
Jafnrétti í heilbrigðisþjónustu – aðgerðaáætlun

Jafnrétti í heilbrigðisþjónustu – aðgerðaáætlun

Jafnrétti í heilbrigðisþjónustu – aðgerðaáætlun

Þýðing: Einar Magnússon, Gunnar Alexander Ólafsson,
Ingimar Einarsson og Ögmundur Jónasson

Ráðgjöf: Nanna Hermannsdóttir

Prófarkalestur: Pálína Héðinsdóttir

Umbrot og hönnun: Annetta Scheving

Teikningar: Robert Nyberg

Prentun: Prentsmiðjan Prentmet Oddi

Útgefendur: Alþýðusamband Íslands, BSRB og ÖBÍ réttindasamtök

Júní 2024

Efnisyfirlit

Samantekt – 6

Tími markaðshyggjunnar – 10

Markmið þessa rits – 11

Heilbrigðisþjónusta og siðferði – 12

Lagaumgjörð heilbrigðismála – 12

Siðferðileg umgjörð heilbrigðisþjónustunnar – 13

Þróun heilbrigðisþjónustunnar stefnir í öfuga átt – 15

Mat yfirvalda og fagfólks á kerfisbreytingunum – 15

Leiðin fram undan – 21

- 1 Afnema ákvæði LOV-laganna um frelsi til stofnunar heilbrigðisfyrirtækja – 22
- 2 Afnema ákvæði LOV-laganna um frjálst val heilbrigðisþjónustu – 26
– efla óhagnaðardrifna heilbrigðisþjónustu
- 3 Afnema ákvæði LOV-laganna um frjálstan aðgang að sérfræðiþjónustu – 32
– innkaup þjónustu verði í samræmi við lög um opinber innkaup (LOU)
- 4 Afnema „netlækna“ sem þiggja laun af almannafé – 34
– þróa samræmda stafræna heilbrigðisþjónustu
- 5 Breyta ákvæðum laga um einkavæðingu sjúkrahúsa – 37
– þar sem dregið verði úr einkavæðingu með innleiðingu sólarlagsákvæðis
- 6 Afnema markaðsvæðingu heilbrigðiskerfisins – 39
– þróa þarfastýrða heilbrigðisþjónustu
- 7 Styrkja varnarlinur opinberrar heilbrigðisþjónustu – 46
- 8 Skilja á milli einkarekinnar og opinberrar heilbrigðisþjónustu – 51
- 9 Efla heilsugæslu, sérstaklega á svæðum sem lítillar þjónustu hafa notið – 55
- 10 Skerpa ákvæði laga um heilbrigðisþjónustu (HSL) – 60

Áhrif covid-19 á stefnu í heilbrigðismálum – 62

Að lokum – 66

Heimildir – 67

Höfundar bókarinnar:

Göran Dahlgren (sænskur sérfræðingur og ráðgjafi í lýðheilsumálum, meðal annars í Svíþjóð, Víetnam og víðar, handhafi Lýðheilsuverðlauna Norðurlandaráðs 2003).

Lisa Pelling (sænskur stjórn málafræðingur og yfirmaður hugveitunnar Arena Idé sem er hluti af Arena-hópnum og styrkt af verkalýðsfélögum. Hún er einnig ritstjóri rafræna og framsækna dagblaðsins Dagens Arena).

Samantekt, orðskýringar og nokkrar athugasemdir þýðenda

Undanfarna þrjú áratugi hefur sænska velferðarkerfið tekið miklum breytingum til hins verra fyrir aldraða, öryrkja, mikið veika sjúklinga og þá sem minna mega sín.

Þessi þróun hófst í byrjun tíunda áratugar 20. aldar þegar hagnaðardrífnum fyrirtækjum var opnuð leið að sænsku velferðarþjónustunni – heilbrigðisþjónustu, skólum og umönnun – sem fram til þessa hafði verið rekin með skattfé úr almennasjóðum. Áhrifa markaðshyggju gætti í sífellt ríkara mæli í skipulagi og fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar og leiddi þar eitt af öðru. Og þegar svo var komið að rekstrareiningum heilbrigðisþjónustunnar var gert að keppa sín á milli var þess skammt að biða að einkafyrirtæki kæmu til sögunnar og þar með fjárfestar og einkasjúkratryggingar.

Samhliða þessari þróun nálgadist heilbrigðisþjónusta sem rekin er á vegum hins opinbera sífellt meira markaðinn og hina svokölluðu „new public management“ hugmyndafræði. Samkvæmt þeirri hugmyndafræði er ætlast til þess að heilsgæslustöðvar og sérfræðiþjónusta lækna, á vegum hins opinbera, fjármagni starfsemi sína samkvæmt reiknilíkani sem byggist á því að þjónustan standist samkeppnisverð. Arðsemisjónarmið hafa þannig sífellt sótt á innan almannaþjónustunnar og arðsemiskrafan – að allt þurfi að borga sig – hefur dreift sér eins og veira um allt heilbrigðiskerfið sem samfélagið rekur.

Sænskur sérfræðingur, Göran Dahlgren, sá þetta ferli fyrir og gerði það sýnilegt og skiljanlegt í riti sínu sem kom út árið 1994: *Heilbrigðisþjónusta framtíðarinnar á markaði – þau sem græða og hin sem tapa*. Rit hans vakti mikla athygli, en þar dregur hann upp mynd af samspili heilbrigðiskerfisins og markaðarins.

Göran Dahlgren hefur verið ráðgjafi í lýðheilsumálum, meðal annars í Svíþjóð, Víetnam og víðar, auk þess að vera handhafi lýðheilsuverðlauna Norðurlandaráðs 2003. Verðlaunin, sem Norræna ráðherranefndin og Norræni lýðheilsuskólinn standa að, hafa verið veitt frá árinu 1989 einstaklingum eða stofnunum sem skarað hafa fram úr í starfi að lýðheilsumálum á Norðurlöndunum. Í úrskurði dómnefndar sagði að framlag Dahlgrens hefði brotið blað á sviði jafnréttismála, aðferðafræði, stefnumótunar og skoðanamyndunar í nútíma lýðheilsustarfi.

BSRB bauð Göran Dahlgren til landsins árið 2005 og hélt hann hér erindi sem

hét *Opinber eða einkarekin heilbrigðisþjónusta?* Erindið vakti verðskuldaða athygli og var gefið út í íslenski þýðingu í bæklingi á vegum BSRB. Í bæklingnum er á skýran og fagmannlegan hátt fjallað um kosti og galla mismunandi rekstrarfyrirkomulags í heilbrigðisþjónustunni. Niðurstöður Dahlgrens voru mjög afdráttarlausar og á þá lund að einkarekin heilbrigðisþjónusta sé dýrari fyrir skattborgarann og óhagkvæmari fyrir samfélagið í heild sinni en heilbrigðisþjónusta rekin af opinberum aðilum. Dahlgren sagði ekki vafa leika á því að einkarekstur auki á mismunun og komi sérstaklega illa við tekjulágt fólk. Niðurstöður sínar studdi hann með rannsóknum og óvæfengjanlegum staðreyndum.

Nú 20 árum síðar, þegar allt hefur gengið eftir sem Göran Dahlgren spáði fyrir í riti sínu árið 1994 og nefnt var hér að framan, hefur hann ásamt samstarfskonu sinni, Lisu Pelling, samið nýtt rit um sænska velferðarkerfið, *Jámlik völd – en handlingsplan*.

Nokkrir áhugasamir einstaklingar um stefnumörkun íslenska heilbrigðiskerfisins, sem fylgst hafa með rannsóknum og skrifum Dahlgrens um sænska heilbrigðiskerfið, tóku sig til og þýddu þetta nýja rit undir heitinu: *Jafnrétti í heilbrigðisþjónustu – aðgerðaáætlun*. Tilfnið var að svo virðist sem þróun heilbrigðismála hér á landi stefni í svipaða átt og í Svíþjóð með útvistun aðgerða frá opinberri heilbrigðisþjónustu og aukinni einkavæðingu. Ákveðin pólitísk öfl hafa róið undir og í þessu sambandi gjarnan vitnað til Svíþjóðar sem fyrirheitna landsins án þess að átta sig á afleiðingum þeirrar stefnu.

Raunveruleikinn er aftur á móti sá, samkvæmt skýrslu sem gerð var á vegum sænsku Félags- og heilbrigðisstofnunarinnar, *Öppna jämförelser 2020*, að helmingur sænsku þjóðarinnar telur að mismunað sé innan almannaþjónustunnar.

Í riti sínu draga Dahlgren og Pelling fram að sú kerfisbreyting í átt til markaðsvæðingar sem átt hefur sér stað gagnast best hagsmunum viðskiptalífsins og langskólagengnu hátekjufólki sem býr í þéttbýli og hefur tiltölulega litla þörf fyrir lækniþjónustu. Á hinn bóginn veldur þessi þróun því að mismunur, sem rekja má til búsetu og félagslegrar stöðu fólks, hefur aukist og bitnar mest á lágtekjufólki með mikla þörf fyrir heilbrigðisþjónustu en býr í dreifbýli eða borgarhverfum með hlutfallslega fáar heilbrigðisstofnanir.

Höfundar nota mikið orðið „völd“ sem við kjósum að þýða sem umönnun eða þjónusta, oftast en ekki heilbrigðisþjónusta eða umönnunarþjónusta, ef af samhenginu má ráða hversu víð skírskotunin er hverju sinni. „Völdcentral“ er alla jafna þýtt sem heilsugæslustöð.

Ekki er samsvörun eða samræmi varðandi ýmiss konar heilbrigðis- og umönnunarþjónustu milli Íslands og Svíþjóðar og því oft ekki unnt að þýða beint heldur þarf að umorða eða ráða af samhenginu hvað höfundar eiga við.

Í Svíþjóð eru svokölluð „län“ og „länsting“ stjórnsvæðingarnar og ýmiss konar þjónusta, meðal annars heilbrigðis- og umönnunarþjónusta, skipulögð á vegum þeirra. Þetta höfum við kallað umdæmi en „regioner“ frekar svæði ef um hvort tveggja er rætt í sömu setningu. Stundum virðist „region“ þó líka þýða umdæmi.

Það sem höfundar nefna „öppenvård“ köllum við opna eða almenna heilbrigðis- og umönnunarþjónustu, þ.e. þjónustu sem er veitt utan sjúkrahúsa og göngudeildarþjónustu á sjúkrahúsum. Þá kjósum við að tala um heimilislækni þar sem höfundar tala ýmist um fastalækni eða heilsugæslulækni. Heimildaskrá er óþýdd nema fyrirsagnir.

Auk þess sem á undan er talið þá settum við á nokkrum stöðum inn útskýringar við skammstafanir til að auðvelda Íslendingum lesturinn.

Einstakar stofnanir og hugtök þýðum við með eftirfarandi hætti:

Konkurrensverket = Samkeppniseftirlitið

Riksrevisionen = Ríkisendurskoðun

Socialstyrelsen = Félags- og heilbrigðisstofnunin

Statens medicinsk-etiska råd (SMER) = Siðfræðiráð heilbrigðisþjónustunnar

Vårdanalys = Greiningarstofnun félags- og heilbrigðisþjónustu

LOV = Lögin um valfrelsi til að setja á stofn umönnunarfyrtæki

(s. Lagen om valfrihetssystem) tóku gildi 1. janúar 2009.

Sjúkronorsreformen = Breyting sem gekk í gildi árið 1970 og fól í sér að sjúklingar, sem fram að því höfðu borið nær allan kostnað við heilbrigðisþjónustu utan sjúkrahúsa sjálfir, greiddu nú lítið gjald – sjö krónur – til heilbrigðisþjónustunnar en afgangurinn var greiddur með sköttum í gegnum sjúkratryggingar. Lækna- og niðurgreiðsluferfi göngu- deilda gegnum skatta var komið á. Sama fastlaunakerfi lækna var tekið upp í heilsugæslunni og á göngudeildum en áður höfðu sjúklingar sjálfir greitt læknum þar beint. Hið opinbera (umdæmisþingin) var ábyrgt fyrir sjúkrahúsum bæði fyrir og eftir breytinguna. Hið opinbera varð þannig eftir 1970 allsráðandi í allri heilbrigðis- og umönnunarþjónustu í Svíþjóð. Þetta hélt lítið breytt fram í byrjun tíunda áratugar 20. aldar þegar markaðsvæðing umönnunarþjónustu hófst og í framhaldinu valfrelsiskerfi árána 2007–2010 með frelsi til að velja sér umönnunarþjónustu og setja á fót einkarekin umönnunarfyrtæki af ýmsum

toga heilbrigðis- og félagsþjónustu oftast en ekki fjármagnaða, að minnsta kosti að hluta, af hinu opinbera.

Um þessar umbreytingar fjallar ritið einkum og höfundar draga fram að svokallaðar umbætur í heilbrigðisþjónustu undanfarinna áratuga hafi þó aðallega orðið til þess að heilbrigðir vinni en veikir tapi.

Með hliðsjón af heilbrigðislöggjöfni, og siðferðilegum forsendum sem hafa verið settar fram, meta þau Dahlgren og Pelling hvernig kerfið hefur þróast síðustu áratugi, eftir að markaðshyggju tók að gæta þar við stjórnun, og leggja síðan til aðgerðaáætlun með tíu tillögum um hvernig auka megi jöfnuð og bæta þjónustuna.

Aðgerðaáætlunin er hugsuð sem leiðarvísir fyrir stjórnmalafólk, og aðra sem vinna að stefnumörkun og umbótum í heilbrigðisþjónustunni, til að snúa við neikvæðri þróun með því að byggja þjónustuna á þörfum frekar en hagnaðar-drifinni hugmyndafræði. Tillögurnar tíu eru settar fram í þessu riti til að hafa stefnumarkandi þýðingu í umbótastarfinu. Á hinn bóginn þarf pólitískan vilja og pólitískt vald til að framkvæma margar af tillögnum. Í dag skortir gjarnan hvort tveggja.

Á sama tíma vill meirihluti fólks betri heilbrigðisþjónustu sem einkennist af jöfnuði. Drifkraftar til að hrinda þessum tillögum í framkvæmd finnast meðal stjórnmalafólks á landsvísi, á umdæmisþingum, á sveitarstjórnarstigum og innan verkaldshreyfingarinnar.

Það er von höfunda að tillögurnar í þessu riti geti hvatt og stutt þá fjölmörgu sem í dag, með ýmsum hætti, vinna að betri heilbrigðisþjónustu með jöfnuð að leiðarljósi.

Það er einnig von okkar, sem stöndum að þýðingu og útgáfu þess rits sem hér birtist, að íslensk stjórnvöld sem með heilbrigðis- og velferðarmál fara geti einnig sitthvað lært af reynslu Svía.

Eftirfarandi samtök komu að útgáfu og kostun ritsins: Alþýðusamband Íslands, BSRB og ÖBÍ réttindasamtök. Framangreind samtök ákváðu einnig að bjóða höfundum ritsins til landsins og efna til fundar með þeim um stefnumörkun í heilbrigðismálum í tilefni af útgáfu ritsins.

Tími markaðshyggjunnar

Í byrjun tíunda áratugar 20. aldar var sænskum fyrirtækjum sem einkum höfðu hagnað að leiðarljósi opnuð leið að velferðarþjónustunni – heilbrigðisþjónustu, skólum og umönnun – sem fram til þessa hafði verið rekin með skattfé úr almennasjóðum. Áhrifa markaðshyggju gætti í sífellt ríkara mæli í skipulagi og fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar og leiddi þar eitt af öðru. Og þegar fyrirkomulagið er orðið slíkt að rekstrareiningum heilbrigðisþjónustunnar er gert að keppa sín á milli er þess skammt að biða að einkafyrirtæki komi til sögunnar og þar með fjárfestar og einkasjúkratryggingar.

Göran Dahlgren sá þetta ferli fyrir og gerði það sýnilegt og skiljanlegt í bók sinni *Heilbrigðisþjónusta framtíðarinnar á markaði – þau sem græða og hin sem tapa* (Natur og Kultur 1994).

Aukin markaðsvæðing heilbrigðisþjónustunnar verður þess valdandi, segir Peter Hultqvist í bók sinni *Hundrað prósent jafnaðarmennska* (s. Hundra procent socialdemokrati), „að erfiðara verður að verja almannahag hvað varðar jafnrétti og sanngjarna ráðstöfun fjármuna. Þegar fram í sækir verður einnig torveldara fyrir stjórnámamenn að ná fram breytingum sem ganga gegn því sem nýir eigendur vilja“ (Hultqvist 2020, s. 66).

Samhliða þessari þróun nálgast heilbrigðisþjónusta sem rekin er á vegum hins opinbera sífellt meira markaðskerfið, hina svokölluðu „new public management“ hugmyndafræði.

Nú er ætlast til þess að opinberar heilsugæslustöðvar og sérfræðiþjónusta lækna, á vegum hins opinbera, fjármagni starfsemi sína samkvæmt reiknilíkani sem byggist á því að þjónustan standist samkeppnisverð. Arðsemisjónarmið sækja þannig sífellt á, einnig innan almannaþjónustunnar.

„Markaðurinn veitir frelsi frá jöfnuði og bræðralagi“. „Gubbstrutten“ arðsemiskrafan – að allt þurfi að borga sig – hefur þannig dreift sér eins og veira um allt heilbrigðiskerfið sem samfélagið rekur.

Þannig er þessu varið þótt hvergi sé að finna stafkrók um það í opinberum gögnum að heilbrigðisþjónustan þurfi að standa undir sér á sömu forsendum og markaðsfyrirtæki.

Þvert á móti er það meginmarkmið með opinberri heilbrigðisþjónustu að hún sé ekki á nokkurn hátt háð arðsemiskröfum.

Þessi kerfisbreyting veldur því að starfsmenn heilbrigðisþjónustunnar nálgast viðfangsefni sín með nýjum hætti. Þegar heilbrigðisþjónustan má einungis sinna því sem borgar sig þá verður litið svo á að tilteknir sjúkdómar og sjúklingahópar séu þess virði að vera læknaðir en aðrir ekki.

Fyrir samfélagið og þau sem þurfa á lækningu að halda snýst þetta á hinn

bóginn ekki um að greina viðfangsefnið með nýjum hætti heldur einfaldlega að greina sum viðfangsefni alls ekki eða „með bundið fyrir augun“.

Venjulegt fólk gerir sér engan veginn grein fyrir því hvort það tilheyrir þeim sem borgar sig að lækna. Ekki fást svör við því hjá stjórnmalafólki eða heilbrigðisstarfsfólki, hvað þá með því að hringja í 1177 (samsvarar 1700 á Íslandi).

Opinbera svarið er á þá leið að heilbrigðisþjónusta rekin fyrir almannafé veiti öllum aðstoð með hliðsjón af þörf og þar sé enginn mannamunur gerður.

Raunveruleikinn er aftur á móti sá, samkvæmt skýrslu sem gerð var á vegum sænsku Félags- og heilbrigðisstofnunarinnar (s. Socialstyrelsen, hér eftir Félags- og heilbrigðisstofnunin inni í texta), *Öppna jämförelser 2020*, að helmingur þjóðarinnar telur að mismunandi sé innan opinberu þjónustunnar.

Markmið þessa rits

Hér verður gerð grein fyrir áætlun um hvernig tryggja megi bættu þjónustu og jöfnuði í heilbrigðiskerfinu. Um er að ræða langtímaáætlun um skipulag sem byggist á þörf en ekki hagnaðarsjónarmiðum. Áætlanir á þessum forsendum hefur skort. Í þeim þremur umdæmum sem Félags- og heilbrigðisstofnunin kannaði nýlega kom í ljós að aðeins fimmtungur þeirra heilbrigðisstofnana sem þar var að finna studdist við áætlanir sem byggðust á jöfnum aðgangi að heilbrigðisþjónustu (Socialstyrelsen 2020).

