

Välfärdstjänsterna idag och det offentliga åtagandet



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord _____	3
Inledning _____	4
Offentliga välfärdstjänster och privata alternativ _____	6
Var går gränsen för det offentliga åtagandet? _____	7
Sjukvården finansieras i huvudsak med skatter _____	8
Även äldreomsorgssystemet är komplext _____	15
Samverkan och samordning mellan stat, kommun och landsting _____	19
Välfärdssystemens utveckling _____	20
Privat sjukvårdsförsäkring _____	26
Slutord _____	28

Förord

Det är viktigt att upprätthålla förtroendet för välfärdsstaten och att garantera dess syfte, det vill säga att välfärd ska komma alla till del oavsett sociala eller ekonomiska förutsättningar. För detta krävs att beslutsfattarna uppnår lösningar för sjukvårds- och äldreomsorgssystemen som är långsiktigt hållbara och samhällsekonomiskt effektiva. Det måste bli tydligt på den politiska agendan att detta arbete inte bara gäller dagens välfärd utan även morgondagens.

Vi står inför stora utmaningar när det gäller tillhandahållande och finansiering av välfärdstjänsterna i framtiden och det behövs en bred diskussion för att skapa insikt om behov, förväntningar och möjliga lösningar.

- Var går gränsen för det offentliga åtagandet idag?
- Vilka krav kan ställas på sjukvården och äldreomsorgen i framtiden?
- I vilken utsträckning kommer individens behov att kunna tillgodoses inom ramen för den offentlig finansierade vården och omsorgen?
- Bortprioriteringar görs redan i dag inom vården och omsorgen. Hur kan de komma att se ut i framtiden?
- Vilka finansieringslösningar krävs för att klara framtidens välfärd?

Med tanke på försäkringsbranschens funktion – att ge individer trygghet mot olika risker – vill vi vara med och bidra till diskussionen och till att öka kunskapen om faktorer som är viktiga för att trygga välfärdstjänsterna i framtiden. Mot denna bakgrund publicerar Svensk Försäkring en rapportserie om vår framtida välfärd. Denna andra del handlar om dagens sjukvårds- och äldreomsorgssystem och det offentliga åtagandet.

Stockholm i juni 2012

Kristina Ström Olsson, ekonom, Svensk Försäkring

Tidigare publicerade delar i rapportserien Vår framtida välfärd:
Del 1 Välfärdstjänsterna i framtiden - behov och förväntningar

Inledning

Enligt internationella jämförelser visar den svenska sjukvården bra medicinska resultat till konkurrenskraftiga kostnader. Som boende i Sverige har man rätt till god vård och omsorg genom de gemensamt finansierade välfärdssystemen. Begränsade resurser gör dock att vårdpersonal redan i dag tvingas göra prioriteringar i vård och omsorg. För individen är det angeläget att det finns en förutsägbarhet i välfärdssystemen, och det behöver bli tydligare hur prioriteringar görs. Det finns också brister i samverkan mellan aktörer i vårdkedjan och när det gäller tillgänglighet till vård, rehabilitering och omsorg och detta försämrar systemens funktionssätt.

Behoven av vård och omsorg skiljer sig åt mellan individer och under olika delar av livet, men behoven är heller inte alltid lätta att definiera. Individers upplevda behov skiljer sig inte sällan från den skattefinansierade vård och omsorg som tilldelas. Medvetenheten om att det finns en skillnad mellan individers upplevda behov och de behov som tillfredsställs med skattemedel har stärkts under det senaste decenniet. Den betalningsvilja som motsvarar skillnaden har gett upphov till framväxten av olika privatfinansierade välfärdstjänster, vi kan kalla det för en *efterfrågan utöver det offentliga åtagandet*. Det kan till exempel röra sig om kosmetiska operationer och andra områden som gäller mindre angelägen vård. För sådana tjänster är det tydligt för individerna att de ligger utanför det offentliga åtagandet och att konsumtionen är privatfinansierad.

Även i vård och omsorg som ligger inom det offentliga åtagandet, som inte gäller livsakuta situationer, har under många år prioriteringar gjorts som fått effekter på funktionssätt och tillgänglighet. Samtidigt medför en ökande levnadsstandard i befolkningen att individers krav på bland annat vården ökar. Individernas behov och förväntningar har därför inte fullt ut tillgodosetts och ett *underutbud* har uppstått. Exempel på detta är långa kötider, brister i rehabilitering och att den offentliga vården

inte tillhandahåller de nyaste behandlingsmetoderna eller medicinerna. Individens förväntansbild är att sådana nyttigheter ska rymmas inom det offentliga åtagandet och att tjänsterna borde vara skattefinansierade. Bättre transparens och tydlighet inom välfärdssystemen skulle göra det mer förutsägbart hur prioriteringarna görs. Därigenom skulle medborgarnas förtroende för den offentligt tillhandahållna vården och omsorgen stärkas. Att alternativ till den offentligt producerade vården växt fram, är i sig ett uttryck för att medborgare börjat titta på alternativa lösningar som en reaktion på det upplevda underutbudet.

Offentliga välfärdstjänster och privata alternativ

Dagens sjukvård i Sverige anses i regel hålla hög kvalitet och Sverige är känt för sitt omfattande sociala skydd, som ska ge alla medborgare samma tillgång till vård och omsorg. Medborgarna upplever dock inte den offentligt finansierade sjukvården och äldreomsorgen som ett effektivt välfärdssystem i alla delar. Väntetiderna till vård och omsorg är i vissa fall oacceptabelt långa. När samverkan inom och mellan landsting och kommuner inte fungerar väl riskerar det att leda till att patienter inte tas om hand på bästa sätt och till en dyrare vårdkedja. Bristande samverkan innebär att den enskilde individen, liksom anhöriga, hamnar i kläm och får lida. Även arbetsgivare drabbas genom onödigt produktionsbortfall. Aktörer inom den offentliga sektorn arbetar för att rätta till dessa brister.

På kort sikt arbetar regering tillsammans med landsting och kommuner för att förbättra tillgängligheten till vården, och utvärderingar visar förbättrade resultat. Här har även försäkringsbranschen bidragit till en förbättrad tillgänglighet och sannolikt en lägre sjukfrånvaro med hjälp av sjukvårdsförsäkringar som garanterar snabb vård och vårdinformation.

