



MEDBORGERLIG
SAMLING

Sjukvårdspolitiskt program för Medborgerlig Samling

Antaget av partistyrelsen den 2 augusti 2018



Vision

- Svensk sjukvård ska bli världsledande vad beträffar låg kostnad, hög kvalitet och hög tillgänglighet.
- Vården ska återprofessionaliseras.
- Patienten ska fritt få välja vårdgivare.
- Vårdprofessioner ska ha fri etableringsrätt.
- Ersättningen ska vara neutral avseende etableringsform.
- Betalnings- och tillsynsansvaret som idag vilar på landstingen skall föras till den statliga nivån.
- Staten ska ansvara för universitetssjukhusen och för utbildning av vårdpersonal.
- Vården ska finansieras främst genom en statlig skatt vilken ersätter den del av landstingsskatten som idag finansierar vården.
- Ersättning till samtliga vårdgivare fördelas via en statlig försäkringslösning vilken följer patienten och vilken endast innefattar medicinskt motiverad vård.
- Det ska finnas ett statligt högkostnadsskydd.
- Det finnas en statlig instans för tillsyn av vårdgivare samt revision avseende utförda vårdtjänster.
- Staten ställer krav på interoperabilitet avseende patientdata mellan journalsystem. Eventuella laghinder för att så sker ska undanröjas.

Ideologisk utgångspunkt

Den liberalkonservativa ideologin ser decentraliserat privat ägande och entreprenörskap som centralt. Den svenska sjukvården socialiserades under 60-talet och Medborgerlig Samling vill återföra sektorn till de som faktiskt kan den bäst – professionerna. Vi vill inte avveckla den offentliga sektorn men vill att den ska fokusera på de traditionella kärnområdena och i övrigt avveckla uppdrag och byråkrati som ligger utanför dessa. Vi vill ha en nedskalad och effektiv offentlig sektor som tillhandahåller samhällstjänster av hög kvalitet.

Problembeskrivning

Ekonomi, tillgänglighet och leveransunderskott

Sverige befinner sig i ett läge där regioner och landsting står inför omfattande kostnadsökningar. SKL förutspår att 60 Mdr SEK kommer fattas i kommuner och landsting inom några år på grund av hög befolkningstillväxt och ökade behov av offentligt finansierade tjänster hos invånarna.

Sjukvården börjar få svårt att upprätthålla den historiskt sett höga medicinska kvalitet som kännetecknat verksamheten. Förutom låg tillgänglighet finns även problem med att rekrytera och behålla kompetens, med ännu fler stängda vårdplatser och längre

väntetider som följd. Vården som ges är inte likvärdig över landet och inte heller över socioekonomiska kohorter.

Det är tydligt att vi inte kommer kunna fortsätta producera och leverera sjukvård med god europeisk standard till dem som behöver den om inte hela organisationen reformeras. Det är meningslöst att tillföra punktresurser i form av t ex kömiljarder in i ett system som är ineffektivt i grunden. Det kommer krävas prioriteringar och fokus på kärnverksamheten för att vända utvecklingen.

Centralstyrning och byråkratisering

De senaste decennierna har präglats av två trender inom den svenska sjukvården. Den första trenden har varit gynnsam, med en snabb teknikutveckling som har kommit patienterna till godo i form av bättre behandlingar och mer träffsäker diagnostik. Den andra trenden har i allt väsentligt motverkat den första och har innehållit tilltagande byråkratisering, politisering och centralisering av sjukvården.

Nuvarande byråkratiska överbyggnad med kommuner och landsting förhindrar snarare än möjliggör ett effektivt resursutnyttjande av våra gemensamma skattemedel och försämrar möjligheten till effektiva vårdkedjor. I Sverige lever myten om att politiker och konsulter via ideologi eller teoretiska modeller ska kunna organisera och styra något så komplicerat som sjukvård för 10 miljoner människor. I lager på lager av möten och byråkrati bestäms det vilken landsända, stad, stadsdel som ska få ett sjukhus eller en vårdcentral, hur mycket personal som ska anställas till vilken lön och hur mycket de ska producera.

När politiker, konsulter och förvaltningstjänstemän som inte har daglig och direkt erfarenhet av sjukvårdens vardag försöker styra sjukvårdsorganisationen och dess utförare uppstår naturligt ett behov av att följa upp, kontrollera, inspektera och utvärdera i hög utsträckning.

Statistik samlas in och leder till möten, handlingsplaner, samverkansforum och workshops, men inte alltid till direkt patientnytta. Systemet är kostnadsdrivande eftersom både ambitioner och projekt, och därmed indirekt även administration och andra omkostnader, växer med tiden.