Það er von okkar að þær staðreyndir sem við gerum hér grein fyrir, um þróun heilbrigðisþjónustunnar á liðnum áratug, og þær tíu tillögur sem við leggjum til verði hvatning og stuðningur því stjórnmalafólki, heilbrigðisstarfsfólki, frjálsum félagasamtökum, baráttufólki innan verkalyðshreyfingar og þjóðfélagsþegnum sem beita sér fyrir bættu heilbrigðisþjónustu fyrir alla. Við vonum einnig að þessi áætlun leiði til aukinnar vitneskju, með viðtækri umræðu um heilbrigðisþjónustuna í nútíð og framtíð, innan mismunandi áhuga- og fræðasviða, samtaka lífeyrisþega og stjórnmalahreyfinga.

Gerð er grein fyrir staðreyndum og reynslu sem finna má í greiningarskýrslum frá Félags- og heilbrigðisstofnuninni, Ríkisendurskoðun, Greiningarstofnun félags- og heilbrigðisþjónustu (s. Vårdanalys) og Samkeppniseftirliti. Þessar skýrslur vísa einnig í greiningarvinnu sjálfstætt stafandi rannsakenda og reynslu starfsfólks heilbrigðisþjónustunnar.

Þetta rit er endurgerð og stýtt bók Görans Dahlgrens, *När sjukvården blev en marknad – effekter och alternativ*, (Þegar heilbrigðisþjónusta varð markaðsvara – áhrif og valkostir), sem Premiss-forlagið gaf út árið 2018.

Heilbrigðisþjónusta og siðferði Lagaumgjörð heilbrigðismála

Þegar við leggjum mat á jákvæðar og neikvæðar afleiðingar skipulagsbreytinga á sviði heilbrigðismála á undangengnum árum, þá horfum við til þeirra meginmarkmiða sem lög um heilbrigðisþjónustu (s. Hälso- og sjukvårdslagen, HSL) kveða á um, að „stuðla beri að góðu heilsufari fyrir alla þjóðina í heilbrigðiskerfi sem mismunar ekki“ og að „þau sem eru í mestri þörf fyrir aðstoð njóti forgangs í heilbrigðisþjónustunni“ (HSL 3. kap. 1. §).

Forsendur til að meta aðgang og gæði þjónustu, með tilliti til breytinga sem kunna að verða á félagslegri stöðu fólks, eru takmarkaðar vegna þess að ekki er gert ráð fyrir slíku í gagnakerfum. Athygli vekur hve mikið ósamræmi er í málflutningi ýmissa faghópa og stjórnmalafólks, þegar það leggur áherslu á jöfnuð í kerfinu, og þess litla áhuga sem sömu hópar sýna til að leita eftir upplýsingum um hvernig þessu raunverulega er háttað.

Þau sem standa að rannsóknum á þessu sviði af hálfu hins opinbera hafa þó bent á, í mörgum skýrslum sínum, að skortur sé á greiningum á félagslegum afleiðingum kerfisbreytinga í heilbrigðisþjónustunni (sjá t.d. Vårdanalys rapport 2019:8.)

**„Af öllu misrétti er misrétti í heilbrigðisþjónustunni
verst og ómannúðlegast.“**

Martin Luther King. Jr.

Siðferðileg umgjörð heilbrigðisþjónustunnar

Til þess að skýra og efla meginmarkmiðin með rekstri heilbrigðisþjónustunnar hefur sænska þingið samþykkt siðferðileg viðmið við forgangsröðun (Prop. 1996/97:60). Eftirfarandi tvö siðferðileg viðmið, með allri heilbrigðisþjónustu sem rekin er fyrir almannafé, eiga að gilda óháð því hvort reksturinn er á hendi opinberra aðila eða einkaaðila:


Grundvallarmannréttindi sem kveða á um að allt fólk sé jafnmikils virði og eigi rétt á þjónustunni, óháð aldri, kyni, menntun eða félagslegri og efnahagslegri stöðu í þjóðfélaginu. Hið gagnstæða er þegar virði einstaklinga er metið á grundvelli markaðssjónarmiða. Innan heilbrigðisþjónustu sem rekin er fyrir almannafé er siðferðilega rangt að leggja mat á einstaka sjúklinga eða sjúklingahópa samkvæmt kostnaðarmælistiku, hvað borgi sig að gera þeim til hjálpar og hvað ekki.

Meginreglan um þörf og samstöðu kveður á um að „þeim fjármunum sem heilbrigðiskerfið hefur til ráðstöfunar verði varið í samræmi við þörf. Þegar nauðsyn krefur skal forgangsráða í þágu þeirra sem eru mest þörfandi, með alvarlegustu sjúkdómum og búa við erfiðust lífsskilyrði“. Þessi regla felur einnig í sér að leitast sé við að deila árangri þjónustunnar eins jafnt og unnt er (Prop. 1966/97:60, s. 18). Andstæðan við þessa skilgreiningu, sem byggist á þörf og samstöðu, er þegar stjórnendur hafa það að leiðarljósi hvað best borgi sig.

Bæði grunngildin, sem lúta að mannvirðingu og þörf, hafa verið fest í lög um heilbrigðisþjónustu (3. kap. 1. §). Í nýlegri skýrslu (2019:2) frá Siðfræðiráði heilbrigðisþjónustunnar (s. Statens medicinsk-etiska råd (SMER)) er áhersla lögð á þessi siðferðilegu grunngildi „sem sænska heilbrigðiskerfið byggist á“ og beri því að virða í pólitískum ákvörðunum varðandi stjórn heilbrigðiskerfisins.

Því miður eru kerfisbreytingar sem nú eiga sér stað ekki í samræmi við þessi grundvallarmarkmið og siðferðilegu grunngildi. Það verður því, líkt og fræðikonan Anna Nergårdh rökstyður í skýrslunni Góð og náin umönnun (God och nära vård), „að gera almenningi grein fyrir því á hvaða grundvelli forgangsráðað sé úr takmörkuðum sjóðum heilbrigðisþjónustunnar“ (SOU 2020:19, s. 384).

Með hliðsjón af heilbrigðislöggjöfinni og þeim siðferðilegu forsendum sem hafa verið settar fram metum við hvernig kerfið hefur þróast síðustu áratugi, eftir að markaðshyggi tók að gæta þar við stjórnun, og leggjum síðan til aðgerðaáætlun með tíu tillögum um hvernig auka megi jöfnuð og bæta þjónustuna.



Er ekki gott fyrir stjórnmalafolk að vera með síðferðilegan áttavita við mótun heilbrigðisstefnu?

Það er óþarfi þegar hámarksarðsemi vísar veginn

Próun heilbrigðisþjónustunnar stefnir í öfuga átt

„Framtíðin verður stöðugt fjarlægari“ Sænsku trúðarnir (Tikkanens gubbar)

Tvöföld kerfisbreyting innan heilbrigðisþjónustu sem kostuð er af hinu opinbera færir okkur aftur á bak því við erum fjær því en áður að ná heildarmarkmiðum laga um góða heilbrigðisþjónustu sem byggist á þörf og er öllum opin.

Mat yfirvalda og fagfólks á kerfisbreytingunum

Afdrifarikustu afleiðingar þeirra kerfisbreytinga sem rekja má til valfrelsis um hvert þjónustan er sótt, og frelsis til að setja á laggirnar frumheilbrigðisþjónustu, eru eftirfarandi:

– Heilsugæslustöðvum í einkaeigu, sem reknar eru í hagnaðarskyni en þó kostaðar af almannafé, hefur fjölgað um rúmlega 250 á landsvísu. Fjölgun heilsugæslustöðva hefur á hinn bóginn ekki orðið til að efla grunnþjónustuna sem skyldi því að hagnaðarkrafan í kerfinu er þjónustukröfunni yfirsterkari. Flestar rannsóknir sem gerðar hafa verið sýna að dregið hefur úr jöfnuði í kerfinu.

– Þau sem hafa minni umönnunarþörf fá betri þjónustu en þau sem þurfa á mikilli umönnun að halda. Í ljós kemur að á undanföllum tíu árum hefur grunnþjónustan nýst þeim sjúklingum sem þykja arðbærir betur en hinum sem þykja óarðbærir. Mikið veikt fólk telur sig einnig hafa minni aðgang að þjónustunni en aðrir sjúklingar. Þetta er andstætt lögum um heilbrigðisþjónustu. Þar segir „að þau sem eru í mestri þörf fyrir lækniþjónustu og umönnun eigi að hafa forgang“ (HSL 3. kap. 1. §).

Umönnunar- og velferðareftirlitið (IVO) skilgreinir fjölþættar þarfir sjúklinga og er ætlað að fylgjast með því að heilsugæslu- og umönnunarstofnanir veiti þeim sem þurfa á mestri þjónustu að halda forgang í samræmi við skyldur ríkisins (Várdanalýsisskýrslur 2013:1, 2015:1, 2015:9, 2020:3. Ríkissýsluáætlun 2014:22. SOU 2020:19).

– Aukinn munur á þéttbýli og strjálbýli varðandi aðgang að heilbrigðisþjónustu. Fólk sem þegar býr nærri heilsugæslustöð og sérfræðiþjónustu lækna hefur nú fengið fleiri þjónustuaðila í nágrennið. Fólk sem býr fjarri



heilsugæslustöð hefur aftur á móti ekki fengið úrbætur; þvert á móti er nú oft enn þá lengra í næstu heilsugæslustöð. Þessi þróun gengur þvert á meginmarkmið HSL um góða heilbrigðisþjónustu metna samkvæmt þörf „jafnt fyrir alla þjóðina“ (3. kap. 1. §) og einnig þvert á skyldu „umdæmisþinganna að skipuleggja heilsugæslu og umönnun í nærumhverfi fólks“ (7. kap. 2a. §) (Várdanals rapport 2012, Konkurrensverket rapport 2012:1 og 2014:2, Riksrevisionens rapport 2014:22, SOU 2020:19).

– *Munur á aðgangi að góðri heilbrigðisþjónustu eykst á milli há- og lágtekjuhverfa.* Flestar nýjar heilsugæslustöðvar eru í hverfum stærri bæja, þar sem efnameiri einstaklingar búa, þrátt fyrir að þörfin fyrir bættu þjónustu, bæði heilsugæslu og sérfræðiþjónustu, sé mun meiri í hverfum lágtekjufólks. Þessi dreifing fjármuna gengur enn og aftur þvert á markmið laga um heilbrigðisþjónustu um að „umdæmisþingunum beri að skipuleggja umönnunar- og lækniþjónustu út frá þörfum þess fólks sem fellur undir ábyrgð þeirra“ (7. kap. 2. §) (Riksrevisionens rapport 2014:22, Agerholm 2016).

– *Hátekjufólk nýtur fremur góðs af markaðsvæðingu heilbrigðiskerfisins en lágtekjufólk.* Eftir að valfrelsi um heilbrigðisþjónustu var komið á nýtir fólk með hærfi tekjur sér það fremur en lágtekjufólk. Þetta er í andstöðu við þau markmið laga um heilbrigðisþjónustu sem kveða á um „heilbrigði og góða þjónustu sem standi öllum jafnt til boða“ (3. kap. 1. §) (Dahlgren C. o.fl. 2013, Beckman o.fl. 2013, Várdanals rapport 2013:1, Riksrevisionens rapport 2014:22, SOU 2018:55).

– *Aukinn einkarekstur, fjármagnaður af hinu opinbera, eykur líkur á að fólk kaupi sig fram fyrir í röðinni – og njóti þannig betri þjónustu.* Einkarekin þjónusta, sem að uppistöðu til er fjármögðuð með sköttum, getur gagnstætt almannaþjónustunni veitt sjúklingum sem hafa keypt sér sjúkratryggingu forgang. Þetta þýðir að þau sem aðeins nota þjónustu sem er fjármögðuð af hinu opinbera þurfa að bíða lengur eftir þeirri þjónustu sem þau þurfa. Þetta getur einnig þýtt að einkarekin heilbrigðisþjónusta, sem að uppistöðu er fjármögðuð með almannaþé, mismuni í þágu sjúklinga sem eru með einkatryggingu, en litla þörf á heilbrigðisþjónustu, á kostnað sjúklinga með meiri þörf fyrir þjónustu. Þessi „rjómafleyting“ gengur þvert á markmið HSL um heilbrigðisþjónustu sem byggist á þörf og jöfnum aðgangi fyrir alla þjóðina og þeirri skyldu „að veita þeim sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu og umönnun forgang“ (HSL 3. kap. 1. §) (Várdanals rapport 2020:3).

– *Almennt þykir grunnþjónustan ekki hafa batnað við aukinn einkarekstur.* Munurinn sem birtist einkareknum heilsugæslustöðvum í vil, til dæmis í sænsku gæðavísitölunni, byggist ekki á því að um einkarekstur sé að ræða. Hann byggist á því að einkareksturinn er, andstætt stofnunum sem reknar eru af opinberum aðilum, aðallega á svæðum þar sem framboð á þjónustu er meira og þörfin minni. Að teknu tilliti til staðsetningar heilsugæslustöðvanna þá virðist þjónustan sú sama hvort sem hún er veitt af opinberum eða einkareknum stöðvum (Várdanals rapport 2012:1).

– *Samfella í heilbrigðisþjónustu hefur versnað.* Hlutfall fólks sem hefur fastan heimilislækni er mjög lágt í Svíþjóð og hefur lækkað úr 55% (2013) í 42% (2016). Samsvarandi hlutfall fólks sem hefur fastan heimilislækni í löndum eins og Noregi, Hollandi, Þýskalandi, Frakklandi og Bretlandi var á sama tíma milli 80 og 90% (Várdanals rýpport 2016:5, s. 45).

– *Biðtími hefur lengst.* Á undanförunum tíu árum hefur orðið erfiðara að fá tíma hjá heimilislækni. Þau sem hafa litla menntun bíða að meðaltali lengur en þau sem hafa meiri menntun. Biðtími eftir sérfræðiþjónustu er, með nokkrum undantekningum, enn mjög langur.

Kerfisbreytingarnar einkennast af skertu trausti á þjónustunni

– *Traust á heilbrigðisþjónustunni minnkar.* Í byrjun tíunda áratugarins sýndi könnun á vegum SOM-Institut (Samhælle, Opinion och Medier) að 80% þjóðarinnar báru talsvert eða mikið traust til heilbrigðisþjónustunnar. Þetta hlutfall var komið niður í 65% árið 2017 (Várdanals rýpport 2018:4, s. 55). Augljóst er að á undanförunum tíu árum hefur einnig dregið úr trausti á þjónustunni. Opinberir aðilar sem bera ábyrgð á rannsóknum á heilbrigðisþjónustunni (PM 2016:5) staðfesta að „hlutfall þeirra sem telja heilbrigðiskerfið gott hafi lækkað umtalsvert síðan 2010“. Samkvæmt mælingum SKR (Sveriges kommuner och regioner) dró einnig úr trausti fólks á heilbrigðisþjónustunni í heild; fór úr 65% 2010 í 61% árið 2017 (Várdanals rýpport 2018:4, s. 57).

Vantraust fólks á kerfinu byggist á mismunandi forsendum:

– *Sjúkrahús njóta meira trausts en heilsugæslan.* Hlutfall þeirra sem bera mikið traust til sjúkrahúsþjónustunnar var 70% árið 2017 samanborið við 60% til heilsugæslustöðvanna (Várdanals rýpport 2018:4, s. 57).

– *Þau sem telja sig búa við bágborið heilsufar bera minna traust til þjónustunnar en þau sem búa við góða eða allgóða heilsu.* Af þeim sem búa við tiltölulega gott heilsufar bera 75% mikið eða talsvert traust til þjónustunnar samanborið við 40% þeirra sem hafa ekki verið heilsuhraust (SKR 2019).

– *Hátt hlutfall einkarekinna þjónustuaðila eykur ekki traust fólks á þjónustunni.* Á árunum 2010–2012 jókst heldur traust fólks til heilsugæslunnar, sem var þó lítið í samanburði við sjúkrahúsin, en á árunum 2012–2017 dró svo aftur jafnt og þétt úr trausti fólks í garð heilsugæslunnar (Várdanals rýpport 2018:4, s. 57).

– *Hátekju- og meðaltekjufólk telur gæði heilbrigðisþjónustu vera meiri en lágtekjufólk gerir.* Hlutfall hátekju- og meðaltekjufólks sem bar traust til heilsugæslunnar í sínu nærumhverfi var (2016) 58% samanborið við 47% fólks sem hafði lágur tekjur samkvæmt heilsuvog SKR (Dagens Samhælle nr. 7, 2016).

Almenningur ber mikið traust til heilbrigðisstarfsfólks (93%), talsvert minna til heilbrigðiskerfisins (53%) og mjög lítið til stjórnmalafólks (16%), samkvæmt bráðabirgðarannsókn. Minna traust er borið til fulltrúa umdæmisþinga en til fólks í sveitarstjórnnum og á þjóðþinginu (s. Riksdagen). Niðurstöður þessarar bráðabirgðarannsóknar eru í samræmi við „það mynstur sem fram kemur í



öðrum rannsóknum og mælingum á trausti“ (Várdanals rapport 2018:4, s. 62–64).

– *Dregið hefur úr ánægju lækna með heilbrigðiskerfið.* Hlutfall lækna sem telja að heilbrigðiskerfið í heild sinni virki vel hefur lækkað úr rúmlega 40% (2012) í 20% (2015). „Tæplega einn af hverjum fimm læknum í grunnþjónustu telur að heilbrigðiskerfið virki vel og hlutfallið hefur lækkað um helming á þremur árum“ (Várdanals rapport 2015:9, s. 14).

– *Skert traust til heilbrigðisþjónustunnar er alvarlegt.* „Takist ekki að endurheimta traustið er hætt við, þegar til lengri tíma er lítið, að þetta verði til þess að draga úr trausti fólks á félagslega reknu velferðarríki“ (SOU 2020:19 s. 384).

Kerfisbreytingarnar gagnast best hagsmunum viðskiptalífsins og efnafólki sem ekki er haldið alvarlegum sjúkdómum

Það er margt sem veldur þessari varhugaverðu þróun innan heilbrigðiskerfis sem kostað er af skattgreiðendum sem beinlínis stríðir gegn siðferðilegum ásetningi og yfirlýstum markmiðum laga um heilbrigðisþjónustu. Þær rannsóknir sem gerðar hafa verið á breytingum í átt að markaðsvæðingu kerfisins á undanförunum tíu árum sýna fram á að þessa neikvæðu þróun megi að verulegu leyti rekja til einstefnuaksturs í átt til einkavæðingar. Þessi öfugsnúna þróun er birtingarmynd pólitískrar afstöðu þeirra sem telja máli skipta að bæta hag þeirra sem þegar standa vel að vígi. Einföld rannsókn á hagsmunatengslum sýnir, líkt og fram kemur hér að ofan, að sú kerfisbreyting í átt til markaðsvæðingar sem nú á sér stað gagnast best hagsmunum viðskiptalífsins og langskólagengnu hátekjufólki sem býr í þéttbýli og hefur tiltölulega litla þörf fyrir lækniþjónustu.

Á hinn bóginn veldur þessi þróun því að mismunur, sem rekja má til búsetu og félagslegrar stöðu fólks, hefur aukist og bitnar mest á lágtekjufólki með mikla þörf fyrir heilbrigðisþjónustu en býr í dreifbýli eða borgarhverfum með hlutfallslega fáar heilbrigðisstofnanir.

Nú er þörf á því „að stjórnvöld grípi markvisst í taumana á landsvísu til að tryggja heilbrigðisþjónustu sem byggist á vísindalegri þekkingu og mismunar fólki ekki“ (SOU 2017:48, s. 18).

Leiðin fram undan

Tíu tillögur um betri og réttlátari heilbrigðisþjónustu

Líta ber á aðgerðaáætlunina sem hluta þess langtímamarkmiðs að hverfa markvisst frá markaðsdrifinni heilbrigðisþjónustu og þróa þess í stað kerfi sem byggist á þörfum fólks fyrir umönnun og lækningu. Framlag okkar til að stuðla að þessari þróun eru eftirfarandi tíu stefnumótandi tillögur til að bæta heilsufar og jöfnuð í heilbrigðiskerfinu:

- Afnema alla hagnaðarhvata í kerfinu og innleiða þarfastýrða þjónustu (tillögur 1,2,3,4,5,6).
- Efla áframhaldandi opinbera fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar og rjúfa tengsl einkareksturs og einkafjármögnunar (tillögur 7 og 8).
- Efla grunnþjónustu á svæðum sem búa við skarðan hlut, svo sem fámennum dreifbýlissvæðum og lágtekjuhverfum í þéttbýli (tillaga 9).
- Skerpa heilbrigðislög (tillaga 10).