Verksamheterna inom välfärdssystemen sjukvård och äldreomsorg innefattar ett antal aktörer som samverkar på olika sätt. Vissa aktörer ansvarar för finansiering och produktion eller styrning medan andra ansvarar för reglering, normering eller tillsyn. Över tid har systemen blivit mer komplicerade med allt fler aktörer och styrningsmekanismer. Inte heller underlättar det att landsting och kommuner gör olika prioriteringar sinsemellan för vård och omsorg.

Behoven och förväntningarna är olika för olika individer och varierar över livsrytmen. Individers upplevda behov stämmer inte alltid överens med de behov som beslutsfattare inom vård och omsorg anser att man ska tillgodose. Den mängd vård- och omsorgstjänster som individer efterfrågar kan i realiteten inte mättas av de offentliga välfärdssystemen.

Var går gränsen för det offentliga åtagandet?

Efterfrågan på vård och omsorg stiger och prioriteringar är vardag för läkare och övrig personal. För att kunna lösa finansieringen inom kommuner och landsting prioriteras vård och omsorg bort. En del av den efterfrågan som inte tillgodoses av det offentliga kan i stället tillgodoses via den privata marknaden. Problemet är att gränsen för det offentliga åtagandet inom vården i dag är otydlig, och skiljer sig åt inom och mellan landsting, vilket gör det svårt för andra aktörer eller för den enskilde att hitta kompletterande lösningar.

När det gäller äldreomsorgen så bestäms utbudet inom vissa ramar av den enskilde kommunen. Även om kommuner använder sig av bedömningsmallar vid behovsprövning kan det även där vara otydligt var gränsen för åtagandet går. Detta gör det svårt för individen att veta vad som kan förväntas från det offentliga och vad som faller under eget ansvar. Individen efterfrågar i genomsnitt mer vård än vad det offentliga tillgodoser. Denna vård kan tillgodoses på marknaden av privatfinansierad vårdgivare eller specialistklinik. För att detta ska vara möjligt krävs dels att denna vård- eller omsorgstjänst kan erbjudas från det privata, dels att individen har tillräcklig betalningsförmåga.

Det finns en djupt rotad uppfattning att de svenska välfärdstjänsterna är bland de bästa i världen, men i möten med vården eller omsorgen är det många som upplever att det offentliga åtagandet är ojämnt fördelat mellan individer och och att det är förhandlingsbart vad man kan få.¹ Vårdutbudet skiljer sig också geografiskt över landet. Detta visar att ett tydliggörande av det offentliga åtagandet behövs. Om det sociala kontraktets innehåll är tydligt och förutsägbart, kan människor lättare fatta välgrundade beslut om sin vårdkonsumtion. Systemet skulle också uppfattas som mindre godtyckligt och behovet att försöka förhandla sig till vård borde således minska.²

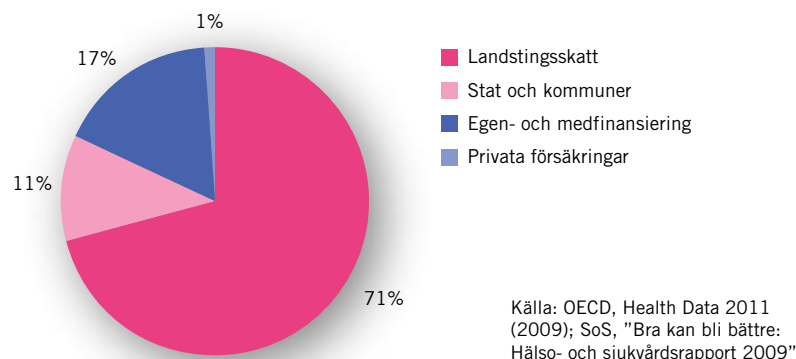
¹ Vård på olika villkor, radio P1 söndag 2011-09-18 kl. 12.00.

² ESO-rapport 2011:7, Tor Iversen; Vägval i vården – en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden (2011).

Sjukvården finansieras i huvudsak med skatter

Kostnaden för svensk sjukvård betalas främst med hjälp av skatteintäkter och statsbidrag.

Figur 1. Finansiering av sjukvården



Sjukvården omsätter totalt cirka 310 miljarder kronor. Av denna kostnad står landstingen för drygt 70 procent, eller cirka 220 miljarder kronor.³ Cirka 82 procent av de totala sjukvårdskostnaderna är offentligfinansierade via landstingskatt och statsbidrag. Egenfinansieringen utgör 18 procent och består både av patientavgifter och helt egenfinansierad vård. Här i ingår även den sjukvård som finansieras genom sjukvårdsförsäkringar, vilken utgör mindre än en procent av de totala kostnaderna.

När det gäller finansiering av sjukvårdskostnader är en individ generellt nettofinansierad under mindre än halva sitt liv, från 25 års ålder till 65 års ålder.

³ SCB, Nationalräkenskaperna (2009).

Egen- och medfinansieringen ökar svagt

Viss efterfrågad hälso- och sjukvård tillgodoses som tidigare nämnts inte inom ramen för det offentliga, utan prioriterats bort. I många landsting får individer numera bekosta vissa behandlingar eller operationer själv, om det inte finns medicinska argument för att genomföra dem. Som exempel kan nämnas vissa åderbråcksoperationer. Individer som har betalningsförmåga kan då få sin efterfrågan tillgodosedd i privat regi. Denna vård ingår i egenfinansieringen.

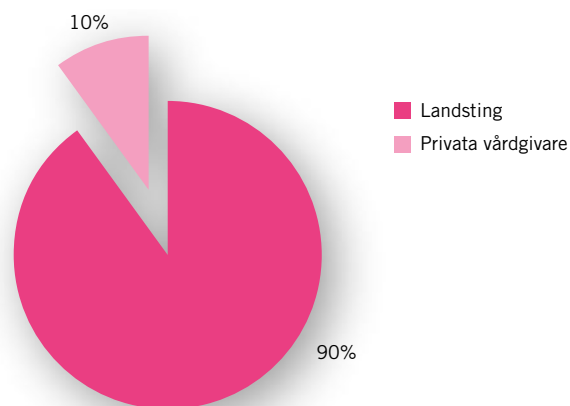
Patientavgifter skiljer sig åt mellan olika typer av vårdbesök och olika högstkostnadsbelopp gäller. Utöver högstkostnadsbeloppet är förmånen kostnadsfri för brukaren inom ett år. För öppen sjukvård, sjukvårdande behandling och viss tandvård är högstkostnadsskyddet sedan den 1 januari 2012 höjt med 200 kronor till 1 100 kronor, medan det för läkemedel är höjt med 400 kronor till 2 200 kronor.⁴

Produktion och dess finansiering inom hälso- och sjukvården

De offentliga vårdgivarna utgörs främst av landstingen och i viss mån kommunen. Landstingen har dock under senare år upphandlat privat produktion av vårdtjänster i ökande omfattning. När det gäller privat producerad vård är även de flesta av dessa vårdgivare offentligt finansierade (till exempel Carema och Capiro). Sammanlagt 10 procent av de offentligfinansierade sjukvårdskostnaderna utförs av privata vårdgivare. Privatfinansierad produktion utförs av privata vårdgivare eller specialistklinikerna och utgör cirka 18 procent av de totala sjukvårdskostnaderna.

