

HSF - MODELLEN

**PATIENTMAKT, KVALITET OCH
KOSTNADSEFFEKTIVITET I EN
NY SJUKVÅRDSSTRUKTUR**

MOU 1994:1

FÖRORD

Hösten 1992 lade stiftelsen Medborgarnas Offentliga Utredningar fram ett förslag till en ny sjukvårdsstruktur för Sverige (MOU 1992:2 Hälso- och sjukvård för 2000-talet - ett förslag till ny sjukvårdsstruktur). Förslaget har därefter diskuterats vid ett antal konferenser och seminarier. Diskussionerna har gett vid handen, att det finns anledning att precisera och fördjupa förslaget på olika punkter.

Den politiska debatten om förändringar i samhället har en tendens att fastna i frågor om organisation och huvudmannaskap. Debatten präglas ofta av principiell och ideologisk argumentering. För en så viktig samhällsfunktion för medborgarna som hälso- och sjukvården är det emellertid nödvändigt att lämna den vanliga partipolitiska och partiskiljande principdebatten och i stället värdera skilda möjligheter att anordna hälso- och sjukvården med utgångspunkt i förhållanden som har omedelbar betydelse för medborgarnas välbefinnande och välfärd i det verkliga livet.

Det är med denna utgångspunkt som vi i denna skrift har värderat förslaget i MOU 1992:2 till en ny sjukvårdsstruktur och sökt vidareutveckla förslaget så att det så långt det är möjligt skall tillgodose de krav som medborgarna i ett välfärdssamhälle har rätt att ställa på sjukvården, både som patienter och skattebetalare. Avvägningen mellan medborgarnas krav som patienter och deras uppoffringarna som skattebetalare är grannliga men måste trots allt göras, så länge sjukvården är solidariskt finansierad genom skatter. Och det är enligt vår uppfattning en given utgångspunkt för framtidens hälso- och sjukvård.

En statlig utredning, HSU 2000, har till uppgift att lägga fram förslag om den framtida hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation. Det är enligt vår mening inte tillfredsställande, om övervägandena om framtidens sjukvård begränsas till ställningstaganden för eller emot utredningens förslag. Övervägandena bör grundas på val mellan flera alternativa lösningar. Vår förhoppning är att förslaget i MOU 1992:2 jämte de preciseringar, kompletteringar och klarlägganden som vi här lägger fram skall utgöra ett viktigt alternativ i dessa överväganden.

Det inledande avsnittet, "HSF-modellen - så här kan det bli", har författats av Patrik Engellau. Huvudrapporten har utarbetats av G Rune Berggren.

Stockholm i februari 1994.

G Rune Berggren

Erik Björn-Rasmussen

Patrik Engellau

Bertil Persson

Lars Werkö

INNEHÅLL

HSF-MODELLEN : SÅ HÄR KAN DET BLI

HUVUDRAPPORT

Kapitel 1

UTGÅNGSPUNKTER

Kapitel 2

PATIENTMAKT

Valfrihet

Etablering av hälso- och sjukvårdsföretag (HSF)

Fungerande konkurrens

Patientinflytande

Reaktioner vid missnöje med vårdansvarig

Medborgarinformation

Valfrihetens gränser

Kapitel 3

KVALITET

Kvalitetskriterier

Förutsättningar för kvalitet

Kvalitetsfrämjande inslag i strukturen

Kvalitetskontrollen

Vårdutbildningen

Den medicinska forskningen

Kvalitetskontrollens organisation

Kapitel 4

KOSTNADSEFFEKTIVITET

Vårdansvaret

Produktivitetensvinster

HSFs ansvar för sjukpenningförsäkringen

Kapitel 5

SÄRSKILDA FRÅGOR

Läkemedel

Landstingen

Kapitel 6

SAMMANFATTNING OCH FÖRSLAG

Värdering av HSF-modellen

HSF-modellens huvuddrag enligt vårt förslag

Bilaga 1

HFSs VÅRDANSVAR - ETT EXEMPEL

Bilaga 2

KVALITET - NÅGRA ÖVERGRIPANDE SYNPUNKTER

Bilaga 3

UTREDNINGSGRUPPEN

HSF-MODELLEN

- så här kan det bli

Denna skrift handlar om ett helt nytt sjukvårds system för Sverige. Vi har arbetat med förslaget i två år. Vi har vänt och vridit på det, hittat fel, rättat till och utvecklat.

I allmänhet är människor skeptiska mot nya idéer, och detta med rätta. Många nya idéer är dåliga. Tiden räcker inte för att man ska sätta sig in i alla nya tankar och skilja agnarna från vetet. Man har annat att göra.

Den som har något nytt att komma med måste därför anstränga sig alldeles extra. Detta gäller inte minst presentationen av nyheterna. Vi har valt att presentera vårt förslag på två sätt: dels efter den beprövade, noggranna och resonerande utredningsmetoden, dels som en mer lättillgänglig och, kanhända, mer lättviktig berättelse. Berättelsen kommer här och sträcker sig fram till huvudrapporten.

Alla medborgare ska ha bra och kostnadsfri sjukvård, precis som idag. ¹⁾ Men sjukvården produceras inte av landstingen, utan av konkurrerande företag, som kallas hälso- och sjukvårdsföretag (HSF). Landstingen kan äga sådana företag.

Man kan jämföra med friskolesystemet. Föräldrar som vill flytta ett barn från en kommunal till en alternativ skola får, enligt lag, med sig pengarna. HSF-systemet bygger på samma tanke, men driver den ett steg längre. De kommunala producenterna, landstingen, behandlas på exakt samma sätt som alternativa HSF. Landstingens sjukvårdsorganisationer omvandlas helt enkelt till offentligägda HSF som konkurrerar på exakt lika villkor med privata HSF. ²⁾

Alla medborgare får alltså rätt till bra och billig sjukvård hos vilket HSF de vill. HSF är konkurrerande företag som konkurrerar om att Nisse och Asta ska välja just dem. De konkurrerar inte främst med priset eftersom patientavgiften bestäms av staten. ³⁾ De konkurrerar med kvalitet.

Om Nisse och Asta inte bryr sig om att välja är de automatiskt inskrivna i landstingets HSF. Ingen medborgare tvingas till ett aktivt val. ⁴⁾

Nisse tröttnar på landstinget

Nu står Nisse och svär på landstings-HSFs vårdcentral. Först fick han köa två timmar för att träffa läkaren. Sedan visade det sig att läkaren var en helt annan än den han träffade förra gången. Han bestämmer sig för att byta HSF.

Han har många att välja på, i varje fall om han bor i Stockholm. I Gula Sidorna finns en hel sida full. Där finns till exempel Sophiahemmet, Läkarhuset på Riddargatan och Huddingeläkarna, ett antal allmänläkare och privatspecialister som slagit sig samman och bildat ett HSF.

Nisse har sett deras reklam, men som de flesta andra medborgare tror han inte så mycket på reklam. Däremot tror han en hel del på HSF-guiden, en kvartalsvis utkommande utvärdering av HSF som görs av Dagens Nyheter. Om han verkligen är noggrann kan han läsa den inspektionsrapport som HSI, statens hälso- och sjukvårdsinspektion, gör om varje HSF och som ska hållas tillgänglig för alla patienter på HSF. Staten kontrollerade skolorna - med den skillnaden att rapporterna inte bara är till för producenterna, utan även för patienterna.

Vilket HSF Nisse än väljer kan han vara trygg. Inget HSF får startas utan statlig auktorisation.⁵⁾ HSF inspekteras av HSI. Och kanske bäst av allt: Alla HSF är livrädda för att göra något misstag, för det HSF som drabbas av ett skandalartat avslöjande i Expressen riskerar att förlora alla inskrivna medborgare över en natt. HSF-systemet ger medborgarna hittills oanad kundmakt.

Nisses val av HSF bestäms dock även personlig omständighet. Han är reumatiker. Han vill ha en skicklig reumatolog till primärläkare ⁶⁾. Han vet att en av Sveriges främsta experter på området, en överläkare Olsson, arbetar på S:t Görans HSF. Han ringer till överläkare Olsson, som välkomnar honom och hjälper honom att anmäla sitt beslut till HSF-registret.⁷⁾

Överläkare Olsson meddelar administrationen på S:t Göran att företaget fått en ny kund, nämligen Nisse. Nisses journal och övriga hälsodokument rekvireras, efter Nisses medgivande, från hans gamla HSF. Nisse får en identitetshandling som ser ut som ett kontokort och visar att han är inskriven i S:t Göran. Inskrivningen gäller för övrigt så länge Nisse vill. Om han blir missnöjd kan han byta. ⁸⁾

Per capita-ersättning och ekonomi

Överläkare Olsson ser Nisse främst som en människa och en patient. Men för ekonomiavdelningen på S:t Göran är Nisse ett personnummer, en månadsintäkt och, tråkigt nog, ett antal kostnader.

Ekonomiavdelningen har en tabell från HSI som visar statens månadsersättning till HSF för varje inskriven patient. Tabellen har 110 rader motsvarande levnadsålder.⁹⁾ Yngre människor drar i allmänhet mindre sjukvård än äldre. Därför är ersättningen olika för olika åldersgrupper.

Poängen med detta är att alla åldersgrupper ska vara lika ekonomiskt intressanta för HSF. Nisse är 42 år och en genomsnittskonsumant av sjukvård. Månadsersättningen för honom är 1 375 kronor. ¹⁰⁾

I och med att Nisse skrivit in sig på S:t Görän har en överenskommelse träffats mellan Nisse och hans nya HSF. S:t Görän får 1 375 kronor i månaden av staten. (Nisse ser aldrig några pengar. Han behöver inte besvära sig med det administrativa. Troligen vet han inte ens hur mycket pengar det handlar om). S:t Görän tar emot ersättningen och ska som motprestation hålla Nisse frisk och dessutom nöjd med den vård och omtanke han får (annars byter han ju till annat HSF).

Per capita-ersättningen ska räcka inte bara till själva vården, utan också, vilket är nyheter i sammanhanget, till läkemedel och till sjukpenning. Samtliga kostnader för vård och sjukskrivning av Nisse som professor Olsson bedömer nödvändiga måste alltså betalas av HSF ur dess totala intäkter (se dock nedan).

Alla svenska män i Nisses ålder kostar naturligtvis inte lika mycket för sjukvården. Som reumatiker kostar Nisse troligen mer än genomsnittet för 42-åriga män.¹¹⁾ HSF har således något även försäkringsfunktion. Företaget får ta igen på gungorna vad det förlorar på karusellen. Statistiska skäl talar därför för att HSF bör ha en viss minimistorlek.¹²⁾

Per capita-ersättningen ska alltså räcka till alla Nisses sjukvårdsbehov, inklusive ersättning för inkomstbortfall vid sjukskrivning, med några undantag. Poängen med att sjukpenningen inkluderas är att HSF får starka incitament att a) vårda, operera eller på annat sätt kurerat i stället för att sjukskriva samt b) ägna särskild uppmärksamhet åt personer med många sjukdagar för att tidigt sätta in rehabiliterande åtgärder. En poäng med att läkemedelskostnaderna ska täckas med per capita-ersättningen är att HSF får starka incitament att undvika att skriva ut mer medicin än precis vad som behövs.¹³⁾

För övrigt ligger en huvudpöäng med HSF-idén just på denna punkt. Genom sina beslut styr sjukvårdsproducenterna kostnaderna för sjukvården. Eftersom de får betala ur egen kassa för levererade tjänster kan man anta att de anstränger sig för att hålla kostnaderna nere. En annan och kompletterande huvudpöäng ligger i medborgarnas fria val. Konkurrensen tvingar HSF att anstränga sig för att få patienter. Blotta misstanken att något HSF gav patienterna för lite vård för att spara pengar skulle snabbt beröva det misstänkta företaget anseendet och patienterna.

HSI har definierat vilka slags sjukdomar och åkommor som hälsopengen täcker. Skönhetsoperationer, till exempel, faller utanför. Om Nisse vill rätta till näsan får han betala för detta ur sin egen plånbok.

För vissa särskilt dyrbara ingrepp, till exempel benmärgstransplantationer, har HSF obligatorisk återförsäkring.

HSF har också rätt att ta ut patientavgift när Nisse kommer på besök. HSI bestämmer maxbeloppet. I teorin kan HSF konkurrera genom att sänka patientavgifterna.

Man kan anta att det uppstår en balanserande intresse motsättning mellan överläkare Olsson och ekonomikontoret på S:t Göran. Läkarna och den övriga personalen har inte bara de mänskliga kontakterna med Nisse, utan också sin professionella etik. De har inget personligt ekonomiskt intresse av att ge Nisse för lite vård. Ekonomikontoret, å andra sidan, tänker naturligt nog mest på pengarna och har aldrig träffat Nisse. Denna intresse motsättning är inget fel i systemet, utan tvärtom ett önskvärt inslag. Det gäller ju att i organisationerna själva inplantera just de krav som samhället måste ställa på sjukvården, nämligen att den både ska vara av fullgod kvalitet och hålla kostnaderna nere.¹⁴⁾

Någon månad efter HSF-bytet känner sig Nisse dålig. Han ringer till överläkare Olsson. Överläkaren är upptagen med en patient, men ringer tillbaka till Nisse efter en timme. Jag har sprängande huvudvärk och feber, säger Nisse, det är nog bäst att jag blir sjukskriven en vecka eller så. Men överläkaren är försiktig med sjukskrivningar. Han sjukskriver Nisse i tre dagar. Om du inte blivit bättre till dess vill jag gärna titta på dig, säger han.¹⁵⁾

Nisses mamma Asta

Nisses mamma Asta är 78 år och änka. Hon bor i Hamburgsund i Bohuslän. År 1992 hade Hamburgsund med omnejd 918 invånare. Med tanke på att det i Sverige finns en läkare per 270 invånare kunde man ha förväntat sig att det åtminstone funnits en praktiserande läkare i Hamburgsund. Det fanns det inte. Distriktssköterska fanns, men inte läkare. Asta fick åka till vårdcentralen i Fjällbacka, visserligen bara en och en halv mil därifrån, men ändå en lång utflykt för en gammal människa.

Det traditionella svenska sjukvårdssystemet har skapat avsevärd geografisk centralisering. Eftersom patienterna inte haft mycket till val har producenterna inte haft någon press på sig att gå medborgarna till mötes genom att utlokalisera läkarna. En delvis ogrundad tro på stordriftens fördelar har koncentrerat vårdapparaten till vissa centralorter. Sjukvården har inte varit särskilt tillgänglig för Asta och andra glesbygdsbor.

Med HSF-systemet ändras förutsättningarna. Dr Britt-Marie Tollbom, 35-årig allmänläkare med rötter på Hamburgön, bestämmer sig för att öppna mottagning i centrum alldeles bredvid ICA-butiken Skeppet.

En ensam läkare som Dr Tollbom har inga möjligheter att starta ett eget HSF. Däremot kan hon, och det är just detta som inträffat, starta egen mottagning inom ramen för ett existerande HSF, antingen som anställd eller på franchising-basis. I vilket fall som helst uppträder hon inför kunderna som representant för ett känt HSF, i detta fall Uddevalla sjukhus.

Asta har skrivit in sig hos Dr Tollbom. Hon tycker att närheten avgör. Asta behöver inte ens åka till apoteket i Fjällbacka för att hämta de mediciner Dr Tollbom skriver ut. Doktorn beställer dem i Uddevalla och de kommer med posten nästa dag. Asta kan hämta dem och betala för dem på mottagningen.

Självfallet kan Dr Tollborn inte klara av alla specialistfunktioner, men det kan inte heller vårdcentralen i Fjällbacka. När Asta opererades för starr skedde det i Uddevalla, sex mil från Hamburgsund. Om hon varit kvar på landstings-HSF i Fjällbacka hade operationen gjorts i Uddevalla i alla fall, för landstings-HSF har underleverantörs avtal med Uddevalla sjukhus.

På motsvarande sätt har Uddevalla HSF sett till att dess representant i Hamburgsund har tillgång till en full uppsättning avtal för alla tänkbara sjukvårdsfall och händelser. Dr Tollborn vet precis hur hon ska bete sig vad som än händer. Akuta hjärtproblem som hon själv inte kan hantera sköts av den privata hjärtkliniken i Bovalstrand. Ambulanstjänster köps av landstings-HSF. Om Dr Tollborn till äventyrs inte på detta sätt skulle kunna tillgodose hela vårdbehovet riskerar Uddevalla HSF en allvarlig varning den dag HSI gör en flygande inspektion i Hamburgsund och upptäcker saken.

Uddevalla HSF

När HSF-systemet införs övertas alla landstingets tillgångar av ett fristående statligt bolag. Landstingens sjukvårdsorganisationer blir egna HSF som ska tävla på lika villkor med fristående HSF, och eftersom dessa måste betala för sina sjukhus och andra installationer är det rimligt att landstingen också gör det. ¹⁶⁾

Bolaget får till uppgift att förvalta landets offentliga sjukhus och andra offentliga delar av den fysiska sjukvårdsapparaten. Bolaget kan välja mellan att på marknadsmässiga villkor hyra ut och att sälja sjukhusen. Landstingens HSF kan hyra eller köpa, andra HSF kan hyra eller köpa, ytterligare andra sjukvårdsproducenter, som inte är HSF men vill etablera sig som specialiserade underleverantörer till HSF, kan hyra eller köpa. Exempelvis kan man tänka sig att Taxi-Kurir i Stockholm köper landstingets ambulanspark med vidhängande utrustning och säljer ambulanstjänster till landstings-HSF och andra HSF. Ett annat exempel vore att ett antal privata röntgenläkare slår sig ihop och hyr Karolinska Sjukhusets röntgenavdelning av bolaget och säljer tjänster till HSF.

Uddevalla HSF uppstod, kan vi tänka oss, när det statliga sjukhusbolaget utbjöd Uddevalla sjukhus till försäljning eller uthyrning. Praktikertjänst inrättade ett västsvenskt HSF med centrum i Uddevalla och hyrde sjukhuset på fem år av det statliga bolaget.

Kärnan i UddevallaHSF är själva sjukhuset. I området kring sjukhuset finns emellertid inte tillräckligt med patienter för att fylla sjukhusets hela kapacitet. Uddevalla HSF har därför medvetet inriktat sig på att anställa allmänläkare med praktik i mindre orter på upp till tio mils avstånd, till exempel i Hamburgsund. Genom dessa får Uddevalla HSF ett större kundunderlag och därmed möjligheter att göra sjukhuset lönsamt. "Närhet är vår affärsidé", säger chefen för Uddevalla HSF. ¹⁷⁾

Men närheten till läkaren är inte det enda konkurrensmedlet för ett HSF. Viktigast av allt är naturligtvis att övertyga medborgarna om vårdens kvalitet och personalens kompetens. Ett HSF måste se till att exempelvis en galloperation genomförs av erfarna kirurger och med modernaste

stenkross- eller titthålsteknik så att patienternas konvalescensperiod blir kortast tänkbara - både för patientens skull och med hänsyn till kostnaden för HSF.

Uddevalla HSF kan inte utföra alla specialistingrepp i egen regi, utan anlitar utomstående kompetens för sådant. Vissa patienter remitteras för vård på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg och andra till sjukhuset i Vänersborg. Räkningen från dessa underleverantörer betalas av Uddevalla HSF. Det är inte ens säkert att Asta upptäcker att hon behandlas av ett annat företag.

