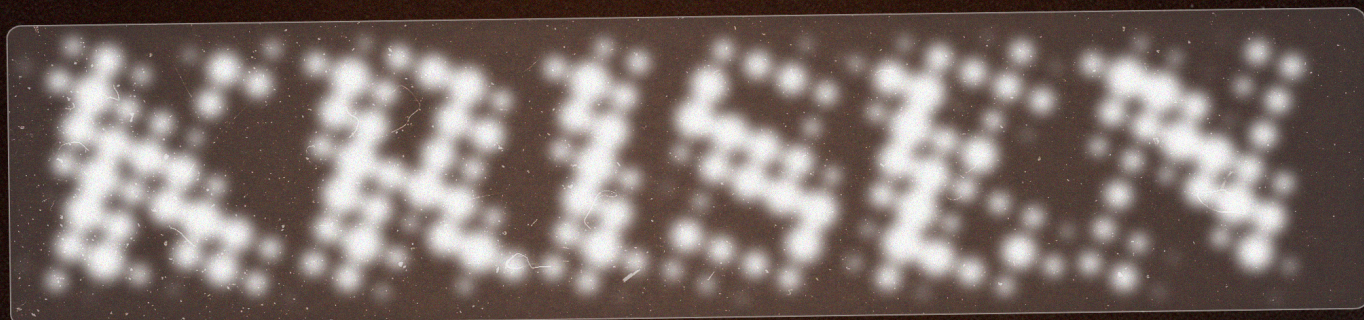


TIMBRO

PRODUKTIVITETS



SJUKVÅRDENS STÖRSTA PROBLEM

MAJ 2023
DAVID HÄGGSTRÖM

OM FÖRFATTAREN

David Häggström är läkare med examen från Göteborgs universitet. Han arbetar som AT-läkare i Region Halland.



SAMMANFATTNING

- Sveriges vårdköer är ett av välfärdens största misslyckanden. Även om pandemin har bidragit till att köerna vuxit, är pandemin inte huvudanledningen till de långa väntetiderna. Redan på 1960-talet kom de första rapporterna om problemet och köerna har i princip vuxit konstant sedan dess.
- Flera olika försök har gjorts från politiskt håll att stärka patientens ställning och korta väntetiderna. Ett exempel är vårdgarantin. Tanken var att införa en bortre gräns för hur länge det ansågs rimligt att vänta på icke-akut vård. Ändå överskrids tidsgränserna i hela landet.
- I debatten föreslås ofta högre anslag till vården som lösning på problemen med växande köer. Det finns en föreställning att det är en kronisk brist på resurser som hindrar den offentliga vården att leva upp till vårdgarantins internationellt sett rätt låga krav.
- Rapporten ifrågasätter föreställningen att kronisk underfinansiering av svensk sjukvård skulle vara orsaken till de långa väntetiderna. Den svenska sjukvården verkar snarare lida av en produktivetskris. Privata aktörer har mycket att bidra med för att höja produktionen från den låga nivån. Vår jämförelse visar exempelvis att läkare inom den privata psykiatrin träffar 5,4 patienter per dag, att jämföra med 2,7 läkarbesök per dag inom offentlig sektor.

RAPPORTEN FÖRESLÅR MOT BAKGRUND AV DET TVÅ SAKER

- För det första bör det bli obligatoriskt för regionerna att införa valfrietssystem inom öppen specialistvård. Det gäller till exempel gynekologi, urologi, ortopedi, palliativ vård, barn- och ungdoms- samt öppenvård psykiatri. Bevisbördan för att inte införa LOV bör vara omvänd: endast om regioner har särskilda skäl ska de kunna begränsa patientens valfrihet.
- För det andra behöver vårdpersonalens valfrihet öka. Jämfört med andra länder i OECD:s statistik finns varken brist på sjuksköterskor eller läkare. Flera av dessa länder har betydligt kortare väntetider än Sverige. Den rimliga slutsatsen är att vi använder det humankapital som faktiskt finns på ett ineffektivt sätt. Ett sätt att förbättra detta är att riva upp onödiga hinder för offentligt anställd vårdpersonal att arbeta privat vid sidan av. Exempel på sådana hinder är kravet på att redovisa bisyssla (till exempel att arbeta för nätläkare eller att driva egen klinik), förbud mot att bedriva "konkurrerande verksamhet" samt karenstider för att byta från offentlig till privat anställning. I stället bör regionerna underlätta för dem som vill jobba extra vid sidan av sina regionala uppdrag.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	3
RAPPORTEN FÖRESLÅR MOT BAKGRUND AV DET TVÅ SAKER	3
VÅRDKÖER OCH VÅRDGARANTI.....	5
SVERIGES VÅRDKÖER I ETT INTERNATIONELLT PERSPEKTIV	7
PRIVAT VÅRD.....	9
LOU och LOV – två modeller för offentlig och privat samverkan	9
För- och nackdelar med privat driven vård.....	11
Jämlikhet	12
Bemanning av akutverksamhet och vidareutbildning	12
Kan bara "lätta patienter" opereras av privata aktörer?	13
En effektiv vård är en produktiv vård	14
GRANSKNING AV PRODUKTIVITET I OFFENTLIG OCH PRIVAT VÅRD	17
Resultat.....	17
SLUTSATSER	21
REFERENSLISTA.....	22

VÅRDKÖER OCH VÅRDGARANTI

I december 2022 väntade 461 000 patienter på ett första besök inom specialistvården enligt SKR:s väntetidsdatabas. Det är 100 000 fler än befolkningen i Malmö, landets tredje största stad. Av dem hade 30 procent, det vill säga ungefär 140 000 personer, väntat längre än den lagstadgade vårdgarantin på 90 dagar.¹

Sveriges vårdskuld har byggts upp under lång tid. Enligt en statlig utredning började Sveriges problem med köer till specialistsjukvården så tidigt som 1960.² 2017 beskrev Myndigheten för vårdanalys hur operationer och väntetider inom specialistsjukvården hade en negativ köbalans: Fler patienter adderades till operationskön än vad som opererades varje år.³

I december år 2018 väntade 295 000 svenskar på ett första besök inom specialistsjukvården och 133 000 personer på en operation.⁴ Det föranledde debatt och Timbro publicerade rapporten ”Vårdköer och väntetider”.⁵ Till följd av pandemin minskade produktiviteten ytterligare. Inom specialistvården sjönk den sammanlagda produktiviteten med uppskattningsvis sju procent.⁶

Nu är det drygt ett år sedan de sista restriktionerna avskaffades och svensk sjukvård är inte i närheten av att komma i kapp den vårdskuld som byggts upp både under pandemin och åren dessförinnan.

Väntetiderna skiljer sig mellan olika delar av landet och stora regionala skillnader förekommer inom alla specialiteter. Den här rapporten fokuserar på vårdproduktion inom psykiatri och ortopedi. Ortopedi är specialiteten som behandlar sjukdomar i rörelseapparaten och exempelvis

genomför protesoperationer vid artros i höft och knäleder. Det är också den specialitet där flest personer väntar på en operation eller åtgärd. Psykiatrin har varit omdebatterad de senaste åren, och många patienter hamnar i kläm när besök dröjer. EU-kommissionen har påpekat att depression är bland de absolut främsta orsakerna till ohälsa i Sverige⁷ och Tidöavtalet nämner psykisk hälsa och suicidprevention som ett prioriterat område i folkhälsoarbetet.⁸

19 900 patienter väntade i december 2022 på ett första besök inom allmänpsykiatrin. Av dem hade 35 procent väntat längre än den lagstadgade vårdgarantin på 90 dagar.⁹ Tyvärr utgör psykiatrin ett tydligt exempel på de regionala skillnaderna. I Region Jönköping och Region Skåne hade hela 42 respektive 50 procent väntat längre än 90 dagar. Samtidigt behövde bara 4 procent av patienterna i Region Dalarna, 6 procent av patienterna i Region Halland och 6 procent av patienterna i Region Stockholm vänta längre än 90 dagar.¹⁰

Siffrorna ska ses i ljuset av att det efter det första besöket inom psykiatrin kan vara lång väntan på utredning och behandling. Ibland är väntetiderna så långa som två år.¹¹ Exempelen är många. Bland annat rapporterade Ekot år 2017 om tre år långa väntetider för neuropsykiatrisk utredning i Region Värmland.¹² Statistik om väntetider till det första besöket blir ganska intetsägande om det första besöket följs av väldigt lång väntan på utredning.

Väntetiden till operation eller annan åtgärd är allra längst.¹³ Siffror från december 2022 visar att 155 000 väntar på en operation eller ett

1 Sveriges kommuner och regioner, 2023:1.

2 SOU 2021:59, s. 77.

3 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017:1, s. 92–94.

4 Sveriges kommuner och regioner, 2023:1.

5 Ingerö, 2018.

6 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2022, s. 15.