⁴ Enligt Riksdagsbetänkandet 2011/12:SoU1.

Figur 2. Offentligfinansierad sjukvård



Aktörer som påverkar styrning, beslut och kontroll

Inom landstingen är det de politiskt valda huvudmännen, fullmäktige, som fattar beslut om handlingsplan för verksamheterna, fördelar resurser och ansvarar för att föra prioriteringsprocessen vidare inom vården. Huvudmannen har frihet att ange vilka behov som inte prioriteras och därmed budgeteras inte medel för dessa behov. Landstingsstyrelsen leder och samordnar allt arbete inom landstinget eller regionen. Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för det dagliga arbetet och bestämmer hur mycket som ska fördelas ut på klinikerna, medan hälso- och sjukvårdspersonalen utför det dagliga arbetet.

Staten styr på olika sätt genom riksdag, regering och myndigheter. Detta sker bland annat genom lagar, nationell samordning och handlingsplan, riktlinjer och överenskommelser samt tillsyn. Landstingens arbete kan också styras genom prestationsinriktade statsbidrag, till exempel den så kallade kömiljarden. Enligt Socialstyrelsen får 9 av 10 patienter som ringer en vårdcentral samtalet besvarat samma dag och väntar mindre än en vecka för läkarbesök inom primärvård. Antalet patienter som får vänta mer än 90 dagar för besök hos specialist har minskat men det är fortfarande problem med tillgängligheten.⁵

⁵ Socialstyrelsen; "Vårdgaranti och kömiljard - uppföljning 2009–2011" (2012).

Dylika satsningar kan vara ett bra sätt att styra och att öka incitamenten till effektivitet i verksamheten. Ett problem som uppkommit i och med den offentliga satsningen är att landsting i vissa fall hellre prioriterar "enkla fall" för att öka genomströmningstiden, vilket skapar undanträngningseffekter. Individer med återkommande eller mer komplicerade åkommor hamnar då i kläm, vilket kan leda till sämre livskvalitet för dessa grupper. I övrigt är det landstingen själva som till stor del beslutar hur verksamheten ska utformas. Landstingen ansvarar ju för sjukvårdsplaneringen och allt tillhandahållande av sjukvård, inklusive förebyggande och hälsofrämjande arbete. Flera statliga myndigheter är viktiga aktörer mot landstingen, se figur 3. Bland annat är Socialstyrelsen tillsynsmyndighet och utfärdar föreskrifter. Sveriges kommuner och landsting (SKL) inriktar sig på uppföljning och utvärdering men även stöd och service.

Några landsting preciserar redan i dag i viss mån var i gränslandet mellan friskvård och högspecialiserad sjukvård det offentliga åtagandet ska ligga, genom att redovisa öppna prioriteringar.⁶ Detta är ett steg på vägen mot ett tydligare offentligt åtagande.

Regeringen har lämnat riktlinjer för prioriteringar inom sjukvården.⁷

Prioriteringsskalorna utgår från tre etiska principer:

- Människovärdesprincipen – alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av ålder, kön, utbildning, social eller ekonomisk ställning.
- Behovs- och solidaritetsprincipen – tillgängliga resurser bör fördelas efter behov, det vill säga i första hand till patienter med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.
- Kostnadseffektivitetsprincipen – rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder. De två första principerna går före.

⁶ De landsting som i dagsläget redovisar någon form av öppna prioriteringar är Östergötland, Västerbotten, Jämtland, Kronoberg, Västmanland, Gävleborg och Västra Götaland.

⁷ Allmänna riktlinjer från regeringen (prop. 1996/97:60).

Regeringen redovisar också olika prioriteringsgrupper i riktlinjerna.

Prioriteringsgrupp 1 består av vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ (lindrande) vård och vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi.

Prioriteringsgrupp 2 består av prevention.

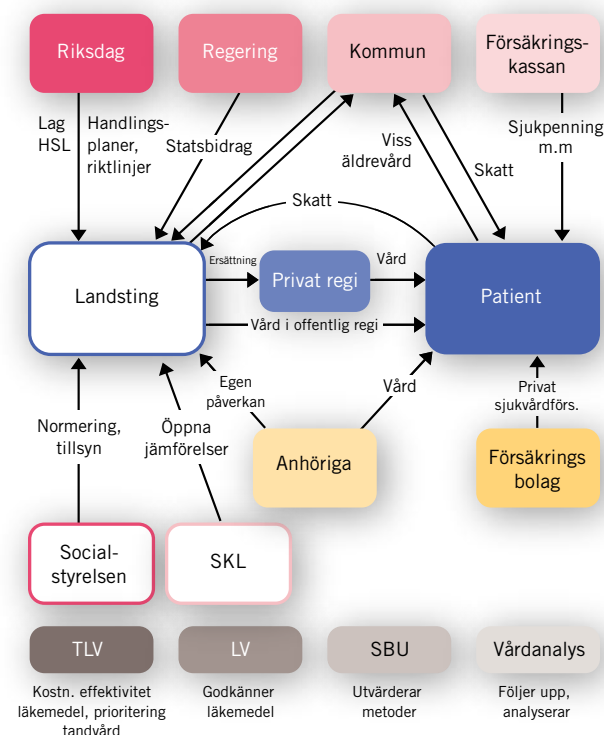
Prioriteringsgrupp 3 består av vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

Prioriteringsgrupp 4 består av vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Hur det offentliga åtagandet sedan avgränsas är beroende av respektive landstings finansiella restriktioner och avvägningar för hälso- och sjukvården.