„Til þess að komast að uppsprettunni verður maður að synda á móti straumnum.“

Stanizlaw Jerzy Lec

TILLAGA 1

Afnema ákvæði LOV-laganna um frelsi til stofnunar heilbrigðisfyrirtækja

– Innleiða skipulegri stjórnunarhætti

Bakgrunnur:

Frelsi til þess að stofna heilbrigðisfyrirtæki í Svíþjóð var komið á 2010 sem hluta af breytingum innan heilsugæslunnar og þjónustu sérfræðilækna (s. vörðvaldsreformen). Það fól í sér að unnt væri að staðsetja einkarekna umönnunarþjónustu, sem fjármögnuð er af hinu opinbera, þar sem það væri arðbærest óháð umönnunarþörf íbúa á svæðinu. Krafa heilbrigðisfyrirtækjanna um ákjósanlegan hagnað vegi þannig þyngra en umönnunarþörf fólksins. Heilbrigðisyfirvöld geti ekki stjórnað staðsetningu þeirrar starfsemi sem fjármögnuð er með skattfé. Þetta stríðir gegn gildandi heilbrigðislöggjöf sem kveður á um að heilbrigðisþjónusta sem fjármögnuð er með skattfé skuli skipuleggja „út frá þjónustupörf þess fólks sem fellur undir ábyrgð viðkomandi umdæmisþings“ (HSL 7. kap. 2. §).

Ætla má að mikill meirihluti íbúanna áliti einnig að fjárfesting í þeirri þjónustu sem þeir greiða fyrir gegnum skatta eigi að ráðast af þörf fólks en ekki af arðsemismati þjónustufyrirtækjanna.

Meirihlutinn á sænska þinginu, sem samanstóð af borgaralegum stjórnsmálaflokkum og Svíþjóðardemókrötum (2010), áleit þrátt fyrir þetta að hagnaðarmögu-leikar fyrirtekjanna skuli ganga fyrir umönnunarþörf fólks þegar ákveða eigi staðsetningu og fyrirkomulag heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er af hinu opinbera.

Áhrif:

Mikilvægustu áhrif frelsis til að stofnsetja heilbrigðisfyrirtæki sem fjármögnuð eru með sköttum er að:

Munurinn á framboði á heilbrigðisþjónustu og nýtingu þjónustunnar hefur aukist milli borga og landsbyggðar.

Hinn landfræðilegi munur varðandi aðgang að heilbrigðisþjónustu eykst:

- Nánast allar (88%) nýju heilsugæslustöðvarnar, sem komið var á fót á fyrsta ári breytinga í umönnunarvali (s. vörðvaldsreformen), voru staðsettar í þéttbýli eða á svæðum sem þegar voru með gott framboð heilbrigðisþjónustu. Fólk sem bjó nálægt heilsugæslustöð áður en breytingarnar tóku gildi fékk nú aðra til viðbótar í sitt hverfi. Þau fáu sem völdu að skipta um heilsugæslustöð innan þessa svæðis gátu þá sparað sér 2–3 mínútur í ferðatíma á bil (Vårdanalys 2012:1, Konkurrensverket 2012:1).

- Fólk sem býr í stærri sveitarfélögum á kost á meiri heilbrigðisþjónustu en fólk í dreifbýli þegar kemur að meðhöndlun ýmissa sjúkdóma, svo sem heilablóðfalls, sykursýki, MS og Parkinsonssjúkdóms (Socialstyrelsen 2020).
- Mörg sem bjuggu mjög langt frá heilsugæslustöð þurftu að fara enn lengra en áður til næstu heilsugæslustöðvar. Samkvæmt athugun Ríkisendurskoðunar (2014) á afleiðingum frelsis til að setja á stofn heilbrigðisþjónustu þurftu 260.000 íbúar, á samanlagt 196 svæðum, að leita enn lengra en áður til næstu heilsugæslustöðvar. Mestur samdráttur í heilbrigðisþjónustu hefur orðið á svæðum þar sem íbúarnir eru tekjulágir og með mikla þörf fyrir umönnun (Riksrevisionens rapport 2014:22).

Færni framboði á landsbyggð/strjálbýli er minna.

Vegna offramboðs heilsugæslustöðva og stofa sérfræðilækna í eftirsóttum stórborgarhverfum er enn erfiðara að fá lækna og annað hæft starfsfólk til starfa í strjálbýli. Þetta eykur samtímis þörfina fyrir verktökulækna á þessum svæðum. Það hamlar samfellu í þjónustunni og eykur verulega kostnað íbúa á afskiptum landsbyggðarsvæðum. Á sama tíma dreifast sérfræðistofurnar mjög ójafnt um landið með mikilli samþjöppun miðsvæðis í helstu borgum landsins og í auðugustu hverfunum. Rannsóknin Góð og nán umönnun (God och nära vård) leggur einnig áherslu á að heilbrigðisþjónusta sé í dag „ójafnt skipt yfir landið, með óhóflegu framboði í stærri borgum og minna framboði á strjálbýlum svæðum þar sem er mikil óuppfyllt þjónustupörf“ (SOU 2020:19, s. 332).

Þessi landfræðilegi munur á aðgangi og gæðum heilbrigðisþjónustu endurspeglar mismunandi traust til þjónustunnar á hinum ýmsum stöðum landsins. Mesta traustið samkvæmt SKR: Hälso- och sjukvårdsrapport 2019 – Vården i siffror reyndist vera í Jönköping, Kalmar og Halland meðan minnsta traustið reyndist í Norrbotten, Västernorrland og Gälveborg.

„Flokkur okkar stendur þétt að baki kröfu íbúa dreifbýlisins um betri og aðgengilegri grunnþjónustu – en auðvitað aðeins ef það er arðbært fyrir heilbrigðisfyrirtækin.“

GD

Lágtekjuhverfi í þéttbýli eru afskipt

Um langt skeið hefur ríkt mjög ójöfn dreifing heilsugæslustöðva og stofa sérfræðilækna milli hátekju- og lágtekjuhverfa í borgunum. Ef gengið er út frá verulega meiri þörf fyrir þjónustu í lágtekjuhverfunum væru mun fleiri heilsugæslustöðvar/heimilislæknar á þessum svæðum á hverja 10.000 íbúa samanborið við hátekjuhverfin. Sjúkdómabyrðin er til dæmis 3–4 sinnum meiri í úthverfum þar sem fólk í viðkvæmri félagslegri stöðu býr, eins og Norður Botkyrka og Rynkeby í Stokkhólmi, borið saman við hátekjuhverfi svo sem Östermalm. Í raun og veru eru fleiri læknar á hverja 10.000 íbúa í auðugri hverfum stórborganna en í lágtekjuhverfunum.



Frelsi til að stofna einkarekin heilbrigðisfyrirtæki og velja þeim staðsetningu hefur aukið þennan mun milli þéttbýlla hátekju- og lágtekjuhverfa enn frekar. „Markaðskraftarnir leiða til lítils framboðs á svæðum þar sem þörf fyrir heilbrigðisþjónustu er mikil“ (SOU 2019:42, s. 207). Fjöldmargar úttektir hafa sýnt fram á þennan vaxandi mun á aðgangi að góðri þjónustu:

- Nýjum heilsugæslustöðvum hefur í vaxandi mæli verið komið á fót á svæðum þar sem þörfin er minni og íbúarnir félags- og efnahagslega sterkari en gengur og gerist (Riksrevisionens rapport 2014:22, sjá einnig SOU 2017:56).
- Við greiningu á þremur umdæmisþingum kom í ljós að lítið samhengi var á milli þarfar til að styrkja grunnþjónustu og staðsetningar nýrra heilsugæslustöðva frá því að lögin um frelsi til að stofnsetja heilbrigðisfyrirtæki tóku gildi 2010. Aftur á móti var mikið samhengi milli fjölda nýrra heilsugæslustöðva og svæða með háar meðaltekjur (Riksrevisionens rapport 2014:22).

Á Stokkhólmsvæðinu jukust áhrif þessarar mismununar vegna þess að um leið og frelsið til að stofna heilbrigðisfyrirtæki var innleitt afnam hinn borgaralegi meirihluti umdæmisþingsins þau aukalegu framlög sem áður runnu til heilsugæslustöðva á félagslega viðkvæmum svæðum.

Á forsendum þessa frjálsræðis færðust í kjölfarið hundrað milljónir sænskra króna árlega frá lág- og meðaltekjuhverfum í Stokkhólmi til hátekjuhverfa (úttektir á Vårdval Stockholm eftir Rehnberg o.fl. 2010 & Dahlgren o.fl. 2013).

Einnig eru til rannsóknir sem sýna að einkaaðilar forðast að staðsetja rekstur sinn, fjármagnaðan með opinberu fé, á svæðum þar sem fjöldi eldri borgara eða einstæðra foreldra býr (Isaksson o.fl. 2015).

Aðgerðaáætlun:

Koma aftur á eftirliti sem getur stjórnað því að heilsugæslustöðvar, reknar fyrir opinbert fé, verði í samræmi við kröfu heilbrigðislöggjafarinnar, staðsettar þar sem þörfin er mest.

Svíþjóð er í dag eina landið í Vestur-Evrópu með heilbrigðisþjónustu, fjármagnaða af hinu opinbera, sem lýtur ekki stofnanastýringu. Í Svíþjóð hafa einkaaðilar „meira frelsi en tíðkast í öðrum löndum til að ákveða hvar setja meggi á fót heilbrigðisþjónustu“ (Vårdanalys PM 2017:1, s. 8).

Afnema ákvæði LOV-laganna um frjálst val heilbrigðisþjónustu – efla óhagnaðardrífna heilbrigðisþjónustu

Bakgrunnur:

Lögin um valfrjálst kerfi (LOV), sem tóku gildi 2010, eru meðal yfirgripsmestu umbreytinga sem gerðar hafa verið á opinbera heilbrigðiskerfinu frá svokallaðri sjö króna breytingu (s. Sjúkronorsreformen, sjá nánar í formála) sem átti sér stað í byrjun áttunda áratugar síðustu aldar. LOV felur í sér að öll einkarekin, hagnaðardrífna umönnunarþjónusta sem uppfyllir ákveðnar kröfur hafi forgang um ótímabundið – stöðugt – opinbert fjárframlag til starfsemi sinnar. Verðsamkeppni milli þjónustuaðila er skipt út fyrir gæðasamkeppni sem í reynd er miklu takmarkaðri vegna þess að venjulega er mikill skortur á upplýsingum um fagleg gæði heilbrigðisþjónustu. Auk þess er ólíklegt að val fólks á heimilislækni geti nokkurn tímann byggst á gæðamati á einstökum læknum. Gæðasamkeppni takmarkast enn frekar af því að flest fólk velur þá heilsugæslustöð sem er næst heimili þess og skiptir sjaldan um heilsugæslustöð nema við flutninga.

Innan grunnþjónustunnar verða öll umdæmi að nota LOV óháð vilja stjórn-málaráðgjafa í umdæminu. Það felur í sér að einkafyrirtæki fá alltaf forgang umfram opinberu heilbrigðisþjónustuna við uppbyggingu grunnþjónustunnar. Frelsi til að stofna heilbrigðisfyrirtæki, sem litið er á sem hluta valfrjálsa kerfisins, þýðir í reynd að einkarekin heilbrigðisþjónusta, fjármögnuð með almannafé, eflist á arðbærum þéttbýlissvæðum á sama tíma og dregið er úr möguleikum til að styrkja opinbera heilbrigðisþjónustu á svæðum þar sem þörfin er mest.

**„En fólki líkar ekki þvingandi einkavæðingarlöggjöf.“
„Ekkert vandamál ef löggjöfin er kölluð
lögin um valfrjálst kerfi.“**

GD

Það er ástæða til þess að leggja áherslu á að lögin um valfrjálst kerfi – þrátt fyrir nafngiftina – hafa ekki áhrif á réttinn til að velja heilbrigðisþjónustu. Frelsi til að velja sér heilbrigðisþjónustu hefur verið til frá því í lok tíunda áratugarins og þessi réttur, til að velja sér þjónustuaðila, hélst óbreyttur eftir innleiðingu frelsis-ins til að setja á fót heilbrigðisfyrirtæki. Í daglegu tali felur „aukið valfrelsi“ alltaf í sér aukna opinbera fjárveitingu til hagnaðardrífinnar starfsemi. Aukið framboð opinberrar heilbrigðisþjónustu er aftur á móti ekki talið auka valfrelsið. Í þessari orðræðu um einkarekna umönnun, fjármagnaða með skattfé, er látið eins og um sé að ræða „fullt valfrelsi“. Með notkun þessarar Orwelisku túlkunar (orðhengils-hætti) þýðir „fullt frelsi“ hið sama og „fleiri einkareknar heilbrigðisstofnanir fjármagnaðar með opinberu fé“. Í staðinn fyrir „aukna einkavæðingu“ sem mörgum hugnast ekki er talað um „aukið valfrelsi“ sem verður ekki mótmælt. Þar að auki er hægt að halda því fram að þau sem eru á móti „hagnaðardrífinni einkavæðingu heilbrigðisþjónustu, sem rekin er fyrir opinbert fé“, séu á móti „valfrelsi í þjónustunni“. Frá viðskiptasjónarmiði er auðvitað jákvætt að tala um aukið valfrelsi í staðinn fyrir aukna einkavæðingu.

Frá pólitísku sjónarhorni heilbrigðisstefnu er mikilvægt að aðgreina „réttinn til að velja umönnunaraðila“ frá „kröfunni um hagnaðardrífna einkarekna þjónustu, fjármagnaða með skattfé“. Þá fyrst er hægt að fullyrða að rétturinn til að velja þjónustuaðila sé mikilsverður með tilliti til gæða í heilbrigðiskerfi sem fjármagnað er með sköttum. Hin afgerandi spurning er svo hvort frjálst val þjónustu eigi að nota í þarfa-, hagnaðar- og arðsemisstýrðu heilbrigðiskerfi. Ef sett er sama sem merki á milli valfrelsis og hagnaðardrífins einkareksturs er umyrðalaust búið að gefa sér að rétturinn til þess að velja sé aðeins til staðar í hagnaðardrífna heilbrigðiskerfi. Þess vegna er mikilvægt að leggja áherslu á að hið frjálsa val á þjónustu geti einnig átt sér stað í sama mæli í þarfastýrðu heilbrigðiskerfi. Val kerfis og rekstrarforms á sér stað gegnum pólitískar kosningar, ekki gegnum val íbúanna á umönnunaraðilum. Frá þessu heilbrigðisþjónustu sjónarmiði væri réttara að kalla „löggjöfina um val á umönnunarþjónustu“ „lög um auknar opinberar fjárveitingar til hagnaðardrífins einkareksturs“.

Sænska löggjöfin um valfrelsi í heilbrigðisþjónustu er einstakt form sem ætlað er að tryggja aukna opinbera fjármögnun hagnaðardrífinnar þjónustu. Svipaða löggjöf, um aukna opinbera fjármögnun einkavæðingar, er varla að finna í nokkru öðru evrópsku heilbrigðiskerfi sem rekið er fyrir almannafé.

Þrátt fyrir að hvorki alþjóðleg né sænsk reynsla lægi fyrir voru þessar víðtæku breytingar á opinberri þjónustu keyrðar í gang, nánast án greiningar á líklegum áhrifum séð frá sjónarhóli sjúklinga og íbúa. LOV eru að mestu leyti viðskipta- og hugmyndafræðilegar breytingar og þess vegna ætti að vera afar mikilvægt að greina þessi áhrif frá sjónarhóli sjúklinga og íbúa.

Áhrif:

Mikilvægustu heilbrigðisþólitisku afleiðingar laganna um valfrelsi í heilsugæslu, þvingað LOV, eru:

- *Fleiri einkareknar hagnaðardrífna heilsugæslustöðvar, fjármagnaðar með almannafé.* Jákvæðu áhrifin af þessari styrkingu grunnþjónustunnar hafa samt sem áður verið takmörkuð vegna þess að frelsi markaðarins, til að setja upp nýja þjónustu hvar sem er, gerir það að verkum að þessar nýju heilsugæslustöðvar, fjármagnaðar með almannafé, eru sjaldan staðsettar þar sem þörfin fyrir sterka grunnþjónustu er mest (sjá tillögu 1).
- *Hagnaðarkrafan verður „stjórnæki“ fyrir þjónustu sem rekin er af einkafyrirtæki en fjármögnuð með almannafé.* Þetta er fullkomlega í samræmi við kröfu hlutafélagalaga um að ákjósanlegur hagnaður eigenda heilbrigðisfyrirtækis skuli alltaf vera yfirlýst markmið starfseminnar. „Arðbærir“ sjúklingar eru ákjósanlegri en, „óarðbærir“. Hvað telst nægjanleg arðsemi ræðst að hluta til af mati eigandans á hagnaðarhorfum innan mismunandi svæða starfseminnar og að hluta af umfangi endurgreiðslu til þjónustuveitanda. Með auknu valfrelsi eykst vægi hagnaðarsjónarmiða við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er af hinu opinbera.
- *Hagur sjúklinga með minni, frekar en meiri, umönnunarþörf batnar* þrátt fyrir að það stríði gegn kröfu heilbrigðisþjónustunnar um „að þau sem hafa mesta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu skuli alltaf njóta forgangs“ (HSL 3. kap. 1. §). Þetta eru ein alvarlegustu neikvæðu áhrifin af áframhaldandi hagnaðar- og arðsemisdrifnum kerfisbreytingum.

Rannsóknarskýrslur sýna meðal annars:

- að „neysla“ heilbrigðisþjónustu (heimsókn til lækni) eykst meðal almennra íbúa en minnkar meðal hópa í mikilli þörf fyrir þjónustu (Várdanalys 2013:1, Glenggård 2015 & Anell 2015),
- að umönnunarvalkostirnir koma fyrst og fremst þeim til góða sem eru með litla umönnunarþörf (SOU 2019:42, Várdanalys PM 2017:1 och rapport 2015:6),
- að heilbrigðisúrræðum er beint frá einstaklingum með mikla og flókna umönnunarþörf til einstaklinga með einföld úrlausnarefni sem oft er ekki þörf á að lækni meti (sjá m.a. Várdanalys remissvar på SOU 2019:42),
- að einstaklingar með einkasjúkratryggingu en minni umönnunarþörf geta fengið forgang – „gullkort“ – aðallega á heilsugæslustöðvum sem að stórum hluta eru fjármagnaðar með almannafé en reknar á einkarekstrarlegum forsendum (Várdanalys 2020:3). Í opinberum rekstri er ekki hægt að kaupa sér forgang gegnum einkasjúkra-tryggingu, sjá enn fremur tillögu 8 hér að neðan.

Í Stokkhólmsléni hefur á hinn bóginn komið í ljós, við mat á umönnunarvalkostum 2010 og 2013, að heimsóknum þeirra sem höfðu mesta þörf fyrir lækniþjónustu fjölgaði meira (Rehnberg o.fl. 2010, Dahlgren o.fl. 2013). Þetta vekur furðu vegna þess að í Stokkhólmi, öfugt við önnur umdæmisþing/svæði, er ekki veitt meira fé vegna umfangsmikillar félagslegrar umönnunarþarf. Það þýðir jú að lægri greiðslur fyrir þjónustu einstaklinga með mikla umönnunarþörf skýrast af betri nýtingu einmitt fyrir þennan hóp. Frekari rannsóknir eru nauðsynlegar til þess að skera úr um hvort þessi árangur sé afleiðing þarfastýrðrar starfsemi eða skýrist af skorti á öðrum valmöguleikum sem kallar á óþarflega margar heimsóknir til lækna vegna ákveðinnar þjónustuþarf.