7 Europeiska kommissionen, 2017.

8 Liberalerna.se, 2022.

9 Sveriges kommuner och regioner, 2023:1.

10 Sveriges kommuner och regioner, 2023:1.

11 Nylander & van Paaschen, 2022.

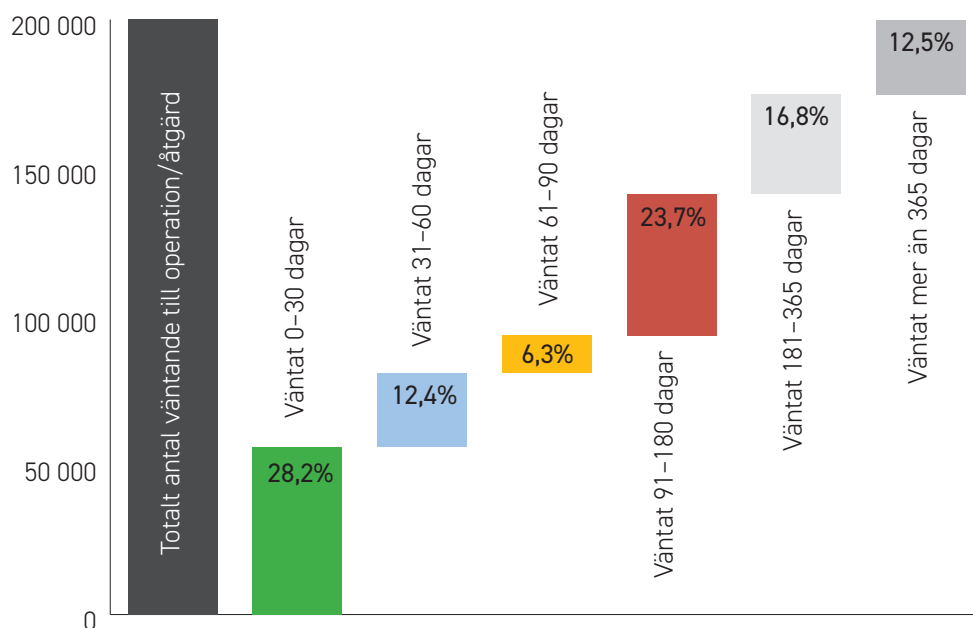
12 P4 Nyheter Värmland, 2017.

13 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017:2., s. 52.

ingrepp. Hela 38 procent, alltså drygt 58 000 personer, hade väntat längre än 90 dagar. Den största patientgruppen som väntar på operation återfinns inom ortopedi, där kön just nu är 28 600 patienter. 41 procent av de patienterna, alltså ungefär 12 000, har väntat längre än vårdgarantins 90 dagar.¹⁴

Diagrammet nedan är hämtat från en SKR-rapport som släpptes i september 2022. Här framgår att de allra flesta patienter opereras inom 30 dagar – men att de ofta har akuta besvär. Det akuta flödet verkar fungera på en acceptabel nivå, men stora grupper väntar orimligt länge på planerad vård. En av åtta patienter som väntar har väntat längre än ett år.

ANTAL VÄNTANDE TILL OPERATION GRUPPERAT PÅ ANTAL VÄNTEDAGAR



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg.

Även när det gäller köer till operation och åtgärd finns det stora regionala skillnader.

17 procent av patienterna i Region Kronoberg och 18 procent i Region Stockholm har väntat längre än 90 dagar på ortopediska ingrepp. Det kan jämföras med Region Skåne där hela 60 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar.¹⁵

Varje siffra i en vårdkö motsvarar en människa som ofta får sätta livet på paus i väntan på att en av de grundläggande tjänsterna i samhällskontraktet ska levereras. Ofta har möjligheterna för dessa

individer att hävda sin rätt varit små då det visat sig svårt för den enskilde att söka specialiserad vård utanför den egna regionen. Den nya regeringens satsning på en nationell vårdförmedling är välkommen, men frågan är om det räcker, eftersom ingen region i nuläget klarar av att leverera vård enligt vårdgarantin.¹⁶

¹⁴ Sveriges kommuner och regioner, 2023:1.

¹⁵ Sveriges kommuner och regioner, 2023:1

¹⁶ Europeiska kommissionen, 2017.

SVERIGES VÅRDKÖER I ETT INTERNATIONELLT PERSPEKTIV

Exakt hur långa de svenska vårdköerna är i ett internationellt perspektiv är svårt att säga. Metoderna för rapportering av väntetidsdata skiljer sig åt mellan länder. OECD:s statistik, som mäter väntetiden för sex vanliga operationer, antyder att Sverige skulle vara landet med de fjärde kortaste köerna bland de åtta länder som ingår i statistiken. Men det stämmer sannolikt inte. De andra länderna börjar nämligen räkna väntetid från att remiss till specialistsjukvården har gått iväg (Norge och Danmark) eller när någon läst remissen (Finland). I Sverige börjar i stället väntetiden räknas från att beslut om operation tagits.¹⁷ Det innebär att tiden för ett första besök inom specialistsjukvården och alla utredningar som krävs för beslut om operation inte räknas med i den svenska statistiken. Sveriges verkliga placering är alltså betydligt sämre. För vissa länder, som Nederländerna eller Tyskland, är statistiken om faktiska väntetider ofullständig. En förklaring, som lyfts i ESO-rapporten ”Vem vårdar bäst”, är att vårdköerna i dessa länder är så pass korta att det inte funnits någon anledning att ta fram en organisation som mäter faktiska väntetider.

I patientenkätbaserade undersökningar har Sverige mer nedslående resultat. Enligt några av de undersökningarna är svenska patienter bland dem som väntar längst i hela Europa.¹⁸ Alla undersökningar kantas dock av svårigheter som gör det vanskligt att dra några exakta slutsatser om hur Sverige står sig. Den samlade bilden pekar dock på att svensk sjukvård har bland de längsta väntetiderna bland jämförbara välfärdsstater i västvärlden.¹⁹

Den svenska vårdgarantin fungerar enligt 0-3-90-90-dagars-principen. Den fastslår att man inom ett dygn ska kunna få kontakt med sin vårdcentral och inom tre dygn få en medicinsk bedömning inom primärvården. Om bedömningen blir att patienten behöver hjälp inom specialistsjuk-

vården ska patienten behöva vänta max 90 dagar på att få ett första besök räknat från remissdatum. Därefter är väntetiden för eventuell operation/åtgärd satt till max 90 dagar från att beslut om operation/åtgärd är fattat. Enligt nuvarande modell anses det alltså rimligt att en patient behöver vänta totalt 183 dagar på operation, vilket är en rejält tilltagen väntetid i internationell jämförelse. Den sanna väntetiden kan dessutom bli längre eftersom Sverige inte har någon vårdgaranti för utredning. Det innebär att väntetider för exempelvis provtagning, röntgenundersökningar och vävnadsprovanalys inte räknas med i statistiken, trots att de kan förlänga tiden till beslut om operation betydligt.

Den svenska vårdgarantin kan jämföras med vårdgarantin i Nederländerna och Danmark. I Nederländerna är vårdgarantin fyra veckor för ett första besök inom specialistvården, fyra veckor för diagnostik (alltså utredningar inför behandlingsbeslut) och sju veckor till behandling. Systemet infördes 2009 och Nederländerna har sedan dess sett kraftiga nedgångar i väntetider. Endast 10–15 procent av de nederländska patienterna har väntat längre än utsatt tid på någon av dessa åtgärder. Samtidigt lägger Nederländerna något mindre (11,1 procent av BNP) än Sverige på sjukvård.^{20 21}

Danmark har sedan 2013 en utredningsgaranti. Enligt den ska alla patienter få en utredningsplan inom 30 dagar. Därefter ska högt prioriterade patienter få vård inom 30 dagar. Patienter i behov av lägre prioriterade ingrepp garanteras behandling inom 60 dagar. Om regionen inte klarar av att leverera vård inom utsatt tid har patienten rätt att vända sig till en privat vårdgivare som sedan får ersättning från offentliga medel. Danmark presterar betydligt bättre i de internationella jämförelserna av väntetid till operation. Den genomsnittliga väntetiden för en icke-akut, planerad operation var 47 dagar 2018. Det saknas fullständig

17 Rehnberg, 2019.

18 Ingerö, 2018, s. 4.

19 Rehnberg, 2019.

20 Busse & van Ginneken, 2016, s. 193.

21 Eurostat, 2022.

statistik i Sverige för 2018 men som jämförelse var medelväntetiden för operation i Sverige 159 dagar januari 2021. Även Norge har sedan 2016 infört ett liknande system som Danmark.²²

Vad beror de svenska vårdköerna på? Ett vanligt svar är resursbrist. Men Sverige lägger redan 11,4 procent av BNP på sjukvård, vilket placerar oss på fjärde plats i EU när det kommer till hur stor andel som läggs på vård- och omsorg.²³ Sverige sticker också ut när det kommer till hur vården finansieras: 86 procent av alla sjukvårdskostnader är skattefinansierade, vilket är klart över EU-genomsnittet på 79 procent.²⁴ Resterande del finansieras av privata medel i form av till exempel egenavgifter (pay-out-of-pocket) och försäkringspremier.

Att brist på resurser skulle vara orsaken till att patienter får vänta på vård i Sverige verkar osannolikt. I stället behöver ett större fokus ligga på att öka produktiviteten inom sjukvården. När det kommer till produktivitet lämnar den offentliga vården mycket att önska. Som vi ska se är privata aktörer ofta mer produktiva än offentliga, och kan operera patienter på kortare tid. Det gäller även om man justerar för sjuklighet hos patienterna och utbildningsuppdrag.

