



Hälso- och sjukvårds- företagsmodellen

*En kundvalsmodell som
presenterar en
helhetssyn på vården*

CHRISTOPHER JARNVALL

CHRISTOPHER JARNVALL

Hälso- och sjukvårds- företagsmodellen

En kundvalsmodell som presenterar
en helhetssyn på vården

**den
nya
välfärden**

Box 5625, 114 86 Stockholm

08-545 038 10 | www.dnv.se

© Stiftelsen Den Nya Velfärden

Förord

Sedan 1990 har Den Nya Valfärden utarbetat förslag om hur medborgarna ska få mer att säga till om över sin konsumtion av offentligt finansierad välfärd, i huvudsak inom vård, skola och omsorg. Den Nya Valfärden har utvecklat vad som döpts till ”kundvalsmodellen”, alltså olika pengsystem, till exempel skolpeng, barnomsorgspeng etc.

Nu, efter snart 20 års arbete, för det mesta i motvind, från Den Nya Valfärdens sida, har kundvalsmodellen blivit allmänt accepterad, åtminstone i debatten. Men det återstår mycket innan sådana system är införda i praktiken.

De mest betydande välgörande effekterna skulle komma om kundvalssystemet infördes inom sjukvården, men för att dessa goda effekter ska uppnås räcker det inte med att kundvalet begränsas till primärvården; all vård måste ingå i pengens inklusive sjukersättning och läkemedel.

Den Nya Valfärden har jobbat för detta – inom ramen för ett förslag som kallas ”Hälso- och sjukvårdsföretagsmodellen” eller HSF-modellen – i femton år.

På uppdrag av Den Nya Valfärden har Christopher Jarnvall tagit tempen på debatten idag. Vad tycker personer med insikt i sjukvårdsfrågorna om HSF-modellen?

Januari 2009

1. En hälso- och sjukvård i kris

Ökad ekonomisk press

Hälso- och sjukvården står under stor ekonomisk press. Till det finns två viktiga förklaringar; ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård och minskad tolerans för sjukdom. I och med den tekniska utvecklingen har vissa operationer och behandlingar blivit billigare och även kunnat undvikas helt tack vare nya läkemedel. På det stora hela har utvecklingen dock resulterat i ökade kostnader i och med att vårdmängden ökar. Numera opererar man fall som tidigare inte behandlades alls. Livskvaliteten för patienten ökar, men kostnaderna stiger. Även toleransen för sjukdom minskar. I dag kräver patienter vård och behandling för sådant som tidigare ignorerades, till exempel kronisk smärta, nedstämdhet och övervikt. Samtidigt ses en del företeelser som tidigare ansågs vara en del av människans existensvillkor som sjukdomar i dag. Vidare har nya diagnosgrupper tillkommit, till exempel utbrändhet och antalet cancersjukdomar.

Den viktigaste förklaringen till att kostnaderna stiger är dock att befolkningen blir äldre och därmed kräver mer vård. De senaste tjugo åren har antalet åttioåringar fördubblats. Hälften av alla femtioåringar söker läkare under ett år. Motsvarande siffra för sjuttiofemåringarna är 82 procent.

År 1999 nådde sjukskrivningarna sin högsta nivå någonsin. Varje timma Försäkringskassan höll öppet förtidspensionerades 25 människor.

Saknar samordning

Ett stort problem inom sjukvården är att dagens system inte använder de pengar som finns på bästa sätt. Det finns flera administrativa system. Landstingen har huvudansvaret för vården, kommunerna ansvarar för vården av äldre och staten för sjukpenning, förtidspensionering och medicinsk rehabilitering. Dessutom är staten huvudman för läkemedelskostnaderna. Det sammanlagda kostnaderna för hälso- och sjukvården är över 250 miljarder per år, 12 procent av BNP. Detta är exklusive arbetsgivarnas kostnader för arbetsgivarinträdet under de första veckornas sjukdom.

Systemet saknar samordning mellan de olika aktörerna, vilket resulterar i att aktörerna ofta försöker lämpa över sina svårigheter på varandra. Om landstinget inte har råd med operationer kan läkarna sjukskriva patienten, vilket innebär att staten får stå för kostnaderna. Operationskostnaden kommer dock i alla fall, fast lite senare. Nettoeffekten blir onödiga sjukskrivningskostnader och onödigt lidande för patienten. En kommun som saknar vårdplatser skickar tillbaka nyopererade patienter till landstingen. Patienten hamnar då på dyra sjukhuskliniker i stället för billigare äldreomsorgsenheter. Staten stoppar dyra men effektiva läkemedel och tvingar landstingen att bota patienten med andra medel. Hälso- och sjukvårdens organisationer har dessutom monopol i sina respektive gebit. Monopol är ineffektiva och okänsliga för missnöje hos både anställda och patienterna.

Förändringar i rätt riktning

Det finns mycket som är bra med sjukvården i dag samtidigt som utvecklingen går framåt. I Stockholms läns landsting har man infört vårdval Stockholm som innebär ökad valfrihet då varje medborgare får välja fritt vilken vårdgivare han eller hon vill ha, oavsett var man bor. Det nya systemet i Stockholm och liknande system i Halland påminner om det system – Hälso- och Sjukvårdsföretagsmodellen (HSF-modellen) – som beskrivs nedan. En väsentlig skillnad är att inte alla sjukvårdskostnader integreras, vilket är en av huvudpoängerna i HSF-modellen.

Sammanfattningsvis är sjukvårdens problem att den bedrivs i form av ett antal monopol utan samordning. Även om mycket har hänt de senaste åren för att bryta monopolen, är samordningen fortfarande dålig.

Nu vill socialminister Göran Hägglund skriva in vårdgarantin i lagen och han utesluter inte framtida sanktioner mot landsting som inte uppfyller garantin. Samtidigt (dec 2008) kommer utredningen om patientens rättigheter, som understryker medborgarens rätt till vård. För att klara av sina åtaganden måste stat och landsting tänka i nya banor. Här kan HSF-modellen fylla en viktig funktion.

Misslyckade besparingsförsök

Ökade krav på besparingar och effektiviseringar leder till att personalkostnaderna minskas. Satsningar på utbildning och kompetensutveckling begränsas och investeringar skjuts upp.

Besparingsförsöken misslyckas ofta. På sjukhusen och i primärvården i Norrland, Bergslagen och i viss mån Västra Götaland vill allt färre läkare och sjuksköterskor ha fast anställning inom landsting eller kommun. I stället skriver de

kontrakt med bemanningsföretag. Därmed kan vårdens nyckelpersonal bestämma när, var och hur mycket de vill arbeta, och till högre ersättning än den som landsting och kommun betalar sin fast anställda personal.

Sämre kvalitet och regionala skillnader

Det finns tecken på att vårdkvaliteten sjunker. WHO:s undersökning *"Health systems: Improving performance"* rankar Sveriges hälso- och sjukvårdssystem på 23 plats i världen. Betygsättningen baseras dock inte bara på kvaliteten av sjukvården utan även tillgången till sjukvårdsförsäkring, apotek och andra sociala funktioner.

I Sverige är de regionala skillnaderna stora, vilket är ett tydligt tecken på att den solidariska principen om lika vård för alla inte längre gäller. Till exempel är kötiden för en gallstensoperation cirka två veckor på Huddinge sjukhus i Stockholm och 182 veckor på Borås lasarett. I Umeå är kötiden för en prostataoperation över två år och drygt en månad vid Karolinska Sjukhuset i Solna.

Faktorer som driver upp kostnaderna

Det finns i dag fyra faktorer som kommer att driva upp sjukvårdskostnaderna i framtiden; personalen, patientmentaliteten, den tekniska utvecklingen och demografin.

Läkarna och den andra nyckelpersonalen blir alltmer en bristvara. Trenden med bemanningsföretag kommer med stor sannolikhet att fortsätta. Läkarna får bättre villkor genom att byta arbetsgivare. Dessutom kan lockande erbjudanden komma från andra länder. Man måste räkna med en internationalisering av löneläget för sjukvårdspersonalen och därav följande kostnadsökningar för sjukvården.

Patienterna har betydligt större kunskaper än tidigare och kräver inflytande över sin behandling. Dagens patienter har ofta läst på om sin sjukdom på Internet och funnit var den bästa vården finns. Om läkaren i stället föreslår landstingets egna resurser vill patienterna inte acceptera lösningen. Läkarna pressas mellan patienternas önskemål och politikernas direktiv.

Den tekniska utvecklingen ställer alltmer avancerade och dyrbara behandlingsmetoder till förfogande. Det blir allt svårare för vårdsystemet att säga nej till existerande vårdalternativ av ekonomiska hänsyn när patienterna är pålästa om de alternativ som finns. Samtidigt ökar läkemedelskostnaderna för varje år. Redan i dag händer det att landstingen underlåter att köpa effektiva, men dyra, mediciner för att i stället låta patienterna förtidspensioneras. Det sparar inga pengar men det drabbar en annan finansär.

Ytterligare ett hot hänger ihop med demografin. Andelen yrkesarbetande av den totala befolkningen minskar i takt med att fler blir äldre. Sjukvårdssystemet kommer troligtvis att ha mindre pengar för att tillfredsställa ökande krav.