Varje landsting ansvarar för hälso- och sjukvård för dem som är bosatta inom landstinget, och landstinget är både vårdgivare och finansiär (utförare och beställare). Det finns idag 21 landsting inklusive regionerna Gotland, Halland, Skåne och Västra Götaland. De olika landstingen styrs i grunden på samma sätt men produktion och prioritering av tjänsterna skiljer sig åt. Kedjan av beslutsfattande inom vården består av politiker, landstingsledning, hälso- och sjukvårdspersonal samt av patienter. Verksamheternas utformning påverkas även av lagstiftningen som i delar bygger på EU-direktiv.

Figur 3. Olika aktörers roll inom sjukvårdssystemet



Sjukvården i landstingen tillgodoser patienters behov av hälso- och sjukvård, till exempel undersökning och behandling av läkare. Viss sjukvård till äldre sker ibland via kommunen. Anhöriga utför också en del av vården (i synnerhet när det gäller äldreomsorg) och fungerar bland annat som förbindelselänk mot systemet när den vårdbehövande inte själv kan göra sin röst hörd gentemot landstingsvården. Även om Sverige i ett internationellt perspektiv har en relativt låg andel anhörigvård, så utförs ett omfattande oavlönat vård- och omsorgsarbete i denna form. Främst är det kvinnor som vårdar anhöriga. Vården och omsorgen handlar både om omvårdnad och om alla kontakter som förs med sjukvården och äldreomsorgen.

Landstinget i Östergötland

Landstinget i Östergötland är ett exempel på landsting som arbetar med öppna prioriteringar. Syftet är att ge medborgarna insyn och möjlighet att påverka.

”Prioriteringarna ska styra resurserna till de patientgrupper som behöver dem bäst. I det arbetet samarbetar lanstingets politiker med sjukvårdens företrädare: politikerna bestämmer i sina uppdrag vilka patientgrupper som ska lyftas fram medan sjukvårdspersonalen prioriterar patienterna efter rangordningslistor, som är unika för varje sjukdomsgrupp.” *Landstinget i Östergötland*

Vårdcheferna är ansvariga för att hålla rangordningslistorna uppdaterade. De är även ansvariga för att upprätta konsekvensbeskrivningar av effekterna om tilldelade medel inte räcker för att åtgärda alla sjukdomstillstånd. Medicinska rådgivare är stöd i detta arbete.⁸

Äldrevård

Vi har en utveckling framför oss med allt fler äldre i befolkningen. Standardhöjningar och fler individer som är i behov av vård och omsorg, särskilt bland de äldre, förklarar varför samhällets kostnader för hälso- och sjukvård och äldreomsorg väntas öka så kraftigt framöver. I tabblån nedan redovisas vårdbehovet för olika åldersgrupper.

Landstingssjukvården i dag

	Andel av	
	vårdutgifterna	alla individer
Kostnad cirka 220 mdkr		100%
-varav vård till äldre än 65	45%	17%
-varav vård till äldre än 85	14%	2,5%

Källa: SKL

⁸ Socialstyrelsen; ”Prioriteringar i hälso- och sjukvården”. Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten ”Vårdens alltför svåra val?”.

En liten del av befolkningen står för en stor del av vård- och omsorgskostnaderna, och kostnaderna ökar med åldern. Idag tar de cirka 17 procent av medborgarna som är 65 år eller äldre nästan hälften av sjukvårdens resurser i anspråk. Bland annat är antalet vårdtillfällen per individ betydligt högre efter 65 års ålder. För individer som är 85 år eller äldre är vårdtyngden av naturliga skäl ännu större. Utvecklingsarbete pågår bland annat på SKL för att äldre multisjuka ska få ett värdigare liv. I arbetet ingår att hitta sätt att förbättra vårdkedjan för dessa individer.

Även äldreomsorgssystemet är komplext

Alla kommuner erbjuder äldreomsorg antingen i ordinarie boende (hemtjänst) eller i särskilt boende. Särskilda kriterier ska vara uppfyllda för att en individ ska ha rätt till omsorg. Ett antal behovspunkter i biståndsprövningen, som sker enligt en särskild bedömningsmall, ska vara uppfyllda. I övrigt finns det inte lika mycket reglering och stöd för kommunala prioriteringar, som inom landstingen. Dessutom är äldreomsorgsverksamheterna relativt svåra att följa, eftersom kommunerna inom givna ramar själva bestämmer hur äldreomsorgen ska bedrivas.

Äldreomsorgen finansieras i huvudsak via kommunalskatten och via statsbidrag. Den offentligfinansierade äldreomsorgen omsätter i dag cirka 90 miljarder kronor, vilket utgör knappt 20 procent av kommunernas totala kostnader. Kommunerna står också för en del av den sjukvård som bedrivs inom äldreomsorgen (se figur 1). Det finns förutom offentligfinansierade kommunala äldreboenden, vilket är det vanligaste, även offentligfinansierade äldreboenden i privat regi. Det finns också äldreboenden med specialinriktning. Exempelvis driver Kavat vård äldreboenden med olika inriktningar där flera av boendena har etnisk profil, däribland Persikan med persisk profil och Bejtona med arabisk profil. Den privatproducerade vården beslutas genom offentlig upphandling och ersätts sedan från det offentliga. Det finns även privatfinansierade lösningar inom äldreomsorgen. Till exempel Borgarhemmet och Blomsterfonden, dit den äldre kan flytta genom att finansiera boendet helt ur egen ficka.

När det gäller kundnöjdheten visar undersökningar från 2008 att färre än hälften ger kvaliteten på dagens äldreomsorg bra betyg.⁹ Resultaten visar också att individer vill känna en ökad delaktighet och valfrihet i sin vardag. Socialstyrelsens senaste undersökning med hjälp av Nöjd-Kund-Index på äldreboenden och med hemtjänst ger liknande svar. Jämfört med andra frågor, ger de äldre lägre men ändå något över medel i omdöme när det gäller information, inflytande, social samvaro och aktiviteter.¹⁰ Undersökningar visar också att medborgare i övrigt för första gången tror att de kommer att få en sämre äldreomsorg än föregående generation.

Det finns äldreboenden som arbetar med valfrihet för den boende genom möjligheter att till exempel själv bestämma vilka aktiviteter som ska utföras och när. I och med införandet av lagen om valfrihet (LOV) får medborgare möjlighet att välja fritt mellan offentlig eller privat utförare av vissa tjänster inom äldreomsorgen. Kommunen behåller dock det övergripande ansvaret för verksamheten. Observera att enbart privata utförare får erbjuda tilläggstjänster, det vill säga tjänster utöver de biståndsbedömda insatserna och där brukaren betalar avgiften för detta.

