 2023:27 Effektiv och behovsbaserad digital vård
- esundhed.dk – Mit Sygehusvalg.
- Eurostat (2021): 3% of healthcare expenditure spent on preventive care.
- Fi 2015:09: Indelningskommittén.
- Forska Sverige 2022: Kostnad av ohälsa. Rapport.
- Forum för Health Policy (2023): Onödig administration i vården. Rapport.
- GP Debatt (2023): Vårdens digitalisering kräver en särskild förhandling.
- IFO Institute (2008) Bismarck versus Beveridge: Social Insurance Systems in Europe.
- IHE 2019:6 Samhällets kostnader för sjukdom 2017.
- IHE 2020:4 Produktionsbortfall – en metodologisk genomgång och beräkningar.
- IVO: (2022) Vad har IVO sett? Rapport.
- Kommissionen för skattenytta (2022): Bäst och sämst på vård.
- Läkartidningen 2023: Socialstyrelsen: Vården följer inte nationella riktlinjerna för artrosvård.
- Nationella Folkhälsoenkäten 2022.
- OECD (2022): International comparisons of the quality and outcomes of integrated care.
- OECD (2023): Netherlands Country Health Profile.
- OECD (2021 ff) Health at a glance, Europe.
- Regionala cancercentrum i samverkan, RCC (2022): Nordisk strålbehandling – En benchmarkingstudie.

SCB 2023: 400 000 fler i Sverige år 2030.

SKR: KPP databas.

SKR (2016): Vision för ehälsa år 2025.

SKR (2021 ff): Väntetider i vården.

SKR och Socialstyrelsen (2020): Vårdkostnader 2019 för NordDRG.

SNS: Anell, A (2020): Vården är värd en bättre styrning. Rapport.

Socialstyrelsen (2022): Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård.

Socialstyrelsen (2023): Nationella riktlinjer – Rörelseorganens sjukdomar
Utvärdering av vården vid artros.

SOU 2007:10: Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande från Ansvarskommittén.

SOU 2008:37: Fri etablering i primärvården.

SOU 2020:19: God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

Svenskt Näringsliv (2020): Stärkt kvalitetsredovisning inom välfärden. Rapport.

Svenskt Näringsliv (2021): Mer värde för skattepengarna i kommunerna – så kan den demografiska utmaningen mötas. Rapport.

Svenskt Näringsliv (2021): Reformer för en bättre fungerande välfärd. Rapport.

Svenskt Näringsliv (2023): Kostnadsindex, effektivitet m m i svensk vård. PM.

Vårdanalys (2014): VIP i vården. Rapport.

Vårdanalys (2019): Olik eller ojämlik. Rapport.

Vårdanalys (2019): Med örat mot marken – del 2. Rapport.

Vårdanalys (2021): En lag som kräver omtag. Rapport.

Vårdanalys (2021): Nära vård i sikte? Rapport.

Vårdanalys (2022): Kontinuitet och fast läkarkontakt. Rapport

Vårdanalys: International Health Policy survey 2021 ff.

Vårdanalys (2023): Ordnat för omställning. Rapport.

Värdföretagarna (2021): Hur uppskjuten vård kan arbetas bort med stöd av privata vårdgivare. Rapport.

Värdföretagarna (2023): Privata vårdfakta.

www.svensktnaringsliv.se

Storgatan 19, 114 82 Stockholm

Telefon 08-553 430 00

Tryck: Arkitektkopia AB, Bromma, 2023