HSF har även andra sätt att konkurrera. Ett sätt är att sänka patientavgiften; den summa som staten fastställt är en maxavgift som varje HSF fritt kan underskrida. Ett annat sätt är att erbjuda stor hälsoundersökning utan extra kostnad. Ett tredje är att erbjuda gratis rökavvänjning. Ett fjärde är att locka med eget rum vid sjukhusvistelse. Ett femte är att höja mat standarden på sjukhusen.

Nisse åker på semester

Nisse och hans familj brukar tillbringa sommarsemestern hos Asta i Hamburgsund. En dag vill det sig så illa att han ramlar i bergen och skadar foten. Foten svullnar och Nisse kan inte gå. Asta ringer efter Dr Tollborn som kommer på hembesök efter några timmar. Hon ger honom ett stödförband och förklarar att han får åka till Uddevalla för att röntgas om svullnaden inte lägger sig på några dagar. Sedan tar hon samma patientavgift som om Nisse varit inskriven på Uddevalla HSF, samma avgift för övrigt som Nisse hade fått betala på S:t Görän, där han är inskriven. Hon ber att få se på hans patientbricka och antecknar personnummer och Nisses HSF.

Uddevalla HSF kommer därefter att fakturera S:t Görän för Britt Marie Tollborns besök. Det handlar om ett akutfall och S:t Görän kan inte vägra att betala.

När han ändå har en läkare i närheten börjar Nisse tala om en annan sak som bekymrar honom. Han har smärtor i ryggen. Dr Tollborn ställer några frågor och drar slutsatsen att det inte är något akut. En noggrann undersökning kan behövas, men saken kan vänta tills Nisse är tillbaka i Stockholm efter semestern. Hon förklarar för Nisse att hon visserligen är villig att hjälpa till med en undersökning men att han då kommer att få lägga ut för fulla priset ur egen ficka och sedan be S:t Görän om pengarna. Men S:t Görän har ingen skyldighet att betala, förklarar hon för Nisse. Överläkare Olsson tycker kanske att du lika gärna kan vänta någon månad till du kommer tillbaka till Stockholm eftersom det inte handlar om något akut besvär. Men om du vill, säger hon till Nisse, kan jag ringa till överläkaren och fråga vad han tycker vi ska göra.

Statens roll

Statens främsta uppgifter, vid sidan av att auktorisera och kontrollera HSF, blir att fastställa per capita-ersättningens storlek och det åtagande den ska täcka, att bestämma och kontrollera

sjukvårdens kvalitet, att finansiera medicinsk forskning samt att svara för utbildningen av läkare och annan sjukvårdspersonal. Själva forskningen och utbildningen kan sedan genomföras under medverkan av olika HSF och sjukhus, till exempel genom entreprenadavtal. Frågan om per capita-ersättningens storlek och vad den ska räckta till har diskuterats tidigare. Här finns två stora problem.

Det första problemet har att göra med den motsättning som rimligtvis kommer att uppstå mellan staten som representant för medborgarna i deras egenskap av skattebetalare, och kollektivet av HSF som representant för medborgarna i deras egenskap av patienter. HSF kommer att bli en mycket starkare bransch än vanliga branscher i näringslivet eftersom just denna bransch med en viss överdrift kan sägas ha makt över människornas liv och död.

Förutsättningen för att HSF-systemet, liksom andra marknadsliknande system, ska fungera är att starka intressenter inte lyckas upphäva konkurrensen genom olika slags monopol- och kartellbildningar. För det första måste det finnas konkurrens på marknaden för sjukvårdspersonal. Det är därför angeläget att staten ser till att många läkare och annan vårdpersonal utbildas så att inte produktionskapaciteten begränsas och kostnaderna drivs upp. För det andra måste staten se till att det finns ett tillräckligt antal vinstmaximerande, snarare än lönemaximerande företag i branschen. Det är ju bara förekomsten av vinst som ger staten fullgoda skäl att minska per capita-ersättningen och på så vis överföra produktivitetsvinster till skattebetalarna. Om företagen regelmässigt tar ut hela vinsten som löneökning försämras statens förhandlingsposition avsevärt. Risken att detta ska ske är större i personalkooperativ och motsvarande ägarformer än i aktiebolag med få ägare.

Det andra stora problemet hänger samman med att sjukförsäkringen i HSF-förslaget är inbakad i per capita-ersättningen. HSF måste alltså betala sjukpenning ur den av staten erhållna ersättningen. Men olika medborgare får olika sjukpenning eftersom den statliga sjukersättningen idag är inkomstrelaterad. Om allt annat är lika skulle HSF med detta upplägg förlora på att få höginkomsttagare som inskrivna patienter.

Sjukpenningssystemet är emellertid i stöpsleven. Vi vet inte hur det kommer att se ut i framtiden. En lösning redovisas i Medborgarnas Offentliga Utredningar 1993:2 ChartaNova, där den statliga sjukpenningen utgör en grundtrygghet som är lika för alla. Den lösningen, som också innehåller förslag till hanteringen av sjukpensionsfall, är förenlig med HSF-modellen som den beskrivs här. Om sjukpenningen i framtiden kommer att konstrueras på något annat sätt kan formerna för HSFs ansvar för sjukpenningen behöva övervägas på nytt.

Fotnotter

- 1) "Kostnadsfri" är inte helt rätt. Patientavgifter förekommer ungefär som idag. Mer om detta senare
- 2) En sådan förändring genomförs förstås inte i en handvändning. Svårigheterna är många. Hur gör man med sjukhusen? Hur gör man med landstingens pensionsskulder? Lösningar redovisas i utredningstexten.
- 3) Staten fastställer maximal patientavgift. HSF har rätt att ta ut lägre avgift.
- 4) Detta betyder att landstings-HSF har trumf på hand i konkurrensen. De får alla patienter som inte gör ett aktivt val. Det tycker vi är bra. Tillvaron ska inte bli för enkel för nya, privata HSF. De måste anstränga sig för att göra något påtagligt bättre än landstings-HSF för att få patienter. Om de lyckas kommer landstings-HSF också att tvingas anstränga sig mer. På så vis leder konkurrensen till högre kvalitet, till exempel höjd medicinsk kompetens, snabbare åtgärder, och trevligare bemötande.
- 5) Staten kräver att HSF ska ha 1) medicinsk kompetens, 2) aktiekapital eller motsvarande på minst en miljon kronor, 3) bankgaranti motsvarande erhållna förskottsbetalningar avseende per capita-ersättningen från staten, detta för att staten inte ska behöva betala en gång till om HSF inte skulle klara sin ekonomi 4) återförsäkring som utfaller för att täcka kostnaderna för vissa av staten angivna, särskilt dyra åtgärder, till exempel benmargstransplantationer; mycket stora HSF ska dock kunna få dispens från kravet på återförsäkring samt att HSF 5) på ett tillfredsställande sätt ska visa hur de tänkt lösa medicinska problem som de inte klarar av i egen regi (till exempel genom köp från andra HSF eller från fristående sjukhus).
- 6) Primärläkaren är medborgarens kontaktläkare i HSF-systemet, en motsvarighet till husläkaren, om man så vill. Alla patienter bryr sig inte om att ha en namngiven primärläkare. De nöjer sig med att ha en adress att gå till och ett telefonnummer att ringa. Detta är något som HSF och den enskilde får komma överens om. Kanske utser HSF en primärläkare åt den inskrivne patienten.
- 7) HSF-registret har två uppgifter. Den första är att registrera till vilket HSF varje medborgare är ansluten. Genom att titta i registret vet staten till vilket HSF den ska skicka per capita-ersättningen för Nisse och andra medborgare. Den andra uppgiften är att kontrollera kön till varje enskilt HSF (om de finns någon kö). Varje HSF har sin egen kö. Strikt turordnings princip gäller. Om det redan funnits en kö till S:t Göran hade Nisse inte fått tränga sig före. Han hade fått välja ett annat HSF (till dess att överläkare Olsson kan ta hand om honom). HSF-registret kontrollerar att S:t Göran inte bryter kön och plockar russen ur kakan.
- 8) HSF får betalt månadsvis för varje inskriven medborgare. Om Nisse vill byta HSF har han en månads uppsägning. Det kan också finnas en spärregel mot täta okynnesbyten, till exempel att den som redan bytt två gånger under senaste artonmånadersperiod beläggs med ett halvårs uppsägningstid vid nästa byte.
- 9) Man kan också tänka sig att, i tillägg till ålder, differentiera ersättningen efter andra faktorer, till exempel kön, eftersom kvinnor visar sig dra mer sjukvård.
- 10) Siffran är ungefärlig. Sjukvården i Sverige kostar omkring 120 miljarder kronor och sjukförsäkringen omkring 20 miljarder kronor, tillsammans 140 miljarder kronor. Dividerat med 8,5 miljoner invånare blir det omkring 16500 kronor om året eller 1375 kronor i månaden.
- 11) Av detta skäl är det viktigt att HSF inte får styra sin egen intagning. Incitamenten att plocka russen ur kakan skulle sannolikt bli dem övermäktiga.

12) Som tidigare nämnts måste HSF återförsäkra sig för vissa av staten definierade, särskilt dyra fall. Observera att det är HSF-företagarna, inte patienterna eller staten, som blir lidande ekonomin. Pengarna räcker inte, aktiekapitalet förbrukas, och när företaget kastar in handduken finns bankgarantin som ersätter patienternas nya HSF för de dagar som återstår på månaden innan per capitaersättningen från staten kommer till rätt mottagande HSF.

13) Det är rimligt att tro att möjligheterna ökar att spara pengar på medicinen om Apoteksbolagets monopol upphävs.

14) Ett studium av USAs privata sjukvårdssystem visar vad som händer med olämpliga incitament. Där får läkarna betalt av försäkringsbolag efter prestation. De presterar förstås så mycket som möjligt. Resultatet är att sjukvårdskostnadernas andel av BNP ligger över 13 procent mot omkring 8,5 procent för Sverige.

15) Överläkarens försiktighet på denna punkt förstärks av att HSF får betala sjukpenningen. Här finns en risk med nuvarande regelsystem, nämligen att HSF är tillmötesgående och generösa med sjukskrivningar eftersom det ändå är Nisses arbetsgivare som betalar för de tvåförstaveckorna. Ett system som tillåter HSF att konkurrera om kunderna på andras bekostnad är inte bra. Detta bör beaktas i samband med beslut om sjukpenningens framtida utformning.

16) Staten övertar inte landstingens tillgångar utan vidare. Landstingen har nämligen inte bara tillgångar, utan också stora pensionsskulder. Landstingen har, enligt egna uppgifter, investerat pensions pengarna i exempelvis sjukhus. Statens intäkter vid uthyrning eller försäljning av sjukhusen och de andra övertagna tillgångarna ska därför i första hand användas till att honorera landstingens pensionsskulder.

17) Alternativt hade någon kunnat köpa eller hyra sjukhuset för att bedriva specialistvård på uppdrag av olika HSF. Sjukhuset hade då inte blivit HSF utan underleverantör till HSF. Systemet erbjuder många variationer.

Kapitel 1

UTGÅNGSPUNKTER

Syftet med denna skrift är att värdera och vid behov precisera och komplettera det förslag till ny sjukvårdsstruktur som har lagts fram i rapporten "Hälso- och sjukvård för 2000-talet" (MOU 1992:2). I sammanfattning innebär förslaget i MOU 1992:2 följande.

Basen för förslaget är valfrihet, konkurrens och kvalitet. Förslaget omfattar primärvården, den slutna vården och sjukförsäkringen.

Grundstenarna i den nya strukturen är hälso- och sjukvårdsföretag (HSF) med anslutna förtroendeläkare (husläkare) samt fristående sjukhus som finansieras genom intäkter för utförda sjukvårds- och andra tjänster.

Finansieringen av den totala hälso- och sjukvården sker genom arbetsgivaravgifter för sjukförsäkringen, en allmän sjukvårdsavgift, som ersätter nuvarande landstingsskatt för sjukvården, egenavgifter vid läkarbesök och sjukhusvistelse samt försäkringspremier för tilläggförsäkringar.

Ett HSF skall ha totalansvar för anslutna medborgares sjukvård, även den förebyggande vården, och för inkomstbortfall vid egen sjukdom. Ett antal HSF beräknas bli etablerade med landsting, försäkringsbolag, privata företag eller enskilda som huvudmän. I varje fall inledningsvis utgör varje landsting eller flera landsting i förening ett HSF. Antalet HSF beräknas inte bli alltför stort med hänsyn till behovet av en bred ekonomisk bas för verksamheten. Stora HSF kommer att behöva inrätta regionala och/eller lokala läkarstationer.

Ett HSF knyter till sig ett antal läkare, genom anställning eller samarbetskontrakt. Dessa läkare, som kan vara både allmänläkare och specialister, skall fungera som husläkare. Varje medborgare (familj) skall ha sin husläkare. Vid inträffad sjukdom vänder sig medborgaren normalt i första hand till husläkaren, utom i akutfall som kräver omedelbar sjukhusbehandling, t ex svårare olycksfall.

På motsvarande sätt knyter HSF till sig sjuksköterskor, kuratorer och annan vårdpersonal som behövs för att HSF skall kunna fullgöra sitt vårdansvar.

Det är medborgaren själv som väljer HSF och husläkare. I praktiken blir det kanske så, att medborgaren aktivt väljer husläkare och då blir ansluten till läkarens HSF. Men det kan också vara tvärtom så, att medborgaren väljer HSF och sedan väljer husläkare bland de läkare som ingår i HSFs läkargrupp.

Genom förslaget tillförsäkras alla lika tillgång till en god sjukvård. Vid läkarbesök betalar patienten som nu en patientavgift. Den skall kunna variera mellan HSF inom en högsta ram som staten anger. Liksom nu skall patientavgifterna förenas med högkostnadsskydd.

Ett HSFs totalansvar för anslutna medborgares hälsa innebär, att det är HSFs läkare som i första hand ställer diagnos för sina patienter och som tillsammans med patienten avgör, vilken behandling som behöver ges. För diagnos som inte kan ställas eller för behandling som inte kan ges av husläkaren eller annan sjukvårdspersonal inom HSF remitterar husläkaren patienten till extern specialist eller sjukhus. HSF svarar för kostnaden.

Något remisstvång införs emellertid inte. Patienten har rätt att vända sig direkt till sjukhus eller fristående specialist. Patienten betalar då en högre patientavgift, och HSF bedömer i efterhand, i vad mån ingreppet eller behandlingen och kostnaderna därför faller inom HSFs sjukvårdsansvar och vad patienten själv helt eller delvis skall stå för.

Sjukhusen skall som sagt vara fristående och helt finansieras genom intäkter för lämnade vård- eller andra tjänster. De skall alltså inte få några anslag av allmänna medel för sådana tjänster. Huvudman för sjukhus kan vara staten, landsting, kommuner, försäkringsbolag, HSF eller annan juridisk person eller enskilda fysiska personer.

HSF står också för kostnaden för inkomstbortfall vid egen sjukdom, dvs sjukpenningen. Praktiskt går det till så, att försäkringskassan liksom nu beslutar om sjukpenning och betalar ut ersättning enligt gällande regler. Sedan kräver kassan tillbaka utgivna ersättningar från den sjukpenningförsäkrades HSF.

Finansieringen sker på följande sätt. Arbetsgivaravgifterna för sjukförsäkringen, till den del de avser sjukpenning vid egen sjukdom och bidrag till den slutna vården, förs till en statlig sjukvårdsfond. Dit förs också statens bidrag till sjukvården och den nya sjukvårdsavgiften. Denna avgift ersätter huvuddelen av landstingsskatten och utdebiteras på skattsedeln efter samma regler som kommunalskatten. Den skall alltså särdebiteras, så att medborgarna vet vad de betalar för sjukvården, och får karaktär av specialdestinerad skatt.

Sjukvårdsfonden finansierar HSF med visst årligt belopp för varje inskriven medborgare vid varje HSF (per capita-ersättning). Beloppet per inskriven medborgare differentieras med hänsyn till vilken åldersgrupp medborgaren tillhör. I övrigt får skillnader i sjukdomsrisker, geografiska förhållanden och liknande utjämnas inom varje HSF.

Staten får enligt förslaget ansvar för den medicinska utbildningen och forskningen. Vidare ansvarar staten för administrationen av sjukvårdsfonden, bl a fastställande av ersättningen till HSF, och statliga organ fastställer ramar för patient- och dagavgifter och för högkostnadsskydd.

Staten skall också bestämma omfattningen av HSFs ansvar för anslutna medborgares hälso- och sjukvård, dvs vilken hälso- och sjukvård som skall täckas med den från sjukvårdsfonden utbetalade ersättningen till HSF. Härvid får bl a avgöras, om kostnaden för högkostnadsskyddet skall bakas in i denna ersättning eller ersättas separat från sjukvårdsfonden.

En viktig uppgift för staten blir att ansvara för hälso- och sjukvårdens kvalitet. För uppgiften föreslås en nyinrättad hälso- och sjukvårdsinspektion överta tillsynen över sjukvården från socialstyrelsen. Förutom olika former av tillsyn skall inspektionen ansvara för kompetenskrav för läkare och annan sjukvårdspersonal, godkännande av HSF och sjukhus samt avgörande av klagomål mot läkare, HSF och sjukhus.

Genom medborgarnas möjlighet att välja HSF och husläkare tillgodoses i rimlig utsträckning kravet på valfrihet. Konkurrensen främjas genom att flera icke regionalt bundna HSF erbjuder medborgarna totalansvar för hälso- och sjukvård och genom att fristående sjukhus utbjuder vårdtjänster i första hand åt HSF. Kvaliteten i vården garanteras både genom konkurrensen och genom statens övergripande kvalitetsansvar.

Vid ökande eller minskande sjukvårdskostnader bör i första hand sjukvårdsavgiften höjas eller sänkas. Medborgarna får då direkt besked om utvecklingen av kostnaderna, och medborgarnas betalningsvillighet kan komma till uttryck i de allmänna valen eller i andra former.

För den specialist- och sjukhusvård som inte omfattas av ersättningen till HSF och för det inkomstbortfall som inte täcks av den generella sjukpenningförsäkringen får den enskilde medborgaren, enskilt eller kollektivt tillsammans med andra, teckna privata försäkringar och betala erforderliga premier. Aktualiserat specialist- eller sjukhusvård med stöd av försäkringsavtal synes det mest ändamålsenligt, att medborgarens HSF enligt avtal med respektive försäkringsbolag svarar för att åtgärder vidtas och i efterhand ersätts därför av försäkringsbolaget.

Sedan detta förslag lades fram har riksdagen beslutat att ett husläkarsystem skall införas och vara fullt genomfört vid utgången av år 1995. Införandet skall ske inom ramen för den nuvarande landstingsorganiserade sjukvården. I sina huvuddrag innebär det beslutade husläkarsystemet följande.

Alla medborgare skall ha möjlighet att välja en husläkare. Medborgaren skall dock kunna avstå från att bli förtecknad hos husläkare. Den som inte själv väljer husläkare eller avstår från att förtecknas hos husläkare, tilldelas ("listas" hos) den husläkare som landstinget (motsvarande) bestämmer. Man skall ha rätt att när som helst byta husläkare.

En husläkare skall vara specialist i allmänmedicin men kan få dispens från detta krav. Husläkarfunktionen innehåller vissa grundåtaganden, bl. a mottagnings- och jourverksamhet, hembesök, kvalitetssäkring, ohälsorapportering och viss samverkan med andra offentliga organ. Sjukvårdshuvudmannen kan besluta om ytterligare åtaganden, t ex i fråga om mödra- och barnavård och insatser av distriktssköterska, eller överenskomma med husläkaren om andra tilläggsuppdrag. Ersättningen till husläkare liksom den högsta patientavgift som får tas ut bestäms av sjukvårdshuvudmannen.

