

Socialdepartementet
103 33 Stockholm**Remissyttrande över Vårdval i Sverige(SOU2008:37), delbetänkande av utredningen om patientens rätt.**

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har med remiss 2008-04-30, S2008/3670/HS inbjudits att lämna synpunkter på rubricerade betänkande. Vi får med anledning därav anföra följande.

RSMH organiserar människor med egen erfarenhet av psykisk och social ohälsa. Bland våra medlemmar finns också närstående och andra som har ett intresse för RSMH:s arbete. RSMH har nu i 40 år företrätt sina 10.000 medlemmars intresse. Det innebär att vi har stora erfarenheter av hur sjukvårdssystemet fungerar för människor med psykisk ohälsa, bl a med avseende möjligheterna till ett mera eller mindre fritt val. Vi representerar också människor som inte alls har något fritt val utan tvingas till vård.

Vi har stor svårighet att både tolka innebörden av regeringens direktiv till utredningen och det sätt som utredningsmannen tolkat direktiven och genomfört denna etapp i utredningen. Både direktiven och utredningen ger intryck av att handla om sjukvårdssystemet i sin helhet men fokuserar i huvudsak på primärvården och de problem som finns där.

Vidare talas det mycket om ökade rättigheter att välja för patienten, men när det kommer till praktiska synpunkter och förslag handlar betänkandet om att skapa etableringsfrihet för ett antal sjukvårdsutövare inom primärvården med en - såvitt vi kan se det - ”fri dragningsrätt” på landstingens checkräkning. Hur fritt-vals-systemet slår i förhållande till patienterna/brukarna förefaller i varje fall inte vara av något förstahandsintresse när det gäller det tänkta systemets utformning.

Vi noterar också att primärvårdens grunduppdrag i framtiden ska formuleras av statsmakterna och att detta inte avses påverka landstingens självbestämmanderätt. Landstingen avses få möjligheter att komplettera det statliga uppdraget, något som vi då förutsätter naturligtvis endast kan gå i ambitionsökande riktning. Utredningen pekar dock på att utvecklingen mot ett enhetligt nationellt system bör fortsätta. Vi tolkar skrivningarna som att vi i Sverige, om utredningens ambitioner accepteras av regering och riksdag, är på väg mot ett system av samma typ, ett statligt National Health Service (NHS), som används i England. Ett sådant

system kan naturligtvis diskuteras, och har definitivt en rad fördelar, men kan inte beslutas på ett så begränsat underlag som det utredningen presenterat i betänkandet.

Vi anser att resonemanget om fritt val i primärvården delvis är att slå in öppna dörrar. Vi finner ingen analys av hur stort problemet är och hur valfrihetssystemen ser ut i de olika landstingen, i regionerna och i Gotlands kommun. RSMH har självfallet ingen objektiv helhetsbild över situationen - men vårt intryck är att merparten av landstingen (motsv) har valfrihetssystem, och inte bara i primärvården utan även i akutsjukvården. Vissa valfrihetsregler har ju dessutom formulerats över landstings- och regiongränserna.

Så t ex har ju Stockholms läns landsting, som vårdar motsvarande 20 % av landets befolkning, alltsedan man införde beställar- och utförarorganisation 1992 - således 16 år sedan - haft system där betalningarna till utförarna följer patienten. Detta har varit mest uttalat när det gäller akutsjukvården och de stora sjukhusens verksamhet där DRG-baserade ersättningar tillämpats men även i t ex primärvården där olika former av listning varit grunden för hur stor ersättning utföraren av vården ska få från beställaren.

Det område som minst påverkats av valfrihet, både inom Stockholms läns landsting och övriga landsting (motsv) torde vara psykiatrin. Just nu pågår en rad tillämpningar inom psykiatrin av s k konkurrensutsättningar, detta utan att valfrihetsproblemen för patienterna och vårdutförarna när det gäller lättare och tyngre psykiatriska diagnoser övervägts på ett seriöst sätt. Området kan på många håll närmast karakteriseras som en experimentverkstad där ambitiösa administratörer försöker skapa vårdmarknader där det inte finns förutsättningar för sådana. Man är på flera håll på väg att åstadkomma stor skada för psykiatrin. Valfrihet och dess ekonomiska och administrativa konsekvenser måste utredas ordentligt och seriöst inom psykiatrin om man ska kunna återskapa någon form av ordning inom det området.

Vi anser dessutom från RSMH att valfrihetssystemet man tänker sig genom den aktuella utredningen och den tidigare utredningen om Lag om valfrihetssystem (LOV) är en felaktig lösning på de problem man har i det svenska sjukvårdssystemet.

Den svenska offentliga sektorn har successivt under ett antal årtionden utvecklats mot ökande inslag av marknadsstyrning. Bland annat har detta lett till att man inom såväl statliga verksamheter som landstingsverksamheter och kommunala verksamheter organisatoriskt separerat beställarfunktioner från utförarfunktioner. Successivt har man i de från respektive organisation därmed skapade ”interna” marknaderna släppt in även externa utförare. Framför allt sjukvården men även de kommunala verksamheterna har varit särskilt aktiva i en sådan utveckling.