22 Rehnberg, 2019.

23 Eurostat, 2022.

24 Europeiska kommissionen, 2017.

PRIVAT VÅRD

LOU OCH LOV – TVÅ MODELLER FÖR OFFENTLIG OCH PRIVAT SAMVERKAN

Privata vårdgivare inom specialistsjukvården finansierar sin verksamhet genom olika modeller. Det finns verksamhet som är helt privatfinansierad, antingen genom patientavgifter (så kallad pay-as-you-go) eller genom privata sjukförsäkringar. Ett vanligare sätt är att privata vårdgivare erbjuder vård för skattepengar enligt LOU (Lagen om offentlig upphandling) eller LOV (Lagen om valfrihet). Gemensamt för dessa två är att det för den enskilde individen inte innebär någon skillnad i kostnad jämfört med offentlig vård då det är regionerna som betalar ut ersättning till de privata vårdgivarna.

Upphandling enligt LOV eller LOU skiljer sig åt på följande sätt: När LOU tillämpas annonserar regionen ett vårduppdrag och väljer därefter den aktör som bäst anses kunna uppfylla kraven till det lägsta priset. Ett kontrakt skrivs och när det löper ut sker en ny upphandling.

LOV, valfrihetssystem inom sjukvården, introducerades 2007 och trädde i kraft 2009.²⁵ Ambitionen var att öka människors möjlighet att välja bland flera aktörer och att genom fri konkurrens öka effektiviteten och kvaliteten i vården.²⁶ Ytterligare en tanke med reformen var att stärka patientens ställning gentemot hälso- och sjukvården. Tillgängligheten har mycket riktigt ökat på ett nationellt plan både inom primär- och specialistsjukvården efter vårdvalets införande.²⁷ Det finns även tecken på att vårdvalet har ökat patientens eget inflytande.²⁸

När ett valfrihetssystem införs enligt LOV annonserar regionen ett ”förfrågningsunderlag” på hemsidan Upphandlingsmyndigheten.se. Förfrågningsunderlaget är det styrmedel, utöver kvalitetskontroller, som regionen har för att garantera att de privata aktörerna levererar den

vård som anses behövas i regionen. I underlaget preciseras vilken typ av vård som regionen vill att den privata aktören ska utföra, vilka kvalitetskrav som ställs, vilken ersättning som utföraren ska få och hur ersättningsmodellen ska se ut. Oftast får aktörerna betalt per patient eller per genomförd åtgärd. Därefter får de aktörer som uppfyller villkoren agera i enlighet med avtalet.²⁹

Det finns alltså en grundläggande skillnad mellan LOU och LOV i hur konkurrensen går till. Under LOU konkurrerar vårdgivarna *om* en marknad, snarare än *på* en marknad som under LOV. När LOU tillämpas sker en direkt priskonkurrens när vårdgivarna försöker vinna en upphandling, medan ersättningen per patient redan är förutbestämd under LOV. Konkurrensen vid vård enligt LOV handlar därför mer om kvalitet och tillgänglighet.

Fördelarna och nackdelarna med LOV kontra LOU har diskuterats flitigt. Ett vanligt argument för LOV är att den ger mer individuell valfrihet. Det blir också möjligt för mindre aktörer att etablera sig. En annan fördel är att LOV ger möjlighet till en mer flexibel styrning då regionen inte är låst till löptiderna för upphandlingar. Med den snabba medicinska utvecklingen är det en stor fördel. En nackdel är att det inte alltid finns patientunderlag i mindre regioner för att LOV ska vara möjligt. Här har LOU fördelar då den ger vårdgivaren monopol på det patientunderlag som finns – på vissa platser kan LOU vara det enda sättet att erbjuda patienterna vård av en privat aktör. LOU ger också en direkt priskonkurrens och kan därmed hålla nere kostnaderna.

Det finns stora regionala skillnader i antalet valfrihetssystem enligt LOV. 2009 gjordes det obligatoriskt för alla regioner att ha valfrihetssystem inom primärvården. Sedan dess har antalet privata vårdcentraler vuxit kraftigt och utgör nu

²⁵ Sveriges kommuner och regioner, 2021.

²⁶ Sveriges kommuner och regioner, 2021.

²⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021, s. 116 & 121.

²⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021, s. 124.

²⁹ Upphandlingsmyndigheten, 2023.

ungefär 40 procent av antalet vårdcentraler. Siffran har de senaste åren stabiliserats.³⁰

Specialistvården skiljer sig åt i att det är frivilligt att införa valfrihetssystem. I den senaste genomgången av valfrihetssystem konstaterar SKR att det är stora skillnader mellan borgerligt styrda och icke-borgerligt styrda regioner.³¹ Dessutom har ökningen i antalet vårdval enligt LOV avstannat sedan 2015. Det finns nu 106 vårdval varav hela 38 stycken i Region Stockholm. Uppsala och Skåne har 12 respektive 11 vårdval men utöver de regionerna har ingen fler än fem.³² Den vanligaste specialiteten som tillåts verka inom LOV är ögonsjukvården följt av medicinsk fotvård och dermatologi (hudsjukdomar). Region Stockholm sticker ut på flera sätt, bland annat genom att vara den enda regionen med valfrihetssystem inom ortopedisk kirurgi. När det kommer till psykiatri finns det bara en region som har valfrihetssystem för vuxna, Halland, och ett enda nystartat valfrihetssystem för Barn- och ungdomspsykiatri (BUP), som finns i Kronoberg.³³

Tanken med valfrihetssystemen var att stärka individens möjlighet att hävda sig i ett stelbent sjukvårdssystem samt att genom fri konkurrens öka effektiviteten och kvaliteten inom den specialiserade sjukvården. SKR konstaterar att denna mekanism delvis sätts ur spel i många regioner när LOV-avtalen är så pass få.³⁴

Region Stockholm särskiljer sig som den region med överlägset flest valfrihetssystem i landet. Det är även den region med störst patientunderlag, och därmed bäst möjligheter för etablering av olika aktörer. Vårdval i Stockholm infördes 2008 och inkluderade först bara primärvården men har med åren kommit att utvidgas med flertalet valfrihetssystem inom bland annat gynekologi, ögonsjukvård, ortopedi och även palliativ vård.³⁵ Inget system är perfekt och det har funnits anledning att invända mot vissa detaljer, men överlag har

tillgängligheten och utbudet för patienterna ökat samtidigt som väntetiderna har minskat.³⁶

Vårdvalet för höftprotes har varit särskilt framgångsrikt, vilket en utvärdering gjord av Karolinska institutet i samarbete med Harvard Business School och Svenska höftprotesregistret visar.³⁷ Studien undersökte hur vårdgivarnas arbetssätt förändrats efter vårdvalet samt vilken samhällsnytta som producerats i form av lägre kostnader och ökad medicinsk kvalitet. En särskild styrka är förfrågningsunderlagets utformning där vårdgivaren ersätts enligt ett så kallat värdepisodersättningssystem. Det innebär att vårdgivaren ersätts med ett paketpris som sträcker sig över hela vårdförloppet och även inkluderar ett direkt finansieringsansvar för komplikationer som sträcker sig så långt som två år efter ingreppet. Efter att vårdvalet infördes minskade komplikationerna efter höft- och knäproteskirurgi med 26 procent. Samtidigt minskade kostnaden med 20 procent (16 500 kr) per patient vilket motsvarade hela 60 miljoner kronor på ett år i Region Stockholm. Den minskade frekvensen av komplikationer ska visserligen ses i ljuset av att privata vårdgivare (i denna studie) opererade färre multisjuka patienter, men vårdgivarna meddelade också att ersättningssystemet givit upphov till incitament att förbättra verksamheten. Bland annat hade flera infört fler mottagningar för stygnborttagningar hos sjuksköterskor med extra utbildning på kliniken. Detta som en extra kontroll för att tidigare kunna upptäcka komplikationer så som infektioner. Tidigare hade stygnborttagning skett inom primärvården. Studien kunde inte påvisa någon tendens till indikationsglidning, alltså att ingrepp görs på bristande medicinsk grund.