Varje läkare som fyller behörighetsvillkoren har rätt att etablera sig som husläkare efter anmälan till sjukvårdshuvudmannen. Privat husläkare skall anmäla hur många patienter läkaren avser att vara husläkare för. Antalet får vara lägst 1 000 och högst 3 000, men undantag får göras av sjukvårdshuvudmannen. Husläkare har inte rätt att vägra att "lista" någon medborgare, om det finns utrymme på läkarens lista.

Härutöver rekommenderas sjukvårdshuvudmännen att med vissa undantag fastställa lägre patientavgifter för besök hos husläkaren än för besök hos annan läkare och att ge högre ersättning till husläkare i glesbygd än för andra husläkare. Vidare bör huvudmannens ersättning till husläkare variera efter de listades ålder. Husläkare bör också kunna utfärda "långremiss" till annan specialist, varvid patientavgiften hos denne bör reduceras.

Såväl i MOU 1992:2 som i riksdagens beslut används begreppet "husläkare". Med det sätt att arbeta i vårdlag som har utvecklats inom sjukvården och som förutsätts också i den sjukvårdsstruktur som föreslås i MOU 1992:2 är begreppet husläkare inte helt adekvat. Som alternativ har använts begreppet "förtroendeläkare²". Inte heller det är emellertid invändningsfritt. Bl a har begreppet förtroendeläkare fått sin speciella legala innebörd inom den allmänna försäkringen (se 18 kap 12 § lagen om allmän försäkring).

Med hänsyn härtill föreslår vi, att begreppet "primärläkare" används för att beteckna läkare som arbetar inom ramen för HSF med uppgifter som i stort sett motsvarar den nuvarande primärvården. Det är det begrepp som vi kommer att använda i det följande och som står i stället för både "husläkare"² och "förtroendeläkare" i förslaget i MOU 1992:2.

Man kan naturligtvis välja olika infallsvinklar vid en värdering och prövning av ett sjukvårdssystem. Vi har valt att vid prövningen av det i MOU 1992:2 föreslagna systemet, den s k *HSF-modellen*, utgå från medborgarnas intressen som patienter och finansärer (skattebetalare). Det är då tre egenskaper hos ett sjukvårdssystem som vi har funnit vara viktigare än andra, nämligen *konsumentinflytande (patientmakt)*, *kvalitet och kostnadseffektivitet*. Skälen är kortfattat följande.

Undersökningar visar, att medborgarna känner hög grad av "tyst vanmakt" i fråga om hälso- och sjukvårdsområdet. Det framgår bl a av maktutredningens undersökningar, redovisade i Petersson, Westholm och Blomberg: *Medborgarnas makt*, och i utredningens slutbetänkande *Demokrati och makt i Sverige (SOU 1990:44)*. I slutbetänkandet sägs t ex (s 239) följande:

Inom hälso- och sjukvården finns det ett relativt utbrett missnöje som jämförelsevis sällan finner utlopp i självständig handling. Klyftan mellan principiell möjlighet att påverka och aktiv handling är här särskilt stor. Att vara sjuk är att delvis förlora kontrollen såväl över sin person som över sin situation.

Kvalitet, kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring är mångdimensionella begrepp som är centrala för varje sjukvårdssystem. Det är en utbredd uppfattning att kvalitetskraven kan tillgodoses bara i offentligt bedriven sjukvård. Med hänsyn härtill är det väsentligt att pröva i vad mån det i MOU 1992:2 föreslagna systemet fyller de högt ställda krav från skilda kvalitetsaspekter som bör ställas.

Debatten om sjukvårdens ekonomi brukar ofta gälla, hur stor del av bruttonationalprodukten som sjukvården får eller bör få ta i anspråk. Den frågan kräver ett politiskt svar och behandlas därför inte här. Däremot ser vi det som en angelägen uppgift att pröva, om den föreslagna sjukvårdsstrukturen innehåller incitament till att de resurser sjukvården disponerar, oberoende av om de är stora eller små, används på ett effektivt sätt.

Härutöver har vi närmare övervägt den psykiatriska vården. Eftersom den psykiatriska vården nyligen har utretts av Psykiatriutredningen, vars betänkande för närvarande remissbehandlas, har vi emellertid inte funnit anledning att nu gå vidare med denna fråga.

HUVUDRAPPORT

Kapitel 2

PATIENTMAKT

Valfrihet

Valfrihet inom hälso- och sjukvårdsområdet föreligger i verkligheten bara om vissa förutsättningar finns för denna frihet.

En självklar förutsättning är att alla medborgare har *ekonomiska möjligheter att välja* mellan alternativa producenter. Enligt HSF-modellen finansieras sjukvården huvudsakligen genom en solidarisk, för alla medborgare i landet enhetlig beskattning med tillämpning i övrigt av gällande regler för kommunalskatt. Härtill kommer liksom i dagens sjukvård egenavgifter, vilkas syfte inte primärt är att finansiera sjukvården utan att motverka överutnyttjande av sjukvårdens resurser. Avgifternas storlek föreslås visserligen bli något högre än i dag men kan inte sägas vara prohibitiva. Dessutom är avgifterna förenade med ett högkostnadsskydd, som till skillnad från dagens system varierar med hänsyn till patientens ekonomiska styrka. HSF-modellen måste av dessa skäl bedömas fylla förutsättningen att ge alla medborgare ekonomiska möjligheter att utnyttja sjukvården och välja vårdgivare.

Ett val förutsätter att det finns *alternativ att välja mellan*, d.v.s. flera producenter av sjukvård. En monopolorganisation som den nuvarande landstingskommunala medger bara i begränsad utsträckning valmöjligheter, t ex mellan olika organisatoriska enheter inom landstingsvården (vårdcentral, sjukhus) eller mellan olika till landstinget eller den statliga försäkringskassan anslutna läkare eller annan vårdpersonal. Den som är missnöjd med den landstingskommunalt organiserade vården har i regel ingen annan vårdgivare att vända sig till.

HSF-modellen utgår från att det skall etableras flera från varandra fristående företag som i konkurrens med varandra skall erbjuda medborgarna medicinsk behandling och vård. Realiseras denna tanke ökar medborgarnas valfrihet. Kan man då räkna med att sådana företag kommer till stånd?

Etablering av hälso- och sjukvårdsföretag (HSF)

Ett grundelement i HSF-modellen är att flera konkurrerande HSF verkar på de flesta platser i landet så att medborgarna kan välja vilket HSF de vill ansluta sig till. Bedömningen av modellens realism i detta avseende blir beroende på två omständigheter, dels om bedömningen görs på kort eller på längre sikt, dels vilka krav som ställs för auktorisation av ett HSF.

Sjukvården i Sverige har hittills i huvudsak varit ett landstingskommunalt monopol. Av detta skäl finns för närvarande givetvis bara begränsad erfarenhet av att starta och driva sjukvårdsorganisationer. Därför kommer det sannolikt på kort sikt inte att finnas flera konkurrerande HSF att välja mellan. De HSF som bildas av landstingens och vissa kommuners nuvarande sjukvårdsorganisationer kommer att vara de helt dominerande vårdgivarna, med bara den skillnaden att inget hindrar medborgare som bor i en landstingskommun att ansluta sig till ett landstings-HSF i annan landstingskommun, t ex att en invånare i Malmöhus läns landsting ansluter sig till Malmö stads HSF.

På längre sikt blir bilden troligen annorlunda. Hur stort antal HSF som kan antas komma till stånd hänger samman med vilka kriterier som ställs upp för att ett sjukvårdsföretag skall godkännas som HSF och därmed kunna börja sin verksamhet. Uppgiften att fastställa dessa kriterier ankommer på den statliga sjukvårdsmyndigheten. Följande synpunkter beträffande finansiella och kvalitetsmässiga krav torde under alla förhållanden behöva beaktas.

Ett HSF kommer att svara för en för medborgarna mycket viktig samhällsfunktion. Företaget måste därför kunna fylla höga krav på ekonomisk styrka, stabilitet och uthållighet. Det är motiverat särskilt med hänsyn till den försäkringsfunktion som kommer att åligga HSF genom utjämning av sjukvårdskostnader mellan anslutna med stort respektive litet eller inget vårdbehov samt över tiden.

Vilken prövning som i detta hänseende behöver ske, innan ett HSF får tillstånd att börja sin verksamhet, bör bedömas mot bakgrund av de allmänna, i förväg klart angivna verksamhetskrav som staten skall ställa på ett HSF.

Det första kravet gäller ett HSFs generella vårdansvar. Hur omfattande detta skall vara är inte en gång för alla givet utan måste fortlöpande anpassas till utvecklingen av den medicinska vetenskapen, teknologin och tekniken. Kravet måste givetvis dokumenteras och offentliggöras både för allmänheten och för dem som avser att starta och driva HSF eller att som finansiär eller garant ta ekonomiskt ansvar för ett HSFs verksamhet. Ett exempel på hur vårdansvaret allmänt kan definieras lämnas i *Bilaga 1*.

Motsvarande gäller det andra övergripande kravet på verksamheten vid ett HSF, nämligen kvalitetskravet. Som normer för HSFs interna och statens externa kvalitetskontroll skall staten enligt HSF-modellen fastställa kvalitetskriterier, som liksom vårdansvaret löpande måste anpassas till den medicinska utvecklingen. Ett exempel på vilka förhållanden kriterierna kan knytas till lämnas i MOU 1992:2 s 54-55. Där indelas kvalitetsfrågorna i fyra grupper: förutsättningarna att ge en kvalitativt god behandling och vård (struktur), genomförandet av den

medicinska vården (process), omvårdnaden under vårdtiden och resultaten av behandling och vård. Härutöver bör staten ange de krav staten ställer på den interna kvalitetskontrollen inom HSF.

Genom att såväl vårdansvaret som kvalitetskriterier för verksamheten skall vara fastställda och offentliggjorda, får samtliga HSFs intressenter möjlighet att bedöma vad som kommer att krävas av ett HSF i fråga om personal och utrustning, eget kapital och driftkapital m. m.

Med ledning av dessa generella krav på sjukvården i fråga om vårdansvar och kvalitet bör staten i fråga om varje företag som söker godkännande som HSF pröva, att företaget har förutsättningar att fylla de generella kraven.

En första förutsättning är att företaget kan klara sin uppgift finansiellt. Basen för denna prövning är det kapital som HSFs huvudman är villig att riskera i verksamheten, d.v.s. *aktiekapitalet*. Hur stort detta bör vara måste bedömas med hänsyn till den planerade omfattningen av verksamheten. I regel torde aktiekapitalet inte böra understiga en miljon kronor.

Utöver krav på visst aktiekapital bör som allmän regel krävas säkerhet för HSFs totala verksamhet i form av *garanti* utställd av bank, försäkringsbolag eller annan med erforderlig finansiell styrka. Sådan garanti bör minst täcka upprätthållandet av verksamheten för den tid som staten har betalat ut per capita-ersättning till HSF (t. ex. en månad eller ett kvartal). Härutöver bör särskild ekonomisk garanti krävas för sådana särskilt resurs- och kostnadskrävande behandlingar och vård som tidigare upptogs på en särskild lista och som utan speciellt finansiellt skydd skulle kunna rasera HSFs ekonomi till skada för HSFs verksamhet i övrigt. För sådana fall, som också anges i Bilaga 1, föreslår vi att staten skall kräva att HSF har tecknat *återförsäkring* hos etablerat försäkringsbolag eller motsvarande.

Från kraven på garanti och återförsäkring bör *dispens* kunna lämnas för sökande som uppenbart har den finansiella styrka att kraven skulle framstå som onödiga formalia.

Innan garanti eller återförsäkring lämnas är det naturligt, att den som avses lämna garantin eller försäkringen prövar, att den tilltänkta ledningen för HSF fyller allmänna krav på *företagsledningskompetens*, bl. a. att den har ekonomisk och/eller medicinsk kompetens och har erfarenhet från sjukvårdsmarknaden nationellt eller internationellt, eventuellt också att ledningen är fast knuten till företaget genom avtal. Motsvarande prövning bör emellertid ske också i ärende om godkännande av HSF. Särskilt bör härvid krävas, att *den medicinska ledningsstaben* skall vara heltidsanställd i företaget och ha kompetens att vara primärläkare. Minst en läkare i ledningsstaben skall ha forskarutbildning inom kliniskt ämne.

Företag som söker godkännande som HSF bör vidare kunna visa, dels att företaget har erforderlig *personal* knuten till sig och *erforderliga lokaler och utrustning* för att fullgöra de behandlings- och vårduppgifter som företaget avser att ombesörja inom den egna organisationen, dels att företaget har de *samarbetskontrakt* med andra vårdgivare som behövs för att företaget skall kunna fullgöra hela sitt vårdåtagande, bl a akutvården.

Lämnat godkännande som HSF skall gälla för hela landet.

Vad vi nu har sagt om kvalitetsmässiga krav för godkännande som HSF gäller i tillämpliga delar också krav för tillstånd att driva sjukhus. Det gör därvid ingen skillnad vilken som är huvudman för sjukhuset, vare sig det är ett landsting, ett HSF eller annan.

Det är i och för sig önskvärt från valfrihetssynpunkt att ett stort antal HSF bildas och konkurrerar med varandra. De krav, framför allt finansiella, som kommer att gälla för ett HSF gör att ett sådant företag måste ha viss storlek för att kunna fylla kraven. Var den gränsen går är svårt att säga, inte minst med hänsyn till att kraven på ekonomiska garantier och återförsäkring kan vara svåra att uppfylla för små företag och att den försäkringsfunktion, som HSF-modellen lägger på företagen, i sig kräver ett ganska stort antal anslutna medborgare för att kunna bäras ekonomiskt.

Vilka möjligheter finns det då för mindre företag eller enskilda eller grupper av sjukvårdspersonal att verka på sjukvårdsmarknaden?

Det skall enligt HSF-modellen råda etableringsfrihet för sjukvårdspersonal, inom de ramar som de lagstadgade kompetenskraven anger. Det kommer alltså inte att finnas något hinder för att t ex en läkare eller sjuksköterska eller barnmorska eller grupper av sådan personal träffar avtal med ett HSF att svara för delar av HSFs vårdansvar, på samma sätt som ett HSF sluter kontrakt med sjukhus om dess vårdinsatser. Erfarenheter av hur sådan verksamhet kan utvecklas ger den verksamhet som hittills har bedrivits av Praktikertjänst, MediVården, olika läkargrupper och läkarhus m fl. Sådana personalgrupper eller mindre företag kan efter hand utveckla sin verksamhet så, att de kan bli godkända som HSF och ta på sig det vårdansvar och finansiella ansvar som följer av ställningen som HSF.

På detta sätt kan medborgarna/patienterna även på mindre orter få ökade valmöjligheter. Samtidigt är det uppenbart, att valmöjligheterna i fråga om sjukvården liksom i fråga om all annan offentlig eller privat service blir större i storstäder och andra större orter än i mindre orter och i glesbygd.

Fungerande konkurrens

Konkurrensen utgör en mycket viktig faktor i HSF-systemet. Det finns därför goda skäl att undersöka, om systemet leder till en väl fungerande konkurrens mellan hälso- och sjukvårdsföretagen.

En fungerande konkurrens skall ske på lika villkor. I HSF-systemet med dess enhetliga finansiering och dess försäkringsfunktion innebär det att ett företag inte skall kunna ”plocka russinen ur kakan” på övriga företags bekostnad. En sådan sorteringsmöjlighet skall inte utgöra ett konkurrensmedel. Från medborgarnas/patienternas synpunkt skall alla valmöjligheter stå öppna, oberoende av deras ekonomi och hälsotillstånd.

Detta har i HSF-systemet lösts på så sätt, att ett HSF inte skall kunna vägra någon medborgare att ansluta sig till företaget. Anmäler sig fler för anslutning än företaget vid rådande kapacitet kan ta emot, skall företaget i avvaktan på utbyggnad av kapaciteten upprätta en turordningslista

strikt efter tidpunkten för vars och ens anmälan. De medborgare som tas upp på en sådan lista skall tilldelas ett turordningsnummer. När kapaciteten tillåter, skall företaget ansluta ytterligare medborgare efter denna lista. Vi föreslår, att turordningslistorna skall anmälas till den statliga kontrollmyndigheten, som skall ha tillsynen över att listorna följs vid anslutning, vid genomförandet av HSF-modellen eller genom byte av HSF, av ytterligare medborgare till ett HSF.

Finns det inom ramen för dessa regler trots allt möjlighet för ett HSF att åstadkomma en selektering av anslutna efter medborgarnas hälsotillstånd? En sådan möjlighet skulle kunna vara, att företaget etablerar sig endast i områden där medborgarnas hälsotillstånd statistiskt sett är bättre än genomsnittet i landet. Den formen av selektering torde dock knappast vara praktiskt genomförbar.

En annan möjlighet kan vara, att företagets egna utbud av vård och service inriktas på medborgare med typiskt bättre hälsa än andra, t ex på unga människor. Det motverkas emellertid av att ett HSF inte kan vägra någon att ansluta sig och att företaget har ett totalt vårdansvar för alla anslutna, oberoende av till vilken del företaget tillgodoser vårdbehovet inom den egna organisationen eller genom avtal med andra vårdgivare.

En tredje möjlighet kunde vara, att företaget uppträder på ett sätt som gör att människor med stora och dyrbara vårdbehov på grund av missnöje lämnar företaget och ansluter sig till annat HSF. I en sådan situation är det speciellt viktigt, att såväl den interna som den externa kvalitetskontrollen fungerar väl för att förhindra förfaranden av detta slag. Genom att på eget initiativ eller efter klagomål ingripa i tid, ytterst med hot om indragning av godkännande som HSF, kan den statliga tillsynsmyndigheten med sin externa kvalitetskontroll på ett tidigt stadium stävja den osunda konkurrens som förfarandet innebär. Vi återkommer till denna fråga nedan under rubriken Reaktionen vid missnöje med vårdansvarig och i kap 3 om Kvalitet. Det synes därför inte behöva befaras att denna väg att selektera kretsen av anslutna är framkomlig.

Sammantaget gör vi bedömningen, att HSF-systemet från nu angivna synpunkter ger tillfredsställande garantier för konkurrens mellan HSF på lika villkor.

När det gäller konkurrensen i övrigt mellan HSF är det av intresse att klargöra, vilka konkurrensmedel som står HSF till buds. Ett primärt konkurrensmedel är kvaliteten på den behandling, vård och omsorg som HSF lämnar. Låg kvalitet i ett eller flera av dessa avseenden kommer självfallet allmänt sett att negativt påverka ett HSFs konkurrenssituation.

Fall kan emellertid tänkas, då ett HSF medvetet tillhandahåller låg behandlings-, vård- eller omsorgskvalitet i fråga om personer som har särskilt kostsamma behov. Syftet skulle vara att förmå sådana personer att byta till annat HSF och sålunda befria förstnämnda HSF från kostnader. Spärr mot ett sådant beteende utgör kvalitetskontrollen, som vi behandlar i ett senare kapitel.