Umönnunar- og velferðareftirlitið (IVO) hefur nýlega skilgreint þjónustu fyrir einstaklinga með mikla þjónustuþörf sem „þjóðfélagslegan áhættuþátt sem hafa eigi forgang í allri eftirlitsvinnu“ (SOU 2020:19 s. 380).

Hátekjufólk nýtur meiri ávinnings en lágtekjufólk.

Mat á því hvort þjónustan sé sambærileg verður að grundvallast á því hvort hún uppfylli ólíkar þarfir hinna ýmsu þjóðfélagsþópna um aðstoð.

Nokkrar rannsóknir benda til þess að aukin þjónustunotkun sé tengd umönnun hátekjufólks fremur en lágtekjufólks. Í rannsókn á vegum ríkisins, Góð og náin umönnun (God och nära vård – SOU 2020:19, s. 199), komu fram eftirfarandi staðreyndir. „Nokkrar rannsóknir hafa sýnt fram á að innleiðing umönnunarvalkosta hafi komið félags- og efnahagslega sterkum hópum betur en þeim sem standa höllum fæti. Þetta mat grundvallast meðal annars á rannsóknarsamantekt frá 2017 sem innihélt „sex vísindarannsóknir og níu opinberar skýrslur“. Niðurstaða þessarar samantektar (Burström, o.fl. 2017) var „að fyrirbyggjandi mat sýni að innleiðing umönnunarvalkosta hafi fyrst og fremst komið þeim til góða sem búa við meiri velsæld og minni umönnunarþörf, jafnvel þótt áhrifin væru hlutfallslega lítil“ (SOU 2020:19, s. 299).

Ítarleg mynd af þessum vaxandi stéttamun á landsvísu er ekki til en rannsóknir á mismunandi umdæmisþingum og svæðum sýna að umönnunarvalkostir gagnast sérstaklega efnahagslega sterkum hópum (Várdanalys rapport 2015:6 respektive PM 2017:3).

LOV er ein stærsta hindrunin fyrir jafnri umönnun. Í vinnu með skýrsluna Arbetssätt för jämlik vård hefur Félags- og heilbrigðisstofnunin staðið fyrir námskeiðum og umræðufundum með fulltrúum frá níu svæðum. Þau sem tóku þátt voru einstaklingar í leiðandi stjórnunarstöðum umönnunarþjónustu (stjórnendur fyrirtækja, deildarstjórar og einstaklingar sem gegndu lykilhlutverki

við starfspróun). Í þessu verkefni tóku einnig þátt fulltrúar frá bráðadeildum sem og ýmsum öðrum opnum og lokuðum (sjúkrahús) umönnunardeildum að meðtalinni heilsugæslunni. Varðandi spurninguna um hverjar væru aðalástæður og áskoranir þessa ójafnræðis í heilbrigðisþjónustu var LOV tilgreint sem ein stærsta hindrunin fyrir jöfnuði. (Socialstyrelsen 2020).

Auk þessara meðferðartengdu áhrifa felur þvingað LOV innan heilsugæslunnar í sér að lýðræði sveitarstjórnarstigsins veikist. Stjórnmalafólk sem ber ábyrgð á umdæmunum verður nú að forgangsraða auknum framlögum til hagnaðardrífna einkafyrirtækja, jafnvel þótt meirihluti umdæmisstjórnanna vilji forgangsraða uppbyggingu opinberrar heilbrigðisþjónustu þar sem þörfin er mest.

Aukinn einkarekstur heilbrigðisþjónustu, sem fjármögnuð er með skattfé, felur í sér að:

- möguleikar borgaranna til að kæra ákvarðanir minnka,
- tilkynninga- og tjáningarfrelsið er takmarkað,
- gagnsæi þjónustunnar er lítið vegna þess að mikilsverðar upplýsingar um starfsemi eru álitnar viðskiptaleyndarmál.

Frá lýðræðislegu sjónarmiði var innleiðing þvingaðs LOV ákveðin án þess að taka tillit til þessara alvarlegu annmarka samanborið við áframhaldandi opinberan rekstur. Síðar hafa verið gerðar ýmsar breytingar sem lítilla hafa dregið úr þessum mismun milli opinbers reksturs og einkareksturs í umönnunarþjónustu.

Aðgerðaáætlun:

Heilsugæslustöðvar fjármagnaðar með almannafé verða að vera í opinberum rekstri eða einkarekstri sem ekki er hagnaðardrífinn. Það ætti þó áfram að halda opnum möguleikum á að semja tímabundið við einkaaðila á viðskipta-grundvelli um starfrækslu heilbrigðisþjónustu, til dæmis í þeim tilgangi að stytta biðlista eða styrkja grunnþjónustu á landsbyggðarsvæðum og lágtekjuhverfum borga þar sem þjónustu vantar.

Afnema skal löggjöfina um valfrelsi innan heilsugæslunnar. Þannig er unnt að greina ákvörðun um nýja stofnun frá ákvörðun um að breyta rekstrarfyrirkomulagi einkarekinnar hagnaðardrífna heilsugæslustöðvar, sem þegar er í rekstri, yfir í að það verði rekin fyrir opinbert fé.

Hætt verði að setja á fót nýjar hagnaðardrífna heilbrigðisstofnanir, reknar fyrir almannafé, þegar LOV gildir ekki lengur.

Þegar leggja á niður starfsemi sem hefur verið í fullum rekstri samkvæmt LOV ætti að gera það í tveimur áföngum.

Fyrri áfanginn fæli í sér að umdæmisstjórnin, í tengslum við hið árlega mat á umönnunarvalkostum, setti tímamörk við opinbera fjármögnun, til dæmis þrjú ár. Þetta eru sambærileg tímamörk og alltaf eru sett inn í hefðbundna samningsgerð varðandi umönnunarþjónustu samkvæmt lögum um opinber innkaup (LOU). Samtímis eru einkafyrirtækin upplýst um að engin trygging sé fyrir áframhaldandi opinberri fjármögnun þegar umræddu tímabili lýkur. Síðari áfanginn varðar það sem þarf að gera við þessar einkareknu heilsugæslustöðvar, reknar fyrir almannafé, þegar samningstímabilinu er lokið. Umdæmisstjórnirnar geta þá tilkynnt að hin opinbera fjármögnun stöðvist. Það felur í sér að heilbrigðisfyrirtækin geta, ef þau óska þess, stofnsett nýja einkarekna heilsugæslustöð sem rekin yrði á venjulegum viðskiptalegum grundvelli.

Afnám LOV bannar þannig ekki rekstur einkarekinna heilsugæslustöðva – það er aftur á móti sjálfstæð ákvörðun að fjármagna ekki lengur þennan hagnaðardrífna einkarekstur með almannafé.

Umdæmisstjórnin verður samtímis að tryggja aukið framboð á heilsugæslustöðvum í eigin eða einka óhagnaðardrífna umboði. Í sumum tilvikum getur það gerst með því að taka yfir rekstur heilsugæslustöðva sem áður voru einkareknar. Í öðrum tilvikum má nýta þessa nýju fjármuni til þess að styrkja heilbrigðisþjónustu á afskiptum svæðum. Sé ekki unnt að tryggja óhagnaðardrífna starfsemi getur umdæmið samið um einkarekna þjónustu.

Meginmarkmið þessara umskipta, frá hagnaðardrífni þjónustu til þarfastýrðrar, er að þau leiði til betri og jafnari heilbrigðisþjónustu, einnig á breytingatímum.

TILLAGA 3

Afnema ákvæði LOV-laganna um frjálsan aðgang að sérfræðipjónustu – innkaup þjónustu verði í samræmi við lög um opinber innkaup (LOU)

Bakgrunnur:

Umdæmin geta sjálf tekið ákvarðanir um að bjóða upp á valfrelsi í sérfræðipjónustu. Víðast hvar er ákveðið að innleiða fáeina eða nokkra umönnunarvalkosti. Undantekning frá þeirri reglu er borgaralegi meirihlutinn í Stokkhólmi sem innleitt hefur um 40 umönnunarvalkosti.

Áhrif:

Reynslan frá Stokkhólmsléns umdæmisþingi (núna umdæmið Stokkhólmur) sýnir að innleiðing á valmöguleikum innan hinnar opnu sérfræðilæknisþjónustu hefur:

- *Stytt biðtíma fyrir fyrstu komu á stofur vissra sérfræðilækna á meðan biðtími eftir frekari meðferð er áfram langur.*
- *Stóraukið kostnað á þann hátt sem erfitt er fyrir stjórnmalafólk að hafa yfirsýn yfir. Það eru einkareknu þjónustuaðilarnir en ekki fjármálastjórnir/ umdæmin sem taka ákvörðun um umfang heilbrigðisþjónustunnar. Aðilar sem bjóða einkarekna heilbrigðisþjónustu vilja vitanlega auka tekjur sínar og þar með möguleikana á hagnaði. Tekjur þeirra eru útgjöld umdæmanna. Það er óvíst hvort unnt sé að hemja kostnaðinn með því að innleiða þak því að þjónustuaðilar geta auðveldlega sett á fót nýjar sérfræðistofur.*
- *Aukið landfræðilegan mun varðandi aðgang að heilsugæslu. Sérfræðilæknar hafa, í gegnum stofnanafrelsið, rétt til að setja á fót stofur sínar, fjármagnaðar með almannafé, á þeim stöðum sem leiða munu til mestrar arðsemi, sem aftur veldur auknum mun varðandi aðgang að hinum ýmsu sérfræðistofum, bæði milli stórborganna og annarra hluta landsins sem og milli hátekju- og lágtekjuhverfa borganna.*
- *Komið hátekjufólki frekar til góða en lágtekjufólki. Hátekjuhópar fremur en lágtekjuhópar nýta sér í vaxandi mæli sérfræðipjónustu (Vårdanalys PM 2017:3, SOU 2019:42, Svenskt Näringsliv 2016).*
- *„Opnað gullinn aðgang“ fyrir sjúklinga með einkasjúkratryggingar. Öfugt við óhagnaðardrífna sérfræðistofur, reknar af hinu opinbera, bjóða einkareknar hagnaðardrífna sérfræðistofur, fjármagnaðar með skattfé, upp á „gullinn aðgang“ fyrir þá sem hafa einkasjúkratryggingu eða geta greitt markaðsverð.*

- *Minnkað möguleikana á að efla menntun lækna og gera þeim kleift að stunda klínískar rannsóknir og lýðheilsurannsóknir. Sérstaklega á það við um Stokkhólm vegna aukinnar einkavæðingar opinberu sérfræðistofanna og þverrandi pólitísku áhuga. Margir umönnunaraðilar með einkarekstur hafa ekki getu til að halda úti starfi, sem þar að auki er oft ekki álitnið nógu arðbært. Þetta er í andstöðu við kröfu HSL um að í umdæminu skulu „vera möguleikar til þess að ráða lækna sem veita almenna læknisþjónustu“ og „sérfræðipjónustu“. Umdæmin skulu enn fremur samkvæmt HSL „taka þátt í fjármögnun, áætlanagerð og framkvæmd hluta klínískrar rannsóknarvinnu á heilsugæslu- og heilbrigðisþjónustu-sviðinu og hluta vísindalegra lýðheilsurannsókna“ (HSL 18. kap. 2. §).*

Aðgerðaáætlun:

Afnema skal umönnunarval innan almennu sérfræðipjónustunnar, styrkja opinberu sérfræðipjónustuna og auka innkaup í samræmi við reglur LOU. Vegna þess að stór hluti sérfræðipjónustunnar hefur lengi verið einkarekinn er hvorki mögulegt né fýsilegt að flytja allan rekstur þessara sérfræðistofa yfir til hins opinbera eða í óhagnaðardrífna átt. Innkaupum samkvæmt lögum um opinber innkaup (LOU) væri þá hægt að fylgja á sama hátt og á þeim svæðum sem kosið hafa að innleiða ekki stofnanafrelsi í sérfræðipjónustunni. Þetta felur í sér að núverandi frjáls (sjálfataka) aðgangur að opinberum sjóðum stöðvast og verður skipt út fyrir mat á þörfum íbúanna fyrir mismunandi gerðir opinna sérfræðipjónustu.

Til viðbótar við þessar aðgerðir ætti:

- *Að draga úr sjálfvirku kostnaðaraukningunni með því að setja kostnaðarþak og/eða takmörk á þjónustuna á aðlögunartímabili opinberra innkaupa og með auknum opinberum rekstri. Gegnum stofnanastýringu (sjá tillögu 1 að ofan) getur þjónustuveitandi hindrað aukið umfang starfseminnar með stofnun nýrra starfsstöðva þegar nægri þjónustugetu viðkomandi starfsstöðvar er náð. Landfræðileg staðsetning sérfræðistofanna verður að ráðast af besta mögulega aðgangi, mældum í ferðatíma og fjarlægð.*
- *Að láta almennu sérfræðipjónustuna þróast á svæðum þar sem hún hefur verið of lítil.*

Þetta getur gerst með því að innleiða stofnanastýringu sem takmarkar offramboð í vissum stórborgarhverfum. Samtímis þróast hin samræmda stafræna þjónusta líkt og samstarfið milli grunnþjónustu og sérfræðipjónustu.

TILLAGA 4

Afnema „netlækna“ sem þiggja laun af almannafé – þróa samræmda stafræna heilbrigðisþjónustu

Bakgrunnur:

Einkarekin heilbrigðisþjónusta, fjármögnuð með almannafé, getur í núverandi valkerfi gefið/selt réttinn til opinberrar fjármögnunar til sjálfstæðra heilbrigðisfyrirtækja sem stunda fjarlækningar (einnig stundum kallað stafræn þjónusta eða netlækningar). Þetta getur átt sér stað án samskipta og samþykktar fjármögnunaraðilans, þ.e.a.s. þess stjórnmalafólks sem ber ábyrgð á heilbrigðisþjónustu í viðkomandi umdæmi. Þessi skuldbindingarlausu forgangsröðun opinberrar fjármögnunar, til sjálfstæðrar starfsemi netlækna, hefur leitt til mikillar fjölgunar fyrirtækja sjálfstætt starfandi netlækna á undanförunum árum.

Áhrif:

- *Minni framlög til venjulegrar grunnþjónustu með því að færa fjárfraumlög frá heilsugæslustöðvum og annarri grunnþjónustustarfsemi.* Samtímis eru fáir læknar nýttir til ráðgjafar í einföldum veikindatilfellum sem hæfir hjúkrunarfræðingar gætu sinnt í mörgum tilvikum. Hin mikla fjölgun sjálfstætt starfandi netlækna „felur í sér að læknishjálpar flyst frá einstaklingum með mikla og flókna þjónustupörf til fólks með einföld óþægindi sem oft krefjast ekki læknishjálpar“ (Várdanals remissvar þá SOU 2019:42). Sjúklingar sjálfstætt starfandi netlækna eru venjulega einstaklingar undir fimmtugu sem búa á stórborgarsvæðum þar sem framboð er mikið af heilsugæslustöðvum og sérfræðilæknum.
- *Efasemdir um öryggi sjúklinga.* Varðandi heilbrigðisþjónustu og ávísun á lyf, sem nær undantekningarlaust á sér stað stafrænt án þess að sjúklingur komi í skoðun, hafa vaknað efasemdir um öryggi sjúklinga. Mörg umdæmi hafa heldur ekki samning við netlæknaþyrirtækina og geta þess vegna ekki fylgt eftir gæðamati á starfseminni. Umönnunar- og velferðareftirlitið (IVO) hefur þess vegna talið að þyrirtæki sjálfstætt starfandi netlækna kalli á sérstakt eftirlit.
- *Siðlausar auglýsingaherferðir.* Afar umfangsmiklar auglýsingaherferðir stafrænu heilbrigðisþyrirtækjanna hafa verðið gagnrýndar þar sem þær eru í andstöðu við siðferðileg viðmið Læknafélagsins. Það eru þess vegna góð rök fyrir því að rannsaka og endurskoða þessa óheftu forgangsröðun opinberrar fjármögnunar til þyrirtækja sjálfstætt starfandi netlækna. Samtímis er þörf fyrir öflugna stafræna þjónustu sem er hluti meðferðar á heilsugæslustöðvum, stofum sérfræðilækna og sjúkrahúsum.



- *Betri neyðarviðbúnaður*. Á meðan kórónafaraldurinn gekk yfir óttaðist fólk mjög að smitast við heimsókn á heilsugæslustöð og þá sönnuðu stafrænu samskiptin gildi sitt. Þetta endurspeglast í auknum stafrænum samskiptum, bæði við heilsugæslustöðvar, heilbrigðisupplýsingasíma (1177) sem og sjálfstætt starfandi netlækna. Kórónaveirufaraldurinn hefur verið, og er enn, drifkraftur þeirrar hröðu þróunar sem á sér stað í samþættingu stafrænnar þjónustu og komu á læknavakt.

Aðgerðaáætlun:

Hætta núverandi forgangs röðun með ótakmörkuðum opinberum fjárveitingum í þágu einkarekinnar, hagnaðardriffinna starfsemi netlækna.

Ákveða að einungis sú stafræna starfsemi sem samtvinnuð er venjubundnum læknisheimsóknum verði greidd af opinberu fé. Með öðrum orðum þá þarf að vera fast samband milli komu sjúklinga til lækna og þeirrar stafrænu starfsemi sem greidd er af skattpeningum.

Þá þarf að tryggja, í regluverki umönnunarkerfisins, að eigendur einkarekinna heilsugæslustöðva geti ekki, eins og staðan er í dag, gefið eða selt réttinn til opinberra fjármögnunar áfram til sjálfstæðra stafrænna heilbrigðisfyrirtækja. Sérhverri ákvörðun um opinbera fjármögnun stafræns heilbrigðisfyrirtækis verður að stjórnari í samráði við þann aðila sem ábyrgur er fyrir útgjöldum til heilbrigðismála í viðkomandi umdæmi. Þetta ætti til dæmis einnig að gilda þegar lyfjabúð kaupir upp sjálfstæðan stafrænan umönnunaraðila. Í slíku tilviki yrði ríkið auk þess að ákveða hvort leyfilegt sé að sami eigandi gefi út lyfseðil og selji lyfið.

Það fjármagn sem losnar við að draga saman hina opinberu fjármögnun frjálsra netfyrirtækja ætti að nýta til hraðvirkari þróunar stafrænnar starfsemi innan hins gamalgróna heilbrigðiskerfis sem fjármagnað er með opinberu fé. Enn fremur ætti að gefa leiðbeiningar á landsvísi um hvaða þjónustu er hægt að veita sjúklingum án þess að þeir þarfnist heimsóknar til læknis eða hjúkrunarfræðings. Þær leiðbeiningar skulu uppfylla kröfur um öryggi sjúklinga. Jafnframt verður að stjórna hvaða lyf, vottorð og tilvísanir í sérfræðiþjónustu er leyfilegt að gefa út án þess að hitta eða skoða sjúkling. Þak á fjárframlög til stafrænu starfseminnar getur einnig nýst til þess að tryggja að sjúklingar með litla umönnunarpörf séu ekki teknir fram fyrir sjúklinga með meiri umönnunarpörf sem krefst komu á stofu og venjubundinn rannsóknar læknis eða hjúkrunarfræðings.

TILLAGA 5

Breyta ákvæðum laga um einkavæðingu sjúkrahúsa – þar sem dregið verði úr einkavæðingu með innleiðingu sólarlagsákvæðis

Bakgrunnur:

Stór og í tímans rás stöðugur meirihluti þjóðarinnar hefur talið að sjúkrahúsin, sem fjármögnuð eru með skattgreiðslum, eigi ekki að einkavæða með það að markmiði að skila eigendum sínum sem mestum hagnaði. Þessi skoðun byggist trúlega á því mati að einkarekin hagnaðardriffin sjúkrahús geti stuðlað að auknu ójafnræði innan heilbrigðiskerfisins, jafnvel einnig þess opinbera. Borgaralegi meirihlutinn í umdæmisþingi Stokkhólmslens var þó ekki þessarar skoðunar og færði seint á tíunda áratug síðustu aldar rekstur St. Görans sjúkrahússins, sem rekið var fyrir opinbert fé, í hendur einkaaðila. Þetta leiddi til þess að ríkisstjórn sósíaldemókrata ákvað að lögleiða rétt einkarekinna gróðafyrirtækja til að taka yfir rekstur opinberra neyðarsjúkrahúsa, fyrst með tímabundnum en síðar ótímabundnum sólarlagsákvæðum. Þegar borgaralegu flokkarnir mynduðu ríkisstjórn árið 2006 var sólarlagsákvæðunum skipt út fyrir svokölluð „upphafslög“ (s. startlag) (Prop. 2006/07: 52).

