

## **Erbjuder landstinget en vård på lika villkor? – En referensram för att hitta svaren .**

Göran Dahlgren

Ett grundläggande krav inom den offentliga svenska sjukvården är att den skall kunna erbjuda hela befolkningen en god vård på lika villkor. Detta betonas också i Hälsa- och sjukvårdsplanen för Dalarna 2011 - 2013 ” (Landstinget i Dalarna 2009 a).” ”Ingen ska på grund av etnisk bakgrund, sexuell läggning, kön eller ekonomiska förhållanden missgynnas i tillgången till hälso- och sjukvård.” ”Jämlik vård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.”

I dagens verklighet är emellertid vården inte jämlik. Den präglas ofta av olika villkor beroende på patientens ålder, kön, social och etnisk bakgrund samt av bostadsort.

I den referensram som beskrivs nedan beskrivs hur man kan bedöma om patienternas sociala bakgrund (utbildning, inkomst, yrke) och bostadsort påverkar möjligheterna att få en god hälso- och sjukvård på lika villkor. Den är också ett försök att identifiera de viktigaste hindren för en vård på lika villkor utifrån dessa två perspektiv.

Skälet till att fokusera på sociala skillnader i vårdens tillgänglighet och kvalité är att de informationssystem som landstingen byggt upp ofta saknar en social dimension vilket gör att ansvariga politiker, planerare och sjukvårdspersonal inte upptäcker när vården ges på olika villkor beroende på t.ex. patienternas utbildningsbakgrund. Ett skäl till denna brist är sannolikt att såväl politiker som läkare och annan sjukvårdspersonal utgått ifrån att den generella solidariskt finansierade vården i Sverige är jämlik dvs ges på lika villkor oberoende av patientens sociala bakgrund.

En rad rapporter som ”Vård på (o)jämliga villkor” (SKL), ”Folkhälsorapport 2009” (Socialstyrelsen) och Cancerfundsrapporten 2009 visar att detta antagande tyvärr är felaktigt. Mot denna bakgrund var det naturligt att den ojämlika vården stod i fokus vid 2010 års Medicinska Riksstämman där många betonade just omedvetenheten om de sociala skillnader som präglar vården. Ordföranden i Sveriges Läkarförbund Eva Nilsson Bågenholm betonade t.ex. att rapporter om ojämlikhet i vården varit en ögonöppnare: ” ”Jag tror inte att vi har varit uppmärksamma på att vi ger sämre vård och inte lika dyra läkemedel till personer som redan har sämre utgångsläge.” (Dagens Medicin på Medicinska Riksstämman 1-3 december 2010). Socialstyrelsen Generaldirektör Lars Erik Holm slog samtidigt fast att sjukvården inte lever upp till Hälsa- och sjukvårdens krav om en jämlik vård. ”Ingen vill skapa en ojämlik vård men det gör vi med de system som vi har idag” (Dagens Medicin nr 49/10

den 8/12 2010) I den borgerliga Alliansens förslag till sjukvårdspolitiskt program (2010) slås också fast "att en av de viktigaste utmaningarna inom sjukvårdspolitiken är att säkerställa en rättvis och jämlik vård." De röd-gröna partierna har av tradition betonat de vårdpolitiska jämlikhetsfrågorna. Det råder med andra ord en politisk samsyn när det gäller målsättningen om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Mot denna bakgrund förordas allt oftare att de register och enkäter som mäter vårdens tillgänglighet och kvalitet också förutom ålder och kön också beaktar patienternas utbildningsbakgrund och/eller inkomst. I Alliansens förslag till vårdpolitiskt program (2010) förordas t.ex. "En nationell satsning för att mäta och redovisa jämlikheten i vården för varje vårdenhet i landet." De öppna jämförelserna på nationell nivå bör utvidgas "så att de också inkluderar mätning och redovisning av jämlikheten utifrån faktorer som inkomst, utbildningsbakgrund, kön, ålder och bostadsort."

Skälet till att utöver sociala skillnader i vården ägna speciell uppmärksamhet är skillnader i vårdens geografiska tillgänglighet inom ett landsting är att Dalarna – i jämförelse med flertalet andra landsting – har ett mycket litet antal invånare per kvadratkilometer och en befolkning med mycket stora vårdbehov. I denna rapport tas dock inte upp skillnader mellan olika landsting annat än som illustration till läget i Dalarna.