Vid centralstyrning är det alltså inte patienter, som behöver vård, eller vårdpersonal som ger denna vård som primärt planerar, organiserar eller beslutar. Istället är det politiker och byråkrater som organiserar runt patienter och vårdgivare så att de ofta, men inte alltid, möter varandra i tid. Det resulterar i en resursslukande organisation där måttet vård per krona inte faller väl ut.

Landsting och kommuner ger fragmentering och ineffektivitet

I Sverige förvärras centraliseringens effekter av att vi har konkurrerande organisationer som alla försöker centralstyra sin lilla del i form av 21 landsting och 290 kommuner. Mellan dessa aktörer är ansvarsförhållandena ofta oklara och samverkan bristfällig



vilket blir särskilt synligt i ömmande, och för politiker och byråkrater särskilt kostsamma fall som till exempel multisjuka äldre. Med nödvändighet riskerar i detta system våra äldsta och mest vårdkrävande medmänniskor sammantaget få den absolut sämsta vården.

Ekonomi, resurser och tillgänglighet

Den sjukvård som ges idag betalas via landstingsskatten. Med en landstingsskatt om ca 12 kronor betalar den som tjänar 25 000 kronor i månaden 36 000 kronor till vården varje år. I ett upptagningsområde som det kring Sollefteå sjukhus bor det över 40 000 människor. I Kiruna kommun 23 000. En förstföderska i Junsele, Sollefteå kommun, kan mycket väl redan ha hunnit med att betala 2–300 000 kronor i skatt till landstinget. Centralstyrningen har medfört hon numera måste resa 21 mil bort, till Sundsvall för att föda sitt barn. I värsta fall hinner hon inte fram i tid.

Planekonomins misslyckanden illustreras också väl av region Jämtland-Härjedalen där landstinget behöver spara, trots att man redan lagt ner tre av fyra sjukhus. Nu måste även några distriktssköterskemottagningar och hälsocentraler lägga ned för att klara en budget i balans, samtidigt som patienternas behov i mycket lämnas därhän.

Sjukvård är en kostsam apparat. Men samtidigt betalar medborgarna idag mycket stora summor i skatt för vård de inte själva kan välja, garanteras eller styra över.

Den överbelastade sjukvården

Många akutsjukhus har idag en konstant beläggingsgrad kring 100%. Det innebär i praktiken att för varje ny patient som ska läggas in måste en annan skrivas ut. Det skapar risker och lidande för patienter och anhöriga samt arbetsmiljöproblem och samvetsstress för personalen.

Det överbelagda sjukhuset är också en fara ur smittskydds-, katastrofberedskaps- och resurseffektivitetshänseende. Akutsjukvård är av naturen en oförutsägbar verksamhet och det behöver finnas kapacitetsmarginaler för att klara topparna.

Orsaken till den konstanta platsbristen är multifaktoriell. Personalbrist bidrar, men det finns även en tröghet ut från sjukhuset i form av tidsödande utredningar för äldre som väntar på plats i äldreomsorg, samt brist på geriatriska mellanvårdsplatser, korttidsvård och rehabplatser. I andra änden finns en svårt överbelastad primärvård som har svårt att bemanna med allmänläkare, långa väntetider och en av patienterna upplevd otillgänglighet överlag.

Uppgivna entreprenörer vittnar om hur svårtolkade och oförutsägbara ersättningssystem gör det svårt och slitsamt att bedriva primärvård i privat regi.

Det bristfälliga IT-lapptäcket

Inom landstingen finns generellt en iver att driva teknikprojekt på spetsen av utvecklingen, medan grunden glöms bort. Landstingen använder idag många olika



system och applikationer av skiftande kvalitet och med varierande funktionalitet. Befintligt systemstöd är ett lapptäcke av gammalt och nytt som alltför ofta försvårar arbetet och krånglar till vardagen. Moderna, ändamålsenliga och kvalitetssäkrade bassystem med hög tillgänglighet för både patienter och olika vårdgivare är absolut essentiellt för en resurseffektiv och patientsäker vård.

Ett förslag till lösning

Hade landstingen inte existerat skulle läkare och sjuksköterskor kunnat driva småskaliga privata vårdinrättningar istället. Sådana skulle uppstå både på de orter som idag har dem, och på andra orter där människor också bor och behöver vård. Det skulle vara vård utan mycket till byråkrati och utan köer. Kostnaderna skulle bli lägre, dels genom att patienterna spenderar sina egna pengar, dels genom att läkare och annan vårdpersonal måste konkurrera om att ge så god vård till så låg kostnad som möjligt.

Men ett fullständigt privat system är ett för stort steg för Sverige, för radikalt att ta på en gång.