Áhrif:

„Upphafslög“ um einkavæðingu opinberra sjúkrahúsa fela í sér:

- Að hægt er að afhenda rekstur allra opinberra sjúkrahúsa, þar með talið háskólasjúkrahúsa, hagnaðardriffinum heilbrigðisfyrirtækjum, á meðan opinberri fjármögnun starfseminnar er haldið áfram. Meginmarkmið þessara sjúkrahúsa er samkvæmt sænsku hlutafélagalögunum og kröfum áhættufjárfesta góður hagnaður fyrir eigendurna.
- Að sjúklingar með einkasjúkratryggingu geta fengið hraðari og betri meðferð á sjúkrahúsum sem aðallega eru fjármögnuð af hinu opinbera en rekin af einkaaðilum. Með heilbrigðisþjónustu sem í grunninn er fjármögnuð af hinu opinbera leiða þessi einkareknu heilbrigðisfyrirtæki til þess að þjónustan verður sífellt sundurlausari og meira um ójöfnuð.
- Þrátt fyrir yfirlýstan vilja borgaralegra flokka til að einkavæða bráðasjúkrahús hefur, líklega vegna skoðanaágreinings, einkavæðing opinberra sjúkrahúsa verið framkvæmd í mjög takmörkuðum mæli síðan lögin (upphafslögin) voru sett árið 2007.

„Spurningin er hvort sjúkrahús eigi að vera
eða ekki vera verslunarvara“
Sænsku trúðarnir

Aðgerðaáætlun:

- Innleiðing löggjafar, sbr. svokölluð stöðvunarlög (s. stopplag) sem sett voru af ríkisstjórn jafnaðarmanna í byrjun aldarinnar, sem hefði það í för með sér að ekki sé heimilt að reka fyrir opinbert fé sjúkrahús sem skila hagnaði til einkaaðila.
- Núverandi einkarekin sjúkrahús, fjármögnuð með skattfé, verði að geta sinnt verkefnum sínum í samræmi við gerða samninga. Þegar þessi samningstími rennur út ætti að reka viðkomandi sjúkrahús undir stjórn opinberra aðila eða sem sjálfseignarstofnanir.
- Frá alþjóðlegu sjónarhorni má meðal annars benda á þá staðreynd að í Skotlandi tókst snemma í byrjun aldarinnar, með mjög jákvæðum árangri, að færa einkarekin hagnaðardrífni sjúkrahús aftur í opinberan rekstur. Í Hollandi hafa löngum verið, óháð pólitískum meirihluta, lög sem banna rekstur sjúkrahúsa í ágóðaskyni.

TILLAGA 6

Afnema markaðsvæðingu heilbrigðiskerfisins
– þróa þarfastýrða heilbrigðisþjónustu

Bakgrunnur:

Stjórnun heilbrigðisþjónustu ætti bæði að fjalla um hverjir stjórna og stjórnunarleiðir. Spurninguna hver stjórnar, þ.e. hefur raunveruleg völd í heilbrigðisþjónustunni, ber furðu sjaldan á góma í opinberum skýrslum og greiningum sem fjalla um stjórn heilbrigðismála.

Í umræðu um mismunandi stjórnunarleiðir er oft byrjað, án frekari greininga, á markaðsmiðaðri nálgun þar sem bæði opinberar og einkareknar stofnanir selja þjónustu á samkeppnishæfum samanburðarmarkaði. Reksturinn er fjármagnaður með tekjum af þessari sölu. Þetta kallar á arðsemiskröfu þrátt fyrir að opinber þjónusta hafi ekki hagnaðarvon að markmiði.

Valdauppbygging heilbrigðiskerfisins

Sú markaðsvæðing heilbrigðisþjónustunnar sem átt hefur sér stað undanfarin ár hefur verulega breytt valdahlutföllum, þ.e. hvers stjórn heilbrigðisþjónusta sem fjármögnuð er af hinu opinbera lúti í raun.

Þróun síðustu tíu ára má draga saman í eftirfarandi:

- *Dregið hefur verið úr lýðræðislegri stjórnun heilbrigðismála.* Dregið hefur úr tækifærum almennings og stjórnmalafólks, sem bera á ábyrgð á málaflökknum, til að hafa áhrif á umfang og dreifingu skatttekna til fjármögnunar heilbrigðisþjónustu. Lýðræðisleg ákvörðunarferli eru jafnvel stundum talin vandamál frekar en lausn.
- *Vald viðskiptahugmyndafræði, yfir umfangi og dreifingu heilbrigðisþjónustu sem rekin er af opinberum aðilum, hefur aukist.* „Á þeim tæpu 20 árum sem liðin eru síðan áhugi á hagnaðardrífnum rekstri var leystur úr læðingi í sænska velferðarkerfinu hefur orðið til flækjustig, sem enginn virðist ráða við, þar sem almannahagsmunir hafa vikið samfara auknum áhrifum hagnaðardrífins reksturs á velferð almennings“ (Göran Rosenberg í Expressen 2013-05-04).

Á sama tíma hafa hagsmunaaðilar í viðskiptalífinu öðlast „vald yfir tungumálinu“ í umræðu um heilbrigðisstefnuna. Áður hefur verið nefnt hvernig orðið „valfrelsi“ hefur komið í stað orðsins „einkavæðing“. „Normalisering“ á óvenjulegri markaðsvæðingu heilbrigðisþjónustu, sem rekin er af hinu opinbera, á sér stað að miklu leyti með því að nota orðfæri markaðarins fremur en heilbrigðisþjónustunnar. Eitt dæmi er að lækna og heilsugæslustöðvar eru nú sagðar „framleiða“ og „skila“ þjónustu til „viðskiptavina“ sinna. Þessir viðskiptavinir „neyta“ þjónustunnar. Þetta markaðstungumál kemur í stað sameiginlegs daglegs máls þar sem „heilsugæslustöðvar og lækna veita sjúklingum sínum heilbrigðisþjónustu og lækna þá“.

Þá er forðast að nota orð eða hugtök sem hægt er að líta á sem neikvæð eða „dauf“. Það er hvorki talað né skrifað um „hagnaðardrifna einkaþjónustu“ þrátt fyrir þá staðreynd að „for profit private care“ er hið augljósa og óumdeilda hugtak á alþjóðavettvangi fyrir þetta rekstrarform. Í staðinn eru orð eins og „fjölbreytni“, „önnur rekstrarform“ eða „sjálfstæðir framleiðendur“ notuð. Orðum eins og „ákjósanlegur hagnaður“, „hagnaðardrifin þjónusta“ og „græðgi“ er oft eytt alveg, jafnvel í opinberum greiningum og skýrslum.

Algeng aðferð er einnig að rugla sjónarhornum. Til dæmis í umræðu um driffjaðrir einkavæðingar, þar sem talað er um athafnakonur sem hafa brennandi áhuga á að bæta heilbrigðisþjónustu, frekar en stóru áhættufjárfestingarfyrirtækin sem með hagnað í huga vilja kaupa og selja umönnunarfyrirtæki sem rekin eru fyrir almannafé. Til varnar sameiginlegu heilbrigðiskerfi verðum við að endurheimta skýrt tungumál þar sem „nagli er nagli“ og byggist á daglegu málfari heilbrigðisstarfsfólks og landsmanna.

- *Dregið hefur úr völdum lækna með kröfum um arðsemi* sem og með skriffræði og ítarlegu eftirliti. Á sama tíma hefur utanaðkomandi ráðgjöf orðið æ mikilvægari, sérstaklega þegar hún tengist viðskiptahagsmunum. Í kórónafaraldrinum endurheimtu þó lækna, hjúkrunarfræðingar og aðrir fagaðilar eitthvað af töpuðu faglegu valdi sínu þegar í ljós kom að einkavæðing, utanaðkomandi ráðgjöf og úrræði markaðarins gátu ekki mætt þeim bráðu vandamálum sem upp komu (sjá nánar í kaflanum um heilsufarsáhrif kórónafaraldursins).
- *Vald og möguleikar fjársterkra aðila og sjúklinga til að hafa áhrif á heilbrigðisþjónustu hefur aukist á sama tíma og dregið hefur úr áhrifum annarra hópa og sjúklinga sem minna hafa milli handanna.* Algeng rök fyrir markaðslausnum eru að þær gefi borgurinum tækifæri til að „kjósa með fótunum“. Þessir möguleikar eru þó mjög takmarkaðir í heilbrigðiskerfi þar sem til dæmis valdið til að ákveða hvar nýjar heilsugæslustöðvar, reknar fyrir opinbert fé, eigi að vera staðsettar hefur verið fært frá lýðræðislega kjörnum fulltrúum til stjórnna heilbrigðisfyrirtækja. Í greiningu á markaðsvæðingu heilbrigðiskerfisins er því mikilvægt að átta sig á að afnám hafta og einkavæðing þýðir að „valdið færir til hagnaðardrifinna einkafyrirtækja“. Þessi „valdaskipti eru oft samningsbundin og getur því tekið mörg ár að breyta þeim“. Það er löngu orðið tímabært að setja spurningarmerki við þessa þróun í grundvallaratriðum og átta sig á að það er kominn tími til að ríkið og hagsmunir almennings öðlist aftur völd og áhrif. Eins og Peter Hultqvist skrifar: „Við verðum að styrkja lýðræðið í sveitarfélögum, umdæmum og ríki – ekki veikja það“ (Hultqvist 2020, s. 128–129).

„En hvert skal leita til að fá heilsugæslustöð í okkar viðkvæma hérað“?

GD

Hagnaður og arðsemi

Markmið allra einkahlutafélaga er samkvæmt sænsku hlutafélagalögnum ákjósanlegur hagnaður fyrir eigendurna, óháð því hvort þau selja læknishjálp eða bíla. Ef um er að ræða hlutafélag í eigu ríkisins gilda sömu eða jafnvel meiri arðsemiskröfur. Arðsemi er að verða æ mikilvægara markmið í hinni opinberu heilbrigðisþjónustu. Drifkrafturinn að baki þessari markaðsvæðingu opinberrar heilbrigðisþjónustu er svokölluð „new public management“ (NPM)-hugmyndafræði sem þýðir að jafnvel heilsugæslustöðvar og stofur sérfræðilækna, reknar af hinu opinbera, verða í auknum mæli að starfa sem fyrirtæki á samkeppnismarkaði. Þetta þýðir að hugtökin hagnaðarrekstur og arðsemiskrafa eru nú sífellt mikilvægari í allri heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er af hinu opinbera. Viðskiptasjónarmið ráða för og byrgja sýn. Þetta þýðir ekki að núverandi markaðsvæðing leitist ekki við að veita sem besta heilbrigðisþjónustu, en forsenda markaðsvæðingar er að þjónustan sé arðbær.

Þetta er í grundvallaratriðum önnur nálgun en opinber þjónusta sem byggist á fjárlögum, þar sem leitast er við að veita sem besta þjónustu innan tiltekins fjárhagsramma, án þess að gerðar séu kröfur um arðsemi. Þrátt fyrir að hagnaður og arðsemi gegni algjöru aðalhlutverki í hinu nýja markaðsvædda heilbrigðiskerfi er varla minnst á þessa ráðandi drifkrafta í greiningum og skýrslum um heilbrigðismál. Þetta er alvarlegur annmarki og enn eitt merki um þá blindu sem einkennir heilbrigðisstefnu dagsins í dag.

Greiðsluþáttökukerfi

Í markaðsvæddri heilbrigðisþjónustu sem styrkt er af almannafé er lögð mikil áhersla á innleiðingu greiðsluþáttöku hins opinbera til framkvæmda aðila. Algjörlega ráðandi fjármögnunarlíkan í grunnheilbrigðisþjónustu er að meginhluti greiðsluþáttöku sé vegin greiðsla á hvern skráðan sjúkling. Auk aldurs er möguleikinn á greiðsluþáttöku veginn með hliðsjón af félagslegum og efnahagslegum þáttum og/eða umönnunarpörf (CNI- og ACG-vigtun). Að auki er í mörgum umdæmum greidd ákveðin hlutdeild í hverri heimsókn. Í öllum umdæmum nema Stokkhólmi er þessi heimsóknargreiðsla tiltölulega lítil hluti af heildarframlaginu. Í Stokkhólmi er þessi greiðsla vegna heimsóknna aftur á móti 40% af heildarframlaginu. Að lokum leggja sum umdæmin einnig til ákveðna hlutdeild sem jafnast á við 2–3% af heildarframlagi hins opinbera.

Áhrif:

- *Dregið er úr faglegum áhrifum á rekstur.* Kröfur um hagnað og arðsemi þýða allt of oft að lækna og annað heilbrigðisstarfsfólk getur átt erfitt með að forgangsraða mikilvægari en óarðbærari aðgerðum. Þetta þýðir minni möguleika til að standa vörð um heilbrigðisþjónustu sem byggist á þörfum sjúklinga. Jafnframt hefur reynslan sýnt að hætta er á að kröfur um arðsemi dragi úr áherslu á raunveruleg markmið heilbrigðisþjónustunnar.
- *Fjárhagslegir hvatar – frekar en faglegt mat – verða sífellt mikilvægari stjórnæki.* Opinberri þjónustu sem rekin er fyrir almannafer er í auknum mæli stjórnað á forsendum fyrirtækja.
- *Sjúklingar verða viðskiptavinir á heilbrigðismarkaði.* Frá sjónarhóli hins frjálsa markaðar er mikilvægt að skilgreina sjúklinga sem viðskiptavini á markaði. Það gefur til kynna auknið vald sjúklinga þegar þeir kaupa sjálfir með skattfé þá þjónustu sem þeir þurfa. Peningarnir fylgja jú sjúklingnum og vali hans á þjónustuaðila. Frá sjónarhóli sjúklinga er veruleikinn þó venjulega annar. Fáir sjúklingar fara til læknis til að kaupa ákveðna tegund heilbrigðisþjónustu. Fólk leitar til læknis eða hjúkrunarfræðings til að fá faglegt mat á hvaða heilbrigðisþjónustu það þarf. Almennungur veit ekki hvað mismunandi lækniáðgerðir kosta eða upphæð „fjármuna“ sem fylgja vali á umönnunaraðila. Þetta er varla ástand sem lýsir sterkri stöðu viðskiptavinarins/sjúklingsins á nýjum heilbrigðismarkaði. Það er erfitt að upplifa sig útsjónarsaman viðskiptavin ef fólk veit ekki hvað það á að kaupa, hvað þjónustan kostar eða hversu mikið fé það hafi til ráðstöfunar. Umönnunaraðillinn veit hins vegar hvaða meðferð sjúklingurinn ætti að kaupa, hvað hún kostar og hvað hann fær greitt. Þetta þýðir auknið vald söluaðilans.
- *Samskipti þeirra stjórnmalamanna sem eiga að bera ábyrgð og hinna ýmsu faghópa verða erfiðari.* Í stað umræðu koma skriflegir samningar. Spenna eykst milli stjórnmalafólks og framkvæmdaaðila. Utanaðkomandi ráðgjafar verða oft útréttur armur stjórnmalafólks í stjórnnum stofnana, oft án náins samráðs við það heilbrigðisstarfsfólk sem ber ábyrgð á faglegu starfi. Þegar vandamálin koma upp er tilhneiging stjórnmalafólks, sem á að bera ábyrgð, að kenna framkvæmdaaðilum um. Þeir hafi ekki fylgt samningum. Ekki má efast um stefnuna. Samningurinn við

framkvæmdaaðila stendur alltaf, jafnvel þótt heilbrigðisstarfsfólk telji hann óraunhæfan og muni leiða til óreiðu.

- *Dregur úr möguleikum samræmingar og samvinnu.* Kröfur um samkeppni flækja algerlega nauðsynlega samhæfingu milli mismunandi aðila í heilbrigðisþjónustunni. Í stað samþættingar verður heilbrigðisþjónustan sundurlaus.
- *Einhliða hlunnindi hagnaðardrifinna einkafyrirtækja.* Mikilvægur þáttur í hugmyndafræði markaðarins er að jöfn skilyrði skuli vera til samkeppni milli mismunandi rekstraraðila. Þvert á móti hefur markaðsvæðingin þýtt samkeppni á mjög misjöfnum forsendum milli opinberra heilbrigðisfyrirtækja og einkarekinna sem fjármöggnuð eru með opinberu fé. Dæmi um þetta er möguleikinn á að staðsetja einkareknar stofnanir, fjármagnaðar með skattfé, þar sem það er arðbærast, öfugt við þær opinberu. Einkareknar stofnanir hafa einnig – öfugt við opinberar – langtíma samninga sem vernda þær gegn skyndilegum niðurskurði, til dæmis vegna fjármálakreppu.
- *Minni hagkvæmni með aukinni einkavæðingu og markaðshyggju.* HSL segir að „heilbrigðisþjónusta sem fjármöggnuð er af hinu opinbera skuli skipulögð þannig að hún stuðli að hagkvæmni“ (4. kap. 1. §). Mælikvarði á skilvirkni er hvaða samningsmarkmið náist að uppfylla miðað við gefnar aðstæður og mannaúð. Yfirstandandi breytingar hafa ekki verið hagkvæmar. Eins og áður er rakið hafa þær hvorki leitt til bættrar heilbrigðisþjónustu né aukins jöfnuðar. Sú staðreynd að í sumum tilvikum sé hægt að framkvæma aðgerð á lægra verði en áður, þ.e. að framleiðni aukist, sýnir ekki að starfsemi sé skilvirkari. Að gera ranga aðgerð með mikilli framleiðni er þvert á móti soun á takmörkuðu fé og mannafla. Það er ekki heldur sjálfgefið að minni framleiðni sé slæm séð frá sjónarhóli lýðheilsu. Hærri laun heilbrigðisstarfsfólks draga til dæmis úr framleiðni heilbrigðisþjónustu (að öllu óbreyttu). Markaðsvæðing heilbrigðisþjónustunnar takmarkar þannig faglegt ákvörðunartökurými, eykur sundurlyndi, dregur úr hagkvæmni og gerir samhæfingu og samstarf erfiðara. Að auki eykur þessi kerfisbreyting kostnað vegna stjórnsýslu, lögfræði og öflugri fjármálaeftirlitskerfa (SOU 2017:56).