Från och med den 1 juli 1993 gäller en ny konkurrenslag. Lagen består av två delar: förbud mot konkurrensbegränsande avtal och förbud mot missbruk av dominerande ställning. Överträdelse av lagen kan medföra mycket kännbara påföljder för ett företag i form av konkurrens-

skadeavgift, som kan uppgå till högst 10 procent av företagets omsättning föregående räkenskapsår. I lagen avses med företag varje juridisk eller fysisk person som bedriver verksamhet av ekonomisk eller kommersiell natur. Det spelar ingen roll om verksamheten är inriktad på ekonomisk vinst eller inte. Det avgörande är om någon form av ekonomisk eller kommersiell verksamhet bedrivs. Även statliga och kommunala organ som driver verksamhet av ekonomisk eller kommersiell natur räknas som företag, dock inte när det är fråga om myndighetsutövning.

Konkurrenslagen ger stora möjligheter att beivra konkurrenshindrande beteenden inom HSF-systemet. Särskilt viktigt är det, att lagen ger stöd för ingripanden mot prisavtal mellan HSF, vare sig syftet är att direkt motverka konkurrens eller att generellt höja kostnadsnivåerna för att förmå staten att höja per capita-ersättningen för varje ansluten till ett HSF. Med stöd av lagen kan ingripanden ske även mot t ex landstingens HSF, om de på grund av sin dominerande ställning speciellt i inledningsskedet av sjukvårdsstrukturens förändring skulle frestas att utnyttja denna ställning för att hindra andra HSF att komma in på marknaden. Enligt ordalydelsen måste lagen anses skapa effektiva garantier för en fungerande konkurrens mellan HSF.

Frågan blir då, hur lagen kommer att fungera i praktiken. Den myndighet som skall tillse att lagen efterlevs är Konkurrensverket. Med hänsyn till verkets omfattande granskningsområde skulle man kunna befara att samhällssektorer, som hittills legat under offentligt huvudmannaskap och bedrivits i monopolform, riskerar att komma i skymundan i verkets granskningsverksamhet. Med hänsyn härtill är det viktigt, inte minst i ett inledningsskede, att den statliga tillsynsmyndigheten för sjukvårdsområdet aktivt följer utvecklingen där och etablerar ett samarbete med Konkurrensverket för att skapa tillfredsställande konkurrensförhållanden framför allt mellan HSF. Med en sådan ordning finns det skäl att förutsätta, att tillämpningen av konkurrenslagstiftningen skall resultera i en fungerande konkurrens inom HSF-systemet.

Patientinflytande

Det direkta patientinflytandet i sjukvården har enligt förslaget i MOU 1992:2 formen av individuellt val av HSF och primärläkare.

Individuellt val av vårdansvarig organisation har kritiserats från flera synpunkter. Det krävs förstås att det finns flera vårdansvariga att välja mellan. Den frågan har vi behandlat nyss, liksom riskerna för att individuell anslutning leder till selektion av medborgarna. Vidare krävs att medborgarna är välinformerade för att de skall kunna göra medvetna val. Vi återkommer till den frågan under rubriken Medborgarinformation.

Kritiken i övrigt gäller administrationen av individuella anslutningar. Det har gjorts gällande, bl a i expertrapporten SOU 1993:38, att man vid en sådan anslutningsform måste räkna med höga administrations- och transaktionskostnader. Av detta skäl förordas i rapporten kollektiv anslutning i någon form. Kollektiv anslutning innebär emellertid en mycket stark begränsning av medborgarnas valfrihet, i fråga om både anslutning och byte av vårdansvarig.

Administrationskostnaderna vid individuell anslutning uppkommer huvudsakligen i samband med själva anslutningen. Alla som ansluter sig måste registreras hos HSF och hos den statliga myndighet som skall betala ut per capita-ersättningen. Det kan medföra omfattande registreringsarbete vid nybildning av HSF. Men när den registreringen väl är gjord (i dataregister) kan registeruppgifterna användas som bas för behandlingsjournaler och liknande. Vid byte av HSF måste medborgaren avföras ur registren, och det HSF som medborgaren lämnar skall ha skyldighet att överlämna kopior av journaler och andra patienthandlingar till det nya HSF som medborgaren ansluter sig till. Med de tekniska hjälpmedel som står till buds är det svårt att inse att denna administration kan ha avgörande betydelse i jämförelse med kollektiv anslutning, då registreringar under alla förhållanden måste ske när medborgaren första gången uppträder som patient och när kollektivet överflyttar sin anslutning till annat HSF.

Transaktionskostnader uppkommer i samband med att medborgare byter HSF och det HSF som lämnas inte längre skall uppbära per capita-ersättning för medborgaren, en ersättning som i stället skall utges till ett annat HSF. Detta bör emellertid inte innebära några särskilda svårigheter i jämförelse med den kontinuerliga rapportering av medlemsförändringar i ett kollektiv, t ex ett företag, som blir nödvändig vid kollektiv anslutning. Denna invändning mot individuell anslutning anser vi därför inte ha någon större bärkraft.

I anslutning till de bedömningar som vi nu har gjort är det viktigt att erinra om, att själva anslutningen i HSF-systemet visserligen skall vara individuell men att ett standardiserat, av staten föreskrivet vårdansvar skall gälla lika för alla anslutna oberoende av HSF. Det blir alltså inte aktuellt för den enskilde att välja mellan olika vårdkontrakt.

Enligt föreliggande förslag till HSF-system i MOU 1992:2 (s 35-36) skall varje medborgare kunna välja inte bara HSF utan också *primärläkare* inom det valda HSF. Tanken är att varje medborgare skall ha sin namneligen angivna primärläkare att vända sig till vid sjukdom eller annat behov av läkarservice. I rapporten diskuteras hur många medborgare som skall kunna vara registrerade hos samma läkare, och som exempel hänvisas utan eget ställningstagande till att man i ett län har ansett det rimligt att en primärläkare har ansvar för omkring 2 000 medborgare.

På denna punkt anser vi att en omprövning av förslaget i MOU 1992:2 bör ske. Huvuddelen av befolkningen besöker sällan eller aldrig en läkare, medan en minoritet har behov av täta och ibland kontinuerliga läkarkontakter. Fördelas alla medborgare på primärläkare enligt fastställda antalsnormer kan därför arbets- och ansvarsbelastningen på läkarna komma att bli mycket ojämn. I ytterlighetsfall kan en primärläkare ha bara friska medborgare knutna till sig medan en annan har bara sjuka. Mera uttalat behov av egen primärläkare föreligger dessutom bara för medborgare som mer än tillfälligtvis har skäl att besöka läkare.

Vi tror inte att denna fråga kan eller bör lösas genom centrala direktiv. Varje medborgare är ansluten till ett HSF och har rätt att vända sig till någon av detta företags mottagningar och få den undersökning, behandling eller vård som bedöms behövas. Vilken av HSFs läkare som vid tillfälliga patientbesök gör bedömningen torde i regel sakna betydelse för patienten men har stor betydelse för HSFs möjligheter att utnyttja personalen effektivt. När väl ett läkarbesök blir aktuellt, bör emellertid patienten ha rätt att välja en av HSFs läkare till primärläkare och

därefter kunna i första hand vända sig till denne. I övrigt anser vi att det bör överlämnas till varje HSF att bestämma, hur HSFs personal skall disponeras för att verksamheten skall bli så kvalitativt och ekonomiskt effektiv som möjligt. Det är då naturligtvis möjligt att ett HSF av konkurrensskäl erbjuder alla anslutna att få en angiven primärläkare. Visar det sig sedan att någon av HSFs läkare med hänsyn till patienttillströmningen får för litet eller för mycket att göra, får det ankomma på HSF att vidta de omdispositioner som det finner bäst förenliga med verksamhetens omfattning och kvalitet.

När det gäller *valet av sjukhus eller annan specialist* innebär det i MOU 1992:2 föreslagna HSF-systemet vissa begränsningar. Den grundläggande tanken är att primärläkaren skall remittera patienten till ett sjukhus eller en fristående specialist, som patientens HSF har avtal med. Det ställs dock inte något absolut krav på remiss från patientens HSF för att HSF skall bli betalningsskyldigt för undersökning, behandling och vård. Medborgarna kan vända sig direkt till sjukhus eller specialist helt efter eget val. En direkt hänvändelse till sjukhus eller fristående specialist utan remiss från patientens HSF skall emellertid enligt förslaget - utom i akutfall - kunna medföra vissa ekonomiska konsekvenser för patienten. Om nämligen den direkta hänvändelsen medför högre kostnader för HSF än om patienten sökt behandlingen eller vården genom primärläkare hos HSF, blir patienten skyldig att själv betala denna merkostnad. Dessutom skall vid direkt hänvändelse till sjukhus eller specialist utgå en högre egenavgift än vid hänvändelse till HSFs läkare.

Så långt förslaget i MOU 1992:2.

Den fråga som uppkommer här är, om dessa begränsningar i det fria valet av sjukhus eller specialist å ena sidan är påkallade och å andra sidan är tillräckliga. För bedömningen av denna fråga bör uppmärksammas, att begränsningar av HSFs betalningsskyldighet inte skall gälla akutfall. För det andra kan möjlighet ofta antas finnas för patienter med speciella undersöknings- och behandlingsbehov att välja en specialist till primärläkare, eftersom behörighet att vara primärläkare skall tillkomma även specialister. För det tredje blir det naturligt för det sjukhus eller den specialist, som patienten utan remiss från sitt HSF vänder sig till, att genom kontakt med patientens HSF och/eller primärläkare förvissa sig om huruvida detta HSF anser undersökning, behandling eller vård hos sjukhuset eller den fristående specialisten befogad och är villigt att betala för den. En sådan åtgärd framstår som befogad också av medicinska skäl för att klarlägga patientens anamnes.

I MOU 1992:2 bedöms begränsning av betalningsskyldigheten vara nödvändig ”med hänsyn till behovet att kontrollera vårdkostnaderna från HSFs sida”. Denna bedömning får stöd i de försök med patienters fria val av vårdgivare som har genomförts inom ramen för det förändringsarbete som pågår inom ett antal landsting.

HSFs vårdkostnader blir beroende av flera omständigheter: HSFs bedömning av behandlings- och vårdbehov, i vad mån behandling, vård och omsorg kan lämnas inom HSFs egen organisation och vilka avtal HSF har med sjukhus och fristående specialister. Behandlings- och vårdbehovet kan antas bäst bedömas av HSFs primärläkare, som har eller måste räkna med att få en mer än tillfällig kontakt med patienten och därigenom en totalbild av patientens levnadsförhållanden, sjukdomssymptom etc.

Som har påpekats i det föregående kommer det att etableras HSF som har mycket varierande kapacitet att ge behandling, vård och omsorg inom den egna organisationen. Medan ett HSF har möjlighet att ge endast grundläggande primärvård inom sin egen organisation och tillhandahåller medicinsk service därutöver genom att köpa tjänster från sjukhus och fristående specialister, kommer andra HSF att bygga ut sin egna organisation med kapacitet att ge kvalificerad medicinsk service och kanske även att vara huvudman för egna sjukhus. Inte minst i sistnämnda fall har det stor betydelse för HSF att ha avgörande inflytande över anslutna medborgares sjukvård för att HSF skall kunna utnyttja sina resurser på ett medicinskt och ekonomiskt optimalt sätt. Och ytterst är det patienternas eget HSF som har vårdansvaret för patienterna.

Mot denna bakgrund talar såväl kostnads-, effektivitets- som medicinska skäl för att ett HSF bör ha stort inflytande över var och hur de anslutna medborgarnas behov av behandling och vård tillgodoses. Det mest effektiva medlet härför är ekonomiska spärrar mot förbigående av HSF. Förhöjda patientavgifter utgör dock knappast en tillräckligt effektiv spärr, eftersom dessa avgifter under alla förhållanden kommer att vara förhållandevis låga. Och den bedömning i efterhand av betalningsskyldighet för merkostnader vilka uppkommer genom direkt hänvändelse till sjukhus eller fristående specialist som föreslås i MOU 1992:2 skapar enligt vår uppfattning en oklar ekonomisk situation både för patienten och för vårdgivaren. I verkligheten ligger förslaget dessutom mycket nära krav på remiss från patientens HSF för att detta HSF skall bli skyldigt att betala för vården.

Vad här sagts om direkt hänvändelse till sjukhus eller fristående specialist gäller i motsvarande utsträckning direkt hänvändelse till annat HSF än det egna.

På de grunder som vi nu har redovisat har vi kommit till uppfattningen, att HSFs betalningsskyldighet för de anslutna medborgarnas hälso- och sjukvård bör begränsas till undersökning, behandling och vård som lämnas av HSF självt eller som HSFs läkare har remitterat patienten till. Genom en sådan ordning skapas klara ekonomiska ansvarsförhållanden för både HSF, ”främmande” vårdgivare och patienterna. Vi föreslår alltså, att förslaget i MOU 1992:2 ändras i enlighet härmed.

Innebörden i förslaget är, att den som utan remiss från det egna HSFs läkare vänder sig direkt till fristående sjukhus eller specialist eller till annat HSF än det egna i princip själv är betalningsskyldig för den undersökning, behandling och vård som utförs där. Observera att vad vi talar om här är just *betalningsskyldigheten*. Inget hindrar naturligtvis ett HSF att - efter en efterhandsbedömning generellt eller i det konkreta fallet – frivilligt betala hela eller delar av kostnaden för undersökning, behandling och vård som har lämnats HSFs anslutna av annan utan remiss från HSFs läkare.

Förslaget leder till, att det inte längre blir aktuellt att som sägs i MOU 1992:2 kräva förhöjd egenavgift vid direkt hänvändelse till annan vårdgivare än patientens eget HSF.

I fråga om patientens fria val av *behandlings- eller vårdinsats* ansluter vi oss till bedömningen i MOU 1992:2 (s 74-75), att den kontinuerliga kontakten mellan läkare och patient ger förutsättningar för en förtroendefull relation mellan dem och därmed också ett ökat

medbestämmande för patienten i fråga om valet av alternativa vårdinsatser samt vårdinsatsernas art och omfattning.

Reaktioner vid missnöje med vårdansvarig

HSF-systemet ger rätt för medborgaren att byta HSF. Enligt förslaget i MOU 1992:2 kan byte ske med sex månaders uppsägning. Byte av primärläkare inom samma HSF förutsätts kunna ske med omedelbar verkan.

Uppsägningstiden vid byte av HSF har stipulerats av rent praktiska skäl, för att ge tidsutrymme för avveckling respektive övertagande av vårdansvaret och reglering av per capita-ersättningen. En bytesrätt är naturligtvis ofrånkomlig i ett system som syftar till att ge medborgaren valfrihet och ökat inflytande över sin situation i fråga om hälso- och sjukvården. Hur lång uppsägningstiden behöver vara beror främst av i vilka rater utbetalningarna från staten till HSF avses ske. Hur utbetalningarna skall ske ankommer på staten att bestämma eller överenskomma med HSF om. Sannolika utbetalningsterminer är månad eller kvartal. I så fall behöver uppsägningstiden inte vara sex månader utan kan begränsas till tre månader eller rent av en månad. Tiden bör fixeras först sedan utbetalningsordningen har bestämts.

Men rätten att byta HSF - vilket ju är en ganska stor omställning för den enskilde - behöver kompletteras med inflytande över förhållandena inom det HSF som medborgaren är ansluten till eller hos sjukhus och specialister som HSF har avtal med. HSF-förslaget anvisar kortfattat (s 56 och 79) en möjlighet för den enskilde att klaga hos den statliga tillsynsmyndigheten, som vid befogade klagomål kan offentliggöra kritiken samt anmoda HSF eller någon av dess personal att vidta rättelse, i extrema fall under hot om att ompröva godkännandet som HSF eller i fråga om enskild läkare eller annan personal överlämna frågan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Även eventuella ekonomiska tvister mellan HSF och en ansluten medborgare bör kunna prövas av tillsynsmyndigheten. Självklart kan sådana tvister också hänskjutas till domstol.

Med hänsyn till konkurrensen kan HSF och sjukhus antas vara känsliga för offentlig kritik, i synnerhet om media regelbundet rapporterar om påstådda eller uppdagade brister hos HSF eller dess personal, t ex i aftontidningarnas söndagsbilagor. Vi tror därför att de i förslaget anvisade vägarna för att beakta medborgarkritik mot sjukvården kommer att vara effektiva. En av förutsättningarna är emellertid att tillsynsmyndigheten ser detta som en viktig uppgift och har erforderliga resurser att utan fördröjning behandla klagomål. Den frågan bör ägnas särskild uppmärksamhet, när tillsynsmyndigheten organiseras. Lämpligen samordnas denna uppgift med de informationsuppgifter som bör åligga myndigheten och som vi nu skall behandla.

Medborgarinformation

I HSF-modellen är staten den yttersta garanten för hälso- och sjukvården. Staten skall godkänna den som vill driva HSF eller sjukhus, fastställa vårdansvarets omfattning och per capita-ersättningens storlek, utöva kvalitetskontroll, ha fortlöpande tillsyn över verksamheten och

konkurrensförhållandena samt svara för den medicinska forskningen och grundutbildning av sjukvårdspersonal.

Ett från valfrihetssynpunkt viktigt inslag i denna s k sponsorfunktion är informationen till medborgarna om förhållandena inom olika HSF och sjukhus. Vi har redan nämnt den information som består i offentliggörande av kritik mot enskilda HSF och sjukhus. Även resultaten av statens fortlöpande tillsynsverksamhet skall offentliggöras (förslaget s 56). Vidare skall staten fortlöpande informera allmänheten om situationen inom HSF och sjukhus i fråga om vänte- och kötider, egenavgifter, nyetableringar och nedläggningar och liknande.

Valfrihet kan utövas bara av välinformerade medborgare. Det gäller i särskilt hög grad i ett sjukvårdssystem som liksom HSF-systemet bygger på individuell anslutning och individuell rätt att byta vårdgivare. Därför blir det utslagsgivande för den reella valfriheten i systemet att välfungerande informationssystem för sjukvården, vilka ger allmänheten begriplig information, kan utvecklas. Vi räknar med att HSF och sjukhusen ser informationsgivningen som ett viktigt inslag i konkurrensen och därför har ett primärt intresse i att utveckla sådana system. Men det är viktigt också för staten som företrädare för konsumentintresset.

Informationsuppgiften är svår. Inte främst i fråga om sådana för alla lätt iakttagbara förhållanden som vi nyss har nämnt. Svårigheterna gäller informationen om kvalitativa förhållanden inom sjukvårdsorganisationen, förhållanden som gäller genomförandet av den medicinska vården och resultaten av behandling och vård. För att informera om sådana förhållanden inom HSF och sjukhus behöver någon form av kvalitetsindex utvecklas för t ex öppen respektive sluten vård. Något sådant index existerar såvitt känt inte i dag. Det har heller inte funnits behov att lämna kvalitetsinformation till allmänheten, eftersom sjukvården bedrivs i monopolform. Annorlunda ställer det sig i HSF-systemet med dess konkurrens och individuella val av vårdansvarig. Önskvärt är därför att tillsynsmyndigheten tar ansvar för att sådana index skapas som kan användas som grund för kvalitetsinformation till allmänheten.

Formerna för informationen måste självfallet anpassas till informationssamhället och dess förändringar. Här kan endast noteras, att de olika massmedia givetvis bör utnyttjas. För kontinuerlig eller periodiserad information har TV visat sig vara ett kraftfullt medium för att snabbt nå ut till en bred allmänhet.