Utvecklingen inom medicinen har gjort det traditionella landstinget överflödigt. När landstinget inrättades var tanken att alla, oavsett geografisk hemvist, skulle erbjudas lätt tillgänglig hälso- och sjukvård av högsta kvalitet på likvärdiga villkor. Varje landsting skulle ha en full uppsättning medicinsk kompetens och teknisk utrustning. Den tekniska utvecklingen inom medicinen har dock gjort föreställningen om det självförsörjande landstinget helt föråldrad. Utvecklingen har till exempel lett till en alltmer uttalad medicinsk subspecialisering. År 1920 behövde ett komplett sjukvårdssystem 12 specialister, år 1980 behövdes 400 specialister och numera behövs närmare 2 000 stycken.

2. Förslag på lösning: HSF-modellen

Utgångspunkter

Grunden för förslaget är valfrihet, konkurrens och kvalitet. Hälso- och sjukvårdsföretagsmodellen, eller i dagligt tal HSF-modellen, omfattar primärvården, den slutna vården, sjukförsäkringen, läkemedelskostnaderna etc.. Förslaget kan liknas vid skolpengen där varje elev kommer med en förutbestämd summa pengar. Eleven får därefter fritt välja vilken skola han eller hon ska gå på. Den skola eleven väljer får elevens pott med pengar. Det blir därmed viktigt för skolan att attrahera tillräckligt många elever för att få ekonomin att gå ihop.

Hälso- och sjukvården kostar drygt 250 miljarder kronor per år. I stället för att pengarna ska användas utan samordning läggs de i en enda pott. Därefter fördelas pengarna solidariskt på varje medborgare. Den individuella pengan differentieras efter ålder och kön eftersom sjukdomsbilden varierar över åldrarna och är olika för män och kvinnor. 'Vårdpengen' berättigar medborgaren till fri sjukvård i det hälso- och sjukvårdsföretag (HSF) hon väljer. Om medborgaren avstår från att välja blir hon automatiskt inskriven i landstinget som ombildas till ett offentligt HSF (jfr med dem som inte väljer pensionsförvaltare då sjunde AP-fonden förvaltar pengarna).

Valfrihet

En förutsättning är att alla medborgare har *ekonomiska* möjligheter att välja mellan alternativa sjukvårdsalternativ. Enligt HSF-modellen ska sjukvården finansieras solidariskt av medborgarna genom skatten.

Valfrihet förutsätter också att det finns alternativ att välja mellan. HSF-modellen utgår från att det ska etableras flera fristående företag som konkurrerar om att ge medborgarna medicinsk behandling och vård.

HSF:ets helhetsansvar

För att minska samordningsproblemen och problem med att olika organisationer försöker skjuta över kostnaden på någon annan ska vårdpengen täcka den verksamhet som i dag bedrivs av den kommunala och landstingskommunala sjukvården som finansieras med statens anslag för läkemedel, medicinsk rehabilitering, sjukskrivning och sjukbidrag.

Medborgarnas behov av hälso- och sjukvård samt förskrivna läkemedel ska tillgodoses av Hälso- och sjukvårdsföretag. Dessa kan ha offentlig eller privat huvudman och verka inom hela landet, regionalt eller lokalt. Ett HSF ska godkännas av staten. Landstingens sjukvårdsorganisationer omvandlas till HSF och ska verka på samma villkor som vårdföretag med annan huvudman.

HSF ska ha ett totalansvar för anslutna medborgares hälsa och sjukvård samt för medborgarnas grundtrygghet vid sjukdom eller arbetsskada. Varje företag bestämmer själv hur stor del av vårdansvaret som företaget erbjuder i egen regi och hur stor del som det tillgodoser genom avtal med annan vårdgivare, till exempel sjukhus, fristående specialist eller annat HSF.

Medborgaren får själv bestämma vilket HSF han/hon vill ansluta sig till. Den som inte väljer HSF ansluts automatiskt till det landstings-HSF där medborgaren bor. Den som begär det ska kunna välja egen husläkare bland de läkare som verkar inom det HSF som medborgaren tillhör. Husläkare kan vara både allmänläkare och specialist. Medborgaren ska kunna byta husläkare och, med viss kortare uppsägningstid, HSF.

Sjukvården ska huvudsakligen finansieras genom en sjukvårdsavgift (skatt), som varje medborgare ska betala. Varje HSF tilldelas medel i form av en vårdpeng för varje ansluten medborgare. Ersättningen differentieras efter de anslutnas ålder och kön.

Sjukhus och fristående specialister ska, oavsett om de har ett HSF eller någon annan som huvudman, finansieras genom intäkter av lämnade sjukvårdstjänster eller annan service. Den övervägande delen av sådana tjänster, är det tänkt, beställs av HSF.

Vid läkarbesök, sjukhusbesök och inköp av förskrivna läkemedel ska medborgarna betala egenavgifter. För sådana avgifter gäller ett gemensamt högkostnadsskydd. Högsta avgift och lägsta högkostnadsskydd bestäms av staten.

Medborgarna kan fritt vända sig till vilket sjukhus eller fristående specialist eller till annat HSF som helst. Om det görs utan remiss från det egna HSF:ets läkare måste inte medborgarens HSF stå för kostnaden. Kostnadsansvaret vilar då på medborgaren själv. Det är dock tillåtet för ett HSF att i efterhand frivilligt betala kostnaden. Det gäller dock inte i akutfall. Medborgaren kan utan att riskera att få stå för kostnaden själv uppsöka närmaste vårdgivare vid akutfall.

Landstingens sjukvårdsansvar avvecklas. Under en övergångstid ska de vara huvudmän för HSF och eventuellt sjukhus. Sjukvårdens nuvarande landstingsägda tillgångar ska främst användas till landstingens pensionsskuld.

Staten ska, liksom i dag, ha ansvaret för den medicinska forskningen och den grundläggande medicinska utbildningen. HSF och sjukhus förutsätts medverka i utbildningen och forskningen på grundval av avtal med staten.

Kvalitetssäkring och kvalitetskontroll ska framför allt skötas av HSF och sjukhus internt. Den externa kvalitetskontrollen och tillsynen över den interna kontrollen ligger på statens bord. Det görs av en nybildad medicinskt professionell myndighet. Den ska även bestämma omfattningen av HSF:ens generella vårdansvar, fastställa och publicera kvalitetskriterier för sjukvården, behandla allmänhetens klagomål mot HSF och sjukvårdspersonal samt förhandla med HSF och sjukhus om deras medverkan i utbildning och forskning inom sjukvårdssektorn.

Etablering av hälso- och sjukvårdsföretag

Ett HSF måste uppfylla en rad kriterier för att kunna godkännas och få tillstånd att börja med verksamheten. Uppgiften att fastställa kriterierna tillkommer en statlig sjukvårdsmyndighet. Företaget måste uppfylla höga krav på ekonomisk styrka, stabilitet och uthållighet. Den statliga prövning av ett HSF innan det kan bildas bedöms efter de i förväg klart angivna verksamhetskrav som staten ställer på den här typen av vårdföretag.

Ett HSF:s generella vårdansvar måste fortlöpande anpassas till utvecklingen av den medicinska vetenskapen, tekno-

login och tekniken. Staten måste också fastställa kvalitetskriterier för HSF:ens interna och statens externa kvalitetskontroll av företagen. Dessa måste löpande anpassas till den medicinska utvecklingen. Kvalitetsfrågorna är indelade i fyra grupper: Förutsättningar att ge en kvalitativt god behandling och vård (*struktur*), genomförande av den medicinska vården (*process*), *omvårdnaden* under vårdtiden och *resultaten* av behandlingen. Staten bör även ange de krav som ställs på den interna kvalitetskontrollen.

För att ett HSF ska kunna bildas måste företaget visa att det kan klara sin uppgift finansiellt. Storleken på aktiekapitalet måste bedömas med hänsyn till den planerade omfattningen av verksamheten. Därutöver krävs att en garanti för HSF:ets totala verksamhet utställd av bank, försäkringsbolag eller liknande bolag. Utöver detta bör en särskild ekonomisk garanti krävas för särskilt resurs- och kostnadskrävande behandlingar som utan speciellt finansiellt skydd skulle kunna radera HSF:ets ekonomi.

Det krävs även att den tilltänkta ledningen för HSF:et fyller krav på företagsledningskompetens, till exempel ekonomisk och/eller medicinsk kompetens och erfarenhet från sjukvårdsmarknaden. Den medicinska ledningsstaben ska vara heltidsanställd i företaget och ha kompetens att verka som primärvårdsläkare. Minst en läkare i ledningsstaben ska ha forskarutbildning inom ett kliniskt ämne.

Enligt HSF-modellen ska det råda etableringsfrihet för sjukvårdspersonal. Grupper av personal som inte är tillräckligt stora för att bilda ett eget HSF kan sluta avtal med ett och bli en del av det. Det kan även sjukhus göra. Därmed bildas olika läkarhus och läkargrupper.