Ett tredje skäl varför det kan vara speciellt motiverat att utveckla en samlad referensram för att klarlägga och identifiera orsaker till olika typer av sociala och geografiska skillnader inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården är att det i hög grad fortfarande saknas en operativ helhetssyn när det gäller att bedöma om vården ges på lika villkor. Förhoppningsvis kan den referensram som presenteras i denna förstudie bidra till att landstinget i Dalarna kan utveckla denna operativa helhetssyn.

Samtidigt bör betonas att det också är väsentligt att på motsvarande sätt utveckla referensramar för att belysa om och hur ålder, kön, etnisk bakgrund respektive sexuell läggning påverkar möjligheterna att få en god vård. Detta ligger dock inte inom ramen för denna förstudie.

## **1. Vård på lika villkor – Hälso-och sjukvårdslagen.**

"Målet för hälso- och sjukvården är" – enligt gällande Hälso- och sjukvårdslag(HSL) från 1982 (SFS 1982:763) - "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde i vården."

Hälso- och sjukvårdslagen kompletteras med följande av riksmötet (1997) fastställda etiska principer som skall tillämpas i den rangordning som de presenteras nedan:

**Människovärdesprincipen** dvs. att alla människor har lika värde och lika rätt till vård. Kravet att ge vård på lika villkor gäller således oberoende av vem som drabbats av sjukdom och oberoende om sjukdomen/skadan kan sägas vara självförvållad eller ej. Vård och omsorg ska erbjudas på lika villkor och alla patienter oberoende av ålder, kön, social och etnisk bakgrund ska bemötas och vårdas med respekt och omtanke.

**Behovs-och solidaritetsprincipen** som slår fast att behoven skall styra sjukvårdens resurser och att stora vårdbehov ska prioriteras före små vårdbehov.

**Kostnads- och effektivitetsprincipen** d.v.s. att man vid val mellan olika åtgärder beaktar relationen mellan kostnad och förbättrad hälsa/livskvalitet.

1997 fastslog riksmötet även riktlinjer för prioritering mellan olika insatser. De fyra prioriteringsgrupper som riksmötet angav är:

#### ***Prioriteringsgrupp 1***

- Vård av livshotande akuta sjukdomar.
- Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktig invalidiserande tillstånd eller förtida död.
- Vård av svåra kroniska sjukdomar.
- Palliativ vård och vård i livets slutskede, -
- Vård av människor med nedsatt autonomi.

#### ***Prioriteringsgrupp 2***

- Prevention
- Habilitering/rehabilitering

#### ***Prioriteringsgrupp 3***

- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

#### ***Prioriteringsgrupp 4***

- Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

HSL, dess etiska principer och principer för prioriteringar utgör en självklar bas och utgångspunkt vid en analys av i vilken utsträckning sjukvårdshuvudmännen uppfyller målet om en god vård på lika villkor.

I praktiken bryter såväl regering som riksdag liksom landstingen ofta mot Hälso- och sjukvårdslagets krav och intentioner utan att detta föranleder någon rättslig prövning eller bestraffning. Detta är möjligt att göra utan påföljd eftersom HSL är en ramlag. Det finns inte heller många landsting som arbetar med att inom ramen för den politiska demokratiska processen klarlägga och besluta om prioriteringar inom vården utifrån de etiska principer

och den prioriteringsordning som riksdagen fastställt. I praktiken blir det istället läkare och annan vårdpersonal som i sitt dagliga arbete i de enskilda fallen medvetet eller omedvetet tvingas göra de nödvändiga prioriteringarna. Detta kan ofta försvåra arbetet att säkerställa en vård på lika villkor. Olika finansiella och personella förutsättningar för olika vårdgivare kan också innebära att fokus snarare begränsas till bästa möjliga vård med givna resurser än god vård på lika villkor i ett samlat landstings- eller nationellt perspektiv.