Valfrihetens gränser

Som påpekas i MOU 1992:2 kan en fullständig patientmakt - inom ramen för sjukvårdspersonalens professionella övertag - åstadkommas bara i ett sjukvårdssystem som helt finansieras av patienterna. Så snart systemet till väsentlig del finansieras med skattemedel krävs begränsningar för att kostnaderna skall kunna hållas inom de kostnadsramar som samhällsekonomin kräver.

I HSF-modellen görs som redan påpekats begränsningar av patientmakten bl.a. i form av egenavgifter med högkostnadsskydd samt eget betalningsansvar för kostnaderna vid

hänvändelse direkt till sjukhus, extern specialist eller annat HSF med förbigående av eget HSF och dess läkare.

Egenavgifter förekommer i vårt nuvarande sjukvårdssystem och i många utländska skattefinansierade system. Syftet är inte primärt att finansiera sjukvården utan att utgöra en spärr mot överutnyttjande av sjukvården. Den begränsningen av patientmakten har även vi funnit befogad.

Från principiell synpunkt har storleken på egenavgifter intresse så till vida som avgifterna inte får vara så höga att de utgör ett hinder för personer med låga inkomster att få den sjukvård de behöver. Enligt förslaget till HSF-system skall varje HSF och sjukhus bestämma egenavgifternas storlek inom en högsta ram som staten bestämmer. Avgifternas storlek kan alltså bli ett konkurrensmedel, om också i begränsad utsträckning. Taket för avgiftsnivån föreslås bli 200-300 kronor vid besök hos HSFs läkare. Dessa nivåer uttryckta i dagens penningvärde finner vi rimliga. Avgiften motsvarar t ex en taxiresa från Stockholm till Arlanda.

Högekostnadsskyddet, som i dagens system utgör ett fixt belopp, lika för alla, föreslås i HSF-modellen (s 50) bli relaterat till patientens inkomstsituation, uttryckt som t ex visst antal gånger sjukpenningen per dag eller viss andel av årspensionen. Denna principiella lösning stämmer väl med den trend som vi har i övrigt inom det sociala området, t ex barnomsorgstaxor, hemhjälpstaxor etc. Om avgiften uttrycks som en relation till inkomsten, dock lägst visst angivet belopp, t. ex. viss procentsats av basbeloppet, täcker regleringen även dem som inte har inkomst eller rätt till sjukpenning eller pension. Vi anser att denna form av högekostnadsskydd är överlägset dagens utformning av skyddet.

Beträffande dagavgifter vid sjukhusvård ser vi ingen anledning att frånga förslaget i MOU 1992:2 (s 51), som innebär att nuvarande regler inte ändras i vidare mån än att beloppen ses över.

Förslaget att patienten vid direkt hänvändelse till sjukhus, extern specialist eller annat HSF själv skall vara betalningsskyldig för kostnaden för undersökning, behandling och vård har vi motiverat i det föregående. Vid rimlig praktisk tillämpning torde förslaget inte behöva uppfattas som någon stark begränsning i det fria valet. I sammanhanget vill vi på nytt betona, att den egna betalningsskyldigheten inte skall gälla vid akutfall. I HSFs vårdansvar skall ingå att svara för akutvård, antingen i egen regi eller genom avtal med akutsjukhus. HSF skall också vara skyldigt att svara för att jourtjänst finns tillgänglig för anslutna medborgare.

Sammantaget kan de här redovisade begränsningarna i patientmakten bedömas inte vara mer ingripande än vad som erfarenhetsmässigt visat sig nödvändiga för att ge den vårdansvarige möjlighet att ta sitt kvalitetsansvar och sitt kostnadsansvar.

Kapitel 3

KVALITET

Kvalitetskriterier

I MOU 1992:2 ges ett exempel (s 54) på ett sätt att strukturera kvalitetskrav inom sjukvårdsområdet. Som vi redan har redovisat görs där en indelning av kvalitetskraven i fyra grupper: förutsättningarna att ge en kvalitativt god vård, genomförandet av den medicinska vården, omvårdnaden under vårdtiden samt resultat av behandling och vård.

Vad som avses med kvalitet i sjukvården har behandlats också i den rapport som den till HSU 2000 knutna expertgruppen presenterade år 1993 (SOU 1993:38). Där framhålls (s 74-75), att kvaliteten i vården kan analyseras på flera sätt. Bl a sägs följande.

Ett sätt är att kartlägga kvaliteten på insatsfaktorerna (struktur), ett annat är att studera de insatser som görs (process) och slutligen kan resultatet ("outcome") studeras. Det enklaste måttet är att kartlägga kvaliteten på de insatsfaktorer som används i verksamheten. Personalens utbildning (legitimation) och arbetserfarenhet, omsättning och sjukfrånvaro är tänkbara indikatorer på insatsfaktorernas kvalitet. Även omfattning och egenskaper hos medicinsk-teknisk utrustning kan beaktas. Kvaliteten på insatsfaktorerna säger dock inte mycket om den slutgiltiga kvaliteten. Kvalitetsaspekter kan även fastställas genom att kartlägga vilka insatser som görs i vårdprocessen. För vissa diagnoser finns normer, ibland formulerade som vårdprogram, där relativ konsensus råder om motiverade insatser.

Det är naturligtvis mest relevant att mäta kvaliteten på vårdresultatet. Över tiden har också skett en förskjutning av intresset för kvalitetskontroll från kontroll av insatsfaktorer och vårdprocess till kontroll av vårdresultat. Det innebär dock inte att de andra kvalitetsaspekterna är oviktiga; de är dock inte tillräckliga. Operationsmortalitet, infektion, återremiss och recidiv är tänkbara variabler vid sidan av patienternas subjektiva omdömen. En bristande information om vårdresultat och avsaknad av klara kriterier på kvalitet inom sjukvården försvårar i dag en sådan kontroll.

Vid sidan av en bedömning av den medicinska kvaliteten är patienternas subjektiva omdömen av vården viktiga. Förutsättningarna för att dessa signaler kommer fram och påverkar

vårdgivarnas beteende varierar med faktorer som valfrihet, demokratiskt inflytande, system för verksamhetsuppföljning m. m.

Som framgår stämmer expertgruppens synpunkter väl samman med den indelning av kvalitetsaspekterna som redovisas i MOU 1992:2. Uppgiften blir sedan att för dessa olika grupper av kvalitetsaspekter ange konkreta kriterier för och/eller indikatorer på kvalitet. Den uppgiften kan inte genomföras som en engångsuppgift utan måste ingå som ett led i en fortlöpande kvalitetstillsyn över sjukvården, varvid kriterierna och indikatorerna kontinuerligt anpassas till den medicinska och tekniska utvecklingen och offentliggörs.

Vi har inte ansett det ändamålsenligt att i detta sammanhang försöka utveckla konkreta kvalitetskriterier och -indikatorer. I *Bilaga 2* ger vi emellertid några övergripande synpunkter på kvalitet, kvalitetsutveckling och kvalitetskontroll inom sjukvården. Hur arbetet med kvalitetssäkring har utvecklats hittills går vi närmare in på under rubriken Kvalitetskontrollen.

Vår huvuduppgift i det följande blir att pröva i vad mån HSF-modellen ger förutsättningar att bygga in en effektiv kvalitetskontroll i sjukvårdssystemet.

Förutsättningar för kvalitet

HSF-modellen bygger bl.a. på statlig auktorisation. Ett HSF eller sjukhus får inte börja sin verksamhet utan tillstånd från den statliga myndighet som skall ha tillsynen över sjukvården. I MOU 1992:2 förutsätts, att tillståndsgivningen skall föregås av en ingående kontroll av att det tillståndssökande företaget (sjukhuset) fyller uppställda kriterier i fråga om organisation, lokaler, personal, utrustning, utrustningens funktionsduglighet och omvårdnad. Ett viktigt inslag i organisationen är hur den interna kvalitetskontrollen avses bli anordnad.

Att kriterier i alla dessa hänseenden skall finnas angivna och publicerade är en given utgångspunkt. I vad mån ett HSF eller sjukhus inför etableringen uppfyller de krav som kriterierna ger uttryck för beror emellertid av en rad faktorer: vilken omfattning och inriktning verksamheten planeras få, i vad mån behandling och vård avses ske i egen regi eller med stöd av avtal med annan vårdgivare, hur verksamheten faktiskt utvecklas sedan tillstånd getts, vilka förändringar i planerna som tvingas fram av medborgarnas och marknadens attityder och reaktioner etc. Det torde med hänsyn härtill bli en omöjlig uppgift för tillsynsmyndigheten att redan i tillståndsärendet pröva förutsättningarna för sökanden att ge en kvalitativt god vård.

Av dessa skäl har vi i det föregående förordat, att förhandsgranskningen i tillståndsärenden skall koncentreras till de ekonomiska och administrativa förutsättningarna att driva verksamheten. Ett tillstånd bör emellertid förenas med villkoret, att verksamheten skall uppfylla de av tillsynsmyndigheten uppställda kvalitetskriterierna i de nyss nämnda hänseendena. Den som får tillstånd vet då, att tillståndet kommer att ifrågasättas och i värsta fall återkallas om kraven åsidosätts.

Som vi skall återkomma till skall den statliga tillsynsmyndigheten ansvara för den externa kvalitetskontrollen av sjukvården och dess aktörer. Det ter sig naturligt, att myndigheten

genomför sådan kontroll ganska snart efter det att ett nystartat HSF eller sjukhus kommit igång för att försäkra sig om att verksamheten redan från början anordnas så att förutsättningar föreligger för en kvalitativt god vård och omvårdnad enligt de fastställda kriterierna.

Kvalitetsfrämjande inslag i strukturen

Det bärande inslaget i HSF-modellen är konkurrens mellan olika vårdansvariga och vårdgivare. Det är sålunda konkurrensen som är den avgörande faktorn, inte huvudmannaskapet i och för sig. Men det är inte helt oviktigt att även icke-offentliga huvudmän kan verka inom sjukvården. Dels blir s.k. intern konkurrens inom den etablerade offentliga sjukvården ofta ett spel för gallerierna, dels utgör ett fritt tillträde till marknaden en utmaning för de existerande vårdgivarna att hålla kostnaderna nere och kvaliteten uppe. Konkurrensen kan därför vara stor även om antalet faktiska konkurrenter är litet (se SOU 1993:38 s 78). Inte minst gäller detta anpassning till ändrade förutsättningar. I detta avseende kan konkurrens från privata vårdansvariga medverka till att höja beredskapen för förändringar och motverka tröga beslutsgångar inom den offentliga vården, något som får betydelse för bl a utnyttjandet av medicinska landvinningar i fråga om diagnostik och teknik.

Vilken inverkan konkurrensen får på kvaliteten beror emellertid på vilken betydelse kvaliteten har för de olika aktörernas konkurrensförmåga.

Vilka konkurrensmedel står då HSF till buds? Först måste konstateras, att sjukvården även i HSF-modellen skall vara offentligt finansierad genom skatter, att HSF skall ersättas med per capita-ersättningar för anslutna medborgare och att egenavgifter i systemet skall vara begränsade uppåt. Att konkurrera med priser för sjukvårdstjänster till medborgarna utgör därför inget gott konkurrensmedel.

När sjukvårdsföretagens intäktssida sålunda till största delen är fixerad genom statliga beslut, återstår kvaliteten som huvudsakligt konkurrensmedel. Sänks kvaliteten, riskerar företaget att anslutna medborgare byter till annat HSF och att företaget får kritik från den statliga tillsynsmyndigheten, vilket ytterst kan resultera i att tillståndet att verka som HSF dras in. Genom höjd kvalitet kan ett HSF öka sitt anseende bland allmänheten och på så sätt dra till sig nya anslutna från andra HSF. I det sammanhanget bör noteras, att antalet anslutna har stor betydelse för HSFs ekonomi med hänsyn till den försäkringsfunktion som HSF-modellen lägger på ett HSF.

Konkurrensen med kvaliteten som huvudsakligt konkurrensmedel innebär därför en stimulans till ökad kvalitet och en stimulans att medverka i eller i vart fall följa och utnyttja den medicinska och tekniska utvecklingen inom sjukvårdsområdet. Det föreligger alltså enligt vår bedömning ingen motsättning mellan kvalitet och effektivitet i HSF-modellen utan tvärtom ett ömsesidigt beroende mellan hög kvalitet och hög effektivitet. Det anser vi vara en av de största förtjänsterna med modellen.

Fri etableringsrätt är en fundamental förutsättning för en fungerande konkurrens. Med en praktiskt taget helt skattefinansierad sjukvård och ett offentligt ansvar för sjukvårdens kvalitet

kan emellertid etableringsrätten inom sjukvården inte vara helt fri. Ett första krav för etablering som vårdgivare är självfallet krav på dokumenterad kompetens att verka som läkare eller annan vårdpersonal. Med hänsyn till den s.k. "informations-assymetri" som finns mellan den vanlige medborgaren och den medicinskt sakkunnige på olika nivåer kan kompetensbedömningen inte utan vidare överlämnas åt den enskilda patienten utan måste i varje sjukvårdssystem regleras av offentliga organ med egna specialiskunskaper. Så är det i dag och så måste det vara också för framtiden.

Med hänsyn till det totalansvar som HSF-modellen lägger på HSF beträffande såväl diagnostisering, behandling, vård och omvårdnad som de kostnader som är förenade med detta ansvar finner vi förslagen till tillståndsplikt, tillståndsprövning och en följande löpande kvalitetskontroll vara väl motiverade, trots att de innebär en viss begränsning av tillträdet till marknaden och därmed av konkurrensen. Samtidigt är det viktigt att påpeka, att dessa begränsningar gäller lika för alla som vill verka på sjukvårdsmarknaden.

I fråga om sjukhus krävs också tillstånd, och sjukhusen skall liksom HSF i sin verksamhet fylla uppställda kvalitetsnormer. Men i övrigt har sjukhusen, även de som har ett HSF som huvudman, en annan ekonomisk situation än HSF. Medan HSF finansieras genom statliga per capita-ersättningar, skall sjukhusen helt finansieras genom intäkter av sålda sjukvårdstjänster. För sjukhusens del kommer därför konkurrensen att gälla både låga priser och hög kvalitet; de egna kostnaderna (t ex för personal eller utrustning) kommer inte att kunna sänkas i vidare mån än att kvaliteten upprätthålls. Deras möjligheter att påverka sin ekonomiska situation kommer därför i huvudsak att avse beläggningen.

De formella möjligheterna att etablera sig inom sjukvården vid sidan av HSF och sjukhus begränsas av de offentligt fastställda kompetenskraven och kvalitetskraven. De faktiska möjligheterna beror av hur verksamheten kan finansieras. De helt dominerande beställarna av enskilda sjukvårdstjänster blir HSF och i viss mån sjukhus. Enskilda medborgare kan inte väntas att med förbigående av HSF vända sig direkt till privata läkare eller annan sjukvårdspersonal annat än i undantagsfall med hänsyn till skyldigheten att själva betala för deras tjänster.

Av dessa skäl torde enskild etablering förutsätta avtal i någon form med HSF eller sjukhus att fungera som "underleverantör" av sjukvårdstjänster till dessa organisationer. Det kan t ex gälla funktionen som primärläkare eller specialist. Därmed kommer kvalitetsansvaret ytterst att vila på det beställande HSF eller sjukhuset, och det kommer att ligga i dessa beställares intresse att kontrollera att de beställda tjänsterna fyller uppställda kvalitetskrav.

Från konkurrenssynpunkt innebär HSF-modellen i denna del, att fristående sjukvårdsproducenter väsentligen kommer att konkurrera om HSFs och sjukhusens beställningar, inte om enskilda patienter. Den begränsning av den fria konkurrensen som detta innebär kompenseras enligt vår uppfattning mer än väl av att HSF och sjukhus besitter den kompetens att göra medicinska bedömningar, som de enskilda medborgarna saknar, och har ett egenintresse av att de beställda tjänsterna fyller kvalitetskraven.

En annan viktig kvalitetsaspekt är vilka incitament strukturen ger aktörerna inom sjukvården att utveckla och utnyttja ny teknologi och att över huvud taget vara öppna för nya idéer och innovationer. När det gäller kostnadsbesparande förändringar ger konkurrensen mellan HSF och

sjukhus och HSFs samlade ekonomiska ansvar för anslutna medborgares hälso- och sjukvård starka sådana incitament. Också i övrigt stimulerar konkurrensen mellan HSF om anslutningar och mellan sjukhusen om beställningar från HSF de olika aktörerna att vårda sitt anseende genom att ligga i frontlinjen i fråga om medverkan i forskning och utveckling och utnyttjande av resultaten av dessa aktiviteter, som också framhålls i MOU 1992:2 s 79.

Vi anser alltså, att HSF-modellens struktur i sig innefattar drivkrafter som direkt främjar en hög kvalitet och som är svaga i dagens sjukvårdssystem.

Kvalitetskontrollen

Grundläggande förutsättningar för en hög kvalitet i hälso- och sjukvården är starka professionella incitament till hög vårdkvalitet och en väl fungerande intern kvalitetskontroll hos sjukvårdens aktörer.

Som vi har påpekat tidigare utgår vi från att de kvalitetskriterier som den statliga tillsynsmyndigheten ställer upp kommer att inrymma krav på den interna kvalitetskontrollen hos HSF och sjukhus. Hur dessa krav skall utformas blir en fråga som myndigheten fortlöpande får överväga med hänsyn tagen till de erfarenheter myndigheten får genom sin externa kvalitetskontroll. Ett viktigt underlag för dessa bedömningar blir även det utvecklingsarbete beträffande kvalitetskontroll som redan nu pågår inom sjukvårdens professionella organisationer. Några drag i detta utvecklingsarbete är följande.

Nationella samrådsgruppen för säkerhet och kvalitet i vården är ett samarbetsorgan mellan Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Spri och Svenska Läkaresällskapet. På uppdrag av samrådsgruppen har Medicinska kvalitetsrådet, som är gemensamt för Sveriges Läkarförbund och Läkaresällskapet, i en första etapp lagt fram förslag till kvalitetsindikatorer för elva specialiteter inom hälso- och sjukvården, nämligen allmänmedicin, internmedicin, geriatrik, pediatrik, psykiatri, medicinsk radiologi, anesthesi och intensivvård, kirurgi, ortopedi, gynekologi och obstetrik samt oftalmologi. Indikatorerna är avsedda att tjäna som handledning för praktiska åtgärder på klinik- och vårdcentralnivå samt, på längre sikt när de prövats praktiskt och blivit allmänt accepterade, att användas vid extern medicinsk revision.

Uppläggningsen av indikatorerna följer den kvalitetsstruktur som vi har redovisat i det föregående, nämligen struktur, process och resultat.

Också utomlands pågår arbete med att utveckla kvalitetsindikatorer för sjukvården. Ett exempel utgör det National Quality Management Program som utgör ett viktigt inslag i den sjukvårdsreform som Clinton-administrationen i USA presenterade i september 1993.

Det kvalitetsarbete som sålunda pågår i Sverige och utomlands bör självfallet utnyttjas och stimuleras av den statliga tillsynsmyndigheten för att ett så brett underlag som möjligt skall stå till myndighetens förfogande, när den ställer upp kvalitetskriterier som riktlinjer för vårdarbetet och som referensram både för HSFs och sjukhusens interna kvalitetskontroll och för myndighetens egen externa kvalitetskontroll och kvalitetsrevision.