Fungerande konkurrens

Från medborgarnas synpunkt ska alla valmöjligheter stå öppna, oberoende av individens ekonomi och hälsotillstånd. För att säkra detta har ett HSF inte rätt att vägra någon medborgare att ansluta sig till företaget. Om fler vill ansluta sig än vad det finns kapacitet till, ska företaget anta patienterna efter hur lång tid de stått i kö. Turodningslistorna ska anmälas till den statliga kontrollmyndigheten.

Konkurrensverket kan inte sköta all kontroll över HSF:en. I stället bör den statliga kontrollmyndigheten, som aktivt följer utvecklingen i företaget, etablera ett samarbete med konkurrensverket.

Patientinflytande

Alla som ansluter sig till ett HSF måste registreras hos både vårdföretaget och den statliga myndigheten som betalar ut vårdpengen. När en patient vill byta sjukvårdsföretag är det ursprungliga HSF:et skyldigt att överlämna kopior av journaler och andra patienthandlingar till det nya. Anslutningen i HSF-systemet ska vara individuell men ett standardiserat, av staten föreskrivet, vårdansvar ska gälla lika för alla anslutna oberoende av HSF.

Om patienten vänder sig direkt till en specialist riskerar denne att själv tvingas betala vården, såvida inte HSF:et i efterhand godkänner räkningen. Det gäller inte i akutfall. Det är dock möjligt för patienten att gå till sin husläkare och få en remiss till en specialist. Vidare ska det vara möjligt att ha en specialist som husläkare.

Reaktioner vid missnöje med vårdansvarig

Vid byte av HSF behövs en uppsägningstid. Hur lång den blir är beroende av hur utbetalningsordningen ser ut. Exakt hur lång den blir beror på den tid det tar för avveckling respektive övertagande av vårdansvaret och regleringen av vårdpengen.

Den enskilde ska ha rätt att klaga hos den statliga kontrollmyndigheten, som vid befogade klagomål kan offentliggöra kritiken och tvinga ett HSF eller någon i personalen att göra en rättelse. I extrema fall kan hot om att ompröva godkännandet som HSF vidtas. Handlar det om en enskild läkare eller annan personal kan frågan överlämnas till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Även ekonomiska tvister mellan en medborgare och HSF bör prövas av kontrollmyndigheten.

Medborgarinformation

Enligt HSF-modellen är staten den yttersta garanten för hälso- och sjukvården. Det innebär att staten ska sköta tillsynen för verksamheten. Resultaten av statens fortlöpande tillsynsverksamhet ska offentliggöras. Staten ska fortlöpande informera allmänheten om situationen inom HSF och sjukhus i fråga om vänte- och kötider, egenavgifter, nyetableteringar och nedläggningar och liknande.

För att medborgare ska kunna göra rimliga val krävs att de är välinformerade. HSF-modellen räknar med att HSF och sjukhusen ser informationsgivande som ett viktigt inslag i konkurrensen och därför har ett primärt intresse i att utveckla sådana system. Det är även viktigt för staten som företrädare för konsumentintresset. För att informera om kvaliteten på vården behöver ett kvalitetsindex utvecklas för

öppen respektive sluten vård. Det är önskvärt att kontrollmyndigheten ansvarar för att utveckla ett sådant system.

Valfrihetens gränser

Fullständig patientmakt är bara möjlig i ett system som helt finansieras av patienterna. Om systemet finansieras med skattemedel krävs begränsningar för att kostnaderna ska kunna hållas inom de kostnadsramar som samhällsekonomin kräver. I HSF-modellen begränsas patientmakten i form av egenavgifter med högkostnadsskydd samt eget betalningsansvar för kostnader som uppstår om patienten vänder sig direkt till sjukhus, extern specialist eller annat HSF utan att först kontakta sitt eget vårdföretag och dess läkare. Egenavgifterna är främst till för att patienter inte ska överutnyttja vården. Högkostnadsskyddet är i dag ett fixt belopp men det är på förslag att relatera det till patientens inkomst, dock med ett lägsta belopp.

Förutsättningar för kvalitet

HSF-modellen bygger på statlig auktorisation, det vill säga ett HSF får inte börja sin verksamhet utan tillstånd från den statliga kontrollmyndigheten. Det är en omöjlig uppgift för staten att i tillståndsärendet pröva förutsättningarna för att ge en kvalitativt god vård. Förhandsgranskningen i tillståndsärendet ska därför koncentreras till de ekonomiska och administrativa förutsättningarna att driva verksamheten. Om vården sedan inte håller kvalitetsmåten vet HSF:et att tillståndet kan ifrågasättas och i värsta fall återkallas om kraven inte uppfylls.

Kvalitetsfrämjande inslag i strukturen

Fritt tillträde till marknaden är en utmaning för de existerande vårdgivarna att hålla kostnaderna nere och kvaliteten uppe. Privata vårdansvariga kan medverka till att höja beredskapen för förändringar och motverka tröga beslutsgångar inom den offentliga vården, till exempel genom att utnyttja medicinska landvinningar inom diagnostik och teknik.

Vilka är ett HSF:s konkurrensmedel? Eftersom vården även i fortsättningen kommer att vara skattefinansierad kan HSF inte konkurrera med priser. Då återstår kvaliteten på vården. Om kvaliteten är låg riskerar HSF:et att patienten byter vård företag alternativt att det får kritik från den statliga kontrollmyndigheten och i värsta fall får sitt tillstånd indraget. Konkurrensen med kvalitet innebär därför en stimulans till ökad kvalitet och en stimulans att följa och utnyttja den medicinska och tekniska utvecklingen inom sjukvårdsområdet. Det råder således ett ömsesidigt beroende mellan hög kvalitet och hög effektivitet i HSF-modellen.

Eftersom det är svårt för patienter att bedöma kompetens på läkare och sjuksköterskor krävs att offentliga organ med specialistkunskaper reglerar sjukvårdssystemet. Till exempel ska det finnas krav på dokumenterad kompetens att verka som läkare eller annan vårdpersonal. Vidare krävs tillståndsplikt, tillståndsprövning och en löpande kvalitetskontroll.

HSF och sjukhus finansieras på olika sätt även om sjukhuset har ett HSF som huvudman. Ett HSF finansieras genom den statliga vårdpengen, medan sjukhus finansieras genom intäkter av sålda sjukvårdstjänster. För sjukhus kommer således konkurrensen att gälla både låga priser och hög kvalitet. De egna kostnaderna (till exempel för personal och

utrustning) kommer inte att kunna sänkas utan att kvaliteten riskeras. Möjligheten att påverka den ekonomiska situationen kommer därför i huvudsak att avse beläggningen.

Vårdutbildningen

Enligt HSF-modellen ska staten även i fortsättningen ha ansvaret för den grundläggande högskoleutbildningen av läkare och annan vårdpersonal. Därmed bär staten ansvaret för att utbildningen håller hög kvalitet, vilket är en grundförutsättning för att medborgarna ska kunna få bra vård. HSF och sjukhusen måste dock hjälpa till med den praktiska delen av grundutbildningen, AT-tjänstgöringen. Förslaget föreslår att HSF och sjukhus bör ha en skyldighet att medverka i den praktiska utbildningen av vårdpersonal. Omfattningen och eventuell ersättning får bestämmas genom avtal mellan staten och HSF:en.

Specialistutbildade läkare är en förutsättning för HSF och kvaliteten på utbudet av sjukvårdstjänster. HSF-modellen förutsätter att konkurrens i fråga om kvaliteten på diagnoser, behandling, vård etcetra är det viktigaste konkurrensmedel vårdföretagen har. Därmed bör HSF och sjukhus stå för kostnaden för specialistutbildning av sin vårdpersonal.

Vårdansvaret

Det är svårt att specificera vad som ska omfattas av den skattefinansierade vården. Vad som ses som rimligt i dag kan förlora sin betydelse när nya effektivare behandlingsformer introduceras. Även synen på de medicinska beho-

ven kan förändras, till exempel vad gäller kosmetiska operationer.

Samtidigt finns det komplicerade, sällsynta och kostsamma behandlingar och ingripanden. Det är tänkt att sådana behandlingar ska omfattas av det generella vårdansvaret. Det ska dock krävas att ett HSF, innan det blir godkänt, har en återförsäkring hos ett försäkringsbolag för dessa fall. Därmed får försäkringsbolaget ett intresse av att kontrollera kostnadsutvecklingen och reglera sina premier därefter. I förlängningen kommer också HSF att ha ett egenintresse av att kostnaderna och därmed premierna inte skenar iväg mer än vad som är absolut nödvändigt med hänsyn till kvalitetsreglerna.

Produktivitetsvinster

Ett HSF:s vårdansvar ska bestämmas av en statlig kontrollmyndighet som inrättas. Myndigheten ska bestämma omfattningen av HSF:ets generella vårdansvar, fastställa och publicera kvalitetskriterier för sjukvården, behandla allmänhetens klagomål mot vårdföretag och sjukvårdspersonal samt förhandla med HSF och sjukhus om deras medverkan i utbildning och forskning inom sjukvårdssektorn. Statens ekonomiska ansvar tas av Socialstyrelsen som fastställer vårdpengen.