Initialt ökade vårdkonsumtionen med 20 procent 2009 för att sjunka med 4 procent fram till 2012, vilket författarna till studien tolkar som en effekt av det uppdämda behov som fanns när tusentals människor satt i vårdkö. Andelen vän-

30 Sveriges kommuner och regioner, 2021.

31 Sveriges kommuner och regioner, 2021.

32 Sveriges kommuner och regioner, 2021.

33 Sveriges kommuner och regioner, 2021.

34 Sveriges kommuner och regioner, 2021.

35 SLL, 2017.

36 SLL, 2017.

37 Wohlin, m. fl., 2016.

tande i Region Stockholm sjönk mycket riktigt från 37 till 5 procent 2009 till 2012. I dag har 18 procent av alla som väntar på ortopedisk operation i Stockholm väntat över 90 dagar, vilket kan jämföras med 41 procent i riket som helhet. Studien kunde inte påvisa någon skillnad i väntetider för patienter med olika socioekonomisk status. Däremot hade offentliga vårdgivare högre andel patienter med större samsjuklighet. Antalet operationer per operationssal och dag ökade till 3,7 stycken i genomsnitt hos privata aktörer. Det kan jämföras med att offentlig vård i genomsnitt opererade tre patienter per operationssal och dag. Privata aktörer kunde operera fler patienter utan att personalen behövde arbeta fler timmar, troligtvis till följd av en mer effektiv organisation.³⁸

FÖR- OCH NACKDELAR MED PRIVAT DRIVEN VÅRD

Att hitta balans i hur vårdgivare ersätts samt hur vården uppnår god kostnads- och volymkontroll är svårt. Det är inget unikt svenskt problem utan något som debatterats i de länder där privatvård utgör en större del av den totala vården. Nedan diskuteras några av de vanligaste argumenten mot vårdval och privat driven vård. I diskussionen är det viktigt att inte tappa fokus på målet. Även om vårdvalssystemet haft vissa barnsjukdomar är de stora problemen i svensk sjukvård bristande tillgänglighet och vårdköer. Vårdvalssystemet utgör ett sällsynt exempel på en reform som haft en långsiktig positiv påverkan på dessa parametrar.

Kostnader

Vissa av vårdvalen har fått kritik för att leda till onödig vårdkonsumtion. Men det går inte att säga att all kostnads- och volymökning är negativ. När tusentals patienter hänvisas till vårdköer år efter år innebär det att man i praktiken skjuter kostnaderna för att behandla dessa patienter framför sig, vilket kan liknas vid en kronisk subventionering. Att efterfrågan är hög när ett vårdvalssystem införs får anses naturligt. Till syvende och sist

representerar kostnadsökningen notan för flera år av otillfredsställda vårdbehov.

För att styra de privata aktörerna används olika ersättningsmodeller. De kan användas enligt både LOV och LOU. Inom LOV för primärvården kombineras ofta listersättning, alltså att vårdgivaren får en fast summa för varje listad patient, med ytterligare ersättning för varje vårdbesök. Ersättningarna kan viktas enligt olika index baserade på ålder och socioekonomi.³⁹ Inom specialistvården, som den här rapporten huvudsakligen berör, är det vanligt med prestationsbaserad ersättning. Den kan innefatta både patientens sökorsak och vårdgivarens åtgärder.

En annan modell är att vårdgivaren får så kallad värdepisodsbaserad ersättning. Det innebär att ersättning betalas som en klumpsumma för ett definierat vårdförlopp, till exempel för att genomföra en ögonoperation och de uppföljande besök som görs. En positiv effekt av värdepisodsbaserad ersättning är att den även inkluderar ett kostnadsansvar för att ta hand om eventuella komplikationer, och att det därmed skapas ett direkt ekonomiskt incitament att minska dessa. En tredje modell, som mest används som komplement i både primär- och specialistvård, är ersättning efter resultat (pay for performance), till exempel hur mycket mindre smärta en patient får efter en operation eller hur mycket antibiotika som förskrivs.⁴⁰

Det finns för- och nackdelar med alla modeller. För värdepisodersättning finns ett incitament att behandla så många som möjligt men att samtidigt undvika onödiga insatser. Prestationsbaserad ersättning per åtgärd är det system som mest varit kopplat till ökade kostnader eftersom vårdgivarna tjänar på att öka volymerna. Det behöver inte vara ett problem – är en sjukdom underbehandlad kan det tvärtom vara ett bra sätt att öka tillgängligheten. Genom förfrågningsunderlaget i LOV och upphandlingar enligt LOU finns dessutom möjlighet att stipulera villkor för att hålla kostnadsökningarna på en förutsägbar nivå, till exem-

38 Wohlin, m. fl., 2016, s.29.

39 Sveriges kommuner och regioner, 2023:2.

40 SLL, 2017.

pel patientavgifter, remisskrav, samt volym- och ersättningstak. Alla interventioner har nackdelar och utmaningen är att skräddarsy ersättningen för den typ av vård vårdvalet avser. Även om det inte går att ge ett generellt svar på hur kostnaderna ska hållas på en förutsägbar nivå är det inte ett olösligt problem. Alternativet att hänvisa patienterna till orimliga köer kan knappast ses som ett bättre alternativ.

JÄMLIKHET

En vanligt förekommande kritik är att vårdval särskilt skulle gynna socioekonomiskt starka grupper på bekostnad av andra. Men flera rapporter och studier motbevisar invändningen. Vårdutnyttjandet blir högre i samtliga socioekonomiska grupper, vilket visas i både en rapport från Institutet för näringslivsforskning och en rapport från Myndigheten för vårdanalys.^{41 42}

BEMANNING AV AKUTVERKSAMHET OCH VIDAREUTBILDNING

Oro har uttryckts från sjukhusvården om hur bemanningen av akutverksamheten ska kunna säkras. Om fler vårdinsatser görs utanför sjukhus vore det märkligt om inte även personal och resurser i viss mån flyttade ut från de stora sjukhusen. Samtidigt finns ett stort behov av personal som kan bemanna akutsjukvården under jourtid. Dessa alternativ behöver inte stå emot varandra. I exempelvis Nederländerna finns väl utbyggda system där det ingår i den privata vårdgivarens avtal att vara med och bemanna sjukhuset jourlinjer. Dessa typer av avtal saknas i Sverige. Men det är inte bara hos de privata vårdgivarna som förändringar kan göras för att tillgodose personalbehoven. I dag finns flera stelbenta personalpolicys inom regionerna som försvårar för regionanställda att även arbeta inom privat verksamhet inom samma region.⁴³ Exempel på sådana är kraven på att redovisa bisyssla (till exempel att arbeta för en nätläkare eller driva en privatklinik på fritiden) där regionen kan förbjuda den anställda att ha en bisyssla

om denna anses vara ”konkurrerande verksamhet”. Exakt hur detta tolkas är olika från region till region. Ett extremfall var 2019 när Västra Götalandsregionen försökte införa en karenstid på 6 månader innan man överhuvudtaget fick arbeta hos privata aktörer även efter man avslutat sin offentliga anställning. Detta är avskaffat men så gott som alla regioner har fortsatt karenstider på 6–12 månader innan offentligt anställda kan arbeta för bemanningsföretag inom den egna regionen. Personal som vill bedriva privat verksamhet vid sidan av sin anställning eller kombinera en deltidsanställning hos en privat och en offentlig aktör får alltså möta byråkratiskt krångel som i värsta fall kan förhindra dessa upplägg helt och hållet. Med tanke på Sveriges vårdköer vore det mer gynnsamt ur ett patientperspektiv att uppmuntra personal som vill bidra extra till vårdproduktionen utöver sin offentliga anställning. Mer flexibla regler hade därmed kunnat gynna svenska patienter, och korta köerna samtidigt som akutsjukhusens verksamhet upprätthålls.

En annan aspekt som lyfts är oro för att unga ortopedier och kirurger inte ska få den mängdträning som krävs för att lära sig operera om stora delar av volymen av vanliga ingrepp flyttas ut från sjukhusen. Flera ST-läkarföreningar har lyft detta problem.⁴⁴ Oron är till viss del förstäligen. Att unga läkare får de rätta förutsättningarna för att bli specialister är viktigt för kompetensförsörjningen. Samtidigt vilar det en stor, delvis outnyttjad möjlighet för fortbildning hos de privata vårdgivarna. Privata aktörer har i många fall betydligt större volymer av ”vanliga ingrepp” än de offentliga sjukhusen och utgör därmed en stor resurs för läkares fortbildning. Det finns exempel på tydliga avtal där privata vårdgivare tar emot läkare under utbildning. Det finns också exempel på privata aktörer som tar ett större ansvar än vad de har avtalat med det offentliga. Till exempel anställer Capio S:t Görans sjukhus i Stockholm fler ST-läkare än avtalet med Region Stockholm kräver. I vilket fall hade det varit optimalt om politikerna

41 Jordal & Blix, 2021.

42 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2014, s. 12.

43 Rehnberg, 2019.

44 ST-läkarnas kirurgiska råd, 2021.

blev noggrannare med att reglera att de privata aktörerna ska ta emot studenter och utbildningsläkare, vilket bland annat lyfts av Privatläkarförningen.⁴⁵ Om det behövs läggs tid på undervisning är det dock viktigt att de privata aktörerna får lika mycket ersättning som de offentliga för sitt utbildningsuppdrag.

KAN BARA "LÄTTA PATIENTER" OPERERAS AV PRIVATA AKTÖRER?

En annan vanlig kritik är att privata aktörer skulle välja ut "lättare" patienter och att det är anledningen till att privat vård är mer produktiv. En färsk studie som konsultbolaget Sirona gjort på uppdrag av Vårdföretagarna visar att det inte stämmer. Kostnaden för en höftprotesoperation i de tre regioner som ingick i studien varierade mellan 71 381 kr och 86 236 kronor i genomsnitt. Ersättningen från regionerna till en privat aktör i samma område för en liknande operation varierade dock endast från 56 390 kr till 56 450 kr.⁴⁶ Det är alltså mellan 21–35 procent billigare för skattebetalarna att en höftprotesoperation utförs i privat regi.⁴⁷ Skillnaderna förklaras inte av att de privata aktörerna hade lättare patienter. I Sironas studie inkluderades nämligen bara patienter med ASA-klass 1 och 2.