I MOU 1992:2 har vissa synpunkter anlagts på hur den externa kvalitetskontrollen kan utformas och knytas samman med sjukvårdsaktörernas interna kvalitetskontroll (s 56 och 79). Vi har inget att erinra mot vad där sägs men vill betona den betydelse som allmänhetens uppfattning om vårdens kvalitet har. Vid sidan av de spontana klagomål som tillsynsmyndigheten får motta från allmänheten är det angeläget, att myndigheten söker utveckla metoder att systematiskt, genom enkäter, intervjuer eller liknande, inhämta kunskaper i detta avseende. Till ledning för allmänheten bör resultatet av beslut med anledning av klagomål och av gjorda enkäter och liknande offentliggöras.

För att underlätta tillsynsmyndighetens kontroll blir det vidare nödvändigt för myndigheten att kartlägga, vilken löpande information den behöver få från HSF och sjukhus och som inte finns tillgänglig genom annan informationsinsamling. Samtidigt är det viktigt, att myndighetens egna informationskrav utformas så klart och enkelt att de till båtad för vårdarbetet medför så liten administrativ belastning som möjligt för dem som skall lämna informationen.

Vårdutbildningen

Staten har i dag ansvaret för högskoleutbildning för läkare och andra vårdyrken. Kostnaderna belastar anslaget "Utbildning för vårdyrken" under Utbildningsdepartementet. Därutöver lämnar staten bidrag till undervisningssjukhusen enligt läkarutbildningsavtalet och till specialistutbildning för läkare. Bidraget till undervisningssjukhusen är avsett att täcka de merkostnader som sjukvårdshuvudmännen har genom att utbildning och forskning bedrivs tillsammans med sjukvård.

Enligt HSF-förslaget skall staten alltjämt ha ansvaret för den grundläggande högskoleutbildningen av läkare och annan vårdpersonal. Det är därför även i HSF-modellen staten som bär ansvaret för att utbildningen håller hög kvalitet, vilket är den första förutsättningen för att vårdorganisationen skall kunna ge medborgarna en sjukvård på en generell hög kvalitetsnivå. Den statliga tillsynsmyndigheten bör i sin kvalitetskontroll och i övrigt ägna särskild uppmärksamhet åt brister i grundutbildningen, som kan visa sig i verksamheten inom HSF och sjukhus, och etablera kontinuerlig kontakt med de universitet, högskolor och andra som har det omedelbara ansvaret för kvaliteten i utbildningen och med övriga intressenter, bl.a. Svenska Läkaresällskapet samt Sveriges Läkarförbund och övriga fackliga organisationer inom vården.

HSF och sjukhusen måste emellertid medverka i den praktiska delen av den grundläggande vårdutbildningen, bl.a. den s.k. AT-tjänstgöringen. HSF och sjukhus bör därför ha en generell skyldighet att medverka i den praktiska utbildningen av vårdpersonal. Hur omfattande denna medverkan skall vara och vilken ersättning som därvid skall betalas av staten får som hittills bestämmas i avtal som staten träffar med HSF och sjukhus. Ersättningen bör alltså inte omfattas av den per capita-ersättning som skall utgå till HSF och inte heller påverka priset för de tjänster som sjukhusen erbjuder HSF eller andra.

När det gäller läkarnas specialistutbildning anser vi att det ställer sig annorlunda. För sjukhusen i första hand, men också för HSF, utgör tillgången på specialistutbildade läkare en viktig del av

kvaliteten på deras utbud av sjukvårdstjänster. Det gäller givetvis även tillgången på specialistutbildad annan vårdpersonal. Och som vi har sagt förut leder HSF-modellen till att kvaliteten på diagnoser, behandling, vård och omvårdnad blir det mest kraftfulla konkurrensmedlet för sjukvårdens aktörer.

Av dessa skäl förordar vi, att HSF och sjukhus själva skall svara och stå kostnaden för specialistutbildning av sin vårdpersonal.

Den medicinska forskningen och forskarutbildningen

Ansvaret för och finansieringen av den medicinska forskningen och forskarutbildningen skall enligt HSF-modellen liksom för närvarande vila på staten. För den offentliga finansieringen ges anslag över Utbildningsdepartementets budget, anslagsposterna Medicinska fakulteterna, Vissa ersättningar för klinisk utbildning och forskning m.m. samt Medicinska forskningsrådet. Härutöver ges olika enskilda fonder forskningsanslag inom skilda medicinska forskningsområden.

Denna finansieringsstruktur skall bestå även inom ramen för HSF-modellen.

Som har påpekats i MOU 1992:2 (s 79) kan man anta att både HSF och sjukhus har ett eget intresse av att med sina resurser och/eller finansiellt medverka i forsknings- och utvecklingsarbete för att därigenom öka sitt anseende och sin konkurrensförmåga. Med hänsyn till den betydelse klinisk verksamhet har för forskningen anser vi dock att staten genom sina medicinska institutioner, bl.a. den statliga tillsynsmyndigheten, bör organisera en fastare samverkan med HSF och sjukhus för att garantera forskningens intressen. Det bör i första hand ske genom avtal mellan staten samt HSF och sjukhus, vari såväl arten och graden av deras medverkan som de ekonomiska villkoren läggs fast. Utan att gå närmare in på vad sådana avtal bör innehålla, vill vi erinra om att hänsyn bör tas till HSFs och sjukhusens kommersiella egenintresse i forsknings- och utvecklingsarbetet.

Från konkurrenssynpunkt har medverkan i offentligt finansierat forsknings- och utvecklingsarbete den nackdelen att resultatet av arbetet i regel blir allmänt tillgängligt för envar. Av det skälet räknar vi med att större HSF och större eller specialiserade sjukhus kommer att med privata fondmedel eller med egna medel bedriva ett internt forsknings- och utvecklingsarbete, liksom fallet för närvarande är med t.ex. företag inom läkemedelsindustrin. Här ser vi ingen nackdel, snarare en stimulans till kvalitetsökning och förnyelse inom sjukvården.

Kvalitetskontrollens organisation

I det föregående har vi (under rubrikerna Kvalitetskriterier och Kvalitetskontrollen) redovisat vår syn på den statliga tillsynsmyndighetens uppgifter och på det utvecklingsarbete som pågår i detta avseende i samarbete mellan staten och sjukvårdens professionella organisationer.

Hur kvalitetskontrollen bör organiseras enligt HSF-modellen har översiktligt behandlats i MOU 1992:2 (s 55-56 och 58-59). Förslaget innebär i stort, att statens totala ansvar för hälso- och

sjukvården skall läggas på en enda nybildad myndighet, Hälso- och sjukvårdsinspektionen, HSI, dit även Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd knyts. Utan att det har sagts uttryckligen antar vi, att tanken har varit att denna myndighet skall organiseras i skilda enheter för de olika typer av uppgifter som myndigheten avses få:

- medicinska uppgifter i anslutning till bevakningen av forskningsbehoven, utvecklingen av kvalitetskriterier och utövandet av kvalitetskontrollen av HSF och sjukhus och tillsynen i övrigt samt ställningstaganden till allmänhetens klagomål,
- ekonomiska uppgifter i anslutning till godkännande av HSF och sjukhus, fastställande av förslag till årliga ekonomiska ramar för hälso- och sjukvården och av per capita-belopp, förvaltning av sjukvårdsfonden, utbetalningar till HSF samt uppföljning av den ekonomiska utvecklingen inom sjukvårdens olika delar,
- juridiska uppgifter i anslutning till bevakningen av författningstillämpning och behovet av författningsändringar inom hälso- och sjukvården samt ställningstaganden i kontroll- och besvärssärenden.

Det är enligt vår uppfattning tveksamt, om dessa skilda uppgifter lämpligen bör samlas i en enda myndighet under en gemensam ledning. För en sådan ordning talar bl.a. den omständigheten, att uppgifterna har nära samband med varandra och att ett nära samarbete mellan dem som verkar inom de olika uppgiftsområdena under alla förhållanden blir nödvändigt. Mot en gemensam organisation talar bl.a. att skilda kompetenskrav bör ställas på ledningen inom de olika uppgiftsområdena, att risk finns för interna konflikter inom organisationen och att den för HSF-modellen viktiga externa kvalitetskontrollen och tillsynen för att få tillräcklig auktoritet bör ha en fristående och professionell karaktär.

Det är ingalunda givet, vilken organisatorisk lösning som bör förordas. Väljs utgångspunkten att HSI enbart skall vara en medicinskt professionell organisation, ligger det närmast till hands att överväga, om de ekonomiska uppgifterna kan läggas på någon redan existerande statlig myndighet. Den myndighet som då kommer i blickpunkten är Socialstyrelsen, som i dag är den centrala statliga myndigheten för hälso- och sjukvården och som kan antas ha den ekonomiska och juridiska kompetens som krävs. Fördelar kan också vara att en sådan lösning föranleder endast begränsad förändring av Socialstyrelsen, som omorganiserats vid flera tillfällen under senare år, att Socialstyrelsen redan har personal som är van att hantera den statliga budgeten och att styrelsens regionala organisation lämpar sig väl för den ekonomiska effektivitetsuppföljningen, som utgör underlag för att löpande bedöma vilka totala offentliga resurser som behöver avsättas för hälso- och sjukvården.

Efter att ha övervägt alternativen föreslår vi den förändringen av förslaget i MOU 1992:2, att HSI organiseras som ett rent professionellt medicinskt organ med ansvar för att bevaka vårdbehoven i landet, bevaka och ta initiativ i fråga om utbildning samt forskning och utveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet, legitimera sjukvårdspersonal, fastställa kvalitetskriterier och det generella vårdansvarets omfattning, svara för kvalitetssäkring och kvalitetskontroll samt vara klagoinstans för anmärkningar från allmänheten. Övriga uppgifter, som staten skall svara för enligt HSF-modellen föreslår vi bli lagda på Socialstyrelsen.

Kapitel 4

KOSTNADSEFFEKTIVITET

I MOU 1992:2 behandlas kostnadseffektiviteten i HSF-modellen på s 80-84, bl.a. konkurrensens betydelse som kostnadspressande faktor. Vi delar i allt väsentligt de bedömningar som görs där. På några punkter anser vi emellertid att kompletteringar och förtydliganden behövs. Det gäller *vårdansvarets omfattning*, bl.a. ansvaret för särskilt komplicerade och ofta kostnadskrävande ingripanden och för ingrepp som ligger utanför det generella vårdansvaret, realiserandet av *produktivitetstvinster* samt samordningen med *sjukförsäkringen*.

Vårdansvaret

När det gäller omfattningen av det generella vårdansvar som skall finansieras genom per capita-ersättning har vi i det föregående och i Bilaga 1 gett ett allmänt uttryck för hur vi bedömer att ansvaret kan formuleras i dag. Men naturligtvis behöver regleringen i detta avseende fortlöpande omprövas i relation till nya kunskaper och tekniker inom vårdområdet. Också statens allmänna ambitionsnivå för den skattefinansierade sjukvården spelar här en stor roll. Allt efter som nya, effektivare och/eller billigare behandlingsformer introduceras kan det finnas anledning att i det generella vårdansvaret inkludera sjukdomstillstånd som visat sig bli allt vanligare men dittills inte omfattats av det detta ansvar. Även synen på de medicinska behoven av s k kosmetiska operationer kan förändras. Dessa problem är inte nya utan finns i dag när det gäller möjligheten att få ersättning från den allmänna försäkringen eller att över huvud taget få utnyttja den allmänna sjukvården.

Det har funnits en särskild förteckning över komplicerade, sällsynta och ofta kostsamma behandlingar och ingripanden. Kostnaderna för åtgärder som fanns upptagna på denna förteckning fördelades mellan enheterna inom varje sjukvårdshuvudmans område. Vi föreslår, som vi har antytt i avsnittet Etablering av HSF, att åtgärder som fanns upptagna på denna förteckning skall omfattas av det generella vårdansvaret men att det för dessa fall som villkor för godkännande som HSF skall krävas, att HSF har tecknat en återförsäkring hos etablerat försäkringsbolag eller motsvarande. Härigenom får försäkringsinrättningen ett intresse av att hålla kontroll över kostnadsutvecklingen och reglera sina premier därefter. I förlängningen kommer alltså HSF att ha ett egenintresse av att kostnaderna och därmed premierna inte tillåts öka utöver vad behovet av dessa åtgärder och kvalitetskravet medger.

Utanför det generella vårdansvar, som ersätts genom per capita-ersättning jämte egenavgifter, faller sådana åtgärder som vi sammanfattande har kallat kosmetiska och som den enskilde helt får stå det ekonomiska ansvaret för, antingen direkt eller genom privat försäkring. Det innebär givetvis inte att HSF eller sjukhus saknar anledning att befatta sig med sådana åtgärder. Tvärtom kan åtgärder av detta slag utgöra en viktig inkomstkälla för både HSF och sjukhus, och genom såväl pris- som kvalitetskonkurrens mellan dem kan kvaliteten hållas uppe och kostnaderna hållas nere för medborgare som finner det viktigt för sin livskvalitet att få behandling eller ingrepp av denna karaktär utförda.

En annan tänkbar inkomstkälla för HSF vid sidan av per capita-ersättningen är samverkan med försäkringsbolag som erbjuder medborgare eller företag försäkring för förmåner utöver vad som omfattas av det generella vårdansvaret, t ex särskilda former av omsorger eller service i samband med behandling och vård eller garantier för omedelbar behandling och vård vid inträffat sjukdomsfall.

Åtaganden att utföra s k kosmetiska ingrepp eller åtaganden i anslutning till samverkan med försäkringsbolag får dock inte inkräkta på HSFs möjligheter att uppfylla det generella vårdansvar som följer med ställningen som HSF.

Produktivitetsvinster

Enligt HSF-modellen så som den har utformats i MOU 1992:2 skall Hälso- och sjukvårdsinspektionen (HSI) ha det övergripande ansvaret för produktivitets- och effektivitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Om detta sägs följande (s 83):

Den kritiska punkten från kostnadssynpunkt är den kostnadsövervakande roll som den statliga hälso- och sjukvårdsinspektionen avses spela. Denna myndighet kommer att få den viktiga uppgiften att bestämma per capita-ersättningen till HSF och omfattningen av det vårdansvar som denna ersättning skall täcka. Genom sin policy i dessa avseenden kommer myndigheten att, inom de gränser statsmakternas beslut sätter, få ett övergripande ansvar för produktivitets- och effektivitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och för att produktivitets- och effektivitetsvinster återspeglas i schablonersättningens storlek i relation till vårdansvarets omfattning.

Vi anser att myndigheten bör ha goda möjligheter att klara denna i och för sig svåra uppgift. Ett verksamt stöd utgör vårt förslag, att sänkta eller höjda kostnader i första hand skall påverka den sjukvårdsavgift som ersätter nuvarande landstingsskatt för sjukvården och som alla medborgare skall betala. Förändrade kostnader kommer alltså att märkas på medborgarnas skattsedlar. Särskilt en höjning av sjukvårdsavgiften utan en motsvarande utvidgning av HSFs vårdansvar kommer att ses som ett misslyckande både för myndigheten och för sjukvårdspolitiken, medan en sänkning kommer att räknas myndigheten och framför allt politikerna till godo.

Vi har ingen invändning i och för sig mot detta resonemang, bortsett från anmärkningen att vi

har föreslagit, att vårdansvaret skall bestämmas av HSI medan per capita-ersättningen skall fastställas av Socialstyrelsen.

Men resonemanget löser inte problemet hur HSF skall stimuleras att i eget intresse öka sin produktivitet och effektivitet. Förslaget i MOU 1992:2 förutsätter att det är staten och ytterst skattebetalarna som skall tillgodogöra sig produktivitets- och effektivitetsvinster, eftersom tanken är att sådana vinster vid oförändrat vårdansvar skall leda till reellt sänkta per capita-ersättningar.

Problemet reduceras om man utgår från att det är den genomsnittliga produktivitetsoökningen som skall påverka per capita-ersättningen. Det innebär, att de HSF som lyckas öka produktiviteten med mer än den genomsnittliga, får tillgodogöra sig denna ytterligare ökning.

Kvar står emellertid risken att alla eller flertalet HSF gemensamt kommer överens om att genom höga löneuttag eller på annat sätt hålla den registrerade produktivitetsutvecklingen nere i syfte att hålla per capita-ersättningarna uppe. Åtgärder av denna art är konkurrensbegränsande och strider mot konkurrenslagstiftningen. Huruvida åtgärderna föranleder offentliga ingripanden beror på hur effektiv konkurrensövervakningen är. En effektiv konkurrensövervakning inom sjukvårdsområdet kräver ett nära samarbete mellan den statliga sjukvårdsmyndigheten (i detta fall Socialstyrelsen enligt vårt förslag) och Konkurrensverket. Vi anser oss kunna utgå från att ett sådant samarbete kommer till stånd.

Ett enklare men mer onyanserat sätt att påverka produktivitetsutvecklingen är att förutsätta viss årlig produktivitetsutveckling, t ex två procent, och årligen sänka schablonersättningen med detta procenttal i reala termer. Det är den modell som staten under en lång följd av år har tillämpat i fråga om de statliga myndigheternas anslag. Detta sätt att kontrollera produktivitetsutvecklingen skapar en kraftig press på HSFs kostnader och premierar samtidigt det HSF som lyckas åstadkomma en större produktivitetsoökning än det angivna procenttalet. Risken för manipulation av den registrerade produktivitetsutvecklingen elimineras, liksom frestelsen att genom kartellbildning eller motsvarande tänja på konkurrenslagstiftningens regler. Samtidigt minskar behovet av kontinuerlig statlig detaljkontroll av produktivitetsutvecklingen. Men å andra sidan ökar kravet på kvalitetskontroll för att stävja tendenser hos HSF att möta reduceringen av per capita-ersättningarna med kvalitetssänkningar.

Enligt vår bedömning är den senare lösningen att föredra, i varje fall under ett inledande skede. På längre sikt kan man överväga att göra avsteg från den årliga reduceringen av per capita-ersättningen men bara i den mån sjukvårdsföretagen själva på ett övertygande sätt visar, att den genomsnittliga produktiviteten trots företagets ansträngningar inte har kunnat höjas i den takt som den årliga reduceringen förutsatt.

Det bör observeras, att vårt resonemang utgår från oförändrad omfattning av HSFs vårdansvar. I den mån t ex vetenskapliga landvinningar eller förändrad teknologi motiverar ändrad ambitionsnivå i fråga om vårdansvaret eller ger väsentligt ändrad kostnadsbild måste en ny politisk bedömning göras av vilka samhällsresurser som behöver avsättas för hälso- och sjukvården och följaktligen också en ny prövning ske på myndighetsplanet av per capita-ersättningens storlek.

HSFs ansvar för sjukpenningförsäkringen

Förslaget i MOU 1992:2 (s 41-43 och 83) bygger på nuvarande reglering av sjukförsäkringen i lagen om allmän försäkring och syftar till att öka kostnadseffektiviteten genom att hos HSF föra samman kostnadsansvaret för hälso- och sjukvården med kostnadsansvaret för sjukpenningen vid egen sjukdom. Vi delar uppfattningen, att ett sådant sammanhållet kostnadsansvar är kostnadseffektivt och därför bör komma till stånd.

Men vi ser två problem med förslaget. Det ena problemet är att sjukpenningen i nuvarande system är individuellt relaterad till varje medborgares arbetsinkomst, vilket gör det omöjligt för HSF att bedöma vilka kostnader som kan uppkomma. På ekonomiskt rationella grunder skulle dessutom ett HSF vara mer angeläget att snabbt bota en person med hög arbetsinkomst/sjukpenning än en person med låg arbetsinkomst/sjukpenning. Jämlikhetskravet skulle naggas i kanten.