Produktivitets- och effektivitetsvinster ska framför allt gynna skattebetalarna. Ett exempel på hur man kan påverka produktivitetsutvecklingen är att förutsätta viss årlig produktivitetsutveckling, till exempel två procent. Därför sänker man ersättningen med två procent per år. Det skapar en kraftig press på HSF:ets kostnader och gynnar det HSF som lyckas åstadkomma större produktivitetsökningar.

3. Röster om HSF-modellen

Med inspiration från fungerande kundvalsmodeller inte minst från skolan i Sverige började Patrik Engellau, ordförande i Den Nya Valfärden, att fundera kring en svensk vårdmodell grundad på kundval. Patrik får själv berätta:

Hur började tankarna på en svensk kundvalsmodell inom vården?

– Jag hörde talas om det på 1980-talet första gången och slogs av att detta ju var den nya välfärden, folkhemmet modell 2.0. Det var ett modernt system med solidarisk finansiering. Det kallades ursprungligen för ”voucher-systemet” men jag valde att kalla det ”kundvalsmodell” som ett alternativ, säger Patrik Engellau.

– Vi började skriva böcker för tjugo år sedan om skolpengssystem och hur kommuner skulle kunna införa den. Nacka och Vaxholm gjorde det. Sedan blev det kundval inom barn- och äldreomsorgen och så tog vi oss an sjukvården.

Finns kundvalsmodellen inom sjukvården rent praktiskt, såsom ni har tänkt ut den?

– Nej, inte ännu. Men skolpengen fanns inte heller före 1992 och den har ju slagit igenom idag.

Skulle den kundvalsmodell ni har funderat fram fungera rent praktiskt?

– Ja, det skulle den och vi kan se det i USA, där den finns men i en helt annan tappning. USA-modellerna upphandlas av arbetsgivarna, men i Sverige skulle de enskilda människorna – vårdkonsumenterna – upphandla den själva. Det skulle vara bättre. Men den fungerar alltså i USA – trots mindre gynnsamma betingelser än som skulle vara fallet i Sverige.

Hur skulle den då kunna fylla en funktion i dagens svenska sjukvård?

– Alla som omfattas av den allmänna sjukförsäkringen skrivs direkt in i landstingen utan att behöva göra något speciellt. Men kundvalsmodellen innebär, att man som skattebetalare får en peng att med sig för att betala den vård man vill ha. Om man är missnöjd med den vård landstingen erbjuder, kan man gå till en privat vårdgivare. Det är precis som det fungerar med skolpengen.

Hur ser då finansieringen ut? Är den fortfarande "solidarisk"?

– Ja, den är fortfarande solidarisk i bemärkelsen skattefinansierad. Vi börjar med frågan "vad skall vara med i vårdpengen": Vård, sjukskrivning, läkemedel. I princip lägger man alla pengarna i en påse och fördelar dem över medborgarna. Det är inte alldeles okomplicerat att räkna ut hur mycket var och en skall få, men det går med litet arbete.

– När pengarna sedan har fördelats bland medborgarna blir dessa – i egenskap av vårdkonsumenter – värdefulla för sjukvårdsleverantören. Det innebär att sjukvårdsleverantören måste konkurrera med kvalitet, inte med pris.

- I detta finns ett par attraktiva aspekter. Dels får läkaren ett incitament att vårda i stället för att sjukskriva. Sjukskrivningarna går ned och det blir mer pengar till vård. Det andra är, att detta sker helt odramatiskt, helt utan revolution. Se på skolpengens införande: Man kan kontrollera systemet och det är lätt att införa det.
- Sedan behöver man inte prata politiskt om att lägga ned landstingen. Nu ligger makten hos medborgaren. Håller landstingens vård kvalitetsmässigt, behåller de ju vårdkunden!

Du har jobbat en hel del tillsammans med Olof Edhag, Nina Rehnqvist och Gösta Jedberger kring detta. Utvecklar ni fortfarande idéer tillsammans?

- Ja. I denna arbetsgrupp har vi nu utvecklat idén så långt att den kan marknadsföras bland beslutsfattarna. Nästa fas blir att göra noggrannare tekniska ritningar. Det återstår en del konstruktionsfrågor, t ex hur stor pengan skall vara, vilka diagnoser den skall täcka...

Ser du att denna modell skulle kunna få luft under vingarna när vi har fått ett regimskifte i Sverige?

- Ja, jag tror det. Jag har under många år pratat med borgerliga politiker och de har visat intresse. Tidigare var det t ex ingen som intresserade sig för detta i socialdepartementet, men nu är det så.

Samtal med G Rune Berggren, tidigare generaldirektör för Riksrevisionsverket, och Patrik Engellau, mannen bakom Hälso- och sjukvårdsföretagsmodellen (HSF).

Varför en kundvalsmodell?

G Rune Berggren:

– I grunden handlade det om att ge konsumenten ett ökat inflytande. Genom skolpengen gav man elever och föräldrar stort inflytande. Det temat tog vi upp i fråga om sjukvårdsmodellen. Ledordet var ”patientmakt”. Patienten skulle få välja.

Patrik Engellau:

– Vilket betyder att leverantören måste konkurrera om patienten med kvalitet i vården.

GRB: – När vi utvecklade detta inom äldreomsorgen såg ju kunden pengarna i form av en check. Men det ansåg vi inte vara möjligt när det gällde sjukvården.

Varför inte?

GRB: – Man vet ju aldrig vilken sjukdom som drabbar människor. Det viktiga var att vi gjorde vårdgivaren till en form av försäkringsinrättning. Vårdgivaren fick in pengar av alla dem som anslöt sig till systemet och fördelade sedan resurserna till dem som behövde. De som aldrig var sjuka bidrog ju på det sättet, men utnyttjade heller aldrig sin del. På detta sätt hade vi skapat en helhet där en enda vårdgivare svarade för alla delar av vården, vare sig det gällde öppen eller sluten vård...

PE: ...ja, även den medicinska.

GRB: – Just det. En vårdgivare har på det här sättet ansvar

för all den vård som skall ges och betalningar för denna. Men det här är svårt att tillämpa på nuvarande landstingssystemet. Vår modell går ut på att man skall kunna remittera mellan olika sjukhus och landsting, något som skapar finansieringsproblem i dagens vårdssystem. Alltså vore det bättre om vi hade ett nationellt sjukvårdssystem.

Hur har intresset för HSF-modellen förändrats över åren?

GRB: – Om man skall få igång vårt sjukvårdssystem måste det gå att tillämpa på det nuvarande vårdssystemet. Men jag tror inte Göran Hägglund vågar göra så mycket för att förändra det system vi har idag.

PE: – Om man bara sätter sig in i idén blir man i allmänhet väldigt entusiastisk!

GRB: – Sjukvården själv är ett problem. De som leder den vill inte släppa sina positioner. Läkarna är måna om sina avtal och rädda för att de skall försvinna om strukturen ändras radikalt.

PE: – Men egentligen är väl inte HSF-modellen särskilt radikal? Är friskolorna kontroversiella?!

GRB: – Folk är rädda för all förändring, särskilt om även den privata sektorn är involverad.

PE: – Men är det verkligen så? När folk inom sjukvården verkligen förstår vad detta handlar om, inser de att det är bra. Man måste starta och visa att det fungerar. Om man fick ett landsting att starta, tror jag att fler skulle haka på. Hallandsupplägget är en bit på väg, men bara en del av vad som borde göras.

Vad saknas i Hallandsmodellen?

PE: – Man borde ha lagt in hela sjukvårdspengen. Hel-

heten är viktig. I pengarna skall ingå alla delar av sjukvården, inklusive finansieringen/sjukförsäkringen. Då får man effekt av ett nytt system. Det måste finnas ett inbyggt incitament att få tillbaka folk i arbete.

GRB: – Problemet med den nuvarande strukturen är att den ende som har ett verkligt intresse av att hålla kostnaderna i samhället nere är finansministern.

Kan ni utveckla det?

PE: – Om man fick tillbaka folk i arbete skulle man kunna få loss många miljarder ytterligare till vården. Om man förde över pengarna från sjukskrivningar till sjukvården vore det väldigt bra.

GRB: – Sjukförsäkringen och sjukvården måste föras samman för att de inte skall spelas ut mot varandra. Idag står staten för sjukförsäkringen och landstingen för sjukvården.

PE: – Medborgaren får heller inte bli en ”svarte petter” som alla försöker värja sig emot.

GRB: – När jag var generaldirektör i RRV försökte jag se frågor horisontellt, se hur saker och ting hängde ihop. Det har man inte gjort hittills. Många inser visserligen att man borde göra det, men eftersom strukturen utvecklats var för sig vågar inte politikerna ta tag i problemen med samordningen av rädsla för att förlora röster... Om man samordnade de olika delarna av välfärdssystemet så skulle det vara lättare att tillgodose dem som verkligen behöver hjälp, samtidigt som man motverkar fusk.

– Nyckelordet är nationell sjukvård. Det skulle lösa många problem. Den som vågar ta tag i den frågan, skulle bli sjukvårdsprofet i det här landet.