Patienten medfinansierar äldreomsorgen genom maxtaxan

Kommuner bestämmer själva äldreomsorgsavgiften, men i avgiftssystemet finns ett högkostnadsskydd som innebär att den maximala avgiften högst får uppgå till 0,48 prisbasbelopp, det vill säga maximalt 1 760 kronor per månad (år 2012). Maxtaxan indexeras och utjämnar inkomstskillnader mellan individer. Individen garanteras ett kvarstående minimibelopp (4 967 kr/mån för ensamlevande och 4 197 kr/mån per person för makar och sambor) för normala levnadsomkostnader. Kostnaden beror främst på vilken hjälp individen behöver och hur stor inkomst denne har (pensioner, bostadstillägg, räntor och utdelning av aktier).

⁹ Synovate; "Valfrihet inom äldreomsorgen" (2010-06-23).

¹⁰ En rikstäckande undersökning från Socialstyrelsen; "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" (2011).

Behovet av särskilt boende, hemtjänst eller dylikt (dagvård/hjälpmedel) avgörs genom kommunens vårdbehovsprövningar. Den omsorgsavgift som den äldre sedan betalar är baserad på dennes inkomster och har ett avgiftstak. För viss hemtjänst eller dylikt kan förenklad ansökan (utan särskild biståndsbedömning) göras.

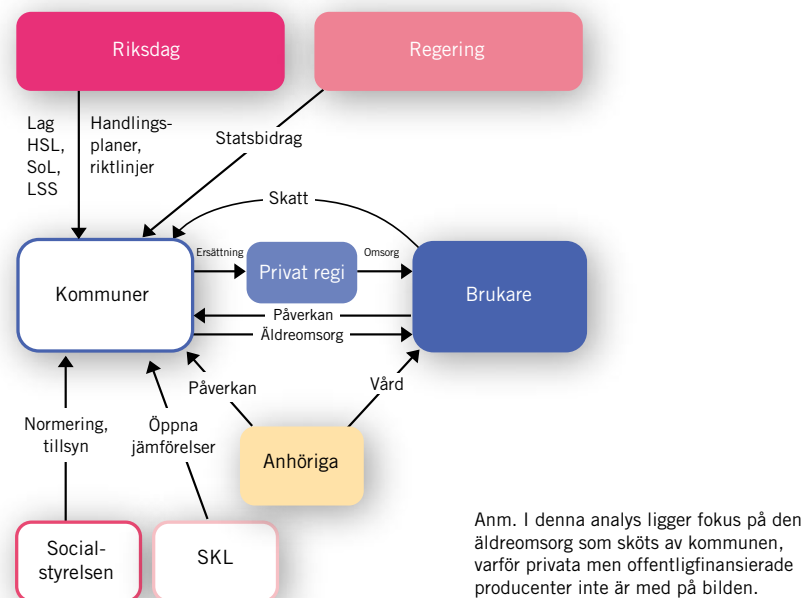
Även för äldreomsorgen fattas besluten av många aktörer

Prioritering och avgränsning av verksamheten görs av respektive kommun med stöd från lagar, riktlinjer, normering och dylikt. Kommunfullmäktige beslutar om verksamheten medan kommunstyrelsen leder och samordnar den. Kommunens nämnder ansvarar för det dagliga arbetet inom kommunen, vilket utförs av tjänstemän.

Inom äldreomsorgen är kommunerna utförare och beställare. Det finns i dag 290 kommuner och respektive kommun ansvarar för skola, omsorg om äldre samt för viss hälso- och sjukvård till individer som bor i särskilt boende. Ansvaret för äldreomsorgen flyttades över från landstingen till kommunerna i och med den så kallade Ädelreformen 1992. Institutions-tänkandet övergavs och äldreboenden anpassades för att mer likna det egna hemmet. Samtidigt ökade antalet individer med hemtjänst. Målet med reformen var att öka självbestämmandet och kvaliteten i omsorgen för de äldre, samt att stärka tillsynen och att göra ansvarsfördelningen tydligare mellan landsting och kommuner.¹¹ När hemtjänst ersatt äldreboende i relativt stor omfattning gjorde det att kostnaderna för äldreomsorgen blev lägre än tidigare. Sannolikt har detta medfört att de indirekta kraven på anhörigas insatser ökat.

¹¹ Ansvarskommittén, SOU 2007:10.

Figur 4. Olika aktörers roll inom äldreomsorgssystemet



Pilarna i figur 4 visar hur kommunernas verksamhet styrs i form av lagar från riksdagen och handlingsplaner och riktlinjer från regering och myndigheter. Liksom över landstingen utför Socialstyrelsen tillsyn och normering av verksamheterna. SKL följer upp och utvärderar desamma.

Kommunernas verksamhet regleras i första hand via Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), men även av Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) med flera. Lagarna har olika konstruktion och SoL är mer ”rättighetsinriktad” med service och hjälp för individen. Den innebär en skyldighet för kommunen att ge stöd till en individ om det finns behov som inte kan tillgodoses på annat sätt. Arbetsprocesserna för kommunerna, som faller under flera lagar, tenderar att bli krångligare och mindre effektiva. Därtill innebär kom-

munernas självbestämmande att verksamheterna kan se mycket olika ut för olika kommuner, vilket komplicerar arbetet med uppföljning och utvärdering. En reflektion är att det inte går att utläsa vad ”rättighetslagen” SoL faktiskt innebär för individen. Det blir svårt för individen att själv räkna ut hur dess behov kommer att tillgodoses. Jämför vi med den allmänna socialförsäkringen, så går det där att räkna ut vad individen får i ekonomisk ersättning vid tillfällig sjukfrånvaro (i form av sjukpenning) eller vid förtidspension (i form av sjukersättning).

Landstingen har i princip bara lagen HSL att hålla sig till. Denna anger en skyldighet för huvudmannen att erbjuda en god sjukvård och den är mindre styrande än SoL. Detta underlättar ett mer informellt arbets sätt i landstingen jämfört med i kommunerna, men kan dock bidra till otydligheten när det gäller gränsen för vilka vårdbehov individen kan tillhandahålla.