Aðgerðaáætlun:

Ekki er til nein skyndilausn sem getur snúið hagnaðardrifnu og markaðsvæddu heilbrigðiskerfi til baka til heilbrigðiskerfis sem byggist á þörfum sjúklinga og lýðheilsu. Það krefst langtímastefnumörkunar sem meðal annars felst í því að:

- *Úttekt verði gerð á valdauppbyggingu heilbrigðismála og kortlagt „hver stjórnar hverju“ í heilbrigðisþjónustunni og hvernig vald yfir heilbrigðisþjónustu hefur færst milli ólíkra aðila síðustu áratugi. Þessi úttekt ætti einnig að varpa ljósi á mikilvægi sífellt umfangsmeiri hagsmunagæslu sem jafnvel fyrrum leiðandi stjórnmalafólk hefur tekið þátt í. Í skýrslu byggðri á þessari úttekt ætti að setja fram tillögur að styrkingu lýðræðislegrar stjórnunar og stjórnarháttanna heilbrigðismála sem og möguleikum sjúklings til að hafa áhrif á eigin umönnun.*
- *Dregið verði í áföngum úr áherslum á hagnað og arðsemi í „leiðarvísí“ í opinberri fjármögnun á sama tíma og þarfastýrð heilbrigðisþjónusta er þróuð frekar. Mikilvægur liður í þessari kerfisbreytingu er afnám laga um valfrelsi (LOV) með staðsetningarfrelsi (sjá tillögur 1–3 hér að framan).*
- *„New public management“ (NPM)-hugmyndafræðin verði afnumin í áföngum og í hennar stað komi stjórnun byggð á trausti á heilbrigðisþjónustu sem tryggir að mismunandi faghópar geti veitt bestu mögulegu þjónustu án kröfu um að hún verði einnig að skila arði. Innan ramma fyrirliggjandi fjárheimilda verður að tryggja læknum, hjúkrunarfræðingum og öðru starfsfólki heilbrigðisþjónustunnar ákvörðunartöku þar sem það getur að fullu einbeitt sér að því að veita bestu mögulegu umönnun. Kanna ætti reynslu Skota sem tókst að afnema NPM með góðum árangri. Þar ríkir í dag pólitískt og faglegt samkomulag um að taka ekki aftur upp markaðsvæðingu heilbrigðiskerfisins (Taxén 2020).*
- *Sett verði á laggirnar tilraunaverkefni til að þróa árangursmiðaða og þarfastýrða grunnþjónustu á félagslega viðkvæmum svæðum og í dreifbýli. Gert verði árlegt árangursmat yfirlýstra markmiða sem liggja eiga til grundvallar fjárveitingum næsta árs. Í Skotlandi hefur náðst góður árangur með því að hverfa frá fjármögnun sem byggist á tekjum og taka upp fastar fjárheimildir á fjárlögum í staðinn. (Norska hugveitan fyrir velferðarríkið hefur lýst skosku fyrirmyndinni, sjá meðal annars Berg o.fl. 2013-04-10). Ef reynsla Svía af árangursmiðaðri styrkfjármögnun er góð ætti að innleiða þetta form í alla grunnþjónustuna og þróa hana einnig á öðrum sviðum umönnunarkerfisins.*
- *Kröfur um samvinnu verði settar í lög í samræmi við tillögur sem fram koma í skýrslunni Góð og nán umönnun (God och nära vård - SOU 2020: 19). Náíð varanlegt samstarf verði þróað milli heilsugæslu, umönnunar aldraðra og félagslegra aðila sem og við ýmis sjálfbóðaliðasamtök og atvinnulífið á staðnum.*

- *Svæðisábyrgð verði tekin upp í heilsugæslu með óbreyttu frjálsu vali umönnunaraðila.*
- *Samræmd sjúkraskrá og upplýsingakerfi fyrir sjúkrahús og ýmis opin umönnunarræði sem og heilbrigðis- og lækniþjónustu sveitarfélaga.*
- *Samstarf fólks sem starfar við heilbrigðisþjónustu og stjórnvalda verði eft. Hætt verði að skipta fólki í sölumenn og kaupendur. Þess í stað verði lögð áhersla á sameiginlega ábyrgð allra í heilbrigðisþjónustunni til að tryggja góða umönnun þeirra sem á henni þurfa að halda. Engar mikilvægar ákvarðanir varðandi heilbrigðisstefnu verði teknar án samráðs við hlutaðeigandi starfsfólk.*

Samandregið fela þessar tillögur í sér heilbrigðisstefnu „sjónarmiða“ sem byggjast á trausti, samstöðu og samstarfi í stað stjórnunar markaðsafla og samkeppni.

Styrkja varnarlinur opinberrar heilbrigðisþjónustu

Bakgrunnur:

Opinber fjármögnun, þar sem almenningur leggur sitt af mörkum með sköttum og fær heilbrigðisþjónustu eftir þörfum, er forsenda góðrar heilbrigðisþjónustu á jöfnum kjörum fyrir alla. Þess vegna „verður fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar að vera á ábyrgð hins opinbera og fjármögnuð sameiginlega af skattgreiðslum íbúa landsins“ (Prop. 1996/97: 60, s. 6).

Þrátt fyrir þetta koma sífellt fram tillögur um aukna greiðsluþátttöku almennings með hærri sjúklingagjöldum og mismunandi gerðum einkarekinna sjúkra-trygginga. Jafnframt er því haldið fram að almennt verði að lækka skatta og auka ýmsan skattaafslátt. Þetta gerist á sama tíma og heildarkostnaður vegna heilbrigðisþjónustu eykst með fjölgun aldraðra, nýjum meðferðarúrræðum og aukinni þörf fyrir umönnun og heilbrigðisþjónustu í kjölfar kórónafaraldursins. Ríkisstjórnin hefur nýlega sett á fót velferðarnefnd sem hefur það hlutverk meðal annars að útskýra og leggja til hvernig framtíðarheilbrigðisþjónusta skuli fjármögnuð. Það er utan sviðs þessarar bókar að leggja fram tillögu um þessa fjármögnun. Á hinn bóginn er nauðsynlegt að leggja áherslu á að aukin einkavæðing heilbrigðisþjónustunnar, fyrst og fremst með hærri sjúklingagjöldum, leiðir bæði til ójöfnuðar og lélegri aðgangs að þjónustunni fyrir lágtekjuhópa og aðra hópa með mikla umönnunarpörf.

Áhrif:

Velferðarnefndin ætti að gefa eftirfarandi sérstakan gaum:

Sjúklingar greiða meira, heilbrigðir minna með aukinni einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar. Meiri greiðsluþátttaka sjúklinga vegna óbreyttrar heilbrigðisþjónustu þýðir að:

- eldra fólk og börn verða að borga meira og vinnandi fólk minna,
- konur verða að borga meira og karlar minna,
- lágtekjufólk verður að borga meira og hátekjufólk minna.

Ástæðan fyrir þessari mismunun á dreifingu greiðslubyrðinnar felst í markaðshugsuninni þar sem greiðslur eru háðar þjónustuþörfinni. Því meiri þörf sem þú hefur fyrir heilbrigðisþjónustu þeim mun meira þarf þú að greiða. Þetta er andstætt heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er úr sameiginlegum sjóðum þar sem þú greiðir miðað við greiðslugetu og færð heilbrigðisþjónustu eftir þörfum. Í slíku fjármögnunarlíkani, sem byggist á samstöðu, eru því engin tengsl milli þess sem þú borgar og hvaða heilbrigðisþjónustu þú færð. Þetta er alger grunnforsenda jöfnuðar í heilbrigðisþjónustu vegna þess að þeir sem hafa mikla þörf fyrir þjónustuna eru oft þeir sem hafa úr minnstu fjármagni að spila.





Mikil greiðslupátttaka sjúklinga leiðir einnig til þess að margir eiga í miklum fjárhagsvandræðum þegar þeir eru neyddir til að borga meira en þeir hafa efni á til að fá þá heilbrigðisþjónustu sem þeir eða börn þeirra þurfa. Alþjóðlega er þessu lýst sem „læknisfræðilegri fátæktargildru“. Þannig er þessu raunverulega háttað, jafnvel í ríkum löndum eins og Bandaríkjunum með mjög markaðsdrifið og einkavætt heilbrigðiskerfi (Whitehead, Dahlgren og Evans 2001).

Tekjulágir einstaklingar fá ekki þá heilbrigðisþjónustu sem þeir þurfa. Mikil greiðslupátttaka sjúklinga þýðir einnig að sífellt fleiri tekjulágir einstaklingar hafa ekki efni á þeirri heilbrigðisþjónustu og lyfjum sem þeir þurfa. Þetta leiðir til aukinnar vanmeðhöndlunar sjúklinga. Í öðrum tilvikum þýðir þetta að æ fleiri leita ekki eftir læknisþjónustu fyrr en ástandið er orðið svo slæmt að minni möguleikar eru á árangursríku inngripi. Þegar aðgangur að heilbrigðisþjónustu er metinn í samræmi við efnahag verður að taka tillit til þess að hlutfall fátækra hefur tvöfaldast í Svíþjóð á árunum 1991/93 til 2016; farið úr 7,3% í 14,4%. Mest hefur fátækt aukist meðal einstæðra foreldra með börn þar sem hlutfallsleg fátækt fór úr 11,3% í 33,4% á sama tímabili. Af öldruðum (65+) býr þriðja hver einstæð kona og fjórði hver einstæður karlmaður við algera fátækt (Therborn 2018). Það er á grundvelli þessara staðreynda sem að þörfin fyrir fjármögnun úr sameiginlegum sjóðum, og mjög lág eða engin sjúklingagjöld, verður sífellt mikilvægari.

Aðgerðaáætlun:

Tryggja þarf að nýskipuð velferðarnefnd og aðrar nefndir komi með tillögum um hvernig fjármagna megi með skattfé stóruakna þörf fyrir heilbrigðisþjónustu vegna fjölgunar aldraðra og nýrra meðferðarúrræða: Grundvöllurinn fyrir þessum tillögum ætti að vera að:

- *Benda á þörfina fyrir skattahækkun með vísan í þarfir heilbrigðiskerfis og félagsþjónustu.* Í stað þess sem oft er gert í dag, að segja að ekki sé hægt að hækka skatta, ætti viðmiðið frekar að vera það að ekki sé hægt að lækka skatta hjá meðal- og hátekjufólki. Grundvöllur þessara greininga ætti einnig að vera sá að allur almenningur tekur betri heilbrigðisþjónustu fram yfir lækun skatta.
- *Kortleggja áhrif einkavæðingar á jafna dreifingu og skiptingu heilbrigðisþjónustu.* Í þessu samhengi ber sérstaklega að draga fram fjárhagsleg áhrif er leiða til ójöfnuðar vegna hækkaðra gjalda og mismunandi gerða einkasjúkratrygginga.
- *Áætla áhrif aukinnar einkavæðingar á aðgang að heilbrigðisþjónustu, þ.e. hvaða hópar, við mismunandi stig einkavæðingar, hafa ekki lengur efni á þeirri læknis- og tannlæknisþjónustu sem þeir þurfa.*
- *Takmarka eða afnema ýmsan skattaafslátt sem fyrst og fremst gagnast þeim efnameiri.* Í stað þess að tala um „frádrátt“ ætti að kalla þennan skattfjármagnaða stuðning við mismunandi forgangshópa „styrki“. Það er villandi

að tala um „frádrátt“ þegar aðallega efnafólk og forgangshópar fá ávinning fjármagnaðan með sköttum og um „niðurgreiðslur“ þegar kemur að skattfé sem aðallega er greitt til þeirra hópa sem minnst mega sín. Þróa ætti stefnu sem setur fram almenn viðmið fyrir hvers kyns opinberan stuðning við mismunandi hópa.

- *Varpa ljósi á velferðar- og jöfnunaráhrif skatta sem lagðir eru á eignir í hlutfalli við verðmæti fasteigna, erfðafjárskatt og auðlindaskatt sem og skattafrádrætti. Jafnframt ætti að taka upp kórónuskatt – eins og varnarskattinn – til að stuðla að fjármögnun helstu úrræða stjórnvalda sem krafist er í kjölfar heimsfaraldursins.*
- *Efla baráttuna gegn skattsvikum. Þörfin til að efla skattaeftirlit eykst með aukinni markaðsvæðingu og hagnaðardrífinni einkavæðingu sem fjármögnuð er með skattfé. Heilbrigðisfyrirtæki sem hefur verið refsað fyrir skattsvik ættu að vera vanhæf til að veita heilbrigðisþjónustu, fjármagnaða með skattfé, til dæmis næstu tíu árin.*

TILLAGA 8

Skilja á milli einkarekinnar og opinberrar heilbrigðisþjónustu

Bakgrunnur:

Það er beint samband milli framboðs einkarekinnar heilbrigðisþjónustu og möguleikanna til að fjármagna starfsemina því að umönnunaraðili sem er með einkarekstur getur, öfugt við opinberan umönnunaraðila, forgangsraðað einkasjúkratryggðum sjúklingum. Þessi „rjómafleyting“ einkareksturs á sérfræði- og sjúkrahúsþjónustu, sem að stórum hluta er fjármögnuð með skattgreiðslum, opnar fyrir einkasjúkratryggingar.

Í dag (júní 2020) eru rúmlega 650.000 manns með einkasjúkratryggingu. Mjög lítið er um algjöran einkarekstur í heilbrigðiskerfinu. Þetta þýðir að einkareknar stofnanir, en þó aðallega stofnanir fjármagnaðar af hinu opinbera, eru forsenda vaxandi markaðar fyrir einkasjúkratryggingar. Oft er því hafnað að um sé að ræða þetta samband milli einkareksturs og einkafjármögnunar en það er þó augljóst, ekki síst öllum sem eru með einkasjúkratryggingu. Megintilgangurinn með einkasjúkratryggingum er að heilbrigðisþjónustan sé hraðari en sú sem stendur til boða þeim sjúklingum sem reiða sig alfarið á opinbera kerfið.

Áhrif:

Frá stefnumörkunarsjónarmiði í heilbrigðismálum þýðir aukinn fjöldi einstaklinga með einkasjúkratryggingu að:

- *Sjúklingar með einkasjúkratryggingu – forgangsfólkið „rjóminn“ – fá hraðari þjónustu á einkareknum heilsugæslustöðvum, stofum sérfræðilækna og sjúkrahúsum (Várdanals rapport 2020:3). Þetta þýðir að þú getur „keypt forgang“ aðallega hjá einkareknum umönnunaraðilum sem njóta opinberrar fjármögnunar. Ef þessi skattfjármagnaða umönnunarþjónusta væri í staðinn rekin með opinberum formerkjum yrði öllum tilraunum til að kaupa sér forgang að venjulegri heilbrigðisþjónustu hafnað og frekar lítið á slíkt sem tilraunir til mútugreiðslna. Það ætti að vera augljóst að sömu réttlætislögmál skulu gilda um alla heilbrigðisþjónustu, fjármagnaða af skattgreiðendum, óháð því hvort hún er rekin af hinu opinbera eða einkaaðilum.*
- *Sjúklingar sem þurfa alfarið að reiða sig á opinbera heilbrigðisþjónustu þurfa að bíða lengur eftir þjónustunni. Þegar einkarekin heilbrigðisþjónusta laðar til sín heilbrigðisstarfsfólk, og önnur úrræði sem annars hefðu getað nýst í opinbera kerfinu, lengist náttúrulega biðtími þeirra sjúklinga sem reiða sig eingöngu á opinberu þjónustuna (Várdanals rapport 2020:3).*

- Fólki með litla þörf fyrir heilbrigðisþjónustu hefur forgang fram yfir sjúklinga með mikla þörf. Þetta er líklega mjög algengt vegna þess að fólk með einkasjúkratryggingu er að meðaltali yngra og hefur minni umönnunarpörf en sjúklingar sem fylla biðlista í opinbera kerfinu. Ein ástæða fyrir þessum mun er einnig sú að fólk með mikla þörf fyrir heilbrigðisþjónustu og allir aldraðir (75+) eru venjulega ekki einu sinni formlega gjaldgengir kaupendur einkasjúkratryggingar.
- Til lengri tíma litið er grafið undan heilbrigðisþjónustu sem byggist á samstöðu þegnanna. Í dag sjá einkasjúkratryggingar aðeins um nokkur prósent af heildarkostnaði heilbrigðisþjónustunnar. Þegar þetta hlutfall hækkar verulega með fleiri váttryggingartökum, og víðtækari þátttöku einkareksturs í heilbrigðisþjónustu, dregur það líklega úr vilja almennings til að greiða skatt til heilbrigðisþjónustu sem fólk telur sig þegar hafa greitt fyrir í gegnum einkasjúkratryggingar sínar. Gagnrýni á „rjóma-fleytingar“ er algeng og tilfinning fyrir því að sjúklingum sem reiða sig eingöngu á opinbera heilbrigðiskerfið sé ýtt til hliðar verður æ meira áberandi. Sænsku læknasamtökin, sem eru sjálfstæð vísindasamtök lækna, fullyrða í skriflegri yfirlýsingu (Svenska LäkarSällskapet 2020-12-02) að „Lögbundin siðferðisregla um forgangsörðun sé brotin þegar þættir eins og váttryggingarstaða einstaklinga og einnig óbeint félagsleg og efnahagsleg staða þeirra ráði aðgangi að heilbrigðisþjónustu.“ „Val á sjúklingum samkvæmt hugmyndafræði einkasjúkratrygginga hefur í för með sér forgangsörðun sem er andstæð meginreglu heilbrigðisþjónustu sem byggist á þörfum sjúklinga og jöfnuði.“ Þessi áhrif aukast enn frekar þegar „val á einstaklingum sem fá boð um einkasjúkratryggingar nær síður til fólks með meiri áhættu“. Það samræmist því ekki neinum siðareglum „að samfélagið lögfesti kerfi einkarekinna sjúkratrygginga sem flýtleið til að annast útvalda hópa“.



Aðgerðaáætlun:

- Forgangsráða aðgerðum til að draga úr löngum biðlistum. Aðalástæða þess að sífellt fleiri kjósa að vera með einkasjúkratryggingar eru langir biðlistar í opinbera heilbrigðiskerfinu. Viðurkenndur hámarksbiðtími eftir heilbrigðisþjónustu er af mörgum í dag talinn óeðlilega langur. Sú mikla uppsafnaða þörf fyrir heilbrigðisþjónustu sem hefur skapast í kórónafaraldrinum, með frestun meðferða og aðgerða sem og mikilli endurhæfingarþörf fyrir covid-19 sjúklinga, mun lengja biðtímann enn frekar í mörg ár. Öflugar stuðningsaðgerðir í fjárframlögum og starfsmannamálum þurfa að koma til svo vinna megi gegn þessari þróun. Til viðbótar við aðgerðir til að draga úr biðlistum þarf að þróa biðkerfi sem byggist á mismunandi þörfum fyrir heilbrigðisþjónustu frekar en biðtíma.
- Skilyrða opinbera fjármögnun hagnaðardriffinna einkarekinnar heilbrigðisþjónustu. Á sama tíma og framkvæmd eru átaksverkefni sem draga úr þörf fyrir einkasjúkratryggingar ætti að setja í lög að skilyrði fyrir opinberum fjárframlögum til einkarekinna heilbrigðis- og umönnunarstofnana séu að þær stundi ekki „rjómafleytingar“, þ.e. forgangsráði sjúklingum til meðferðar sem eru með einkasjúkratryggingar. Á meðan þessarar laga-breytingar er beðið ættu ábyrgir opinberir aðilar að setja þetta bann við „rjómafleytingum“ í útboðsgögn og samninga við einkareknar heilbrigðisstofnanir. Með þessari lagabreytingu munu sömu reglur gilda um alla heilbrigðisþjónustu, fjármagnaða með sköttum, hvort sem hún er í einkarekstri eða opinberum rekstri. Á hinn bóginn ætti að vera mögulegt fyrir heilbrigðisumdæmi að kaupa upp einkareknar heilbrigðisstofnanir, eða einstaka þætti starfsemi þeirra, til að draga úr biðlistum í opinbera kerfinu. Þetta er hvorki bann við einkarekinni heilbrigðisþjónustu né einkasjúkratryggingum. Fólk með einkasjúkratryggingar getur áfram fengið þjónustu á einkareknum heilbrigðisstofnunum. Aftur á móti er tilgangurinn að vernda sjúklinga, sem eingöngu nýta opinbera heilbrigðisþjónustu, gegn því að biðlistar þeirra lengist vegna þess að heilbrigðisfyrirtæki setji fólk með einkasjúkratryggingu í forgang af arðsemisástæðum. Einnig að vernda heilbrigðiskerfið gegn því að sjúklingar, styrktir af einkaaðilum og með litla umönnunarþörf, njóti forgangs á einkareknum opinberum heilsugæslustöðvum, stofum sérfræðilækna og sjúkrahúsum, umfram sjúklinga með meiri umönnunarþörf sem einungis njóta þjónustu hins opinbera. Umrædd löggjöf höfðar til ábyrgðar hins opinbera fjármálakerfis, að sjá til þess að heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er með almannafé sé sinnt eftir þörfum sjúklinga, og að þau sem mesta þörf hafa fyrir þjónustu njóti forgangs (HSL kap. 1, 3 og 2, 2).