Det andra problemet är att hela sjukförsäkringssystemet för närvarande ligger i stöpsleven. Det är (januari 1994) omöjligt att säga hur ett reformerat system kommer att se ut. Enighet synes dock efter partiöverläggningarna hösten 1992 i stort sett råda om att systemet på något sätt skall "lyftas ut ur den statliga budgeten", men hur det skall ske föreligger det ingen enighet om. Frågan diskuteras vidare på det politiska planet.

Under alla förhållanden synes det föga meningsfullt att lägga nuvarande sjukförsäkringssystem till grund för överväganden om hur ett framtida sammanhållet ekonomiskt ansvar för sjukvård och sjukförsäkring skall organiseras.

I denna situation har vi som utgångspunkt för våra fortsatta överväganden valt det sjukförsäkringssystem vars huvuddrag har tecknats i Medborgarnas Offentliga Utredningars skrift Charta Nova (MOU 1993:2) och som är anpassat till HSF-modellen. Förslaget innebär följande (Charta Nova s 126-128):

Trygghetssystemet vid arbetsskada och sjukdom har två komponenter. Den första är det standardiserade statliga trygghetsbidraget på två basbelopp per år. Det utgår lika för alla som enligt dagens normer är berättigade till arbetsskadeersättning eller sjukpenning. Beloppet ingår i den statliga per capita-ersättning som varje medborgare får med sig till valt HSF. Primärläkaren på HSF avgör om patienten ska sjukskrivas. Sjukskrivning kan avse sjukdom eller arbetsskada.

Liksom i dag gäller två veckors sjuklönetid som ersätts av arbetsgivaren. För den som är anställd betalar arbetsgivaren. Den som inte är anställd får ingen ersättning under denna karenstid.

HSF har ett starkt incitament att vårda den arbetsskadade eller sjuka så kvickt som möjligt och få vederbörande tillbaka till arbetet. Om sjukdomstiden kan förkortas exempelvis genom

omedelbar operation är detta god ekonomi för HSF som slipper betala för onödig och lång sjukskrivning.

Systemets andra komponent är en obligatorisk, icke statlig försäkring mot inkomstbortfall till följd av arbetsskada eller sjukdom. Lagens krav gäller minimiersättning vid inträffat skadefall. Olika villkor gäller för korta inkomstbortfall - upp till ett år - och långa - över ett år.

För korta inkomstbortfall gäller följande:

- det garanterade utfallet vid skadefall ska vara 70 procent av inkomsten upp till 10 basbelopp inklusive det av staten garanterade trygghetsbidraget på två basbelopp,*
- den enskilde väljer försäkringsgivare (som kan antas vara vederbörandes HSF) och betalar premierna; arbetsgivaren ansvarar för inbetalningen genom löneavdrag.*

För långa inkomstbortfall gäller följande:

- försäkringsersättningen utgår enligt ovanstående, dock lägst 60 procent av inkomsten definierad som ovan,*
- arbetsgivaren väljer vilken av staten godkänd försäkringsgivare som helst och betalar premierna; försäkringsbolagen konkurrerar om kunderna och sätter premier efter riskerna för skadefall, vilket ger arbetsgivarna ekonomiska incitament att ordna arbetsplatserna så att risken för lång arbetsskada och lång sjukdom, och därmed försäkringspremierna, sjunker; försäkringsbolagen har starka ekonomiska incitament att så långt som möjligt rehabilitera de drabbade och få dem tillbaka till arbetsmarknaden och det vanliga livet.*

Den som vill ha större trygghet mot inkomstbortfall än vad lagen garanterar kan på egen bekostnad skaffa sig mer heltäckande försäkring.

Övergången sker dels genom ett omedelbart införande av den obligatoriska försäkringen. Existerande långa fall får löpa ut enligt löfte. Nya fall, alltså fall som inträffar efter det att det nya systemet inrättats och privata försäkringar tagits, ersätts enligt förslaget.

Till detta utdrag ur Charta Nova vill vi göra det klarläggandet i fråga om rätt till ersättning under sjuklönetid för den som inte är anställd, att rätt till sjukpenning kan föreligga för den som är arbetslös och i vissa andra situationer som regleras i lagen om allmän försäkring. I sådana fall skall givetvis enligt förslaget i Charta Nova det statliga trygghetsbidraget utgå. Vidare vill vi anmärka, att förtidspensioneringen föreslås upphöra. Därmed kommer förslaget att omfatta högst ett års sjukskrivning, oberoende av orsaken till sjukskrivningen. Förslaget ersätter med andra ord den nuvarande sjukpenningen, arbetsskadeersättningen, sjukbidraget och förtidspensioneringen.

Som framgår av citatet i övrigt är den i Charta Nova föreslagna försäkringen vid arbetsskada och sjukdom helt anpassad till HSF-modellen. HSF kommer med detta förslag alltså att få ett egenintresse av att göra en avvägning mellan vårdkostnad och sjukskrivningskostnad, samtidigt som begränsningen av HSFs ekonomiska ansvar till det statliga trygghetsbidraget på två

basbelopp för alla ger HSF rimliga möjligheter att bedöma omfattningen av sitt ekonomiska åtagande.

Med denna lösning skall statens beräknade kostnader för trygghetsbidragen läggas in i underlaget för beräkning av per capita-ersättningen per ansluten till HSF. HSF kommer med andra ord att fungera som försäkringsinrättning i fråga om dessa bidrag. Huruvida bidragen skall betalas ut till de anslutna direkt av HSF eller genom annan som sedan ersätts av HSF blir beroende av hur administrationen av sjukförsäkringen anordnas.

Kapitel 5

SÄRSKILDA FRÅGOR

Läkemedel

Ansvaret för läkemedelskostnaderna har inte behandlats i MOU 1992:2. En statlig utredning pågår om den svenska läkemedelsförsörjningen (direktiv S 1992:07). Utredningens arbete beräknas avslutas tidigast under år 1994.

Apoteksbolaget AB har i dag monopol på detaljhandel med läkemedel i Sverige. Bolaget är majoritetsägt av staten. Försäljningen sker genom bolagets apotek. Bolaget svarar för nästan hela försäljningen av läkemedel i landet. Statens Bakteriologiska Laboratorium och Statens Veterinärmedicinska Anstalt har dock rätt till viss detaljhandel till läkare, veterinär och sjukvårdsinrättning. Apoteksbolagets försäljning sker på tre delmarknader: sjukhus, receptbelagda läkemedel och handköp.

De totala läkemedelskostnaderna utgör knappt 9 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Läkemedelskostnaderna subventioneras av staten. Subventionssystemet är fristående från subventioneringen av sjukvården i övrigt.

Läkemedelsförmåner utgår i form av prisnedsatta läkemedel, prisnedsatta födelsekontrollerande läkemedel, kostnadsfria läkemedel och kostnadsbefriade inköp (högkostnadsskydd). Förmånerna omfattas av den allmänna försäkringen och subventionerna finansieras på samma sätt som sjukvårdsförmånerna i övrigt. För budgetåret 1993/94 beräknas försäkringens utgifter för läkemedelsförmånerna uppgå till drygt 8 miljarder kronor. Subventionssystemet är förenat med egenavgifter och högkostnadsskydd.

Det är förvånande, att läkemedlen och deras finansiering i Sverige har behandlats fristående från sjukvården i övrigt. Detta har påpekats i en rapport från ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (Ds 1990:81), författad av Bengt Jönsson och Fredrik Andersson. I rapporten sägs bl a följande (s 10):

Läkemedel är en produktionsfaktor inom hälso- och sjukvården. I detta avseende skiljer den sig inte från exempelvis läkare och sjukhus. För att åstadkomma ett bra vårdresultat krävs vanligen en kombination av olika produktionsfaktorer. Vilken som är den mest effektiva kombinationen varierar beroende på sjukdomens art och produktiviteten hos de olika produktionsfaktorerna.

Vad som är den effektiva faktorkombinationen förändras hela tiden beroende på den medicinska forskningens framsteg, som ger ny kunskap och nya teknologier. Det starka beroendet mellan olika produktionsfaktorer är lätt att inse. Utan effektiva anestesimedel skulle avancerad kirurgi vara omöjlig, och utan diagnostisk kunskap hos läkarna kan inte läkemedlen utnyttjas effektivt.

Detta starka beroende mellan olika produktionsfaktorer talar för ett enhetligt finansieringssystem för hälso- och sjukvården. Trots detta kan vi konstatera att läkemedlen ofta särbehandlas vid utformningen av finansieringen av sjukvården.

Av de här angivna skälen, som vi finner vara bärande, anser vi att förslaget i MOU 1992:2 bör kompletteras med överväganden om på vilket sätt finansieringen av läkemedelsförmånerna kan integreras i finansieringen av sjukvården i övrigt.

Det finns, som framhålls i den nämnda ESO-rapporten, i princip tre sätt att öka effektiviteten i läkemedelssubventioneringen. Ett är att öka patienternas egenbetalning (egenavgiftsprincipen), ett annat att differentiera subventioneringen (differentieringsprincipen). Ett tredje sätt är att generellt göra läkemedlen till en insatsfaktor i vården på samma sätt som de i dag är en insatsfaktor i den slutna vården (budgetprincipen). Denna tredje princip fordrar att det finansiella ansvaret överförs från patient och försäkring till vårdgivaren.

Med den finansiering av sjukvården som har föreslagits i MOU 1992:2 är det naturligt att integrera läkemedelssubventioneringen genom budgetprincipen eller, annorlunda uttryckt, att den separata läkemedelssubventioneringen avskaffas. Resultatet blir, att HSFs ekonomiska totalansvar för de anslutna medborgarnas hälsa kommer att omfatta alla insatsfaktorer som kan behöva utnyttjas i vårdarbetet: läkare och annan sjukvårdspersonal, lokaler, utrustning, läkemedel. HSF och dess personal får därigenom möjligheten och egenintresset att göra en totalavvägning mellan olika insatsformer med hänsyn till de olika insatsernas effektivitet från hälsosynpunkt och deras kostnader.

Vi förordar en sådan lösning. Den innebär, att de nuvarande offentliga kostnaderna för läkemedelssubventionerna läggs in i underlaget för per capita-ersättningen till HSF för anslutna medborgare och att Apoteksbolaget fakturerar respektive HSF för kostnaderna för utlämnade läkemedel som HSFs primärläkare förskrivit.

Nästa fråga som kan diskuteras är, huruvida denna totala integrering av finansieringen av alla insatsfaktorerna i sjukvården onödiggör egenavgifter vid inköp av läkemedel. För läkarbesök då läkemedel förskrivs utgår enligt förslaget egenavgifter (med högkostnadsskydd). Det kunde då synas onödigt att en ny egenavgift skulle utgå då läkemedlen hämtas ut på apoteket. Så är det emellertid i dag. Avskaffas egenavgifterna vid läkemedelsinköp anser vi att det föreligger stor risk att patienterna kommer att utöva otillbörlig press på läkarna att förskriva mer läkemedel än vad som från vårdsynpunkt är befogat. Visserligen motverkas detta av att läkaren vet att kostnaderna för läkemedlen drabbar läkarens HSF, men en konflikt i detta hänseende mellan läkaren och hans patient skulle negativt påverka förtroendeförhållandet dem emellan och därmed också kunna vara negativt för vårdresultatet.

Efter överväganden av dessa synpunkter har vi kommit till slutsatsen, att egenavgifterna (med högkostnadsskydd) vid inköp av läkemedel bör behållas. De kostnader för läkemedel som

Apoteksbolaget skall fakturera respektive HSF är alltså kostnaden för utlämnade läkemedel minus patienternas egenavgifter.

Enligt dagens system för subventionering av läkemedel är vissa läkemedel subventionerade till hundra procent, dvs de lämnas ut utan att patienten behöver betala någon egenavgift. Denna differentiering är omdiskuterad och kan leda till resultat som många betraktar som orättvisa. Vi har kommit till uppfattningen att differentieringen bör avskaffas. Högekostnadsskyddet är enligt vår mening tillräckligt för att skydda patienter med stort och långvarigt behov av läkemedel från stora utgifter för läkemedel. Detta skydd bör liksom i dag samordnas med högekostnadsskyddet i övrigt inom sjukvården och alltså omfattas av det högekostnadsskydd som har föreslagits i fråga om egenavgifter i sjukvården.

Vårt förslag ställer krav på att HSFs läkare har kunskaper om kostnadseffektiviteten hos alternativa sätt att behandla en patient. Förslaget ger alltså starka incitament för HSF och dess personal att skaffa sig sådana kunskaper i den mån de i ett inledningsskede är otillräckliga. Inte minst viktigt är, att det föreslagna finansieringssystemet förutsätter att vårdpersonalen skaffar sig fördjupade kunskaper om de relativa kostnaderna för olika läkemedel ställda i relation till olika preparats effekter och biverkningar.

Frågan om patientmakt kommer med denna här föreslagna lösningen att gälla sjukvården i dess helhet, inte de skilda delarna var för sig. Vad vi har sagt i det föregående om patientmakt och om valfrihetens gränser i HSF-modellen gäller därför även läkemedelsområdet.

En ytterligare fråga som vi har övervägt i detta sammanhang är, huruvida det med HSF-modellen är ändamålsenligt att behålla Apoteksbolagets monopol på detalj -handeln med läkemedel. Vår allmänna inställning är att monopol är eller blir ineffektiva och att det sannolikt skulle göra läkemedelshandlingen effektivare, om Apoteksbolagets monopol upphävdes och HSF gavs möjlighet att själva driva apotek. Frågan om Apoteksbolagets monopol kommer emellertid att behandlas av den statliga utredningen om läkemedelsförsörjningen, en fråga som utredningen naturligt bör pröva i relation till de alternativa sjukvårdsstrukturer som kan bli resultatet av pågående sjukvårdsutredningar. Vi har därför slutligt stannat för att avvakta resultatet av utredningen om läkemedelsförsörjningen, innan vi för vår del tar ställning i frågan.

Landstingen

Hälso- och sjukvården är den helt dominerande uppgiften för flertalet landsting. Införandet av HSF-modellen medför därför att landstingens framtida ställning behöver övervägas. Detta har också konstaterats i MOU 1992:2 (s 60-61) med uttalandet, att det är svårt att se några skäl att på längre sikt behålla landstingen. Frågan lämnades emellertid åt sidan, eftersom ett avskaffande av landstingen kräver ändring av regeringsformen med den omgång som en sådan ändring medför.

Ett ytterligare skäl att nu inte gå närmare in på frågan är den statliga utredning, Regionberedningen, som tillsattes i slutet av år 1992. Beredningen, som skall behandla den framtida regionala offentliga organisationen, beräknas avsluta sitt arbete under år 1994.

Utredningens förslag kan då antas komma att behandlas tillsammans med bl.a. ställningstaganden till den framtida sjukvårdsstrukturen.

Vi har därför, liksom MOU 1992:2, stannat för att inte gå närmare in på frågan, när och hur landstingen skall avskaffas.

Däremot finns det skäl för oss att ompröva förslagen i MOU 1992:2 (s 68-69) om landstingens sjukvårdslokaler och sjukvårdsutrustning vid införandet av HSF-modellen. Förslagen innebär, att staten utan vederlag övertar denna egendom och för den till ett eller flera statliga förvaltningsbolag, som hyr ut eller säljer egendomen till HSF eller fristående sjukhus. Avkastningen i form av hyres- och försäljningsinkomster skall enligt förslagen tillföras den statliga sjukvårdsfonden för att där utgöra en buffert för att möta kortsiktiga variationer i fondens utgifter.

Huvuddelen av landstingens personal arbetar i sjukvården. Denna personal har rätt till avtalsenliga kommunala pensioner. Några direkta avsättningar för att täcka dessa kommunala pensionsåtaganden har landstingen inte gjort (med några få undantag gällande de senaste åren). I regel finansieras aktuella utbetalningar av pensioner över driftbudgeten.

När personalen som antagligt är övergår till anställning hos HSF eller fristående sjukhus måste landstingen infria sina pensionsförpliktelser, antingen direkt eller genom att bereda utrymme för framtida pensionsutbetalningar i landstingens framtida budgeter. Båda alternativen ställer landstingen i en svår situation: för direkt betalning av pensionsskulden finns inga pengar och utrymmet i de bantade landstingens mycket begränsade budgeter för framtida pensionsbetalningar blir långt ifrån tillräckligt. Upphör landstingen måste pensionsskulden under alla förhållanden regleras omedelbart.

Landstingens samlade pensionsskuld beräknas år 1991 ha utgjort drygt 41 miljarder kronor (Kommunernas Finanser 1991, s 33). Även pensionsskulden för sjukvårdspersonal i de primärkommuner som svarar för sjukvården torde vara avsevärd.

Det har gjorts gällande från landstingshåll att landstingens investeringar i fastigheter och andra anordningar för sjukvården avsetts utgöra säkerhet för landstingens pensionsskuld. Värdet på landstingens totala anläggningstillgångar i form av fastigheter, utrustning och inventarier bokfördes år 1991 till ca 60 miljarder kronor (Kommunernas Finanser 1991, s 33). Hur stor del som kan hänföras till sjukvården framgår inte men torde utgöra huvuddelen.

Oberoende av hur man bedömer trovärdigheten i uppgifterna om säkerheten för pensionsskulden är det tydligt, att sjukvårdens landstingsägda anläggningstillgångar i första hand måste utnyttjas för att säkerställa personalens framtida pensioner. Det hindrar förstås inte att tillgångarna förs över till landstings- eller statsägda bolag. Men bolaget eller bolagen måste vara förpliktade att använda sin avkastning i första hand för att säkra pensionerna för den personal som lämnar landstingen. Eftersom bolagen på sikt bör avvecklas, bör hela överskottet av deras verksamhet användas för detta ändamål så långt det behövs.

I den mån bolagen visar sig inte kunna honorera pensionsskulden, kommer resterande del att kvarstå som en landstingskommunal skuld, som får täckas med skattemedel eller andra medel

som står landstingen till buds. Avvecklas landstingen, måste frågan om pensionsskulden få en definitiv lösning i samband med avvecklingen. Vi har inte närmare övervägt hur det kan ske.

För statens del innebär det nu sagda, att staten visserligen inte skall överta någon del av landstingens pensionsskuld men att staten inte heller kan få de bidrag från landstingen till utjämning av kortsiktiga variationer i sjukvårdsfondens utgifter som förutsattes i MOU 1992:2 i vidare mån än förvaltningsbolaget eller -bolagen ger överskott sedan hela pensionsskulden är reglerad.

Kapitel 6

SAMMANFATTNING OCH FÖRSLAG

Värdering av HSF-modellen

Av vår värdering av det sjukvårdssystem, den s.k. HSF-modellen, som har föreslagits i MOU 1992:2 har vi dragit den övergripande slutsatsen, att systemet leder till de mål som har ställts upp och ger de effekter som har eftersträvats. Vi ser alltså inga skäl att föreslå ändringar i den grundläggande strukturen.