ASA är en förkortning för American Society of Anesthesiology och är det internationellt vedertagna klassificeringssystem som används för att kategorisera patienter i olika riskgrupper inför en operation. ASA-skalan går från 1 till 6. ASA 1 betyder att patienten är helt frisk och ASA 2 att patienten har en kronisk sjukdom, till exempel högt blodtryck, men att sjukdomen är välreglerad. ASA 3 innebär att patienten har flera välreglerade kroniska sjukdomar, till exempel både högt blodtryck och diabetes, eller en kronisk sjukdom som inte är välreglerad. ASA 4 är en patient med allvarlig eller livshotande systemsjukdom. ASA 5 är en svårt sjuk patient som inte förväntas överleva utan operationen och ASA 6 är en hjärndöd patient vars

organ ska transplanteras.⁴⁸ Operationer av patienter med ASA-klass 5 och 6 är mycket ovanliga och genomförs endast i akutsjukvården. Sironas studie visar alltså att även för patienter med exakt samma ASA-klassifikation, och därmed liknande samsjuklighet, är de privata vårdgivarna betydligt mer kostnadseffektiva än det offentliga.⁴⁹

Det har hävdats att det bara skulle vara friska eller nästan friska patienter i ASA-klass 1 och 2 som kan välja privata aktörer. Vissa patienter kräver medicinsk beredskap som många privata aktörer i dag saknar. Som svensk sjukvård ser ut i dag finns det bara ett fullt utvecklat akutsjukhus i privat regi, nämligen Capio S:t Görän i Stockholm. Det innebär att det endast finns en privat vårdgivare med full tillgång till de vårdresurser som mer komplexa operationer eller patienter med störst samsjuklighet kan kräva, exempelvis möjlighet till intensivvård. Givetvis bör endast privata aktörer med resurser att ta hand om de komplikationer som kan uppstå under en operation ta sig an riskpatienter. Lösningen för dessa patienter är inte att hindra andra från att bli opererade utan att utvidga möjligheten att bedriva fullskalig privat vård.

Bilden att privata vårdgivare endast skulle ta emot ett fåtal friska patienter är överdriven. Ett relevant exempel är protesoperationer. Av de 15 302 höftprotesoperationer som utfördes i hela riket år 2021 utgjordes bara 17,7 procent av patienter som klassificerades som ASA 3–4. Samma siffra för knäprotesoperationer var 16 procent, av totalt 12 739 patienter. Den stora majoriteten av patienterna som väntar på höft- eller knäprotes tillhör alltså ASA-klass 1–2. Ortopediska ingrepp utgör samtidigt den enskilt största kategorin av patienter i kö för operationer. Att hindra dessa patienter från att söka sig till alternativ när den offentliga vården inte har möjlighet att operera är inte lösningen på Sveriges värdköer.

Av dem som fick en knäprotesoperation år 2021 hade 16 procent av patienterna i offentlig

45 Anderson & Synnerstad, 2021.

46 Sirona, 2021.

47 Sirona, 2021.

48 American Society of Anesthesiologists, 2020.

49 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2014.

sjukvård ASA-klass högre än 2. De flesta privata vårdgivarna hade färre patienter med hög ASA-klass. Men Capio S:t Göran utförde hela 51 procent av sina knäprotesoperationer på patienter ASA-klass högre än 2, klart över riksgenomsnittet och bland de högsta i riket. Capio Movement och Capio ortopedi Motala hade också höga andelar patienter ASA-klass högre än 2: 24 respektive 21 procent.⁵⁰ Eftersom Capio är en stor aktör, leder det till att offentlig och privat vård har ungefär lika sjuka patienter när det gäller operation av knäproteser. Dessa siffror ger en mer nyanserad bild av den påstådda selektiviteten hos privata vårdgivare. Privata vårdgivare med rätt resurser verkar kunna ta hand om även de mer multisjuka patienterna.

Region Halland utgör ett intressant exempel på hur offentliga och privata aktörer kan samarbeta för att öka effektiviteten i svensk sjukvård. Regionen var först ut med att införa valfrihetssystem i landet när Vårdval Halland infördes i primärvården 2007. Därefter har endast två valfrihetssystem för specialiserad vård tillkommit. Det ena för dermatologi och det andra för allmänpsykiatri vuxna i öppenvårdsregi, vilket regionen är ensam i Sverige om att ha infört. Utöver LOV har ett systematiskt arbete lett till att 24 separata upphandlingsavtal trätt i kraft. Majoriteten av den vård som har upphandlats ligger inom regionens gränser men viss vård har också kontrakterats i andra delar av landet. Region Hallands arbete med att få ner köerna liknar Danmarks. När det konstateras att en patient inte kan erbjudas vård inom utlovad tid skickas ett brev hem till patienten med instruktioner om hur hen kan vända sig till privata alternativ och kostnaden för besöket täcks av ersättning enligt upphandlingsavtalet.

Systemet har visat sig effektivt och Region Halland har klart kortare köer för första besök hos specialist inom flera områden än andra regioner. Totalt har endast 10 procent väntat längre än 90 dagar, att jämföra med 30 procent i riket i stort.

Även när det gäller väntetider för operation och åtgärd är Halland framgångsrik. Här har endast 22 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar på operation, vilket kan jämföras med 37 procent i riket i stort. Inom ortopedin har 18 procent av patienterna i Halland väntat längre än 90 dagar; för riket i stort är samma siffra 41 procent.^{51 52}

Alla vårdssystem har för- och nackdelar. I svensk debatt hörs ofta argument mot privat driven vård. Sällan nämns att ineffektiviteten i offentlig sektor är en bidragande orsak till de långa köerna. Vårdvalen har fått kritik, men det finns också klara fördelar. Vårdvalen har till exempel bidragit till att flytta ut en del av specialistvården från akutsjukhusen. Det sänker kostnaden och ökar tillgängligheten, som tidigare studier visat. Vården i Sverige är sjukhustung och har varit i behov av denna förändring under lång tid, vilket bland annat konstateras av den statliga utredningen "Effektiv vård".^{53 54} Det finns även en samhällsekonomisk vinst i att låta privata aktörer behandla patienter. Sironas studie visar att fler patienter kan opereras till samma kostnad. Som jämförelsen i den rapporten visar beror det på att privata vårdgivare är mer produktiva.

EN EFFEKTIV VÅRD ÄR EN PRODUKTIV VÅRD

Att mäta effektivitet inom vården är en svår uppgift. Till skillnad från till exempel tillverkningsindustrier är det svårt att hitta bra mått som fångar begreppet "effektivitet". Är det effektivt att producera lite men till en låg kostnad? Vad är det för produktion som ska mätas? Antalet besök, antalet utförda behandlingar eller antalet botade? Lägst dödlighet? Bäst livskvalitet? Eller en kombination? Något tydligt svar på frågorna är svårt att formulera. Ett välgjort försök är den statliga utredningen "Effektiv vård" som publicerades som ett slutbetänkande till regeringen 2016. I den konstateras att Sverige överlag har hög vårdkvalitet. Dessa mått belyser bara mindre delar av

50 Svenska ledprotesregistret, 2022, s. 128.

51 Sveriges kommuner och regioner, 2023:1.

52 Sveriges kommuner och regioner 2022:1.

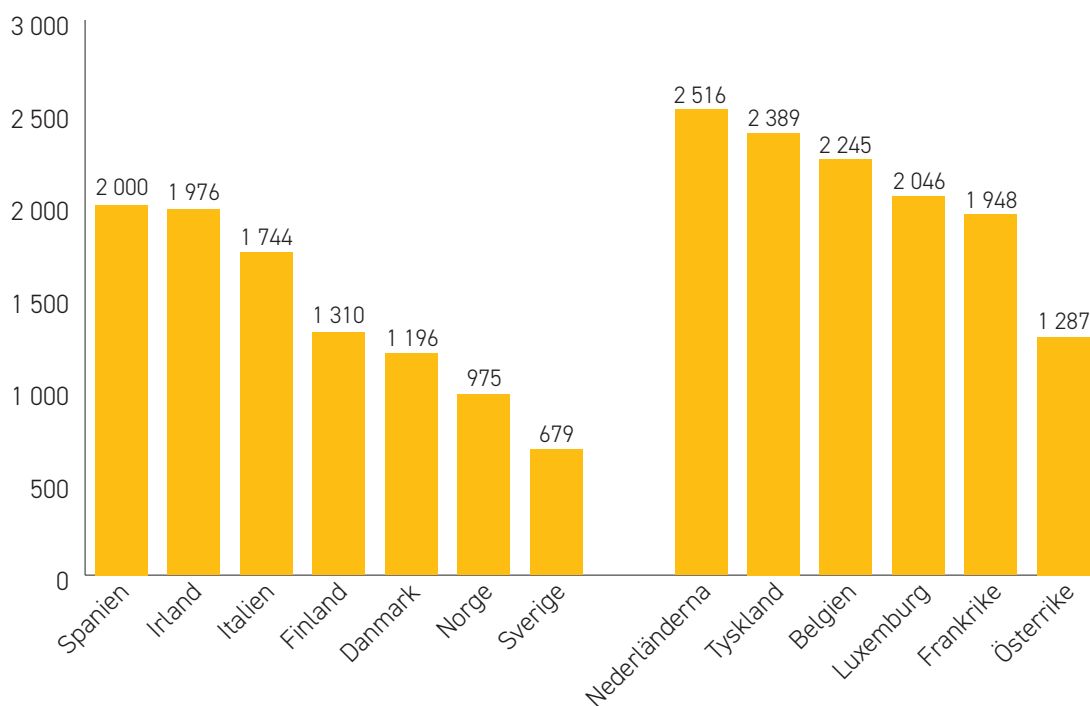
53 SLL, 2017.