Bland många andra har Nina Rehnqvist, ordförande Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering, och Monica Renstig, journalist/författare och sjukvårdsdebattör, bidragit till utvecklingen av HSF-modellen. Här berättar de om sin inspiration kring kundvalsmodellen, där vård, läkemedel och försäkringsfrågor finns samlade under ett tak.

Hur började ni fundera kring kundvalsmodellen?

Nina Rehnqvist:

– Jag kom med på ett bräde via Olof Edhag... Nej, egentligen var det så här: Patrik Engellau och jag träffades i ett välgörenhetssammanhang och började diskutera kring sjukskrivningar. Jag bidrog kanske till att modifiera en del idéer som Engellau hade och så kom jag med i diskussionerna. Patrik och jag kände inte varandra tidigare.

Monica Renstig:

– Som en av författarna till boken "Den sjuka världen" och som forskare kring varför kvinnor är långtidssjukskrivna engagerar mig dessa frågor oerhört mycket. När jag var kolumnist på Svenska Dagbladets ledarsida skrev jag därför ofta om hur mäniskor hamnade mellan stolarna p g a att sjukskrivningar och sjukvård betalas ur olika kassor. Jag föreslog i en kolumn att vi måste slå ihop dessa pengapåsar och skapa ett totalt åtagande där patienten ges makten. Patrik Engellau kontaktade då mig och menade att mitt förslag liknade hans. Så började vi diskutera.

NR: – Vi skall komma ihåg att man har gjort försök där

de olika delarna i sjukvården samverkar i det s k Fin-samprojektet som visade synergieffekter. Men man klarade inte av att hantera det politiskt. Nu finns ju den s k sjukskrivningsmiljarden som gör att lands-ting som klarar av sjukskrivningar inom givna ramar får pengar tillbaka. Det är viktigt att understryka att hela svenska folket skulle få gott av denna HSF-modell. Jag skulle kunna tänka mig att ett sjukhus som Danderyd tillsammans med primärvården kunde testa det.

MR: – Det svåra är hur man skall ta sig från A till B, alltså att konstruera en smidig modell för att kunna lämna det gamla till förmån för det nya. HSF-modellen fungerar ju ungefär som friskolemodellen. Danderyds sjukhus skulle t ex kunna vara ett sådant fristående Hälso- och Sjukvårdsföretag som tog ett totalåtagande för de patienter som väljer att lista sig.

Varför jobbar ni med just HSF-modellen? Det finns ju t ex en Hallandsmodell som faktiskt redan är igång?

MR: – Det är stora skillnader mellan dem. HSF omfattar alla delar av sjukvården – även den på sjukhuset - inte bara primärvården, läkemedel och sjukskrivning. Meningen är inte att man skall konkurrera mellan olika organisationer utan man skall konkurrera om patienten. I HSF-modellen läggs alla sjukskrivningskostnader in. Man separerar inte de olika enheterna sjukvård, läkemedel, medicinteknik...

NR: – Men processen är rätt komplicerad och man har väl inte benat ut ordentligt vad som t e x händer om ett sjukvårdsföretag skulle göra konkurs...

MR: – Men patienterna skall ju kunna byta mellan företagen och ta med sig sin peng i så fall.

NR:.. – Det behövs en ordentlig utredning av modellen.

MR: – Trots regeringens ansträngningar att få fler människor i arbete har vi fortfarande 634.000 personer som är långtidssjukskrivna i Sverige eller som uppbär sjuk- eller aktivitetsersättning. 70% av de diagnoser som dessa människor har rör värk i rörelseorganen, utmattningsyndrom eller andra diffusa besvär som sjukvården hittills inte har lyckats behandla. Dessa sjukskrivningar kostar mycket och belastar statens kassa. Sjukvården – däremot – går ju på landstingens budget.

– Vi menar att dessa system inte bör vara skilda åt rent organisatoriskt. Forskning visar att en stor del av dessa 634.000 sjukskrivna lämnas därhän. De utreds inte och får ingen vård. Delvis beroende på att det saknas vårdmöjligheter för dessa sjukdomar. HSF-modellen, däremot, skulle skapa ett incitament för hälso- och sjukvårdsföretagen att utveckla metoder och handlingar för att återföra dessa människor i arbete.

Ni nämnde tidigare att man har prövat delar av HSF-modellen, vad gäller samverkan mellan sjukvård och sjukförsäkring. Finns det någon liknande helhetsmodell som fungerar praktiskt idag?

NR: – Det finns ju en liknande modell – Kaiser Permanente i USA, en s k HMO-modell – som faktiskt fungerar.

MR: – Det grundläggande i svensk sjukvård idag är ju att patienten saknar makt...

NR: ...då är det bättre med denna typ av lösning än med en rättighetslagstiftning, där ribban riskerar att läg-

gas för lågt. En sådan är riskabel, därför att det inte skapas incitament för kreativa lösningar.

MR: – Makten övergår till patienten från sjukvårdsbyråkraterna.

NR: – Det centrala är att man blir frisk.

Men hur skulle ett system – som visserligen fungerar i USA – kunna fylla en funktion i svensk sjukvård med vår sjukvårdskultur?

NR: – Svensk sjukvård håller hög kvalitet även om det finns vissa brister, t ex tillgänglighet, bemötande eller samordning. Det saknas också incitament till effektiv behandling.

MR: – I stället för att diskutera sjukvårdsföretagens storlek borde man diskutera vad de skall göra.

NR: – Det skulle vara bra om vi fick en utredning som simulerade de olika modellerna så att vi fick se hur de fungerade. Jag skulle kunna tänka mig att Södersjukhuset, Karolinska eller Huddinge skulle kunna pröva detta. Eller varför inte Sahlgrenska eller MAS?

Skulle det fortfarande handla om solidariskt finansierad vård?

MR och NR:

– Ja, absolut. Det är grundbulten i det hela. Det finns inget alternativ.

NR: – Det är viktigt med den solidariska finansieringen och jag är med i diskussionen kring HSF-modellen, eftersom jag tror att detta blir bättre för patienterna.

Om det då är ett så bra system, varför är det inte redan infört?

NR: – Man vågar nog inte politiskt. Dagens sjukvårdsor-

ganisation härrör också från en annan tid när den behövdes. Men nu är det dags att tänka nytt.

MR: – Det är också viktigt att understryka, att vi inte vill ha några skarpa övergångar, utan en successiv övergång.

Nu har vi en ny politisk ledning i regeringskansliet och man tänker i andra banor. Får ni mer respons nu än tidigare?

NR: – Vi måste nog lobba mer för vår modell än vi har gjort hittills...

MR: – Framför allt måste vi driva frågan bland människor – vårdkunderna! Det är dem vi måste ha med oss. En sådan här fråga kan inte göras upp rent politiskt.

NR: – Nu provas ju Hallandsmodellen och visar det sig att den fungerar, kommer politikerna att ta den till sig.

MR: – Men varken Hallandsmodellen eller för den delen Stockholmsmodellen, som nu provas, tar med sjukskrivningarna...

Men för många kanske det i alla fall känns mycket som USA över den kundvalsmodell ni jobbar med. Kan det verkligen fungera här?

MR: – Det amerikanska sjukvårdssystemet i stort är inte bra. Det utesluter många människor från vård, människor som inte har råd. Men det hindrar inte att vissa sjukvårdsföretag – t ex Kaiser Permanente – är effektivt och ger bra vård. I det systemet sysslar läkaren med det han eller hon skall göra, nämligen: Förebygga, bota, följa upp. Man kommunicerar med kolleger och andra delar av systemet i stället för att sitta för sig själv.

- NR: – Det amerikanska systemet har naturligtvis brister, t ex detta att många står utanför det, att man har för höga löner ibland, att man satsar på onödig vård. Men inom de s k HSF-modellerna – dit hör Kaiser Permanente – görs mer nödvändig vård än utanför. Den svenska modellen skulle inkludera alla åldrar, inte bara de mellan 16 och 65.
- MR: – Detta är det optimala!
- NR: – Det en utredning bl a måste ta ställning till är vilken finansiering man skall ha: Statlig eller landstingsskatt? Vad skulle man sedan kunna köpa till för delar?
- MR: – Det handlar om att man inför en totalmodell, där utövarna får ett totalansvar för förebyggande verksamhet, läkemedel, sjukskrivande, sjukvård – allt omfattas.
- NR: – Jag ser inte någon större risk för att detta skulle bli kostnadsdrivande, eftersom det finns en viss mängd pengar som man måste jobba med.
- MR: – Nu vill vi ha en utredning som möter människors behov i hälso- och sjukvården. En sådan utredning borde dagens handlingskraftiga regering kunna till-sätta!

Kåre Jansson är utredningschef vid Sveriges Läkarförbund.

Vad ser du som det största problemet för svensk sjukvård idag?

– Det allra största problemet är det framtida finansieringsproblemet. Det är en stor utmaning och kommer att kräva mycket kraft och nytänkande för att lösa. Annars är ett mer närliggande problem att närsjukvården är för dåligt utbyggd.

Har du funderat på vad man skulle kunna göra för att råda bot på dessa problem?