Ett svenskt system som kombinerar trygghet och frivilliga initiativ

Rätt eller fel så söker vi svenskar trygghet inom bland annat vården. För vad händer den som inte kan betala för vården själv om vi skulle privatisera den? Medborgerlig Samling anser att vi istället ska lösa behovet av trygghet genom att bygga på vad vi redan har, vår vana att faktiskt bidra till vården själva.

I Medborgerlig Samlings politiska vision har medborgarna betydligt mer makt över sina intjänade pengar jämfört med idag. Inkomster ska inte behöva ta varv efter varv i statens transfereringssystem innan individen kan fördela den på det sätt hon önskar. Därför vill vi se ett friare system, även inom sjukvården, där patienten själv får med sig en större del av pengarna i handen, och betalar själv till den vårdgivare som vinner hans förtroende.

En grundläggande komponent i en övergång mot en avreglerad sjukvårdssektor är fri etableringsrätt för vårdgivare. För att detta ska fungera måste dock någon form av broms finnas, annars skenar konsumtionen av vård iväg. Det är precis detta som skett i USA där vården idag kostar 18 procent av BNP. En fri etableringsrätt måste därför kombineras med att patienterna betalar en kännbar, men inte alltför stor, del av vårdens kostnader själva.

Medborgerlig Samling vill reformera högkostnadsskyddet till en modern och flexibel lösning som ger patienten större makt över hur man önskar disponera sina pengar. I det systemet skulle patienten betala de första tusenlapparna själv, därefter få 50% avdrag upp till en viss nivå, för att sedan trappas ut ytterligare, men inte nå noll. Dessa högre kostnader för individen kompenseras av ett lägre skatteuttag. Dels det som beskrivs i våra övriga program, dels som resultat av föreliggande sjukvårdspolitiska program.



Skattesänkningarna kommer att utformas så att ingen som betalar det maximala årliga beloppet för vård tvingas betala mer än de gör idag.

För ekonomiskt svaga grupper kommer nivån på högkostnadsskyddet att anpassas efter deras betalningsförmåga. För att undvika skattekilrar och incitament att inte arbeta gäller inga särskilda regler för barn och unga. De är föräldrarnas ansvar, men ingår samtidigt i föräldrarnas högkostnadsskydd.

I detta system ingår också kostnadstak för större ingrepp och en sjukvårdsinspektion som verifierar att resurser inte missbrukas och att behandlingar är medicinskt motiverade.

Staten ska underlätta samverkan mellan olika vårdinstanser genom att kräva interoperabilitet för överföring av patientuppgifter mellan olika journalsystem. Hur denna interoperabilitet utformas är vårdgivarnas ansvar.

Landstingen fråntas ansvaret för vården, kostnaderna sjunker och vården återprofessionaliseras

För att ett system med fri etableringsrätt ska kunna fungera kan det inte finnas någon möjlighet för existerande vårdgivare, som dagens landsting, att blockera etablering. Konkurrens måste få råda, väl fungerande enheter måste snabbt kunna konkurrera ut andra, sämre och dyrare vårdgivare. För att få en sund marknad är det också grundläggande att beställnings- utförar- och betalningsfunktion separeras. Medborgerlig Samling föreslår därför att landstingen stegvis läggs ner, med början med vården.

Staten bör ta över universitetssjukhusen och utbildningen av vårdpersonal. Staten står också som finansiär för de kostsammaste delarna av vården enligt den formel som beskrivits ovan. Hela utförarkedjan öppnas upp och omfattas av den fria etableringsrätten. Som ett andra steg överförs landstingens övriga uppgifter, som regional utveckling, kultur, turism, utbildning och kollektivtrafik, till kommunerna eller till andra regionala entiteter, enskilt eller i samarbete med varandra. När detta slutförts läggs landstingen ner.

Kvalitets- och produktivitetshöjning

I ett avreglerat sjukvårdssystem ligger det i vårdgivarens intresse att alltid vara tillgänglig. Begreppet telefontider försvinner med stor sannolikhet. Man får vidare en personlig relation till "sin" läkare och "sin" sjuksköterska och ska kunna besöka dem samma dag som ett behov uppstår. Produktiviteten hos läkare och annan vårdpersonal ökar i ett privat system, i synnerhet om man samtidigt dämpar marginalskatteeffekterna. Svenska läkare träffar idag endast en tredjedel så många patienter per år som snittet i OECD. Sverige bör ha en långt högre ambition än att ligga på snittnivån¹.