Hand i hand med detta har kraven på att praktiskt taget ”all” verksamhet inom kommuner och landsting/regioner skall konkurrensutsättas - och att detta ska ske med hjälp av upphandlingslagstiftningen. Sverige var inför inträdet i EU synnerligen aktiva att driva genomförandet av nuvarande upphandlingsregler, något som nu i ett historiskt perspektiv får betraktas som mindre framsynt.

Hittills har marknadsutvecklingen inte drivits så långt att kunderna/patienterna/brukarna tvingats att bli egna beställare med egna pengar, d v s totalt privatiserade marknadssystem. Vi ser emellertid en successiv utveckling åt detta håll med allt högre egenavgifter av olika slag

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

till kommuner och landsting. Ibland är ”marknadspriserna”/egenavgifterna för kommunernas stöd till äldres och handikappades städning m m till och med så höga att det blir billigare att använda privata entreprenörer som kan engageras med t ex avdrag på skatten.

Ett annat nu flitigt tillämpat sätt att öka den enskildes egenfinansiering i sjukvårdssystemet är att exkludera vissa produkter och tjänster ur förmånssystemen. Detta är särskilt påtagligt inom sådana områden som läkemedel och tekniska hjälpmedel där successivt allt flera produkter utesluts genom t ex beslut av Läke-medelsförmånsnämnden och landsting eller kommuner. Beslut rörande att vissa blodtryckspreparat ska uteslutas ur läkemedelsförmånerna påverkar bland annat de grupper med psykiska funktionsnedsättningar vi företräder på ett mycket negativt sätt - eftersom psykiska funktionsnedsättningar också mycket ofta direkt leder till fysiska funktionsnedsättningar. Ett annat preparat som människor med psykisk funktionsnedsättning måste ta p g a biverkningar från neuroleptika och blodtryckssänkande mediciner är Viagra som för åtskilliga av våra medlemmar blivit en mycket dyrbar utgiftspost. Vi ifrågasätter f ö om inte denna typ av regler utgör en direkt diskriminering av bl a människor med psykisk ohälsa.

Vi ser dessutom en variant på detta totalt privatiserade marknadssystem som består i att kommunen tilldelar vissa medborgare en ”check” eller ”peng” för att dessa själva ska få fördela de resurser man därigenom fått sig tilldelade till lämplig utförare/entreprenör som svarar för servicen inom området. En annan variant är att en offentlig beställarfunktion ”går efter” medborgaren och betalar för dennes konsumtion av tjänster.

Tendenserna när det gäller tillämpningen av resursfördelningssystem inom den offentliga sektorn är sammanfattningsvis att man sedan slutet av 1960-talet har utvecklat interna marknader och delmarknader inom olika samhällsområden, framför allt inom kommuner och landsting, i stället för att ha de budgetfördelningsmodeller som tidigare varit finansierings- och styrformen. I denna utveckling har legat ökade inslag av att medborgaren själv får välja - normalt dock utan att medborgaren har eller har haft fullt grepp och kunskap om priset för den tjänst han eller hon konsumerar. En ställföreträdande betalare har hittills funnits i systemen. Systemen utvecklas nu, p g a den resursbrist man på vissa håll ser ska komma, mot inslag av ökad egenfinansiering i systemen – ja, kanske t o m till helt privat finansierade system.

Detta är enligt RSMH en synnerligen oroväckande utveckling.

Vi anser från RSMH:s sida att man i utredningsarbetet omkring dessa frågor haft otillräcklig kunskap om hur de faktiska ”marknadssystemen” ser ut – och att man därmed inte på ett riktigt sätt kan värdera vad som blir effekterna för hela vårt sociala system.

Vi tar ett exempel som hänför sig till landstingens sjukvårdsverksamhet. Av den totala sjukvårdskonsumtionen konsumerar 5 % av befolkningen halva sjukvårdsbudgeten. Detta innebär att en mycket liten del av befolkningen - svårt sjuk och ofta utan praktisk eller intellektuell möjlighet att välja som en aktiv konsument - svarar för halva sjukvårdsmarknaden.

Av dessa 5% är i grova drag en tredjedel hjärt-/kärlsjuka, nästa tredjedel cancersjuka och den sista tredjedelen psykiskt långtidssjuka människor. Det är människor som i genomsnitt är mycket gamla när det gäller de första två tredjedelarna – oftast omkring eller över 80 år. Den

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

sista tredjedelen, de psykiskt långtidssjuka, består av människor i alla åldrar men ofta inte de allra äldsta. Det som är gemensamt för alla de tre grupperna är att de består av patienter som kräver långvarig slutenvård - det är slutenvården i sig som kostar mycket pengar och stor del av landets slutenvård, på akutsjukhus och andra slutenvårdsenheter, upptas av dessa patientgrupper.

Sjukvårdsmarknaden består alltså till hälften av konsumenter som är c:a 80 år gamla eller äldre och mer eller mindre sängliggande. En avsevärd andel av dessa är dementa och har t ex också kognitiva funktionsnedsättningar - utöver de fysiska.