54 SOU 2016:2.

begreppet ”kvalitet” och stora regionala och lokala skillnader förekommer. Vanliga utfallsmått som ”överlevnad vid cancer” eller ”gångförmåga efter protesoperation” är bara en del av måttet på kvalitet. Parametrar som väntetider och hur man själv upplever sin hälsa efter sjukvårdens insatser är viktiga mått på kvalitet som fattas i många index. När tankesmedjan Health Consumer Powerhouse sammanställer ett index baserat på patientenkäter faller Sverige från en topplacering till plats nummer 12 av 35 europeiska länder.⁵⁵

Det går inte att komma ifrån att en effektiv vård är en produktiv vård, där de insatser som bedöms ge kvalitet genomförs i rätt mängd och i rätt tid. När det kommer till just produktivitet har Sverige problem. Det lyfts både i ”Effektiv vård” och i ESO-rapporten ”Vem vårdar bäst”. Vi är bland de länder inom OECD som har flest läkare per invånare och har ingen brist på legiti-

merade sjuksköterskor i vården i jämförelse med dessa länder. Samtidigt underpresterar svensk sjukvård enligt flera produktivetsmått, både i total arbetsproduktion och i mer specifika mått. Antalet läkarbesök per person och år är 2,9 vilket även det är lågt internationellt sett. Även antalet operationer per kirurg eller ortoped är lägre än jämförbara länder. Dessutom sjunker antalet operationer trots de långa operationsköerna, vilket är anmärkningsvärt.⁵⁶ När svenska akutsjukhus jämförs med våra nordiska grannländer vad gäller produktivitet och 30-dagarsdödlighet är vi sämst i Norden.⁵⁷ Dessutom särskiljer sig Sverige som det enda landet i Norden som inte har någon regelbunden uppföljning av produktiviteten inom specialistsjukvården.⁵⁸ Avslutningsvis kan nedanstående graf belysa svensk sjukvårds produktivetskris.



55 Health Consumer Powerhouse, 2015.

56 SOU 2016:2 s. 121.

57 SOU 2016:2 s. 101. Se även Rehnberg, 2019.

58 Rehnberg, 2019. Kommissionen för skattenytta, 2021.

Grafen är hämtad från ESO-rapporten ”Vem vårdar bäst” och visar ”Uppskattat antal konsultationer per läkare 2016 eller närmast tillgängliga år”. Uppdelningen till höger och vänster visar om länderna har ett skatte- eller försäkringsbaserat sjukvårdssystem.

En kritik mot dessa jämförelser är att länderna inte har jämförbara arbetssätt. Mycket av det som i andra länder blir läkarbesök kan i Sverige avhandlas per telefon eller till stor del handläggas av en sjuksköterska. Dessa invändningar är legitima men kan inte förklara varför Sverige placerar sig så långt efter jämförbara länder, och särskilt inte varför vi har så mycket lägre produktivitet än våra nordiska grannländer.

Något som brukar lyftas när Sverige jämförs internationellt är vårt fina kvalitetsutfall när det kommer till överlevnad inom akutsjukvård och cancersjukvård. Det stämmer att Sverige är bland länderna med högst överlevnad vid exempelvis hjärtinfarkter. Bilden kan dock nyanseras. Även om vi har bra resultat är vi inte ensamma om det. Det finns ingenting i internationella jämförelser som pekar på att länder som Nederländerna, Tyskland eller Danmark på något signifikant sätt skulle ha vare sig sämre överlevnad vid allvarlig sjukdom eller mindre jämlik vård. Sveriges fina resultat i enskilda kvalitetsmått är alltså inget som ursäktar de långa väntetiderna och den låga produktiviteten.⁵⁹

Det finns inte heller något som tyder på att vi har resursbrist vare sig när det kommer till pengar, personal eller utrustning i Sverige jämfört med dessa länder.⁶⁰ Den enda slutsatsen är att svensk vård utnyttjar humankapitalet på ett ineffektivt sätt.

59 Rehnberg, 2019.

60 Rehnberg, 2019.

GRANSKNING AV PRODUKTIVITET I OFFENTLIG OCH PRIVAT VÅRD

Offentlig sjukvård verkar ha stora problem med produktiviteten. Det är svårt att se hur någon privat verksamhet skulle kunna överleva med så låga produktivetsresultat. Syftet med denna del av rapporten är att genom stickprov undersöka hur produktiva privata aktörer är jämfört med offentliga. Fokus ligger på att beskriva produktivitet i termer av hur väl personalens tid används. Vårdföretagarna och Sirona har redan gjort en stor genomgång av hur mycket större produktivitet privata aktörer har i monetära termer. I dagens vårddebatt faller ofta frågan hur personalens tid kan nyttjas på ett mer effektivt sätt bort. Vår genomgång visar att läkare och annan personal i privat sektor är produktiva en större andel av sin arbetstid, vilket är en betydande del av förklaringen till den generellt högre produktiviteten bland privata vårdgivare.

Vi har valt att avgränsa undersökningen till tre regioner och de största privata vårdgivarna, samt till höft- och knäprotesoperationer samt öppenvårdspsykiatri. Undersökningen är med andra ord inte heltäckande, men i och med att privat specialistvård fortfarande är en relativt ovanlig förekomst i de flesta regioner, täcker undersökningen in en stor del av det fenomen vi vill granska inom respektive specialitet.

Vi har ställt följande frågor till tre regioner och två till tre privata aktörer.

1. Hur många patienter träffar en läkare inom öppenvårdspsykiatri per dag i genomsnitt?
2. Hur många höftprotesoperationer genomförs per operationssal och arbetsdag?

För granskningen av psykiatri befann sig alla privata aktörer i samma region som den tillfrågade regionen. För höftprotesoperationer befann de sig inte nödvändigtvis inom samma region. Det råder stor skillnad på antalet anställda läkare mellan offentliga och privata aktörer. Dessutom finns det hos offentliga vårdgivare andra arbetsuppgifter

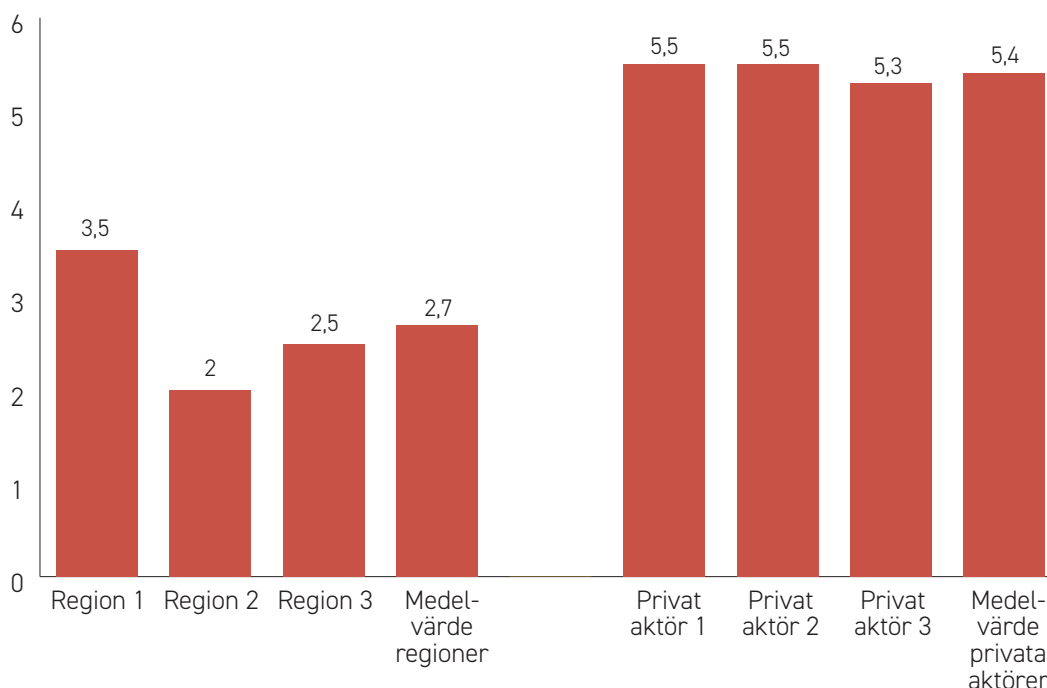
som att bemanna akutmottagningar och vårdavdelningar. Genom att fråga efter produktion per läkare som faktiskt arbetar i öppenvårdspsykiatri och hur många patienter som opereras per sal korigerar vi för den största delen av denna skillnad.