– Man måste definiera gränserna för det offentliga åtagandet tydligare. Vad skall samhället stå för inom sjukvården, vad får den enskilde klara själv?

Om du tittar på kundvalsmodellen: Skulle en sådan ge bättre sjukvård åt vårdkonsumenten? Hur skulle en HSF-modell inverka på premisserna?

– Att ha en planerad marknad som är solidariskt finansierad via en vårdpeng är en bra idé. Konkurrens ger kvalitetsutveckling och det är bra för alla parter inom vården. Det skulle ha stor betydelse för svensk vård om vi finge en sådan utveckling. Då skulle man kunna komma väldigt långt.

– Däremot är jag mer tveksam till att integrera sjukförsäkringsdelen helt och hållet. Sjukvårdens och Försäkringskassans budgetar skall emellertid länkas till varandra. Det måste finnas ett partiellt kostnadsansvar inom sjukvården för att sjukförsäkringssystemet skall hålla.

- Vårdgivarna och försäkringsgivarna måste ha gemensamma drivkrafter och jobba ihop. Men om man lägger hela ansvaret på ackrediterade företag kommer det bli en marknad för riktigt stora bolag.

Varför det?

- Erfarenheterna från andra länder visar att bara stora organisationer klarar av den riskspridning som behövs. Om det bara är de stora försäkringsföretagen som kan ta på sig riskerna med kostsamma vårdbehov och inkomstbortfall hos försäkringstagarna ser jag en risk att makten koncentreras till ett fåtal storbolag.

Hur har du kommit i kontakt med HSF-modellen från början?

- Egentligen började historien när vi gjorde om styrsystemen i Nacka kommun i början av 1990-talet och införde checksystem inom barnomsorg och skola. Sedan stötte jag på HSF-modellen, som i sina delar påminner om skolpengssystemet, när jag började jobba med sjukvårdsfrågor kring 1997-98.

Det gick att införa skolpeng. Skulle det gå att införa kundvalsmodeller i svensk sjukvård?

- Ja, men i första hand för vardagssjukvården. Det krävs dock att lagstiftningen anpassas och att politiker och deras förvaltningar tar ett steg tillbaka och inte längre ser sig som den primära beställaren av all sjukvård. Man måste helt enkelt våga överlåta beställarrollen på invånarna och deras anhöriga.

Varför bara för vardagssjukvården, tror du?

– Det har att göra med svårigheterna att hantera riskerna. Om vi exempelvis ser på den högspecialiserade sjukvården och de mer avancerade läkemedlen blir det svårare. Dessa behandlingar kan vara extremt kostsamma och är svåra att förutse.

Hur skulle läkarnas roll påverkas i ett kundvalssystem?

– När det gäller HSF-modellen ser jag det som att man ansluter sig till ett företag som ger vård, inte till en enskild läkare. Jag tror inte att läkarnas roll och betydelse skulle påverkas av detta. Läkarens roll är så stark, att den förblir viktig trots att man söker sig till ett företag och inte till en enskild läkare direkt.

Skulle det finnas något skäl för läkare att vara skeptiska till en kundvalsmodell som HSF?

– Så länge uppdraget och kostnadsansvaret inte är så omfattande att det krävs storföretag som knyter till sig läkare, är det positivt. Det är viktigt med pluralism så att kunderna har många vårdgivare att välja emellan. Det är också viktigt att det finns många köpare. Skulle vi i stället hamna i en situation med få stora företag som upphandlar eller anställer läkare, är vi snart tillbaka i en situation som liknar landstingssystemet.

Men om kundval är bra, varför inför man inte kundval fullt ut i svensk sjukvård?

– Det har länge funnits ett starkt motstånd inom politik och administration. Förutom att man förlorar makt har man befarat att ökad konkurrens och revirstrider skulle försämra samarbetet mellan olika yrkesgrupper och mel-

lan olika vårdnivåer. Husläkarsystemet fungerade ju inte så till vida att den socialdemokratiska regeringen tog bort det, när den återkom till makten 1994.

– Med dagens nya vårdvalsmodeller ger man små företag möjlighet att etablera sig och det stämmer bra med politikernas önskan om hur vård bör ges. Vårdvalsmodellen är analog med skolpengen. Man väljer i första ledet vårdteam och företag i stället för enskilda läkare. I Sverige har detta varit förlösande. De svenska vårdcentralerna – med betoning på teamarbete - fick då en naturlig plats i den nya styrmodellen.

Någon ytterligare synpunkt du skulle vilja framföra?

– Jag tror, slutligen, att vi kommer att få se en efterlängtat utbyggnad av första linjens sjukvård när många lands-
ting nu öppnar upp en planerad marknad inom denna del av vården.

Åsa Vilbäck är läkare och samhällsdebattör med stort intresse för kundvalsmodeller inom vården. Åsa har tittat närmare på den s k HSF-modellen.

Du har ju talat och tänkt mycket kring kundvalsmodeller. Hur känns HSF-modellen i jämförelse med andra – t ex Kaiser Permanente?

– Jag tycker olikheterna är mindre intressanta än själva konceptet/idén med kundvalsmodellen. Det intressanta och fascinerande med kundvalsmodeller är att den presenterar en ”lösning” på i princip hela den utvecklade världens sjukvårdskris: att skapa en jämlik, trygg och högkvalitativ sjukvård under en enorm ekonomisk press.

Kundvalsmodellen innebär ett sjukvårdssystem där vårdgivarna tävlar med varandra om att ge en så högkvalitativ sjukvård som möjligt, samtidigt som man åstadkommer kostnadskontroll via en vårdpeng som följer medborgaren.

– De olika modellerna kommer behöva anpassas med tiden, platsen, kulturen, geografin, ekonomin, kunskapen, sjukdomspanoramat... Men de grundläggande komponenterna är gemensamma.

HSF är kanske mer anpassad till svenska förhållanden än flera andra modeller som det talas om?

– Ja, när man introducerar en kundvalsmodell i ett befintligt sjukvårdssystem måste man ta hänsyn till befintliga strukturer, attityder, finansieringsformer, verksamheter, organisation m m. Inom landstinget och på varje arbetsplats råder en kultur som man måste ha en väldig respekt för. Den kulturen kommer att leva kvar efter det att man introducerar en ny modell.

– Eftersom svensk sjukvård redan har erbjuder offentlig sjukvård fullt ut för sina medborgare, blir förutsättningarna för en kundvalsmodell helt annorlunda än för exempelvis Kaiser. Man måste akta sig för att ”kasta ut barnet med badvattnet”, samtidigt som man inte får ”hugga benet” av modellen genom att exempelvis inte möjliggöra tillräckligt med konkurrensutsatthet för producenterna.

Vilket är det största problemet i vården idag, som du ser det? Och skulle en kundvalsmodell kunna avhjälpa det?

– Felaktiga incitament för dem som producerar vård; man kan också uttrycka det som avsaknad av koppling mel-

lan ekonomi och verksamhet. Man brukar säga att ”barn gör inte som du säger, utan som du gör”. Man kan säga motsvarande för svensk sjukvård; klinikchefer och vårdpersonal kommer inte att göra det man säger åt dem, utan det som systemet ger dem incitament att göra. Idag saknas incitament för att ge patienter en så god och snabb vård som möjlighet till en så låg kostnad som möjligt. Och det är sjukvårdens egentliga målsättning.

– Det är precis det som en kundvalsmodell kan skapa: Vårdpeng som följer med patienten ger valfrihet åt patienten, vilket i sin tur ger incitament för ständig kvalitetsförbättring och öppen redovisning av vårdresultat. Parallellt med detta ger systemet med vårdpengen en kostnadskontroll, fokus på de svårast sjuka samt på preventiv vård.

Hallandsmodellen verkar ju fungera och så även Stockholmsmodellen. HSF är en helhetslösning och innebär ändå en solidarisk finansiering... Är det inte så?

– Jag tycker att HSF är en väldigt bra kundvalsmodell att introducera på den svenska ”sjukvårdsmarknaden”. Jag ser självfallet många punkter som måste klargöras ytterligare, och successivt förbättras; bundenhet till ”sin” läkare, utbildning av läkare och övrig sjukvårdspersonal, vård av fall som faller utanför HSF:s åtagande, hur produktivitetsvinster ska realiseras, fastställande av storleken på vårdpengen m m.

– HSF som en *nationell* lösning, till skillnad från lokala försök, tycker jag i sig är oerhört viktigt. Dels som ett led i att utjämna den ojämna vård som råder mellan landstingen på många områden, dels för att komma ifrån att det enda sättet sjukvårdsproducenter i dag kan ”tjäna

pengar” är genom utomlänspatienter, dels för att framtvinga ett konstruktivt arbete med att definiera och organisera den högspecialiserade vården som sannolikt kommer att ligga utanför HSF. Därtill är konkurrensutsattheten för HSF själva förutsättningen för utvecklingen inom sjukvården. Utan konkurrens, ingen riktig kundvalsmodell. Valfriheten är motorn i en kundvalsmodell, utan valmöjligheter/konkurrens finns ingen valfrihet.

Kan man använda HSF som bas för de reformer inom svensk vård som ändå verkar vara på gång?