Det finns därför skäl förorda en skarpare hälso- och sjukvårdslagstiftning baserad på de etiska principer och de principer för prioriteringar inom vården som redovisats ovan. Behovet av en skärpt hälso- och sjukvårdslagstiftning är också motiverat av en ökad privatisering av offentligt finansierade vård och internationalisering (t.ex. inom EU) som styrs av bindande regelverk och lagar. Uppstår en konflikt mellan en kommersiellt motiverad lag och Hälso- och sjukvårdslagen är det därför sannolikt att de kommersiella intressena överordnas Hälso- och sjukvårdslagens målsättningar även när syftet med verksamheten är erbjuda en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

I avvaktan på en eventuellt skärpt lagstiftning är det naturligt utgå från att det finns en politisk och professionell vilja att förverkliga HSLs målsättning om en god vård på lika villkor. Syftet med denna underlagsstudie är att underlätta en konkretisering av vad detta innebär i praktiken. Ett första villkor är givetvis att man har en tydlig definition av begreppet "Vård på lika villkor"

## **2. Vård på lika villkor – definitioner.**

Jämlig vård dvs. vård på lika villkor kan definieras utifrån följande två olika perspektiv:

**Horisontell jämlikhet i vården** innebär att individer med samma vårdbehov ska erbjudas samma möjlighet till vård. Inom den svenska öppna vården utnyttjar t.ex. höginkomsttagare vården mer än låginkomsttagare när båda har samma vårdbehov. (van Doorslaer et.al 2004 och 2006).

**Vertikal jämlikhet i vården** innebär att de som har större behov skall prioriteras/erhålla mer vård och vårdresurser än de som har mindre behov.

Lika vårdutnyttjande bland hög- och kortutbildade är således ett tecken på allvarlig ojämlikhet eftersom ohälsan och därmed vårdbehoven är mycket större bland låg än högutbildade.

**Jämlikhet i hälsa** är när t.ex. medellivslängden är lika oberoende av utbildning, inkomst eller yrkesbakgrund.

**Ojämlikhet i hälsa** mäts ofta genom att jämföra hälsan bland t.ex. de 20 procent rikaste och de 20 procent fattigaste. Eftersom sjukdomsbördan successivt minskar med ökande utbildningsnivå och inkomst dvs följer vad man brukar beteckna som en social gradient bör

man emellertid idealt beakta ohälsans sociala fördelning inom hela befolkningen. detta helhetsperspektiv – snarare än en fokusering endast på de 20 procenten ”högst” respektive ”lägst” är också av direkt politisk betydelse eftersom man då förstår varför ökad jämlikhet i hälsa gynnar hela befolkningen och inte enbart dem som har sämst tillgång till god vård. Ojämligheten hälsa kan i detta helhetsperspektiv mätas – liksom man ofta gör när det gäller skillnader i inkomst – genom att beräkna den s.k. gini-koefficienten.

Ur ett ”vård på lika villkor perspektiv” innebär det att även vårdutnyttjande och andra relevanta indikatorer idealt bör beskrivas som en social gradient. I avsaknad av de data som möjliggör en dylik beräkning kan givetvis jämförelser mellan hög- och lågutbildade eller hög och låginkomstgrupper också ge värdefull information. Helt avgörande för att kunna bedöma om befolkningen erhåller en vård på lika villkor är emellertid kunskap om ohälsans och därmed vårdbehovens omfattning och sociala fördelning.

### **3. Ohälsans omfattning och sociala fördelning.**

Befolkningens hälsa förbättras och medellivslängden ökar. De kvarstående hälsoproblemen identifieras ofta som de sjukdomar t.ex. psykisk ohälsa - som inte minskar eller t.o.m. ökar. Det är emellertid viktigt att också gå bakom dessa genomsnittstal för hela befolkningen. Där finns en annan verklighet med stora och växande sociala skillnader i ohälsa och förtida död. Det är denna verklighet man måste utgå ifrån för att kunna bedöma om vårdutnyttjandet återspeglar en vård på lika villkor.

Det finns en omfattande kunskap om ohälsans sociala fördelning såväl i termer av upplevd ohälsa som professionellt angiven ohälsa. (Se t.ex. Socialstyrelsens periodiska Folkhälsorapport, Folkhälsoinstitutets hälsorapporter och de kartläggningar som gör av ohälsans omfattning och fördelning som periodiskt görs i flertalet landsting inklusive landstinget i Dalarna)

Det kan därför i detta sammanhang räcka med att illustrera storleksordningen på de sociala skillnaderna i hälsa i dagens Sverige med följande fakta ur Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009:

- Dödsrisken i åldern 30 – 74 år är dubbelt så hög bland personer med enbart grundskola jämfört med personer med eftergymnasial utbildning.
- Lågutbildade löper dubbelt så stor risk att drabbas av hjärtinfarkt som högutbildade.
- Antalet friska levnadsår minskar bland kvinnor och speciellt bland lågutbildade kvinnor.