Den vertikala maktfördelning som råder i Sverige, med kommuner och landsting som har stort ansvar för olika delar av välfärdstjänsterna och rätt att beskatta individernas arbetsinkomster, försvårar förändring av organisation och vårdprocesser jämfört med om till exempel ansvaret för produktion respektive finansiering var uppdelat på olika aktörer som landsting respektive staten.

Samverkan och samordning mellan stat, kommun och landsting

Samverkan mellan kommuner och landsting är viktig för att individen ska få bästa omhändertagande. I dag faller ansvaret för daglig äldreomsorg respektive sjukvård under olika organisatoriska enheter samtidigt som det finns ett samordningsbehov mellan vården av äldre och äldreomsorgen. Kommuner och landsting är ålagda att samverka. I vissa regioner fungerar det bättre än i andra.

Landstingen är således huvudleverantör av sjukvårdstjänster i Sverige. Kommunerna, som ansvarar för äldreomsorgen, tillhandahåller

emellertid viss sjukvård. Ansvaret för vården av en individ skulle kunna ligga hos primärvården, med krav på samverkan mot sjukhusvård och hälso- och sjukvård inom äldreomsorgen, så kallad kommunal sjukvård.¹² Här finns utrymme för bättre samordning.

Som exempel finns i en del kommuner äldreboenden som erbjuder möjligheten att få träffa samma läkare vid varje tillfälle och denna kommer då till äldreboendet. Kommunerna har rätt att besluta om direktsamarbete med landstinget i denna form, genom att förhandla till sig en egen läkare.

I viss mån pågår nu ett arbete centralt och lokalt för en bättre samverkan mellan olika delar i vårdkedjan och gentemot äldreomsorgen. Styrningsfrågan är på intet sätt oväsentlig. Patientens delaktighet påverkar givetvis också resultatet. Brukarperspektivet är viktigt i arbetet med effektivisering och transparens. Inte minst i arbetet mot öppna prioriteringar i landstingen är det viktigt att brukaren involveras i diskussioner eller genom exempelvis enkäter. För att uppnå ett effektivare och mer transparent system är naturligtvis uppföljning och utvärdering också viktiga delar.

Välfärdssystemens utveckling

Det är många faktorer som påverkar välfärdssystemens funktionssätt förutom styrning och samverkan. Utveckling av informationsspridning, medicintekniska framsteg, personalförsörjning samt konkurrens och kompletterande finansieringskällor är några av dessa. Även globaliseringen ger nya möjligheter och ställer nya krav, vilket i sin tur påverkar både utbud och efterfrågan på välfärdstjänster. Utvecklingen innebär både möjligheter och utmaningar.

¹² Med kommunal sjukvård avses den vård som utförs av sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast på äldreboendena och under vistelse på daglig verksamhet samt vid hemsjukvård. Däremot är det landstinget (primärvården) som ansvarar för läkarinsatserna.

Välinformerade individer ställer högre krav

Det informationssamhälle vi lever i idag innebär att individer genom webben har bättre möjligheter att få kunskap om olika symptom, diagnoser och medicinering samt bättre kommunikationsmöjligheter med vården. I viss mån innebär denna utveckling att individen kan medverka i hela vårdkedjan och därmed öka möjligheterna att påverka och snabba på sitt tillfrisknande. Individers ökade kunskap är en förklaring till att de i allt mindre utsträckning ser läkare som auktoriteter. Det informationsövertag som läkare traditionellt haft försvagas. Detta torde stärka människors förmåga att kräva den vård och omsorg de anser att de eller deras anhöriga behöver och har rätt till.

Fungerande system för informationsutbyte underlättar också effektivisering, både från vårdgivarens och från vårdtagarens sida. Staten likväl som kommuner och landsting arbetar med frågor och metoder som syftar till förbättringar i kvalitet och funktionalitet för sjukvård och äldreomsorg. E-hälsa är ett sådant exempel där en nationell vision och strategi tagits fram för att främja effektiv vård av hög kvalitet. Idag är bristen på ett sammanhållet journalsystem ett problem. Information om behov och eventuella insatser ska kunna följa individen genom hela vårdkedjan, alltså även när denne byter vårdgivare.

Ett annat exempel är SKL:s arbete med att hitta verktyg för patienten själv att i hemmet utföra egenkontroll, till exempel blodtrycksmätning. Detta gäller naturligtvis inte innan en första vårdkontakt tagits, utan snarare vid kroniska sjukdomstillstånd. Detta förväntas leda till bättre förebyggande av ohälsa och vårdkvalitet för individen. SKL arbetar numera också med kvalitetsregister och öppna jämförelser för både kommuner och landsting. Inom vården ökar detta transparensen i ett för vårdtagaren tidigare slutet system och ger möjlighet att jämföra olika vårdgivare utifrån olika indikatorer. Detta ger bättre uppföljning och genom jämförelserna ökar trycket på landsting och kommuner att höja kvaliteten.

Nya läkemedel och behandlingar hjälper men kostar

Nya läkemedel, behandlingsmetoder och medicinteknisk utrustning utvecklas löpande. Innovation ökar möjligheterna för sjukvården att erbjuda mer, vilket ökar både utbud och efterfrågan. När det gäller innovation finns dock en viktig skillnad mellan produktintensiv respektive kunskapsintensiv verksamhet. Inom exempelvis tillverkningsindustrin innebär innovation ökad produktivitet och därmed lägre kostnader för samma prestation, vilket gör det möjligt att sänka priserna eller höja lönerna. Inom vård och omsorg däremot, innebär innovation snarare högre kvalitet och volym än lägre kostnader för samma prestation. Historiskt sett har medicinteknisk innovation bidragit till att kostnaderna ökat.

Medicinteknik används för att ställa diagnos på och behandla sjukdom, och vid rehabilitering. Utvecklingen skapar möjligheter till förbättrad hälsa och högre livskvalitet hos befolkningen genom nya analysmetoder som bättre diagnostiserar och behandlar patienters sjukdomar. Effekten blir att färre behöver besöka sjukhus för sin behandling eller klarar sig med kortare sjukhusvistelse, samt att en del sjukdomsförlopp kan stoppas eller bromsas upp. Det kan i framtiden bli mer vanligt förekommande med ”personalized medicine” som ger underlag för unik behandling av individen, och med patientnära diagnostik som innebär att patienten kan få analys svar redan i samband med läkarbesöket i stället för efter en vecka. Det sistnämnda innebär att det blir lättare att ta fram rätt läkemedel direkt, med rätt dos av detsamma och med rekommendation om lämpliga livsstilsförändringar – allt genom ett enkelt blodprov. En optimal läkemedelsanvändning kan bidra till att höja patientsäkerheten och minska de totala kostnaderna.