– Absolut. Inget system som är en skrivbordsprodukt kommer vara perfekt när det omsätts i praktiken. HSF har de tre ben som krävs för att skapa ett fungerande sjukvårdssystem där patienten har makten och inte politiker, där vårdproducenterna strävar efter att ge en så god och snabbt vård till en så låg kostnad som möjligt och inte efter att producera så lite vård som möjligt. Pengen följer patienten och skapar därmed valfrihet och konkurrens. Patienten kan välja mellan flera vårdgivare samt en öppen kvalitetsredovisning för att patienten ska kunna välja kvalitet.

– HSF löser de viktigaste ”knotarna”, är väl anpassad till den svenska marknaden och ger också möjligheten till en successiv introduktion av en kundvalsmodell, då ju landstingen initialt även fortsättningsvis själva blir HSF.

Men går det att genomgripande reformera det svenska vårdssystemet utan att beskyllas för att skapa nya klyftor - mellan fattig och rik, mellan omedveten och medveten?

– Med en kundvalsmodell som innefattar valfrihet, kon-

kurrens och öppen kvalitetsredovisning kommer aldrig klyftorna att bli större än vad de är idag. Svensken har blivit uppmärksammas från barnsben på att vi har världens bästa sjukvård. Men idag är flera mindre attraktiva konsekvenser av vårt svenska *sjukvårdssystem* synliga: ojämlig vård mellan olika landsting, lång köer, dålig tillgänglighet (vilket skapar medicinska risker i sig), ett enormt resursslöseri där nagelsvamp kan prioriteras före cancersjukdomar. Styrningen blir ofta tandlös då ekonomiska styrmedel knappt är gångbara i det nuvarande systemet. Vi har ett fullkomligt undermåligt system för informationshantering och informationsöverföring mellan olika vårdgivare samt mellan vårdgivare och patient och vice versa.

– Jag ser själv dagligen hur den som är frisk, rik, vältalig, medveten, välutbildad och svenskspråkig får bättre vård än den som är sjuk, fattig, oartikulerad, omedveten, lågutbildad eller inte behärskar det svenska språket. I dagens system kan detta hållas fördolt. Fler fall och exempel kommer med all säkerhet att dyka upp vid en sund reformering av sjukvårdssystemet. Det tycker jag vi ska se som ett friskhetstecken. Patienterna får inblick, kännedom om vad de kan förvänta sig, de kommer att ställa högre krav och de kommer att kunna uttrycka sina krav genom att aktivt välja vårdgivare.

– Patienterna får större inflytande och inblick i olika sjukvårdsproducenters kvalitet. Då kommer det att uppstå att mycket har brustit fram till idag. Det kommer att kännas för dem som sitter på makten idag; såväl politiker som sjukvårdspersonal. Det är klart att det kommer att svida, men inte för patienten.

Tage Nilsson är överläkare, medicine doktor och radiolog i botten. Numera är han verksam på kardiologiområdet vid en privat hjärtklinik i Karlstad – Svensk PCI AB.

Vad ser du som det största problemet för svensk sjukvård idag?

– Det är ledarskapsfrågorna på alla nivåer. Jag ser en otydlig inriktning, ja, nästan anarki inom vissa delar av den offentliga vården.

Ofta brukar finansieringsfrågan nämnas först bland problemen...

– Ja, med tanke på hur ålderspyramiden ser ut, är världens framtida finansiering en bekymmersam fråga. Det råder ju ingen tvekan om att vården utvecklas både tekniskt och medicinskt, men detta är dyrt. Vi kan göra mer idag än för några decennier sedan, men till en högre kostnad. Människors allmänna hälsa är bättre idag rent generellt, men vi blir äldre och fetare och detta uppväger delvis vinsterna vad gäller det allmänna hälsoläget.

Om du tittar på kundvalsmodeller som ett medel för att skapa bättre förutsättningar inom sjukvården, vilken roll skulle HSF-modellen kunna spela för att förbättra premisserna inför framtiden?

– HSF-modellen villkorar att man måste visa kvalitet oavsett privat eller offentlig vård. Idag ställer myndigheterna inga reella kvalitetskrav på den vård som ges. Inom vissa sektorer har man utvecklat kvalitetsregister – så har vi gjort i vår verksamhet – men det är något vi gör själva och därmed ställer vi krav på oss själva. Problemet är ofta att beskriva vad som menas med god kvalitet.

- En kundvalsmodell skapar konkurrens och det är bra. Det behövs öppna redogörelser av det vi gör inom vården. Vi behöver både kortsiktig och långsiktig resultatuppföljning. Men detta är man ovan vid inom offentlig vård. Vem som helst tycks få göra vad som helst, inom vissa gränser.
- Med hjälp av ökad insyn skapas ökad konkurrens. Det i sin tur ger kvalitetsförbättringar. Där skulle en HSF-modell kunna fungera som motor.

Hur kom du i kontakt med HSF-modellen?

- Genom personliga kontakter med flera av dem som har bidragit till att jobba fram modellen. Sedan har vi börjat diskutera kring detta och jag tycker att det ser intressant ut.

Tror du att HSF-modellen är möjlig att genomföra i Sverige?

- Ja, det tror jag. Nu uppstår ju också olika varianter av kundvalsmodellen i olika landsting. Vi ser Hallandsmodellen, Vårdval Stockholm... Tiden är mogen att börja öppna för jämförelser och alternativa vårdsystem.

Men ändå verkar den borgerliga regeringen tveka...

- Exakt! Jag undrar om det egentligen är så stor skillnad mellan socialdemokrater och vissa borgerliga partier i detta avseende. Jag upplever ofta att socialdemokraterna kan vara väl så pragmatiska.

Hur skulle din roll som läkare påverkas inom en utvecklad kundvalsmodell, tror du?

- I den privata vården är vi redan konkurrensutsatta, så vi har vant oss och det är bra. Jag tror att den genom-

snittlige läkaren i offentlig vård skulle tvingas tänka efter om den vård han eller hon erbjuder håller kvaliteten. Får man en konkurrenssituation kommer det snart krav från verksamhetschefen att alla anställda måste tänka i termer av kvalitet. De kraven existerar nästan inte i offentlig vård idag.

Det vet du...?

– Ja, jag har mer än trettio år som anställd i landstinget bakom mig.

Tror du att detta gör att en del läkare skulle vara skeptiska till en kundvalsmodell?

– Läkare är ofta tveksamma inför nytänkande och förändringar som skulle kunna hota deras verksamhet.

Kan HSF-modellen alltså användas som bas för de reformer som ändå verkar vara på gång?

– Jag ser inget hinder för det.

Handlar det till sist om politik, kanske?

– Så länge man har med politiker att göra lär man sig: Det är mycket retorik inför valen och nu gäller det för vänsterblocket att använda gamla beprövade argument för att återfå makten. Det ställer hinder i vägen för nytänkande, även om man tänker nytt på andra plan.

– Sedan har vi detta med diskussionerna kring storregioner. Det är mycket oklart vad dessa kommer att innebära, ingen vet idag...

Dan Bagger Sjöbäck är professor vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, samt överläkare vid Öron-, Näsa-, Halskliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset. Han har även erfarenhet av privat vårdmottagning.

Du har satt dig in i tankarna kring kundvalsmodeller i svensk sjukvård. Vad är din uppfattning?

— Av det jag har tagit till mig kan jag konstatera att detta är en oerhört komplex fråga som rör stora förändringar i ett gigantiskt system. Vissa aspekter av kundvalsmodellen är tilltalande. Det finns också nackdelar, men här finns helt klart många intressanta och attraktiva inslag.

Vilka positiva inslag tänker du särskilt på?

— Kundvalsmodellen skapar ett ökat incitament att hålla kostnaderna nere, det går inte – som i det hittillsvarande systemet – att skyffla kostnader mellan olika områden.

Vad ser du då som negativt?

— Det är inte alltid så, att patienten vet vad som är den bästa vården. Det man väljer kanske bara är väl marknadsfört. Det kan ju finnas andra aktörer som ger en bättre vårdprodukt men inte har lyckats marknadsföra den ordentligt. Det är inte alltför lätt för en lekman att se exakt vad som är god vård. Det krävs oerhört mycket kunnande för det.

Men kan inte kunden bedöma det?

— Inte alltid. Kunden har visserligen rätt i sig, men det innebär inte alltid att kunden kan bedöma vad som är bra eller dålig vård.

Vad säger du då specifikt om den s k HSF-modellen?

– Det är viktigt med olika aktörer inom vården för att vi skall skapa konkurrens och det är bra att patienten skall kunna ha möjlighet att välja. Det borde också finnas en fristående utvärdering av läkemedel och vårdprocesser för att vägleda vårdkonsumenten. Jag är ute efter en opartisk jämförande instans som kan lyfta fram ”Evidence Based Medicine”. Utan en sådan är kunden i värsta fall utlämnad.

Vilket ser du som det största problemet i vården idag? Skulle en kundvalsmodell som HSF kunna avhjälpa detta problem?

– Tillgängligheten är största problemet. Kundvalsmodellen kan avhjälpa detta i viss mån. Men framför allt behövs incitamentet – ”moroten” – för vårdproducenten, läkaren, sjuksköterskan...