TILLAGA 9

Efla heilsugæslu, sérstaklega á svæðum sem líttar þjónustu hafa notið

Bakgrunnur:

Sænsk heilsugæsla er umfangslítill í samanburði við flest önnur lönd í Vestur-Evrópu. Pólitískur vilji til að efla fyrsta stigs heilbrigðisþjónustu hefur í áratugi komið fram í ýmsum rannsóknum og tillögum, bæði á landsvísu og einstökum svæðum. Nýlegt dæmi er frumvarp ríkisstjórnarinnar (S, MP) „Uppbygging nálægrar og aðgengilegrar heilsugæslu – umbreyting grunnþjónustu“ (2019/20: 164). Þar er lögð áhersla á að „breyta beri heilsugæslu þannig að hún sé miðstöð umönnunar og samvinnuð annarri heilbrigðis- og læknishjálpar og félagsþjónustu“. Aftur á móti vantar beinharðar tillögur og tæki til þessarar kerfisbreytinga, eins og einnig á við um flestar rannsóknir og tillögur um heilsugæslu sem kynntar hafa verið undanfarin ár. Þess í stað er nú gert ráð fyrir enn frekari þróun markaðsvæðingar, þrátt fyrir að fólk sé farið að átta sig á að það vinni oft gegn markmiðum og stefnu í heilbrigðismálum. Markmiðið um að styrkja stöðu heilsugæslu innan heilbrigðiskerfisins hefur ekki náð fram að ganga. Stöðugt lægra hlutfall heildarþjárfheimilda fer til heilsugæslunnar.

Veikleiki sænskrar heilsugæslu er meðal annars sá að tiltölulega líttill hluti íbúanna hefur fastan heimilislækni, skortur er á samhæfingu ýmissa lækni-aðgerða og „viðvarandi“ annmarkar á samskiptum heilsugæslunnar við sérfræðiþjónustu og umönnunarstofnanir sveitarfélaga.

Heilsuefling og sjúkdómavarnir eru oft mjög vanþróaðar og takmarkast við upplýsingar um heilbrigðar lífsvenjur í tengslum við heimsóknir sjúklinga til heilsugæslu. Starfsfólk níu prósentu heilsugæslustöðva, í þremur umdæmum, telur sig ekki stuðla að heilsueflingu eða forvörnum í starfi sínu (Socialstyrelsen, 2020). Sú kerfisbreyting sem nú er í gangi, með aukinni samkeppni og einkarekstri, hefur í mörgum tilfellum eins og bent er á fyrr í þessum skrifum, aukið þessa annmarka og vandamál, sérstaklega í dreifbýli og á þéttbýlissvæðum þar sem tekjulágir íbúar eru margir. Það er því þörf á bæði umfangsmiklum almennum aðgerðum, til að bæta og þróa heilsugæsluna, og sértækum aðgerðum til að auka gæði og efla heilsugæslu á lágtekjusvæðum.

Almennar og svæðisbundnar tillögur að aðgerðum, sem settar eru fram hér á eftir, skal taka sem innlegg í það þróunarstarf sem er í gangi á landsvísu og í einstökum umdæmum til bættar og jafnari heilbrigðisþjónustu.



Tillögur um almennar aðgerðir til að þróa heilsugæslu

- Aukið fjármagn og aukin mönnun í heilsugæslu í samræmi við markmið og siðareglur sem tilgreindar eru í lögum um heilbrigðisþjónustu. Það snýst ekki fyrst og fremst um að auka hlut heilsugæslu innan núverandi heilbrigðisþjónustu heldur um eflingu heilsugæslu sem stuðlað getur að betri þjónustu og meiri jöfnuði.
- Tryggja öllum fastan heimilislækni sem ber ótvíræða ábyrgð á að samræma þá heilbrigðisþjónustu og umönnun sem sjúklingar geta þarfnast frá annari svæðisbundinni heilbrigðisþjónustu.
- Innleiða svæðisábyrgð fyrir allar heilsugæslustöðvar um leið og viðhaldið er frjálsum vali umönnunaraðila. Greina þarf heilsufarsvanda og áhættuþætti hvers heilsugæsluumdæmis, í samvinnu við faraldsfræðilega þekkingu á ábyrgðarsvæði heilsugæslustöðvarinnar. Langtímasamvinnuverkefni þarf að þróa með ýmsum stofnunum sveitarfélaga, félagasamtökum og fyrirtækjum á svæðinu. Styrkja þarf hlutverk heilsugæslunnar hvað varðar þátttöku í lýðheilsuáttaki annarra sviða læknisfræði og þekkingar.
- Innleiða skráningu mönnunar í heilsugæslu, til að tryggja að nóg sé til af heilsugæslulæknum og öðrum sérfræðingum, svo að allir íbúar geti haft fastan heimilislækni í sínu nærumhverfi. Lágmarkið ætti að vera einn heimilislækni í fullu starfi á hverja 1500 sjúklinga. Á sama tíma ætti að kanna hvort ekki sé réttlætjanlegt að 1000 skráðir sjúklingar séu á hvern lækni, til dæmis á þéttbýlissvæðum með mikla félagslega umönnunarpörf. Aldrei ætti að setja mönnuninni svo þröngar skorður að sjúklingum, til dæmis á strjálbýlum svæðum, sé vísað til heilsugæslustöðva langt frá heimili vegna þess að næsta heilsugæslustöð hafi fyllt kvótann fyrir skráða sjúklinga.
- Aukin heilsuefling og forvarnir hafi eigin fjárhagsáætlun. Þverfagleg heilbrigðisstefna með aðgerðaáætlun verði sett á fót, meðal annars til slysavarna og skaðaminnkunar, einkum varðandi fallslys, tóbaksnotkun, misnotkun áfengis og sjálfsvígforvarnir. Þessu hóp- og samfélagsmiðaða starfi verði stjórnað af faraldsfræðimenntuðum lækni, hjúkrunarfræðingi eða öðrum einstaklingi með faraldsfræði- og lýðheilsumenntun. Sérstaka áherslu þarf að leggja á aðgerðir til að draga úr félagslegri mismunun sem veldur aukinni áhættu og heilsubresti. Varðandi sjúklinga sem leita umönnunar þarf að skrá fyrirbyggjandi og endurhæfandi inngrip í sjúkraskrá hvers og eins.
- Aukin áhersla á endurhæfingu, meðal annars til að geta mætt umfangsmiklum og langvarandi þörfum fólks sem fengið hefur covid-19. Samkvæmt rannsókninni Góð og náin umönnun (God och nära vård - SOU 2020: 19) eru vísbendingar um að endurhæfingaraðgerðir sjúkráþjálfara og iðjuþjálfara „séu meðal þess fyrsta sem lendir undir niðurskurðarhnífnum þegar kreppir að fjárhagsrammanum“. Möguleikar á að koma þessum tillögum í framkvæmd eru að miklu leyti háðir því hvort umdæmin geti ráðið

nægilega marga heilsugæslulækna og annað hæft starfsfólk. Gera þarf ráð fyrir stóru auknu þjálfunarstarfi og sérstöku átaki til að skipta út „leigu-læknum“ og „netlæknum“ fyrir fastráðna lækna í heilsugæslunni. Enn fremur þarf að bæta vinnuáætlun og launakjör ákveðinna hópa starfsfólks, sem þegar eru að vinna í heilbrigðisþjónustunni, til að tryggja að það hafi áhuga á að starfa áfram í opinberri heilbrigðisþjónustu.

Tillögur um sérstakar aðgerðir til að efla grunnheilsugæslu í dreifbýli

Stefnumótandi aðgerðir og ákvarðanir til að draga úr bilinu milli borga og dreifbýlis eru að:

- Taka upp stofnanastýringu sem gerir kleift að draga hlutfallslega úr fjölda heilsugæslustöðva á vel stæðum borgarsvæðum og eykur um leið möguleika til að efla grunnþjónustu á svæðum sem standa höllum fæti.
- Tryggja sérstök opinber fjárframlög innan ramma skattjöfnunarkerfis sveitarfélaga sem hjálpa eiga brothættum byggðum að þróa að minnsta kosti jafn góða heilsugæslu og í boði er annars staðar á landinu.
- Bæta ráðningarskilyrði með hærri launum og lengri fríum fyrir lækna og annað hæft heilbrigðisstarfsfólk. Gefa þarf starfsfólki fleiri tækifæri til að hafa áhrif á starfsemi heilbrigðisþjónustunnar auk þess að geta sinnt rannsóknum og þróunarstarfi á staðnum. Þá þarf að forgangsraða aðgerðum til að skipuleggja störf og menntunartilboð fyrir fjölskyldur viðkomandi til að laða þær að. Á landsvísu ætti að ákveða í hvaða tilfellum og að hve miklu leyti gilda skuli svipaðar reglur vegna tímabundinna ráðninga (2–4 ár) í dreifbýli eða á öðrum viðkvæmum svæðum og í dag gilda um fólk sem tekur að sér verkefni á vegum Sameinuðu þjóðanna eða Sida-verkefnisins í þróunarlöndum.
- Fjárfesta í menntun lækna sem veitir þeim sérstaka hæfni til að vinna í dreifbýli eða á svæðum sem eiga undir högg að sækja. Læknum með þessa menntun verði falið ábyrgð á þróun heilbrigðismála á svæðinu þar sem þeir starfa, meðal annars með hreyfanlegum umönnunarteymum, þróun sjúkráhusþjónustu og samræmingu stafrænnar umönnunar, ásamt tengdri samfélagsþjónustu.
- Innleiða starfsskyldu í dreifbýli og á svæðum sem eiga undir högg að sækja. Þetta ætti að skoða ef önnur viðleitni dugar ekki til að tryggja góða og stöðuga mönnun heilbrigðisþjónustu í dreifbýli og á viðkvæmum svæðum.
- Ókeypis ferðaþjónusta á næstu heilsugæslustöð eða sjúkrahúsi ætti að standa sjúklingum til boða sem búa mjög langt frá heilsugæslu eða sjúkrahúsi. Í neyðartilvikum ætti að vera þar til staðar sjúkrabifreið með möguleika á nauðsynlegum læknaaðgerðum auk aðgangs að sjúkraflugi.

Tillögur um sérstakar aðgerðir til að styrkja heilsugæslu á lágtekjussvæðum í þéttbýli

Til að auka gæði heilsugæslu í dreifbýli og á lágtekjussvæðum í þéttbýli þarf staðbundna aðlögun og langtímastefnu sem felur í sér eftirfarandi ákvarðanir og aðgerðir:

- Aukið fjármagn og fjölgun starfsfólks sem veitt getur góða þjónustu í samræmi við umönnunarpörf íbúanna. Það ætti að vera til staðar grunnfjárhagsáætlun sem gerir ráð fyrir ráðningum fleiri lækna, héraðs-hjúkrunarfræðinga, sálfræðinga og hæfra túlka sem venjulega eru aðeins á svæðum þar sem efnameira fólk býr.
- Innleiða ókeypis grunnþjónustu. Til lengri tíma litið ætti að taka upp ókeypis grunnþjónustu í öllum heilbrigðisumdæmum (sem til dæmis hefur lengi verið í Danmörku og á Englandi).
- Innleiða viðmið um færri skráða sjúklinga á hvern lækni en annars staðar í umdæminu með tilliti til umfangs umönnunarþarfar og flækjustigs. Í dag eru aftur á móti oft fleiri skráðir á hvern lækni á svæðum þar sem umönnunarpörf er mest.
- Þjóða læknum og öðru hæfu starfsfólki upp á góð tækifæri til að stunda staðbundnar rannsóknir og þróunarstarf meðfram vinnu á þessum svæðum. Störf á umræddum svæðum þarf að meta að verðleikum.
- Þróa heimaþjónustu með áherslu á heilbrigðisþjónustu handa, meðal annars, öllum nýbökudum mæðrum, fjölskyldum sem standa höllum fæti, nýbúum frá löndum utan Evrópu og einhleypu fólki með mikla óuppfyllta umönnunarpörf. Til þessa þróunarstarfs mætti nýta jákvæða reynslu af svokölluðu „Rinkeby verkefni“ (DN 2020-03-06). Það er einnig mjög mikilvægt að eins konar félagslækningateymi sé til staðar á öllum svæðum þar sem stór hluti íbúanna býr við heilsufarsvandamál af félagslegum ástæðum.
- Leggja ríka áherslu á heilsueflingu og forvarnir í reglubundnum heimsóknum sjúklinga á heilsugæslustöð. Styrkja og fjármagna fyrirbyggjandi samfélagslegar aðgerðir og aðgerðir ætlaðar ákveðnum hópum með sérstökum fjárveitingum til lýðheilsuverkefna í samræmi við heilsufarsáhættu og hlutfall barna á svæðinu. Þverfaglegt lýðheilsustarf þarf að þróa og efla á vegum sameiginlegrar miðstöðvar viðkomandi umdæma og sveitarfélaga.

Skerpa ákvæði laga um heilbrigðisþjónustu (HSL)

Bakgrunnur:

Núverandi lög um heilbrigðisþjónustu tóku gildi þegar næstum öll heilbrigðisþjónusta var rekin og fjármögnuð af hinu opinbera. Á síðasta áratug 20. aldar urðu til, vegna þeirra laga sem þá giltu um valkerfi, stöðugt fleiri einkareknar heilsugæslustöðvar og stofur sérfræðilækna, sjá skýrsluna Góð og nán umönnun (God och nära vård - SOU 2020:19) þar sem bent er á að í lögnum sé ekki að neinu leyti fjallað um einkarekin hagnaðardrifin heilbrigðisfyrirtæki. Í skýrslunni er staðfest að „í dag túlki hinir ýmsu hagaðilar gildandi lög og reglugerðir á mjög mismunandi hátt“. Þar er enn fremur tekið fram „að oft sé ekki unnt að fá skýringar og lagalegar túlkanir nema farið sé með mál fyrir dómstóla“. Það er mat skýrsluhöfunda „að ólíkar túlkanir regluverksins geti leitt til og stuðlað að ójafnri umönnunarbýðningu íbúa landsins og gert allt samstarf í heilbrigðismálum erfiðara“ (SOU 2020: 19, s. 135).

Alvarlegur veikleiki gildandi laga um heilbrigðisþjónustu birtist einnig í skorti ákvæða um refsingar vegna brota á markmiðum og leiðbeiningum HSL. Eins og fram hefur komið hér að framan hefur þessi óskýra löggjöf oftast en ekki leitt til þess að lítið er á heilbrigðisþjónustu sem stríðir gegn markmiðum HSL og siðareglum sem hið eðlilega fyrirkomulag.

Áhrif:

Núverandi rammalöggjöf þýðir að:

- Heildarmarkmið og leiðbeiningar laga um heilbrigðisþjónustu eru oftast en ekki hástemmdar yfirlýsingar án þess að þeim fylgi skýr ákvæði um hver fara skuli með stjórnunarvald, ákvarðanir og forgangsröðun í heilbrigðismálum.
- Stíf ákvæði viðskiptalaga yfirtaka mýkri ákvæði heilbrigðislöggjafarinnar.
- Einstaklingar geta ekki krafist endurskoðunar á ákvörðunum vegna þess að heilbrigðislögin eru ekki réttindalög heldur rammalög sem kveða á um skyldur heilbrigðisumdæma til að veita góða heilbrigðisþjónustu.

Þess vegna þarf að skerpa á heilbrigðislöggjöfinni, hværrar markmið á að vera stefnumörkun heilbrigðismála.

Aðgerðaáætlun:

Skipa þarf nefnd á vegum þingsins sem hefur það hlutverk að skerpa á heilbrigðislögnum þannig að:

- Réttur borgaranna til góðrar heilbrigðisþjónustu með jöfnuð að leiðarljósi verði styrktur með því að gera hluta HSL að réttindalögum.
- Ákvæði viðskiptalaga gangi ekki framár markmiðum og siðfræði HSL og þeim meginreglum er varða heilbrigðisþjónustu sem fjármögnuð er með opinberu fé.
- Kanna þarf möguleika á að efla eignarhald almennings á opinberri starfsemi. Í dag er það aðeins einkaeign sem er stjórnarskrávarin.
- Tryggja þarf í lögum að einkafyrirtæki geti ekki látið rétt til opinberra fjárveitinga ganga kaupum og sölum. Ákvarðanir um opinbera fjármögnun tiltekkinnar starfsemi þarf að taka af ábyrgum aðilum í hverju umdæmi á grundvelli lýðræðislegs ákvörðunarferlis.
- Birta þarf með reglubundinni skýrsluútgáfu á hvern hátt framkvæmd stefnu í heilbrigðismálum skilar árangri eða brýtur í bága við markmið HSL, leiðbeiningar og siðareglur. Ábyrgðin á því að minna reglulega á slíka skýrslu ætti að liggja hjá Félags- og heilbrigðisstofnuninni og eftirfylgnin að vera í nánú samstarfi við Greiningarstofnun félags- og heilbrigðisþjónustu, Umönnunar- og velferðareftirlitið (IVO) og Siðfræðiráð heilbrigðisþjónustunnar.
- Koma þarf á fót sjálfstæðu „siðfræðiráði“ á landsvísi sem virkar svipað og „lagaráðið“ til að meta hvort tillögur um stefnuákvæðanir, lög og reglugerðir séu í samræmi við siðareglur sem þjóðþingið hefur samþykkt. Tillögur sem þessar miða að því að varðveita og styrkja það gildismat sem hefur lengi einkennt – og einkennir enn – sænska heilbrigðisþjónustu. Í dag er þessum grunnildum ógnað af þeim gildum og markmiðum sem fylgja markaðslögmálum. Það sem er rétt og sanngjarnt í viðskiptalegum tilgangi getur verið kolrangt og óskynsamlegt og samræmst illa heilbrigðisstefnu. Stefan í dag gerir oft ráð fyrir að þessi tvö sjónarmið geti verið samrýmanleg. Í reynd leiðir þetta til óheillavænlegra grárra svæða – ruglingslegrar hugmyndafræði – þar sem hagsmunir verslunar og viðskipta ganga oft framár markmiðum heilbrigðismála og siðferðilegum meginreglum. Því er krafist löggjafar sem eyðir þessum gráu svæðum og tryggir að markmið HSL og siðferðilegar meginreglur ráði í raun áherslum og forgangsverkefnum heilbrigðisþjónustu.

Áhrif covid-19 á stefnu í heilbrigðismálum

Þegar þetta er skrifað (júlí 2020) geisar hræðilegur kórónaveirufaraldur sem hefur áhrif á heiminn og Svíþjóð. Umræðan um viðbrögð Svía við faraldrinum verður sífellt harðari þegar alþjóðlegur samanburður sýnir að Svíþjóð, í júlí 2020, var eitt af löndunum í Evrópu sem var með hæsta uppsafnaða dánartíðni covid-19, yfir 52 á hverja 100.000 íbúa (Evrópska smitsjúkdómaeftirlitið, ECDC, 4. júlí 2020). Ríkisstjórnin hefur skipað landsnefnd til að greina framkvæmd og áhrif sænsku viðbragðsáætlunarinnar.

Í þessum skrifum takmörkum við okkur við nokkrar hugleiðingar um hvernig heimsfaraldurinn getur haft áhrif á framtíðarstefnu í heilbrigðismálum.