På några punkter vill vi dock förorda justeringar i den föreslagna HSF-modellen. Det gäller följande punkter:

- Det bör inte vara obligatoriskt att varje medborgare skall ha sin namneligen angivna läkare (som vi till skillnad mot förslaget i MOU 1992:2 här kallar primärläkare). Den som begär det bör emellertid få välja egen primärläkare, och den som mer än tillfälligt har anledning att besöka läkare bör erbjudas att välja sin primärläkare.
- Byte av HSF skall kunna ske efter kortare uppsägningstid än vad som föreslås i MOU 1992:2.
- Statens prövning för godkännande som HSF skall grundas på ett preciserat vård-ansvar samt konkreta kvalitetskriterier för verksamheten som staten har fastställt och offentliggjort. Med dessa utgångspunkter skall prövas att sökanden har ekonomiska förutsättningar att ta ansvaret som HSF. Som säkerhet härför skall generellt krävas bank- eller motsvarande garanti samt, för att säkerställa att ekonomiska resurser finns för särskilt komplicerade och kostnadskrävande fall, återförsäkring i etablerat försäkringsbolag eller motsvarande. Vidare skall prövningen omfatta att sökanden disponerar erforderliga medicinska resurser för att fullgöra vårdansvaret och att ledning och annan personal har tillfredsställande kompetens. Statens uppgifter i HSF-systemet organiseras i två myndigheter, en Hälso- och sjukvårdsinspektion (HSI) för de medicinskt professionella frågorna och Socialstyrelsen för de ekonomiska frågorna.
- HSF skall ha legal betalningsskyldighet endast för sådan hälso- och sjukvård som lämnats anslutna medborgare antingen av medborgarens eget HSF eller av annan efter remiss från detta HSF. Syftet med denna begränsning av HSFs betalningsskyldighet är att ge HSF rimliga möjligheter att ta sitt medicinska och ekonomiska ansvar för medborgarnas hälso- och sjukvård.

- För att stimulera HSFs eget intresse att höja produktiviteten i verksamheten och samtidigt ge medborgarna del i produktivitetsvinsterna bör som ett förstahandsalternativ per capita-ersättningen bestämmas med utgångspunkt i en förutsatt årlig produktivitetsökning på exempelvis två procent, dvs ersättningen sänks reallt varje år med denna procentsats.
- HSFs ekonomiska ansvar för sjukförsäkringen regleras på grundval av förslaget i Charta Nova (MOU 1993:2) och begränsas därvid till den statligt garanterade grundtryggheten på två basbelopp under ett år.
- Läkemedelssubventioneringen integreras med finansieringen av sjukvården, och läkemedel betraktas som en insatsfaktor bland övriga insatsfaktorer i vården. Det innebär, att kostnaderna för läkemedelssubventionerna läggs in i underlaget för per capita-ersättningen och att HSF svarar för de kostnader för förskrivna läkemedel som inte betalas som egenavgifter av patienterna. Högkostnadsskyddet för patienterna kommer liksom för närvarande att omfatta inte bara egenavgifter vid sjukbesök utan också egenavgifter för läkemedel.
- Sjukvårdens nuvarande landstingsägda tillgångar i form av fastigheter, utrustning och övriga anordningar skall i första hand användas för att säkra landstingens pensionsskuld för den dittills landstingsanställda sjukvårdspersonalen.

HSF-modellens huvuddrag enligt vårt förslag

Medborgarnas hälso- och sjukvård, inklusive behov av förskrivna läkemedel, skall ombesörjas av Hälso- och sjukvårdsföretag (HSF). Ett sådant företag kan ha offentlig eller privat huvudman och verka inom hela landet eller regionalt eller lokalt. HSF skall godkännas av staten. Landstingens sjukvårdsorganisationer omvandlas till HSF och skall verka på samma villkor som HSF med annan huvudman.

HSF skall ha ett totalansvar för anslutna medborgares hälsa och sjukvård samt för medborgarnas grundtrygghet vid sjukdom eller arbetsskada. Varje företag bestämmer självt, hur stor del av vårdansvaret som företaget erbjuder i egen regi och hur stor del som företaget anskaffar genom avtal med annan vårdgivare (t ex sjukhus, fristående specialist eller annat HSF).

Varje medborgare får själv bestämma vilket HSF medborgaren vill ansluta sig till. Den som inte väljer HSF ansluts automatiskt till det landstings-HSF där medborgaren bor. Den som begär det skall kunna välja egen primärläkare bland de läkare som verkar inom det HSF som medborgaren tillhör. Vid behov av mer kontinuerlig läkarkontakt skall medborgaren erbjudas att välja primärläkare. Primärläkare kan vara både allmänläkare och specialist. Vid missnöje eller av annat skäl skall medborgaren kunna byta primärläkare och, med viss kortare uppsägningstid, HSF.

Sjukvården skall finansieras huvudsakligen genom en sjukvårdsavgift (skatt), som varje medborgare skall betala. Avgiften påförs medborgarnas skattsedlar och beräknas på grundval av de till kommunalskatt deklarerade inkomsterna. Varje HSF tilldelas medel i form av per capita-ersättning för varje ansluten medborgare. Ersättningen differentieras efter de anslutnas ålder.

Sjukhus och fristående specialister skall, vare sig de har ett HSF eller annan som huvudman (t ex stiftelse eller bolag), finansieras genom intäkter av lämnade sjukvårds- eller andra tjänster. Den helt övervägande delen av sådana tjänster beräknas komma att beställas av HSF.

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

Det står medborgarna fritt att hänvända sig till vilket som helst sjukhus eller fristående specialist eller till annat HSF än det egna. Sker det utan remiss från HSFs läkare, skall emellertid det HSF medborgaren tillhör inte ha legal skyldighet att stå för kostnaden, utan kostnadsansvaret skall vila på medborgaren själv. Men naturligtvis kan ett HSF efter en bedömning i efterhand, generellt eller för enskilda fall, frivilligt betala kostnaden även i sådana fall.

Det sagda gäller inte akutfall. I akutfall kan medborgaren utan kostnadskonsekvenser vända sig direkt till närmaste vårdgivare.

Landstingens (och några kommuners) sjukvårdsansvar avvecklas. Dock skall de i varje fall under en övergångstid vara huvudmän för HSF och eventuellt också för sjukhus. Sjukvårdens nuvarande landstingsägda tillgångar skall i första hand användas för att reglera landstingens pensionskund för sjukvårdspersonalen.

Staten skall liksom hittills ha ansvaret för den medicinska forskningen och den grundläggande medicinska utbildningen, d.v.s. de grundläggande faktorerna för kvalitet i vården. HSF och sjukhus förutsätts medverka i utbildningen och forskningen på grundval av avtal med staten.

Kvalitetssäkring och kvalitetskontroll i övrigt skall primärt åligga HSF och sjukhus internt. För den viktiga externa kvalitetskontrollen och tillsynen över den interna kontrollen svarar staten genom en nybildad medicinskt professionell myndighet, Statens hälso- och sjukvårdsinspektion (HSI). Denna myndighet skall också bestämma omfattningen av HSFs 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.

Statens ekonomiska uppgifter i HSF-modellen (förslag till statsmakterna om statens totala resurstilldelning till hälso- och sjukvården, fastställande och utbetalning av per capita-ersättning, bestämmande av högsta egenavgifter och lägsta högkostnadsskydd m m) skall ankomma på Socialstyrelsen.

Bilaga 1

VÅRDÅTAGANDET - ETT EXEMPEL

Inför införande av HSF-modellen måste vårdåtagandets omfattning definieras. Grundprincipen är att all sjukvård skall ingå i åtagandet. Alla HSF skall ha samma åtagande. I denna bilaga redovisas översiktligt de vårdområden som behöver preciseras och de områden som bör avgränsas från vårdåtagandet. Det är dock inte möjligt att utan ytterligare underlag och erfarenhet i detalj ange de sjukdomar som skall omfattas av HSFs vårdåtagande.

Gräns mellan sjukvård och icke sjukvård. Vårdåtagandet skall omfatta endast sjukvårdande insatser. Den principiella gränsen mellan sjukvårdande och icke sjukvårdande insatser kan exempelvis följa prioriteringsutredningens rekommendationer, som innebär att ren kosmetisk kirurgi och in-vitro-fertilisering sätts utanför åtagandet. Gränsen mellan sjukvård och ren social omvårdnad har kommit en bit närmare sin lösning i och med den s k ÄDEL-reformen. Ett fullständigt ansvar för alla sjukvårdsinsatser i anslutning till sjukhemsvård och det s k särskilda boendet bör naturligt ingå i HSFs vårdåtagande.

Gräns mellan förebyggande vård och sjukvård. Den förebyggande vården kan indelas i primär och sekundär förebyggande vård. Den primärt förebyggande vården innebär insatser i och för grupper av individer eller hela populationer. Den sekundärt förebyggande vården, som är ett naturligt led i all sjukvård, gäller patienter som söker vård och service hos sjukvården.

Gränsen mellan primärt förebyggande vård och sjukvård kan vara svår att dra, men behovet att definiera denna gräns kan inte anses vara särskilt stort. Varje HSF med ambitioner att fortsätta att vara etablerad på en ort kommer säkerligen att med stort allvar ägna sig åt primärt förebyggande insatser vilkas effekter är vetenskapligt bevisade eller som av andra skäl efterfrågas av medborgarna. Den sekundärt förebyggande vården skall självfallet omfattas av vårdåtagandet.

Särskilt komplicerade och kostnadskrävande åtgärder/behandlingar. Den statliga Hälso- och sjukvårdsinspektionen (HSI) bör ha ansvar för att upprätta och uppdatera en förteckning över sådana relativt ovanliga och /eller mycket kostnadskrävande tillstånd och behandlingar som bedöms kunna medföra särskilda komplikationer för ett HSFs totala ekonomi. Denna förteckning bör ligga till grund för kravet, att ett HSF skall ha tecknat återförsäkring för de kostnader som de på förteckningen upptagna sjukdomarna kan förorsaka HSF. HSI kan medge undantag från detta krav för HSF, som vid ansökan om godkännande har sådan storlek och

disponerar sådana ekonomiska resurser att kravet framstår som onödigt, eller för HSF som efter några verksamhetsår visar sig fylla dessa förutsättningar för undantagande.

Exempel på särskilt kostnadskrävande åtgärder/behandlingar

| <i>Typ av åtgärd</i> | <i>Specifikation</i> | <i>Antal centra 1993</i> |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| <i>Transplantationer</i> | <i>Lever</i> | <i>2</i> |
| | <i>Njure</i> | <i>Region</i> |
| | <i>Hjärt-Lung</i> | <i>2</i> |
| | <i>Autolog benmärg</i> | <i>Region</i> |
| | <i>Allogen benmärg</i> | <i>Region</i> |
| | <i>Bukspottskörtel</i> | <i>1</i> |
| <i>Hjärtoperationer</i> | <i>Kranskärlskirurgi</i> | <i>Region</i> |
| | <i>Klaffkirurgi</i> | <i>Region</i> |
| | <i>Ballongdilatation</i> | |
| | <i>Barnhjärtkirurgi</i> | <i>2</i> |
| | <i>Barnmissbildningskirurgi</i> | <i>2</i> |
| <i>Brännskador</i> | <i>Kvalificerade</i> | <i>4</i> |
| <i>Rheumatologi</i> | <i>Barn</i> | <i>1</i> |
| <i>Blandade vårdinsatser</i> | <i>Epilepsi-kirurgi</i> | <i>2</i> |
| | <i>Spinalenheter</i> | <i>Region</i> |
| <i>Laboratorier</i> | <i>Koagulation</i> | <i>3</i> |

Bilaga 2

KVALITET - NÅGRA ÖVERGRIPANDE SYNPUNKTER

De problem som kvalitet och kvalitetskontroll innebär innehåller flera moment. Det är dels frågan om att definiera kvalitet i sjukvården på ett tillfredsställande sätt, dels att åtminstone översiktligt ange metoder att kontrollera att kvaliteten upprätthålls. En sådan kontroll måste ske både genom intern och extern revision.

Det medicinska innehållet

Utövande av sjukvård har alltid styrts av begrepp som ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. Det har varit Socialstyrelsen som i egenskap av tillsynsmyndighet haft att tillse att läkare och annan vårdpersonal driver sin yrkesverksamhet enligt dessa normer.

Den snabba medicinska utvecklingen har emellertid medfört att det praktiskt taget är omöjligt att följa den vetenskapliga utvecklingen även inom relativt snävt begränsade ramar. Behovet av kritiska och lättillgängliga sammanställningar av den vetenskapliga litteraturen har ökat liksom kravet på en kontinuerlig kontroll av den medicinska kvaliteten inom vården.

Den förra delen av detta problemkomplex har sedan några år till en del tillgodosetts genom tillkomsten av SBU, Statens Beredning för Utvärdering av Medicinsk Teknologi.

Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund har uppmärksammat den senare delen av detta problem och bildat samarbetsorgan som skall bidra till att uppehålla kvalitet i det dagliga vårdarbetet. Man har dessutom börjat arbeta med organ som skall kunna genomföra kontinuerlig kontroll av den utbildning som sker i det löpande arbetet, både till specialistexamen (eller motsvarande) och efter denna. En del av detta arbete har lett till att kvalitetsindikatorer tagits fram som kan användas fortlöpande både vid intern - och så småningom vid extern - revision av verksamheten.

Denna utveckling innebär, att man kan formulera krav på att varje vårdproducerande enhet skall ha ett definierat (eventuellt skriftligt) vårdprogram för de vanligaste sjukdomstillfällena. Varje

vårdprogram skall kontinuerligt uppdateras i överensstämmelse med utökande av det medicinska vetandet. Det bör innehålla de riktlinjer för det medicinska handlandet mot vilka den dagliga verksamheten som den avspeglas vid både intern och extern medicinsk revision skall ställas. Detta motsvarar i viss mån de SOP - Standard Operating Procedures - som experimentella laboratorier i läkemedelsindustrin - efter amerikanska förebilder - är skyldiga att kontinuerligt följa.

Det måste genast betonas, att sådana SOP för sjukvården kan komma i fråga endast när det gäller de vanligaste sjukdomstillstånden inom varje medicinsk delverksamhet som t ex högt blodtryck, sockersjuka, akut hjärtinfarkt, akut galla. De kommer därmed att vara olika inom primärvård, internmedicinsk eller kirurgisk verksamhet för att nämna några exempel.

SOP skall inte innehålla detaljerade föreskrifter för vårdpersonalen handlande utan utgöra grundläggande riktlinjer som avspeglar viktiga och för resultatet i respektive fall avgörande anvisningar. Till en början torde de kunna införas på liknande sätt på vilket läkarkollektivens kvalitetsråd sprider de kvalitetsindikatorer som arbetas fram f n. Det bör sedan stå varje HSF fritt att självt utarbeta sådana SOP för de sjukdomstillstånd som man anser utgöra den viktigaste basverksamheten. Det krav som skulle kunna riktas mot varje HSF skulle vara, att det vid den återkommande externa kvalitetsrevisionen kunde presentera sådana SOP för exempelvis huvuddelen av verksamheten.

Kvaliteten på det medicinska innehållet i vården torde avspegla sig i det slutliga resultatet av vården vid vårdtillfället. Vårdgivaren måste därför upprätta någon form av plan för hur resultatet skall följas upp. Även vid den fortlöpande kontrollen bör det medicinska resultatet av vården följas upp. Det ligger i verksamhetens natur, att sådana redovisningar av resultatet för flertalet sjukdomstillfällen inte kan tas fram förrän efter flera års verksamhet.

De organisatoriska förutsättningarna

För att en vårdgivare skall kunna ge en kvalitativt god vård måste verksamheten vara tillfredsställande organiserad. De lokaler som utnyttjas skall vara ändamålsenliga och försedda med den medicinska utrustning som verksamheten kräver. Avvägningen mellan krav på tillgänglig utrustning och verksamhetens medicinska innehåll skall vara adekvat. Det kan förutsättas att utrustningen anpassas till den medicinska utvecklingen och kontinuerligt förnyas i takt med denna utveckling, eftersom detta kommer att vara ett av flera konkurrensmedel.

Hänsyn till patientkrav

Det är viktigt för en framgångsrik verksamhet att hänsyn tas till patienternas allmänna välbefinnande. Hit hör bl.a. väl strukturerad information om sjukdomens natur, föreslagna åtgärder för att diagnosticera sjukdomen, respektive bota eller lindra dess yttringar, beskrivning av eventuella olika framgångssätt och deras risker för obehag och komplikationer, vad som görs

för att minimera dessa samt en rimlig bedömning av åtgärdernas slutliga resultat. Denna information skall också omfatta kostnader och tidsåtgång i den mån dessa faktorer kan bedömas.

Ett viktigt moment för patientens tillfredsställelse utgör vad som kan sammanfattas som omvårdnad i samband med omhändertagande för diagnos eller behandling av en sjukdoms-episod. Det är essentiellt med personligt bemötande med empati, god kontakt mellan patient och olika aktörer i vårdteamet samt mellan dessa aktörer. En väl utvecklad hotellfunktion måste också finnas i de fall som det medicinska omhändertagandet fordrar inläggning på sjukhus.

I resultatredovisningen skall inte bara det medicinska resultatet av vården registreras utan också hur patient och anhöriga upplevt vårdtillfällets olika faser, inklusive hur tillfredsställda de känner sig med den givna vården och omsorgen.

Vi har inte tagit som vår uppgift att ange detaljerade kriterier för hur kvalitet i dess olika dimensioner skall prövas. Sådana kriterier kan för övrigt inte fastställas en gång för alla utan måste fortlöpande anpassa till den medicinska, tekniska och ekonomiska utvecklingen samt till de krav allmänheten kommer att ha på verksamheten. Vi begränsar oss här till ett par synpunkter på hur kvalitetskontrollen kan organiseras inom ramen för den sjukvårdsstruktur som vi skisserat.

Det finns i dag ett flertal olika instrument för att bidra till en kvalitetsorienterad svensk sjukvård, bl.a. Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) och SBU. Dessa bägge organ med olika ansvarsområden inom den svenska sjukvården bör samordnas samtidigt som de inordnas som en självständig del under den föreslagna Hälso- och Sjukvårdsinspektionens (HSI) huvudmannaskap. Deras samlade uppgift bör vara att tjäna som en informations- och kunskapsbank rörande den medicinska utvecklingen i den del den är av betydelse för utövandet av en kvalitativt högtstående sjukvård. Samtidigt som deras verksamhet knyts till HSI måste garantier finnas för att verksamheten även i fortsättningen kan ledas av vetenskapligt högt kvalificerade och från politiska beslut fristående personer.

Ett annat instrument för kvalitetskontroll är Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd (HSAN). Den har föreslagits bli knuten till inspektionen.

Bilaga 3

UTREDNINGSGRUPPEN

G Rune Berggren leder konsultföretaget Samhällsrevision AB och är projektledare i stiftelsen Medborgarnas Offentliga Utredningar. Han har varit hovrättsråd, rättschef och statssekreterare samt under tolv år generaldirektör för Riksrevisionsverket.

Erik Björn-Rasmussen är docent i invärtesmedicin. Sedan 1988 arbetar han som koncernöverläkare på MediVården, ett privat sjukvårdsföretag inom primärvården.

Patrik Engellau är ordförande i Den Nya Valfärden. Under många år har han forskat om offentliga organisationer och har skrivit ett tiotal böcker i samhällsfrågor.

Bertil Persson är medicine doktor och biträdande överläkare vid medicinkliniken i Malmö samt riksdagsledamot och förbundsordförande i Malmö-moderaterna. Han har tidigare även varit vårdkommunalråd i Malmö.

Lars Werkö är ordförande i Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik. Han har varit professor i medicin vid Göteborgs Universitet samt vice koncernchef och forskningschef i AB Astra.