– Idag finns det inget incitament att jobba övertid. Svensk vård har bra personal men man producerar för litet och man ägnar sig åt för många arbetsmoment som är skiljda från själva vården. Vårdpersonal skall ägna sig åt att vårda. Detta är i mångt och mycket en logistisk fråga och här är facket ett problem för produktiviteten.

Är modeller som Hallands- eller Stockholmsmodellerna tillfyllest eller skulle en helhetsmodell fungera bättre?

– Att genomföra en fullt genomarbetad kundvalsmodell i alla delar av vården skulle bli ett drastiskt systemskifte. Det kan bli svårt att hitta politiker som vågar lägga om rodret fullt ut, tror jag. Det ligger inte för svensken. Här handlar det om att förändra i små steg. Det är möjligt, så jag säger alltså inte att det är omöjligt att införa en HSF-modell, bara att det måste göras på ”svenskt” sätt och att

det kan ta litet längre tid än det kanske hade gjort i andra länder.

– Men samtidigt måste vi se en tydlig förändringstendens i spåren av de omläggningar som nu görs, annars är det hela meningslöst. Om vi ser de tendenserna, och det blir lyckat, kanske man kan ta nästa steg mot ett fullt genomförande.

– Den mesta sjukvård vi har i Sverige kan bedrivas i små patientnära enheter där patienten har stort inflytande. Endast vissa stora, tunga delar av vården måste bedrivas i större enheter. Annars klarar vi oss bra med patientnära verksamheter. Detta är viktigt och det vinner både vårdproducent och vårdkonsument på.

– Stordrift ger mer administration, vilket blir dyrt och tidskrävande. Små enheter som är slimmade och jobbar självständigt mot gemensamma mål är att föredra. Det är lättare att koppla kvalitetsgranskning till en mindre enhet och även bland de mindre enheterna behövs därför en samordning.

Skulle man då kunna använda HSF-modellen som en bas för de vårdreformer som nu är på gång?

– Det blir svårt att genomföra denna typ av reformer rakt av i Sverige, som jag sade. I Finland skulle det gå förhållandevis snabbt, men vi har inte den traditionen i vårt land. Här har vi en annan tradition som tar tid att förändra. Men jag tror, som sagt, inte att det är omöjligt att införa en HSF-modell, bara man gör det på ett sätt som passar våra sjukvårdstraditioner...

Men det gick ju rätt snabbt med skolpengen...

– Skolpengen är en mindre komplex fråga.

Skulle det vara önskvärt att införa en HSF-modell?

– Ur vissa aspekter skulle det säkert det.

Kan vi då ens reformera vårdsystemet utan att t ex beskyllas för att skapa nya klyftor mellan olika människor?

– Det måste kunna gå om man tänker igenom det ordentligt och med hjälp av vettiga människor. Det vore väldigt tråkigt om det inte gick att förändra. ”Per aspera ad astra!”

— Men sedan har man den politiska dimensionen: Det är ofta svårt för nytänkarna på riksplanet att få gehör, men på landstingsnivå kan det vara annorlunda. Där förekommer ofta mindre politisk polarisering än i rikspolitiken, men det är en förändringsprocess som måste göras tillsammans med landstingen.

Utgivet av Den Nya Valfärden

- Den Nya Valfärdens arbete gör nytta för pengarna** (2008)
- Olagligt billigt – kommunala underprisförsäljningar** (2008)
- Integritetens lilla röda** (2008)
- Regeringen har fel om arbetsrätten – företagens egen uppfattning** (2008)
- Förenkla reglerna för småföretagare** (2007)
- Den stora obalansen – hur lagarna missgynnar småföretagare** (2007)
- Varför straffa den som försöker göra rätt** (2007)
- Värsta krånglet** (2007)
- Mansförtryck och kvinnovälde** (2007)
- Fullt fokus på företagare**
 - europeiska företagare ger råd till Sveriges regering (2007)
- Med storbror i byxfickan – integritetsrisker med RFID-chips** (2007)
- Roligt värre** (2007)
- Med storbror i uppfinnarverkstan**
 - ny digital övervakning från automatiska öron till internetdammsugare (2006)
- Med storebror i baksätet – digital övervakning av dina bilfärder** (2006)
- Nya beska droppar – korta kritiska krönikor** (2006)
- Första hjälpen**
 - Om dina anställda blir sjuka – en liten handbok (2006)
- Var tredje får inte vara med**
 - en studie om arbetslösheten bland invandrare (2006)
- Hur hög är arbetslösheten, egentligen?** (2006)
- Ole, dole, arbetslös**
 - nästan 3 av 10 ungdomar 16-24 år saknar jobb (2006)
- Ge de arbetslösa en chans**
 - 150 000 nya jobb genom halverade arbetsgivaravgifter (2006)
- Så lyckas du som företagare**
 - de bästa tipsen från svenska entreprenörer (2005)
- Bakom skurkar och skandaler** (2004)
- Värsta krånglet** (2004)
- Jobbet är att mata puman**
 - hur och varför försäkringskassorna slarvar bort 40 miljarder om året av skattebetalarnas pengar (2004)
- Tankebok för entreprenörer**
 - 222 citat från Aristoteles till Ingvar Kamprad (2003)
- Entreprenören bakom allt**
 - 101 svenska succéer från ABBA till ölburkar (2002)
- Beska droppar – korta kritiska krönikor** (2002)

Skärp dig, Svensson

– med deklarationen om medborgerliga skyldigheter (2002)

Personvalsparti – bot för trötta partier (1999)

Berättelsen om jobben (1996)

Baksmällan – förutsättningar för politisk tillnyktring (1995)

Molnstoden – en vision för svenska folket (1994)

Den Nya Valfärden har även givit ut Medborgarnas offentliga utredningar

MOU 2000:1 Sveriges två gränser – om invandrarpolitiken

MOU 1999:1 För Sverige – på tiden!

MOU 1998:1 Samhällsmoral i praktiken

MOU 1997:1 Entreprenören i högsätet

MOU 1996:2 Kommunala företag – hot mot demokrati

MOU 1996:1 Den nya arbetsrätten – ett förslag

MOU 1995:3 Järntrianglar – förnyelsens fiende nummer ett

MOU 1995:2 Irrfärdens slut – för sunda statsfinanser

MOU 1995:1 När folkhemmets barn blivit vuxna

MOU 1994:1 HSF-modellen – patientmakt och kvalitet

MOU 1993:2 Charta Nova – politik för entreprenörskap

MOU 1993:1 Barnomsorg enligt kundvalsmodellen

MOU 1992:2 Hälso- och sjukvård för 2000-talet

MOU 1992:1 Eget val i äldreomsorgen – handledning

MOU 1991:6 Hur man säljer allmännyttehus – handledning

MOU 1991:5 På egna ben – reformera organisationsstödet

MOU 1991:4 Skolpeng hösten 92 – en handlingsplan

MOU 1991:3 Självständiga kommuner

MOU 1991:2 Sänkta skatter för en ny välfärd

MOU 1991:1 Företagsamhetens förutsättningar

MOU 1990:3 En marknad för bostäder åt alla

MOU 1990:2 Medborgarnas miljömanifest

MOU 1990:1 Minska statsskulden – sälj tillgångar

MOU 1989:1 Sänkt skatt för alla

MOU 1988:1 En ny grundlag – ett förslag

Små steg i rätt riktning

Alltsedan Den Nya Välfärdens start för tjugo år sedan har kundvalsmodellen varit en av de bärande reformtankarna. Att privata företag skulle kunna utföra viktiga delar av den offentliga välfärden var då en minst sagt provocerande tanke.

I dag är det få som ifrågasätter mångfald och valfrihet inom skola och förskola. Friskolesystemet omhuldas av såväl moderater och kristdemokrater som socialdemokrater och miljöpartister. Vänsterpartiet är fortfarande kritiskt. Debatten i dag handlar inte om valfrihetssystem i sig är bra, utan hur de ska organiseras.

Sedan tidigt 1990-tal finns alltså kundvalsmodellen inom såväl skola som förskola i Sverige (det så kallade skolpengssystemet). Vaxholm och Nacka var pilotkommuner för skolpengen. I Vaxholm ledde Den Nya Välfärden införandet av pengsystemet. Pengsystemet har också införts på olika håll exempelvis inom äldreomsorg och primärvård.

Alliansregeringen har tagit initiativ till nationell reglering av valfrihet inom äldreomsorgen, handikappomsorgen, flyktigmottagningen och primärvården.

Sammantaget innebär detta att stora delar av den gemensamt finansierade välfärden - skola, förskola, omsorg och sjukvård – kan vara på väg att bli organiserade i form av pengsystem.

Systemet har fått olika namn: kundval, konsumentval, vårdval, hälsoval, skolpeng. De grundläggande tankarna är dock de samma: gemensam finansiering via skattsedeln, kvalitetskonkurrens mellan flera utförare (offentliga och privata) och valfrihet för den enskilda människan. Det är just detta som var den nya välfärden för tjugo år sedan. Och det är detta som är den nya välfärden idag och i framtiden.