Traust til opinberrar heilbrigðisþjónustu hefur aukist. Upphafsstaðan var slæm þegar Svíþjóð varð fyrir barðinu á kórónaveirunni. Gjörgæsluplássum hafði verið fækkað á lágsta stig miðað við flest Evrópulönd, það vantaði hlífðar-búnað og á mörgum sviðum var skortur á starfsfólki. Þrátt fyrir þetta hefur heilbrigðisstarfsfólk í opinberri þjónustu unnið mjög fórnfúst starf og tekist farsælega að stýra nauðsynlegum viðbrögðum. Ráðgjöf sem byggist á tiskubundnum umönnunarlíkönum hefur ekki komið að neinu gagni. Nýrri speki um stjórnun var hafnað þegar í ljós kom að „just in time“ kerfi leiða til lífshættulegra annmarka á lækniþjónustu. Í dag er lítið verið að mæla með snjöllum straumlínulöguðum lausnum án nokkurra öryggismarka. Það fólk er líka horfið sem aðhyllist aukna samkeppni þegar kemur að því að tryggja sem mesta samhæfingu og samvinnu. Sama gildir um trúna á að markaðsöfl og hagnaðardrifið heilbrigðisþjónusta geti mætt þeim miklu áskorunum sem blasa við í dag. Kröfur um að segja upp fjölda lækna og öðru hæfu starfsfólki á sjúkrahúsum í Stokkhólmi eru fjarstæðukenndar þegar þarf að mæta mikilli þörf fyrir heilbrigðisþjónustu og endurhæfingarstarf sem fylgir í kjölfar kórónaveirunnar. Þvert á móti þarf nú landsáætlun um stóraukin úrræði til að mæta þjónustupörf og endurhæfingu vegna erfiðra langtímaáhrifa covid-19.

Vonandi mun reynslan leiða til traustari stjórnunar heilbrigðiskerfisins í stað þess sem nú ríkir þar sem markaðslögmálin ráða of miklu; stjórnun sem byggist á trausti og gefur fagstéttum nægilega mikið svigrúm til að veita sem besta heilbrigðisþjónustu.

Þróa þarf og bæta heilbrigðisþjónustu sveitarfélaga.

Kórónaveirufaraldurinn hefur leitt í ljós mikla annmarka á heilbrigðisþjónustu og umönnun á vegum sveitarfélaga. Eldra fólk sem búið hefur á hjúkrunarheimilum hefur sérstaklega orðið fyrir barðinu á þessu. Um helmingur fólks sem lést í covid-19 voru íbúar hjúkrunarheimila. Sama háa hlutfall af heildardánartíðni vegna covid-19 er að finna í flestum þróuðum löndum (The Economist 25/720). Í Svíþjóð var skráð heildardánartíðni, sem rekja má til covid-19, 5.572 einstaklingar í 28. viku ársins 2020 (Lýðheilsustofnun – vikuleg skýrsla um covid-19 í viku 28).

Það er ranglátt að veikja stöðu aldraðra með mikla umönnunarþörf og búa á hjúkrunarheimilum þar sem oft eru lélegustu sýkingavarnirnar og minnstur aðgangur að góðri heilbrigðisþjónustu. Kórónaveirufaraldurinn hefur opinberað, svo ekki verður um villst, þessa galla sem líklega munu þó leiða til aukinna gæða og þróunarverkefna sem gera heilbrigðisþjónustu sveitarfélaga að órjúfanlegum hluta svæðisbundinnar grunn- og sérhæfðari heilbrigðisþjónustu.

Viðhorf til opinberrar fjármögnunar á einkarekinni hagnaðardrifið heilbrigðisþjónustu mun breytast. Heilbrigðisþjónusta sem er fjármögguð af hinu opinbera en rekin á vegum einkafyrirtækja verður augljóslega ekki lausn vandans meðan á þessum kórónafaraldri stendur. Ef einkafyrirtæki vilja og telja það hagkvæmt geta þau selt þjónustu sína. En undir venjulegum kringumstæðum er ekki hægt að krefjast þess að þau taki þátt í þeirri forgangsröðun sem ætlast er til af opinberri heilbrigðisþjónustu. Opinber heilbrigðisþjónusta hefur aftur á móti sýnt mikinn nýsköpunarkraft við að mæta áskorunum kórónaveirunnar. Þetta mun líklega auka áhuga á að þróa og styrkja hina opinberu þjónustu frekar en að auka áhuga á einkavæðingu sem allsherjar lausn á vandamáli í heilbrigðisþjónustu.

Stjórnun og samhæfing í kreppunni hefur ekki virkað vel.

Oft hefur verið óljóst hver ber ábyrgð á hverju. Það gildir meðal annars um ábyrgð á neyðarbirgðum, lyfjamsýslu sem og prófunum og smitrakningu íbúa. Það hefur líka verið tregða í kerfinu sem á óheppilegan hátt hefur tafið ýmsar aðgerðir.

Þegar kórónaveirufaraldurinn byrjar að hjaðna er nauðsynlegt að hefja allsherjar greiningu sem leiðir til tillagna um skýrari verkaskiptingu. Án þess að farið sé nánar út í þá sálma er ljóst að það þarf að efla stjórn og viðbrögð yfirvalda smitsjúkdóma á landsvísi, bæði á sviði fagmála og stjórnsýslu. Þetta á meðal annars við um framboð lyfja á landsvísi, neyðarbirgðir hlífðarbúnaðar og þróun samræmdrar rafrænnar þjónustu. Skýra þarf og efla ábyrgð stjórnvalda og þingsins á stefnumörkun á sama tíma og hlutverki sveitarfélaga og einstakra umdæma í Svíþjóð er settur eðlilegur rammi. Aðalábyrgðin á framkvæmd heilbrigðisþjónustu ætti þó áfram að vera á umdæmisvísi.

Siðferðilegar meginreglur verða mikilvægari við mótun stefnu til framtíðar heilbrigðisþjónustu. Siðferðileg álitamál hafa komið fram á sjónarsviðið meðan á kórónafaraldrinum stendur. Endurskoðun Umönnunar- og velferðareftirlitsins (IVO) á þjónustu við aldræða, sem búa á hjúkrunarheimilum, hefur meðal annars sýnt að í mörgum tilfellum er aðeins gert almennt en ekki einstaklingsbundið mat á umönnunarþörf og að lækna hafi ávísað líknandi meðferð í gegnum síma án þess að rannsaka sjúklinginn á staðnum. Aðrar vísbendingar eru um að aldraðir sjúklingar fái ekki þá gjörgæslu sem þeir eiga rétt á þótt aðstaða sé fyrir hendi. Þetta hefur leitt til mikilvægrar siðferðilegrar umræðu um hvort aldur megji vera viðmið forgangsröðunar heilbrigðisþjónustunnar. Við vonum og trúum að heimsfaraldurinn hafi stuðlað að því að fleiri geri sér grein fyrir mikilvægi siðferðilegra meginreglna við mótun heilbrigðisstefnu morgundagsins.

Læra ber af reynslu annarra. Sænska viðbragðsáætlunin gegn faraldrinum er frábrugðin áætlunum annarra sambærilegra landa. Það er líkleg ástæða hærrí dánartíðni en í öðrum löndum. Sé þetta rétt mun stefnan vonandi verða endurskoðuð af kórónanefndinni sem stjórnin skipaði.

Eitt atriði sem þegar ætti að vekja athygli á er notkun andlitsgríma. Svíþjóð er í dag eina þróaða landið sem hefur virka útbreiðslu sýkinga en mælir ekki með andlitsgrímum (Lena Einhorn, Expressen 2020-07-21). Þetta er svona þrátt fyrir að WHO hafi nú staðfest að andlitsgrímur veiti ákveðna vernd bæði gegn því að smitast og smita aðra. Vísindatímaritið The Lancet (Chu o.fl. 2020-06-01) segir einnig, á grundvelli 172 athugana og 44 ritrýndra rannsókna, að andlitsgrímur minnki almennt sýkingarhættu.

Af þessu leiðir að ábyrg sænsk stjórnvöld ættu að hafa íhugað þessa alþjóðlegu reynslu og mælt með andlitsgrímum til notkunar í Svíþjóð þegar farið er í verslanir, almenningssamgöngur og dvalið innandyrna á opinberum stöðum.

Meiri forgangsröðun samfélagslega viðkvæmra svæða og hópa. Kórónaveirufaraldurinn bitnar harðast á verkafólki, lágtekjufólki og innflytjendum frá tilteknum löndum (til dæmis Írak, Sómalíu og Sílandi). Þetta endurspeglar frá háu hlutfalli smitaðra í lágtekjuhverfum þar sem margir innflytjendur búa, svo sem Rinkeby í Stokkhólmi og Ronna í Södertälje, meðan útbreiðsla smita er mun minni í hátekjuhverfum eins og Djursholm og Östermalm í Stokkhólmi (sjá t.d. könnun dagblaðsins Expressen, Expressen 2020-06-30). Greiningar hafa einnig sýnt að umframdaútsföll eru mjög mörg meðal tiltekinna hópa innflytjenda/flóttamanna frá löndum utan Evrópu (Hansson o.fl. Läkartidningen 2020-06-29). Stéttir í mestri hlutfallslegri sýkingarhættu eru, samkvæmt Lýðheilsustofnun á tímabilinu mars til maíloka (2020), leigubílstjórar, pizzubakarar og rútu- og sporvagnstjórar, þ.e. þjónustustéttir með persónuleg tengsl við fjölda fólks á hverjum degi (Lýðheilsustofnun 2020-06-25). Þessi félagslegi og þjóðernislegi munur sem og munur eftir atvinnugreinum á hættu á að veikjast og deyja ætti að vekja sömu athygli og dánartíðni og útbreiðsla smita meðal aldraðra á hjúkrunarheimilum.

Þetta krefst greiningar á helstu orsökum stéttamunar á útbreiðslu og dánartíðni í kórónaveirufaraldrinum. Grundvallarmunur og vaxandi, sem einnig verður að gefa gaum, er munurinn á heilsu og ótímabærum dauða há- og lágtekjufólks. Lágtekjufólk með marga undirliggjandi sjúkdóma verður oftast en ekki áhættuhópur, einnig í kórónaveirufaraldri. Langtíma staðbundin menningar- og lýðheilsuverkefni, sem þróuð eru í heilsugæslu á svæðum sem eru félagslega illa sett, hafa því einnig mótandi þýðingu í sýkingavörnum. Veita þarf athygli og bregðast við kerfislægri mismunun, svo sem vegna fjölmenningsarsamfélags, ólíkra kynslóða, húsnæðis, auk starfs og möguleika á félagslegri aðstoð og atvinnuöryggi. Enn fremur þurfa tilmæli varðandi persónulega sýkingarvörn að ná til og vera þróuð í samráði við umrædda hópa. Þessar ábendingar og leiðbeiningar verða að byggjast á veruleika þessara hópa sem oft hafa minnst

tækifæri til að fylgja almennum ráðleggingum um að vinna heima, forðast almenningssamgöngur og halda fjarlægð.

Fyrri vandamál versna. Óháð því hvaða áhrif kórónaveirufaraldurinn hefur til lengri tíma litið á stefnu í heilbrigðismálum verða vandamál og áskoranir, sem einkenndu umönnunarpjónustu fyrir þessa kreppu, til staðar í enn ríkari mæli þegar faraldurinn gengur niður.

Hagnaðardrifið kerfi valfrelsis mun áfram leiða til sífellt ójafnari heilbrigðisþjónustu. Fjármögnun heilsugæslunnar verður enn stærra vandamál þegar kröfur um endurhæfingu covid-19-sjúklinga verða háværi á sama tíma og þörf er á stórauðum úrræðum til að geta mætt uppsafnaðri umönnunarpörf, fyrirhuguðum skurðaðgerðum og aðgerðum sem hafa orðið að bíða meðan á faraldrinum stendur. Skilyrði til að tryggja fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar verða einnig erfiðari við aðstæður þegar skatttekjur minnka vegna mikils atvinnuleysis og almenns samdráttar. Þetta krefst aukinnar forgangsröðunar takmarkaðra umönnunarræða. Það eru mikil mistök og sóun að beina ekki takmörkuðu fjármagni sem ætlað er í umönnunarpjónustu þangað sem þörfin er mest.

Að lokum

Ein af helstu umbótum þriðja áratugar 21. aldarinnar verður að snúa við neikvæðri þróun heilbrigðisþjónustunnar með því að byggja þjónustuna á þörfum en ekki á hagnaðardrífinni hugmyndafræði.

Tillögurnar sem settar eru fram í þessu riti hafa stefnumarkandi þýðingu í þessu umbótastarfi. Á hinn bóginn þarf pólitískan vilja og pólitískt vald til að framkvæma margar af tillögunum. Í dag skortir gjarnan hvort tveggja.

Á sama tíma vill meirihluti fólks betri heilbrigðisþjónustu sem einkennist af jöfnuði. Drifkraftar til að hrinda þessu í framkvæmd finnast meðal stjórn-málaráðgjafa á landsvísu, á umdæmisþingum, á sveitarstjórnarstigum og innan verkafélagsshreyfingarinnar. Drifkraftana er líka að finna í miklum mæli meðal fólks sem vinnur í heilbrigðis- og félagsþjónustu, svo sem Pensionáhræðingarnas Ríksor-ganisation (PRO) og Arbetarnas Bildningsförbund (ABF). Þar að auki er í dag tiltölulega þögn en stór meirihluti íbúa landsins sem vill að heilbrigðisþjónusta byggist á þörfum fremur en hagnaðardrífinni hugmyndafræði. Það er von okkar að tillögurnar í þessu riti geti hvatt og stutt þau fjölmörgu sem í dag með ýmsum hætti vinna að betri heilbrigðisþjónustu með jöfnuði að leiðarljósi.

*Stokkhólm, í október 2020,
Göran Dahlgren og Lisa Pelling.*

Heimildir

Skýrslur stjórnvalda, frumvörp og löggjöf

- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), förkortat HSL.
- Regeringens proposition 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårds-reform.
- Regeringens proposition 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus.
- Regeringens proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälsooch sjukvården.
- SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälsooch sjukvårdssystem. Delbetänk-ande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2019:42 Digifyskt vårdval: Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet. Slut-betänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.
- SOU 2018:55 Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socio-ekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning. Delbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.
- SOU 2017:56 Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad hän der med medarbetarnas han-dlingsutrymme? Delbetänkande från Tillitsdelegationen.
- SOU 2017:48 Kunskapsbaserad och jämlik vård: Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.

Skýrslur stjórnvalda

- Folkhälsomyndigheten (2020). Folkhälsomyndighetens veckorapport om covid-19 vecka 28.
- Folkhälsomyndigheten (2020). "Förekomst av covid-19 i olika yrkesgrupper". <https://www.folkhal-somyndigheten.se/publiceratmaterial/publikationsarkiv/forekomst-av-covid-19-i-olikayrkesgrupper/>
- Konkurrensverket (2014). Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkur-rens och ekonomiska villkor. Rapport 2014:2.
- Konkurrensverket (2012). Kommunernas valfrihetssystem – så fungerar konkurrensen. Delrapport. Rapport 2012:1.
- Riksrevisionen (2014). Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? RiR 2014:22.
- Socialstyrelsen (2020) Arbetssätt för jämlik vård: Redovisning av metodutvecklingsprojekt på So-cialstyrelsen.
- Statens medicinsk-etiska råd SMER (2019). Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys. Rapport 2019:2. Vårdanalys (2020). Privata sjukvårdsförsäkringar: Ett kunskapsunder-lag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare. Rapport 2020:3.
- Vårdanalys (2019). Omotiverat olika: Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården. Rapport 2019:8. Vårdanalys (2018). Förnuft och känsla: Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2018:4.
- Vårdanalys (2017). Primärvårdens resurser, styrning och organisation. En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien. PM 2017:1.
- Vårdanalys (2016). Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. PM 2016:5.
- Vårdanalys (2015). Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder. Rapport 2015:9.
- Vårdanalys (2015). Vårdval och jämlik vård inom primärvården. En jämförande studie mellan tre land-sting före och efter vårdvalets införande. Rapport 2015:6.
- Vårdanalys (2015). Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning. Rapport 2015:1.
- Vårdanalys (2013). Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården. Rapport 2013:1.
- Vårdanalys (2012). Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården? Rapport 2012:1. 108.

Aörar heimildir

- Agerholm, J. (2016). Analysing equity in outpatient care in Stockholm county and the impact of using different data sources. Doktorsavhandling, Institutet för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet.
- Anell, A. (2015). The public-private pendulum--patient choice and equity in Sweden. *New England Journal of Medicine*, vol. 372, nr. 1, s. 1-4. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1411430>
- Beckman, A, Anell, A (2013) Changes in health care utilization following a reform involving choice and privatization in Swedish primary care: a five year follow up of GP-visits.
- Berg, E., R. Eilertsen och A. Wahl (2013-04-10) "Kronikk: Helseopprøret i Skottland" i Klassekampen.
- Burström, B., Burström, K., Nilsson, G. m fl. (2017). "Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review" i *International Journal of Equity in Health* 16, 29, 2017.
- Chu, D. K, m.fl. (2020). "Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and metaanalysis" i *The Lancet* 1 juni 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9) Dagens Samhälle (2016). Nr 7 2016.
- Dahlgren C., Brorsson H., Sveréus S., Goude F., Rehnberg C. (2013). Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm. SLL/KI, Stockholm.
- Dahlgren G. (2018) När sjukvården blev en marknad – effekter och alternativ. Premiss förlag. Arena idé i samarbete med nätverket Gemensam Valfärd.
- Dahlgren, G. (1994). Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare. Stockholm: Natur och Kultur i samarbete med Institutet för Framtidsstudier.
- Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar ECDC (2020-07-04). Situation dashboard – COVID-19 cases in Europe and worldwide. <https://qap.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/COVID-19.html>
- Expressen (2020-07-21). "Svenska forskarnas varning till USA: Gör inte vad vi gjorde".
- Expressen (2020-06-28). "Corona härjar bland fattiga – rika klarar sig". <https://www.expressen.se/nyheter/qs/koderna-avslojar-harsmittas-flest/>
- Hansson, E., M. Albin, M. Rasmussen och K. Jakobsson (2020- 06-29). "Stora skillnader i överdöd- lighet våren 2020 utifrån födelseland" i *Läkartidningen* <https://lakartidningen.se/klirikoch-vetenskap-1/artiklar-1/originalstudie/2020/06/storaskillnader-i-overdodlighet-varen-2020-utifran-fodelseland/>
- Häger Glenngård, A. (2015). Primärvården efter vårdvalsreformen. Valfrihet, kvalitet och produktivitet. Stockholm: SNS Förlag.
- Hultqvist, P. (2020). Hundra procent socialdemokrati. Stockholm: Tankesmedjan Tiden.
- Isaksson, D., Blomqvist, P. & Winblad, U. (2015). "Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity" i *BMC Health Service Res* 16, 28 (2015).
- Rehnberg C., Janlöv N., Khan J., Lundgren J. (2010). Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter. Karolinska Institutets Folkhälsoakademi, rapport 2010:12, Stockholm.
- Rosenberg, G. (2013-05-04). "Vinstvårdare", kulturartikel i Expressen.
- SKR (2019). Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019: Öppna jämförelser. Hämtad från www.vardensiffror.se
- Svenska Läkarsällskapet (2020-12-02). Privata sjukvårdsförsäkringar leder till vård på olika villkor. Uttalande från Delegationen för medicinsk etik.
- Svenskt Näringsliv (2016). Jämlig vård och fria vårdval. Rapport författad av Clas Rehnberg med fristående kommentar från Svenskt Näringsliv.
- Svenskt Näringsliv (2014). Värde i välfärden – Ersättningssystem som främjar kvalitet och effektivitet i primärvården. En rapport skriven av Sirona Health Solution på uppdrag av Svenskt Näringsliv.
- Taxén, L. (2020). Skottland visar vägen – En annan sjukvård är möjlig. Stockholm: Arena Idé och Gemensam Valfärd.
- *The Economist* (2020-07-25). "Who cares? The pandemic shows the urgency of reforming care for the elderly". July 25th 2020 edition. <https://www.economist.com/international/2020/07/25/the-pandemic-shows-the-urgency-of-reforming-care-for-the-elderly>
- Therborn G. (2018). Kapitalet, överheten och alla vi andra. Klasssamhället i Sverige – det rådande och det kommande. Lund: Arkiv förlag i samarbete med Katalys – institut för facklig idéutveckling.
- Tudor Hart, J. (1971). "The Inverse Care Law". *The Lancet*. 297: 405-412. Whitehead, M.,
- Dahlgren, G., Evans, T. (2001). "Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?" i *The Lancet* vol. 358, nr 9284, s. 833-836. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05975-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05975-X)