¹ <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>



Vård kommer i detta system inte primärt drivas av stora vårdkoncerner, ett system som framtvingas idag när privatisering oftast endast innebär att stora enheter bjuds ut på entreprenad. Istället kommer vården drivas främst av enskilda vårdgivare, eller av kollektiv av vårdgivare. Ett sjukhus drivs typiskt av läkare och sjuksköterskor som delar på gemensamma resurser som vårdavdelningar, operationssalar och reception. Vårdcentraler och läkarmottagningar likaså. Antalet administratörer och byråkrater inom vården kommer att drastiskt minska, och på förvaltningsnivå helt försvinna, samtidigt som produktiviteten inom vården ökar när landstingens byråkratiska överbyggnad försvinner. Vården återprofessionaliseras.

Större delen av sjukvårdens kostnader går till löner. Genom att reformera sjukvårdens organisation och styrning och skala av den byråkratiska överbyggnaden kommer det att frigöras resurser till den absoluta kärnverksamheten. Det innebär att utrymmet att justera upp lönerna till marknadsmässiga nivåer kommer öka och sjukvården kommer även kunna anställa fler. Genom att öppna för privata aktörer kommer landsting och regioners oligopolställning försvinna vilket ger jordmån för en sundare konkurrens.

Inspektion och kvalitetskontroll

I ett privat system är det patienter och läkare som tillsammans utför mycket av kvalitetskontrollen. Patienter väljer vårdgivare som förefaller trovärdiga. Läkare går samman i organisationer för att hålla rent framför egen dörr och visa upp för alla och envar att de verkligen ger vård av hög kvalitet. En instans som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har en naturlig plats och ska finnas kvar som oberoende granskande instans för anmälningsärenden.



Appendix

Kort jämförelse med andra länder

Vi jämför kort med andra länder för att belysa vissa aspekter av vad vi föreslår, framförallt varför det av Medborgerlig Samling föreslagna systemet jämfört med andra är rättvisare, minimerar byråkratin, maximerar tillgången, och minimerar kostnaderna.

Storbritannien

I Storbritannien ges vården av "The NHS", The National Health Service. Den är centralstyrd (ofta kallad "the Last Stalinist Bastion"), med köer, misär och dödsfall i köer och återkommande skandaler som följd. Det är en dogm i Storbritannien att vården ska vara "gratis" för vårdtagaren. Att som i Sverige betala några hundra kronor för ett besök är helt uteslutet. Detta leder till att vården helt organiseras och ransoneras av byråkrater, och till att man bara får träffa en läkare under några minuter.

Britterna lever i sin bubbla och är som regel otroligt nöjda med NHS. Utlänningar flyr landet när de känner sig krassliga. Britter med bättre betalda arbeten har tillgång till privat vård. Övriga får köa. Nästan 10 procent av BNP går till vården.

USA

Att kalla vården i USA för privat är inte helt korrekt. Under andra världskriget rådde lönestopp. Arbetsgivarna konkurrerade då på andra sätt, bland annat genom att erbjuda sjukvård. Resultatet idag är att de som har arbete i USA också har en för arbetsgivaren avdragsgill sjukförsäkring, medan den som inte arbetar måste betala för vården med redan skattade pengar.

Vården i USA är dessutom av staten mycket hårt reglerad, men inte i kostnadsbemärkelse, tvärtom. Kombinerat med fri etableringsrätt gör det att, ifall man har en försäkring, det inte finns någon kostnadskontroll för vården. Staten gör vidare det hela ofta absurt komplicerat och dyrt. En påse saltlösning för \$1,50 kan på grund av den av staten påtvingade försäkringsbyråkratin komma att kosta \$120.

Att vården saknar det mesta av kostnadskontroll för dem som har sjukförsäkring via arbetsgivaren, och som dominerar vårdkonsumtionen, gör att kostnadsläget för dem som inte har det skjuter i höjden. Som resultat går 18 procent av BNP till vården mot 12 i Sverige och mindre än 5 i Singapore.

Frankrike

I Frankrike betalar man vården via la Sécurité Sociale. Dessutom har man, ifall man har ett arbete, en privat försäkring "une mutuelle". Den arbetslöse har inte detta.

Det hela är genombyråkratiserat på ett vis fransmän är experter på. När man går till en läkarmottagning så finns det inga telefontider, läkarna arbetar privat. Man betalar såg €23 för ett besök. Men sedan får man antingen som förr skicka in en blankett, eller så får



man det som idag direkt betalt av la Sécurité Sociale. Då ersättningarna för läkare är begränsade finns det stora luckor i antalet allmänläkare. Och ögonläkare, som man måste gå till för att få glasögonrecept, kan ha väntetider i vissa regioner om över ett halvår.

När man ligger på sjukhus får man, ifall man har en mutuelle, ett bättre rum, TV, bättre service. Detta upplever man som ordinär svensk som tämligen stötande.

Inom de kostnadsramar som sätts av staten finns det för den som söker vård ingen kostnadskontroll. 11 procent av BNP går till vården.