RESULTAT

Besök inom den allmänna öppenvårdspsykiatri per läkare och dag.

Regioner	Antal besök per läkare	Privata aktörer	Antal besök per läkare
Region 1	3,2	Privat aktör 1	5,5
Region 2	2	Privat aktör 2	5,5
Region 3	2,5	Privat aktör 3	5,3

ANTAL BESÖK PER LÄKARE OCH DAG



Jämförelsen för psykiatrin försvarades av att alla regioner organiserat sin öppenvårdspsykiatri på olika sätt. Även de privata aktörerna hade olika patientgrupper vid sina mottagningar beroende på det avtal som var upphandlat i den specifika regionen. Detta påverkar troligen resultatet på marginalen. Vi anser dock att trenden är tillräckligt tydlig för att ge en bild som speglar verkligheten. Vi har också valt att exkludera barn- och ungdomspsykiatrin.

Läkare som arbetade för de tre regionerna träffade i genomsnitt 2,7 patienter per dag, att jämföra med 5,4 patienter per dag hos de privata aktörerna. Läkare anställda hos privata aktörer träffade alltså dubbelt så många patienter på samma arbetstid som regionanställda läkare.

Region 1 meddelade att den inte kunde korrigera för eventuell deltid hos sina anställda eller om besöket utgjordes av ett fysiskt besök eller telefonkontakt. tre är således troligen en för hög siffra, och den faktiska skillnaden mellan privata och offentliga aktörer är troligtvis ännu större.

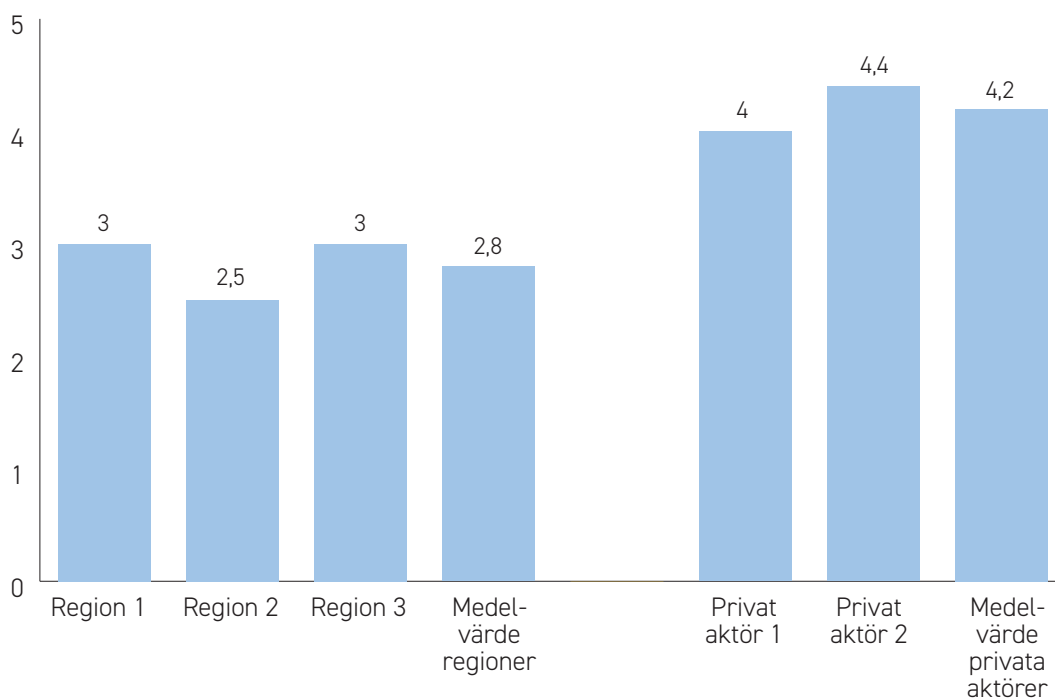
Den naturliga frågan är varför skillnaden är så stor. En av regionerna angav i sitt svar att läkare inom öppenvården har ett större administrativt ansvar med att handleda andra medarbetare, vara konsult åt primärvården och skriva recept och sjukintyg. Det skulle förklara varför antalet läkarbesök låg runt det nationella medeltalet på två patienter per dag. Men även läkare som arbetar för de privata vårdgivarna vi har undersökt har administrativt ansvar och handledaransvar. Det kan inte uteslutas att ansvaret är något större i den offentliga vården, men det förklarar inte de enorma produktivitetsskillnaderna. Det verkar finnas mycket att kritisera gällande organisation och styrning i den offentliga vården.

Ortopedi

Höftprotosoperationer per operationssal och dag:

Regioner	Operationer/sal/dag	Privata aktörer	Operationer/sal/dag
Region 1	3	Privat aktör 1	4,4
Region 2	2,5	Privat aktör 2	4
Region 3	3		

ANTAL OPERATIONER PER SAL OCH DAG



Regionerna ombads vara tydliga med huruvida de har "vigda salar", det vill säga om man bara opererade höftproteser eller även annat opererades i den salen, så att siffran faktiskt stämde med vad man fick gjort per sal och dag. Alla regioner hade salar vigda åt protesoperationer, men de flesta hade salar där man utförde både höft- och knäprotesoperationer. Då även de privata aktörerna oftast hade salar där man utförde både höft- och knäprotesoperationer inkluderades även knäprotesoperationer i jämförelsen. Operationstiden är ungefär densamma för höft- och knäproteser, vilket gör att syftet med undersökningen – att granska skillnader i produktivitet mellan privata och offentliga aktörer – inte bedöms påverkas i någon betydande utsträckning. En av regionerna hade ett sjukhus med operationssalar som ibland utförde höftprotesoperationer men också mycket annat som inte gjordes hos de privata aktörerna. Detta sjukhus exkluderades därför och endast det sjukhus med vigda höft-/knäprotesoperationer inkluderades.

Inom den offentliga sjukvården opererades i genomsnitt 2,8 patienter per sal och dag. Motsvarande siffra för de privata aktörer som tillfrågats var 4,2. Region 2 meddelade siffran 2 till 3 då de hade svårt att specificera närmare i sin statistik. Vi har därför valt att presentera denna regions siffra som ett medelvärde.

En intressant aspekt av produktivitet inom operativ vård är hur väl vårdgivaren lyckas undvika strykningar. En strykning innebär att en planerad operation ställs in i sista stund på grund av exempelvis personalbrist, att patienten inte dyker upp eller har tagit fel läkemedel eller ätit frukost på morgonen (vid många operationer måste patienten vara fastande). Under hela 2022 hade en av de större koncernerna endast haft sex strykningar på totalt 852 operationer (motsvarande 0,7 procent). Strykningar är ett dyrt men ganska ouppmärksammat problem inom svensk sjukvård. En operationssal kostar runt 12.000 i timmen när den är fullbemannad. Ekot presenterade en genomgång av siffror för inställda operationer 2016 som kom från SPOR (Svenska preoperativa

registret). Granskningen täckte 161 030 planerade operationer och av dessa ströks 4,6 procent, det vill säga 1 av 20 operationer. Orsakerna var allt från personalbrist till att akuta operationer gick före.⁶¹ Sjukvård ska alltid ges efter behov och det är fullt rimligt att man ställer in icke-akuta ingrepp om resurser fattas. Men att detta är ett så frekvent problem får anses bero på undermålig styrning. Ett större sjukhus med uppdrag för både akut och elektiv (planerad) verksamhet bör kunna ta höjd för att även elektiva operationer ska kunna genomföras. Strykningar på grund av akuta operationer får ses som ett acceptabelt undantag endast vid extrem belastning.

61 Heyman, 2016.

SLUTSATSER

Sveriges vårdköer är långa. Det kan dröja flera månader, ibland till och med år, innan en person får en protesoperation eller psykiatrisk utredning. Köerna skapar lidande och riskerar att urholka förtroendet för hälso- och sjukvårdssystemet. Växande vårdköer är inget nytt fenomen i svensk sjukvård. Problemet har varit omskrivet sedan 1960-talet. Trots flera olika satsningar från stat och region har någon långsiktig förändring av problemet inte åstadkommit.

Vår granskning visar att privata vårdgivare ger 15 patienter en höft- eller knäprotes på lika lång tid som det offentliga klarar av att operera 10. Skillnaden stämmer väl överens med vad Vårdföretagarna och Sirona tidigare har kommit fram till. Skillnaden i produktivitet är också tydlig inom psykiatrin. Psykiatriker inom privat vård träffar dubbelt så många patienter per dag som psykiatriker inom den offentliga vården.

Skillnaderna kan inte förklaras av att privata vårdgivare i allmänhet väljer ”lätta” patienter, gör avkall på medicinsk kvalitet eller jämlikhet eller har ett väsentligt annorlunda uppdrag. Det verkar i stället som att system med tydliga incitament och krav faktiskt styr en sektor mot innovation och kostnadseffektivitet. Rätt utformade erbjuder upphandlingsavtal enligt LOU eller LOV ett alternativ som i många fall är mer tillgängligt, billigare och mer produktivt än vård i offentlig regi.