Vi anser från RSMH:s sida att det är en skymf mot dessa människor att utsätta dem för sådana typer av system där de måste kunna välja leverantör mot något slags bakgrund av pris och kvalitet. De har inte kunskapen om den vård de får eller kan få för det pris de betalar eller någon annan betalar för dem genom en check/peng eller liknande. Vårt välfärdssystem får inte ges en sådan utformning att det är en skymf för medborgaren. Vi vill inte ha ett system där man inte släpps fram till vården om man inte har pengar i handen.

Rent allmänt kan man dessutom säga att det torde vara mycket svårt eller omöjligt inom vissa områden att ta fram ”peng”- system. Detta gäller särskilt inom vården där människor som bara har behov att komma till vård i ett öppenvårdssystem drar så oändligt mycket mindre resurser än en person som vårdas dygnet runt och lång tid i den slutna vården. En psykiatripatient kan kosta alltifrån någon tusenlapp per vårdepisod, om man bara har behov av konsultation i öppenvården, och upp till fem à tio miljoner kronor per årlig vårdepisod - med många patienter till en årskostnad på en till en och en halv miljon kronor. Vi har svårt att förstå hur man ska definiera den psykiatripeng som ger de allra mest behövande rimliga vårdinsatser. Inte ens de begränsade system som drivs idag och baseras på vårdagensättning ar du ger som prisbildningsnorm om man vill få väl fungerande marknadssystem.

Med väl fungerande marknadssystem menar vi då sådana system som uppfyller kriterierna för när man bör välja marknaden som resursfördelningsinstrument. Det är sällan ens elementära kriterier för att välja marknadsfördelning av resurserna är uppfyllda när man idag upphandlar vård och social verksamhet. Det finns därför ingen som helst anledning att tro att marknadssystem inom dessa områden skapar det optimum som är ett uttryck för effektivt resursutnyttjande som nationalekonomins resursfördelningsteori ställer krav på.

På utbudssidan har man i sjukvården och den sociala verksamheten sällan ett tillräckligt antal oberoende utförare som kan konkurrera om att erbjuda en prisvärd tjänst. Oftast är tjänsten i praktiken dessutom omöjlig att entydigt definiera och avgränsa. Och sist men inte minst finns det ingen kompetent köpare. Man vet helt enkelt som enskild konsument vad det är man köper. Inte heller ställföreträdande köparfunktioner, beställarfunktioner eller remitterande läkare, vet i praktiken vad de köper.

Man kan konstatera att det idag bedrivs handel med enskilda människors väl och ve på en okunnig marknad som i praktiken inte har någon konkurrens. Och om i något fall priskonkurrensen förefaller fungera kan man vara övertygad om att kvaliteten och omfattningen av tjänsten är ofullständigt känd. Den värsta formen av konkurrenssnedvridning uppstår i det fall den slutliga konsumenten inte behöver betala priset men får veta det pris den ställföreträdande betalaren får betala. Då kan man nämligen få den utvecklingen att

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

efterfrågan blir störst för den dyraste utförarens tjänster i tron att man där får sig till del en bättre tjänst. Naturligtvis bidrar detta till en utveckling som går åt helt fel håll.

Från RSMH:s sida föreslår vi därför stor försiktighet när det gäller att utveckla ytterligare marknadsstyrningsprinciper i våra vård- och omsorgssystem.

Vi har ovan i detta yttrande från RSMH:s sida valt att väva in våra direkta synpunkter på det aktuella betänkandet med våra allmänna synpunkter på den ökande marknadsstyrningen inom vårdsektorn som har tilltagit under senare år. Detta är ett sätt för oss att markera ogillande över det sätt som frågor rörande hälso- och sjukvård f n utreds på av statsmakterna. Ett antal utredningar rörande sjukvården och dess delar pågår f n när det gäller valfrihet, apotek m m. En förutsättning för alla dessa utredningar förefaller vara att ökad marknadsutsättning ska genomföras - och de statliga utredningarna, genomförda av experter och tjänstemän och med avsaknad av förtroendevalda, ska var och en och utifrån en begränsad utsiktspunkt och begränsat uppdrag utreda hur det ska gå till. Vi hemställer att statsmakterna överväger seriöst om utvecklingen av det svenska samhället verkligen är på väg åt rätt håll.

På uppdrag av förbundsstyrelsen

Jan-Olof Forsén
Förbundsordförande

Håkan Jarmar
Kanslichef

Kopia

Riksdagens socialutskott
Riksdagens socialförsäkringsutskott
Riksdagens partikanslier
Socialstyrelsen
Folkhälsoinstitutet
Läkemedelsverket
Läkemedelsförmånsnämnden
Sveriges Kommuner och Landsting
Tidningarnas telegrambyrå
Dagens Nyheter
Svenska Dagbladet
Expressen
Aftonbladet
Sveriges Radio
Sveriges Television
TV4
HSO
NSPH



Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se