Samtidigt sätter utvecklingen av medicinsk teknik press på finansieringen av sjukvård och omsorg i form av nya men kostsamma läkemedel och behandlingsmetoder. Nya medicintekniska rön kan även väcka latenta behov av vård. Utvecklingen av nya läkemedel och tekniska hjälpmedel kan leda till högre kostnader per patient. Vid behandling av frågan om ett nytt läkemedel ska inkluderas i läkemedelsförmånen vägs kostnaden mot en förväntad vinst i form av förbättrad hälsa eller överlevnad in, det vill säga kostnadseffektiviteten. Att ett läkemedel subventioneras

genom läkemedelsförmånen är ofta en avgörande komponent när det gäller ett läkemedelföretags möjlighet att få lönsamhet och därmed ge möjlighet till mer innovation.

En avvägning behöver göras mellan kortsiktiga kostnader och vinster på lång sikt så att de knappa resurserna används optimalt och rättvist. En svår men viktig fråga här är i vilken utsträckning ny innovation tas tillvara inom den svenska sjukvården. Det finns bra men dyra läkemedel och behandlingsmetoder som inte inkluderas i läkemedelsförmånen och dessa når i allmänhet ett mycket lågt användande. I vilken utsträckning medicinteknisk innovation och introduktion av nya läkemedel och behandlingar introduceras på den svenska marknaden är med andra ord en osäker faktor vid bedömningen av framtidens sjukvård och dess finansiering.

Många och välutbildade medarbetare sökes!

Vård och omsorg är kunskapsintensiva verksamheter och det är svårt att ”spara in” på personal utan att kvaliteten blir lidande. Inte minst bidrar mer välinformerade patienter och ny medicinteknik till denna utveckling, då det ställer nya krav på läkare och vårdpersonal.

Att utbilda sig inom vård- och omsorgsprogrammen på gymnasiet är i dag mindre populärt än för 30 år sedan. Då kom 25 procent av de sökande in på utbildningen, nu kommer i princip alla som söker in trots att antalet platser inte ökat.¹³ Prognoser från Statistiska Centralbyrån visar att det kommer att saknas cirka 170 000 personer inom vård- och omsorgsyrkena år 2030, främst inom äldreomsorgen.¹⁴

¹³ Kommunal, Yeshiwork Wondmeneh; ”Vem ska ta hand om mina föräldrar när de blir gamla?”

¹⁴ Statistiska Centralbyrån (SCB); ”Trender och Prognoser 2011” (2012).

Sjukvårdsyrket är ett bristyrke redan i dag, i synnerhet vad gäller sjuksköterskor med specialistkompetens. Staten lämnar nationella riktlinjer inom området när det gäller gräns för lägsta kunskapsnivå på omsorgspersonalen samt kompetensutveckling, men det är upp till kommunen själv att erbjuda kompetensutvecklingsprogram. Sedan 2010 har regeringen satt krav på en lägsta nivå för kompetensutveckling inom äldreboenden men inte inom hemtjänsten.

Till det omfattande skyddet inom de svenska välfärdssystemen hör att äldreomsorgen i dagsläget är personaltät och att många vårdas på äldreboenden jämfört med många andra europeiska länder där anhörigvård i hemmet är mer vanligt förekommande. Detta är naturligtvis en av orsakerna till att vård- och omsorgsutgifterna utgör en relativt hög andel av BNP, kring 10 procent.¹⁵

Det utarbetas löpande hjälpmedel för att underlätta arbetet inom vården och kanske kan robotar som arbetsredskap komma att vara en del lösning framöver. Det skulle i så fall innebära att yrket inte blir fullt lika fysiskt krävande och det skulle, allt annat lika, ge personalen utrymme för annan omvårdnad.

Arbetskraftens mobilitet är en annan aspekt på personalförsörjningen. Ett exempel är det beslut om närsjukvård som nyligen togs i Norrbotten.¹⁶ Syftet med införandet av närsjukvård är att utveckla tydliga och effektiva vårdprocesser med ett uttalat helhetsperspektiv utifrån patientens samlade behov, vilket också förväntas bidra till lägre kostnader för landstinget. Det är i dagsläget oklart vilka samhällsekonomiska effekter en sådan förändring kommer att ge, men en av de förväntade effekterna är att antalet långa transporter till sjukhus för patienter i glesbygd som idag har svårt att ta sig till sjukhuset kommer att minska.

¹⁵ OECD Health Data (2009), SKL.

¹⁶ Inriktningsbeslut om närsjukvård (2012-05-21) i Norrbottens Läns Landsting.

Enligt Välfärdsutvecklingsrådet måste en process med att uppvärdera vårdirkena påbörjas nu. Det är också nödvändigt att få den unga generationen mer intresserad av arbete inom vård- och omsorgssektorn.¹⁷

Kan konkurrens i produktionen främja effektivitet och kvalitet?

Utöver olika insatser för en bättre fungerande vårdkedja, kan effektivisering och kvalitetsförbättring främjas genom att marknaden öppnas upp även för andra aktörer än de offentliga. Denna möjlighet finns redan med både offentliga och privata vårdgivare och äldreboenden, och givetvis bör alla dessa verksamheter kontrolleras och utvärderas regelbundet. Det finns ett antal privata vårdgivare som erbjuder samma sjukvård som de offentliga och som även de är offentligfinansierade. Genom att släppa in fler aktörer utöver de offentliga har konkurrensen ökat, dels mellan offentligfinansierade privata vårdgivare, dels mellan offentliga och privata vårdgivare som är offentligfinansierade. Konkurrensen kan också öka drivkrafterna till att effektivisera och förbättra verksamheterna, det vill säga öka kvaliteten. Det finns ingen utvärdering eller empirisk forskning som kan belägga att vård och omsorg utförd i privat eller offentlig regi är mer kostnadseffektiv än den andra. Det som styr vilken vårdgivare som har högst kvalitet¹⁸ är främst faktorer som konkurrens på marknaden, arbetssätt och former för ersättningen generellt.

¹⁷ Välfärdsutvecklingsrådets andra rapport till regeringen (2012-04-24).