När ett alternativ finns som är billigare, snabbare och mer tillgängligt borde detta bejakas i så stor utsträckning som möjligt. Därför landar rapporten i två policyrekommendationer.

För det första bör det bli obligatoriskt för regionerna att införa valfrihetssystem inom öppen specialistvård. Det gäller till exempel gynekologi, urologi, ortopedi, palliativ vård och barn- och ungdoms- samt öppenvårdspsykiatri. Bevisbördan för att inte införa LOV bör vara omvänd: endast om regioner har särskilda skäl ska de kunna begränsa patientens valfrihet.

För det andra behöver vårdpersonalens valfrihet öka. Jämfört med andra länder i OECD:s

statistik finns varken brist på sjuksköterskor eller läkare. Flera av dessa länder har betydligt kortare väntetider än Sverige. Den rimliga slutsatsen är att vi använder det humankapital som faktiskt finns på ett ineffektivt sätt. Ett sätt att förbättra detta är att riva upp onödiga hinder för offentligt anställd vårdpersonal att arbeta privat vid sidan av. Exempel på sådana hinder är kravet på att redovisa bisyssla (till exempel att arbeta för nätläkare eller att driva egen klinik), förbud mot att bedriva ”konkurrerande verksamhet” samt karenstider för att byta från offentlig till privat anställning. I stället bör regionerna underlätta för dem som vill jobba extra vid sidan av sina regionala uppdrag.

Svensk sjukvård har mycket att vinna på att förbättra villkoren för privata aktörer. Men effektiviteten inom offentlig sjukvård behöver också diskuteras. Svenska sjukhus har låg produktivitet i jämförelse med flera andra europeiska länder. Ingenting tyder på att svensk sjukvård har vare sig mindre resurser eller färre medarbetare inom hälso- och sjukvård jämfört med dessa länder.

Den rimliga slutsatsen för sjukvårdssystemet i stort är att våra resurser används på ett ineffektivt sätt. Denna typ av ineffektivitet har Sverige inte råd med. Till 2030 förväntas antalet individer över 80 år öka med 50% samtidigt som antalet i arbetsför ålder endast ökar med 4%.

Svensk vård har ingen brist på resurser eller vårdpersonal jämfört med länder med betydligt kortare köer. Bristen verkar ligga i organisationen – produktiviteten inom offentlig sjukvård är för låg. Om de ges de rätta förutsättningarna kan privata vårdgivare bidra till att höja produktiviteten för hela sjukvårdssystemet och korta köerna. Det skulle både skattebetalarna och patienterna tjäna på.

REFERENSLISTA

- American Society of Anesthesiologists, 2020. ASA Physical Status Classification System.
- Anderson, Thomas & Synnerstad, Ingrid, 2021. "ST-avtal med privata mottagningar kan gynna utbildningen". *Läkartidningen*. <<https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2021/07/st-avtal-med-privata-mottagningar-kan-gynna-utbildningen/>> Hämtad 28/3.
- Busse, Reinhard & van Ginneken, Ewout, 2016. *Health systems in transition*. Netherlands: WHO.
- Europeiska kommissionen, 2017. "State of Health in the EU Sverige Landprofil hälsa 2017" <https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-12/chp_sv_swedish_o.pdf> Hämtad 22/2 2023.
- Eurostat, 2022. "Healthcare expenditure statistics". <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics> Hämtad 23/2 2023.
- Heyman, Sara, 2016. "Inställda operationer – så har vi räknat". <<https://sverigesradio.se/artikel/6450029>> Hämtad 23/2 2023.
- Health Consumer Powerhouse, 2015. "Euro Health Consumer Index." <<https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2015/EHCI-2015-report.pdf>> Hämtad 23/2 2023.
- Ingerö, Johan, 2018. "Vårdköer och väntetider." Timbro.
- Jordal, Henrik & Blix, Mårten, 2021. *Privatizing healthcare*. Stockholm: Institutet för näringslivsforskning.
- Kommissionen för skattenytta, 2021. "Bäst och sämst på vård". <https://www.skattenytta.se/wp-content/uploads/2022/05/Skattenytta_Bast_och_samst_pa_vard.pdf> Hämtad 5/4 2023.
- Liberalerna.se, 2022. "Tidöavtalet: Överenskommelse för Sverige." <<https://www.liberalerna.se/wp-content/uploads/tidoavtalet-overenskommelse-for-sverige-slutlig.pdf>> Hämtad 27/2 2023.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2014. "Vårdval och vårdutnyttjande". <<https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2014/11/PM-2014-1-V%C3%A5rdval-och-v%C3%A5rdutnyttjande.pdf>> Hämtad 27/2 2023.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017:1. "Löftesfri garanti – En uppföljning av den nationella vårdgarantin." <<https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/10/Rapport-2017-6-L%C3%B6ftesfri-garanti.pdf>> Hämtad 27/2 2023.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017:2. "Lag utan genomslag." <<https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/03/Rapport-2017-2-Lag-utan-genomslag.pdf>> Hämtad 27/2 2023.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021. "En lag som kräver omtag". <<https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2021/10/Rapport-2021-10-En-lag-som-kr%C3%A4ver-omtag.pdf>> Hämtad 28/3 2023.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2022. Nationell uppföljning av vården. <<https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2022/05/PM-2022-3-Nationell-uppf%C3%B6ljning-av-h%C3%A4lso-och-sjukv%C3%A5rden-2022-1.pdf>> Hämtad 27/2 2023.
- Nyheter P4 Värmland, 2017. "Kön till neuropsykiatri ska kortas". <<https://sverigesradio.se/artikel/6828297>> Hämtad 22/2 2023.
- Nylander, Lena & van Paaschen, Linda, 2022. "Onödiga utredningar orsaken till psykiatrins köer. *Läkartidningen*.
- Rehnberg, Clas, 2019. "Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2019:8. Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv." <https://eso.expertgrupp.se/wp-content/uploads/2019/12/ESO_2019_8_vem-vardar-bast.pdf> Hämtad 22/2 2023.
- Rehnberg, Claes, 2021. "Bäst och sämst på vård". Kommissionen för skattenytta. <https://www.skattenytta.se/wp-content/uploads/2022/05/Skattenytta_Bast_och_samst_pa_vard.pdf> Hämtad 7/4 2023.
- SCB, 2022. "Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 11,5 procent 2020". <<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/pong/statistiknyhet/halsorakenskaper-2020/>> Hämtad 23/2 2023.
- Sirona, 2021. "Hur uppskjuten vård kan arbetas bort med stöd av privata vårdgivare." <<https://www.almega.se/app/uploads/sites/3/2021/03/jamforande-studie-mer-var-d-for-pengarna-med-privata-var-dgivare-mars-2021.pdf>> Hämtad 27/2 2023.
- SOU, 2016:2. "Effektiv vård".
- SLL, 2017. "Vårdval 10 år – Vad vet vi om dess effekter?"
- SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*.
- SOU 2022:22. *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram*.
- ST-läkarnas kirurgiska råd, 2021. "Ta ansvar för utbildningen av läkare inom kirurgi och anestesi". *Läkartidningen*. <<https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2021/05/ta-ansvar-for-utbildningen-av-lakare-inom-kirurgi-och-anestesi/>> Hämtad 28/3.
- Svenska ledprotesregistret, 2022. "Årsrapport 2022". <https://registercentrum.blob.core.windows.net/slr/r/Svenska-Ledprotesregistret-rsrapport-2022_SE-2--BkxW4idh1s.pdf> Hämtad 3/4.

- Sveriges kommuner och regioner, 2021. "Valfrihetssystem i regionerna".
- Sveriges kommuner och regioner, 2022. "Tuffa beslut banar väg för vård utan köer" <<https://skr.se/skr/tjanster/lorandee exempel/allalarandee exempel/tuffabeslutbanarvagforvardutankoer.66568.html>> Hämtad 7/4 2023.
- Sveriges kommuner och regioner, 2023:1. "Väntetider i vården". <<https://skr.se/vantetiderivarden.46246.html>> Hämtad 26/2 2023.
- Sveriges kommuner och regioner, 2023:2. "Ersättningsformer i primärvård". <<https://skr.se/skr/demokratiledningstyrning/styrningledning/organiserastyraleda/driftformer/valfrihetssystemochersattningssystemmodeller/halsoochsjukvardvalfrihetssystemersattningssystemmodeller/ersattningssystemmodelleriprimarvard.2061.html>> Hämtad 28/3 2023.
- Upphandlingsmyndigheten, 2023. "Lagen om valfrihetssystem (LOV)". <<https://www.upphandlingsmyndigheten.se/lagen-om-valfrihetssystem-lov/>> Hämtad 23/2 2023.
- Wohlin, Jonas, m. fl., 2016. "Nytt ersättningssystem och vårdval höft- och knäprotesoperationer". <<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/RS7897-268913469-93/SURROGATE/Nytt%20ers%C3%A4ttningsystem%20och%20v%C3%A5rdval%20oh%C3%B6ft-%20och%20kn%C3%A4proteskirurgi%20-%20uppff%C3%B6ljn....pdf>> Hämtad 23/2 2023.

Fria marknader
Personlig frihet
Öppna samhällen

TIMBRO