¹⁸ SNS-seminarium om sjukvård och äldrevård (2012-01-11).

Privat sjukvårdsförsäkring

Kvaliteten på dagens sjukvård bedöms som god i Sverige även om det finns brister i vårdkedjan när det gäller till exempel tillgänglighet och samverkan mellan landsting och kommun. Det har under många år funnits brister när det gäller tillgängligheten, bortsett från i livsakuta situationer, och förväntningarna på vården förändras löpande. Individens ökande krav och förväntningar bidrar också till att det finns en skillnad mellan individens upplevda behov av hälso- och sjukvård samt rehabilitering och vilka av dessa behov som tillgodoses från det offentliga. Den betalningsvilja som motsvarar skillnaden har gett upphov till framväxten av olika privatfinansierade välfärdstjänster, däribland sjukvårdsförsäkringen.

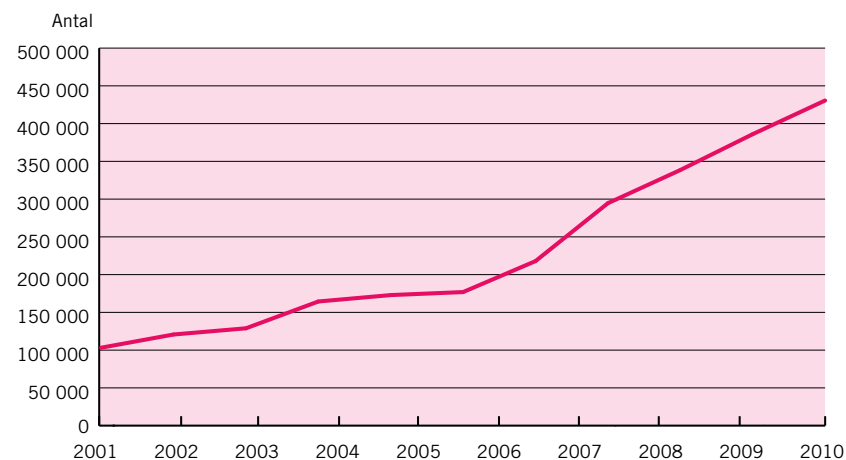
Privata försäkringslösningar som komplement till det offentliga utbudet kan bidra till att förbättra den samhällsekonomiska effektiviteten. Privat försäkringsverksamhet förutsätter att försäkringsmässiga principer tillämpas. Det innebär bland annat att en risk måste kunna identifieras, mätas och tas om hand. Försäkringsmässigheten medför att försäkringsföretagen har drivkrafter att reglera sjukdom eller skada snabbt och effektivt. Av samma orsak ökar också försäkringsföretagens drivkrafter att vidta förebyggande och hälsofrämjande åtgärder.

Den enda effektmätning av den privata sjukvårdsförsäkringen som hittills har gjorts visar att sjukfrånvaron är 20 procent lägre på de företag som tecknat sjukvårdsförsäkring för sina anställda.¹⁹ Huruvida det finns ett eventuellt orsakssamband mellan privat sjukvårdsförsäkring och minskad sjukfrånvaro är föremål för diskussion. Den vård som utförs med hjälp av sjukvårdsförsäkringen innehåller i stora drag samma sak som det offentliga åtagandet erbjuder, men med kortare väntetid för vård och rehabilitering och en enklare tillgång till vård och vårdinformation. Det innebär i praktiken att individen, i stället för att nyttja det offentliga systemet, får hjälp via försäkringen.

¹⁹ Telge Jansson & Partners AB på uppdrag av Svenskt Näringsliv: "Undersökning om samband mellan företagens hälsofrämjande och rehabiliterande aktiviteter inklusive försäkringstjänster och sjukfrånvaron" (2008-04-11).

Försäkringsbranschen finansierar de totala kostnaderna för sjukvård i samhället med cirka 2 miljarder kronor. Vid årsskiftet 2010/2011 hade cirka 430 000 individer en sjukvårdsförsäkring, av vilka 80 procent har betalats av arbetsgivaren.²⁰

Diagram 1. Antal individer med privat sjukvårdsförsäkring 2001–2010



Källa: Svensk Försäkrings medlemsstatistik (2010)

Antalet individer med sjukvårdsförsäkring har ökat stadigt sedan 2005. Viljan hos företag eller fackförbund att erbjuda försäkringen till sina anställda eller medlemmar kan dels bero på att det är dyrt att ha personal som får utdragen sjukfrånvaro på grund av långa väntetider inom sjukvården, dels att försäkringen ses som en attraktiv löneförmån.

²⁰ Den framtagna statistiken innefattar fram till och med 2008 cirka 90 procent av marknaden, det vill säga av det totala antalet tecknade sjukvårdsförsäkringar. År 2009 ingår 95 procent och från och med 2010 ingår i princip hela marknaden för sjukvårdsförsäkring i denna statistik.

Slutord

Vården och omsorgen i Sverige anses hålla god kvalitet i ett internationellt perspektiv men redan idag finns utmaningar. Vård och omsorg ransoneras och det finns brister i tillgängligheten samtidigt som individernas krav och förväntningar på vården ökar. Det är också otydligt var gränsen går för vilken vård och omsorg som det offentliga ska tillhandahålla.

En ökad transparens och förutsägbarhet i välfärdssystemen är viktig för att individen ska veta vad som kan förväntas från det offentliga och vad som faller under eget ansvar. Ett tydliggörande är en förutsättning för att även andra aktörer än individen själv ska kunna ta fram kompletterande lösningar.

Både inom landstingen och mellan landsting och kommuner behövs en bättre styrning och samverkan för välfärdstjänster som utförs inom vårdkedjan. Det gäller såväl hälso- och sjukvårdsinsatser till individen som äldreomsorgs- och äldreomsorgsinsatser. Det är idag svårt för individer att förutsäga vilken vård eller omsorg de kan få.

Vi behöver således en ökad tydlighet om vad det offentliga åtagandet ska innehålla! Det är nu hög tid att diskutera människors behov och förväntningar på vård och omsorg och hur långt det offentliga åtagandet kan sträcka sig.



Svensk Försäkring

Svensk Försäkring Box 24043, 104 50 Stockholm Karlavägen 108

Tel 08-522 785 00 Fax 08-522 785 15

www.svenskforsakring.se En del av Svensk Försäkring i samverkan 