- Skillnaderna i förväntad medellivslängd mellan personer med olika lång utbildning har ökat under hela 1990-talet och fortsätter att öka under 2000-talet framför allt bland kvinnor.
- De sociala skillnaderna bland svenska kvinnor är idag större än i nära nog alla andra västeuropeiska länder.

I Dalarna finns sannolikt liknande sociala skillnader i ohälsa och tidig död. Ett exempel är att andelen med muskel/ledvärk är 56 procent bland ej facklärda män och 38 procent bland medel- och högre tjänstemän. (Landstiget i Dalarna 2009 c)

Någon exakt vetenskaplig metod att bedöma vårdbehov utifrån fakta om ohälsans sociala fördelning finns inte. Det blir i första hand en fråga om trender och storleksordningar dvs studera om det finns likheter i sjukdomsbördans respektive vårdutnyttjandets och vårdresursernas fördelning.

Vid en bedömning av i vilken utsträckning hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser motsvarar olika socio-ekonomiska grupper behov krävs på motsvarande sätt kunskap om olika riskfaktors sociala fördelning. Såväl individrelaterade riskfaktorer som rökning och samhällsrelaterade riskfaktorer som ohälsosamma arbetsmiljöer har en klar social gradient. Det är också mycket vanligt med kluster av riskfaktorer dvs har man en är sannolikheten stor att man är utsatt för många fler riskfaktorer. Detta gäller t.ex. kortutbildade som löper en mycket större risk att bli arbetslös, tvingas ta ett hälsovådligt arbete samtidigt som den högsta andelen rökare finns i denna grupp.

Vi vet också att nära hälften av all ohälsa är relaterad till familjens sociala och ekonomiska problem. Detta återspeglas i att fysiska hälsoproblem är 60 procent vanligare och psykiska 70 procent vanligare bland socialt mindre gynnade barn än bland mer gynnade barn.

Vid utformningen av en förebyggande hälsovård på lika villkor måste man givetvis beakta dessa sociala skillnader i riskexponering.

#### **4. Vårdutnyttjande**

Det är inte helt lätt att på nationell eller landstingsnivå göra en samlad bedömning av i vilken utsträckning dagens hälso- och sjukvård möter befolkningens upplevda respektive medicinskt bedömda behov av vård. Utgår man från nationella intervjuundersökningar anser dock allt fler att de helt eller delvis har tillgång till den vård de behöver. Denna andel har successivt ökat under senare år och var 77 procent 2009. Motsvarande andel i Landstinget dalarna var 75 procent. (SKL Vårdbarometer 2009). Detta är givetvis en positiv utveckling. (Se även bifogade statistikbilaga). Samtidigt är det viktigt uppmärksamma att närmare en fjärdedel av befolkningen i dagens Sverige fortfarande anser att de inte har tillgång till den vård de behöver. Dessa otillfredsställda vårdbehov finns oftast bland låginkomstgrupper som

generellt sett har mycket större vårdbehov än resten av befolkningen. Vid en analys av om vården ges på lika villkor är det speciellt viktigt uppmärksamma omfattningen, den sociala fördelningen och orsaker till dessa otillfredsställda vårdbehov.

#### **4.1 Vårdutnyttjande relaterat till patienternas sociala bakgrund.**

Periodiska rapporter från bl.a. OECD (ex van Doorslaer et al 2004, respektive 2006) visar att högutbildade i Sverige – vid lika vårdbehov – har ett högre vårdutnyttjande inom den öppna vården än kortutbildade. Dessa horisontala sociala skillnader i vårdutnyttjande är t.o.m. större i Sverige än i flertalet andra OECD-länder. Däremot fanns enligt samma OECD-rapporter inte motsvarande sociala skillnader i utnyttjande av slutenvård (mätt i antal nätter på sjukhus).

En omfattande nordisk studie (Haglund 2004) har visat att kortutbildade – sedan man tagit hänsyn till sociala skillnader i ohälsa/vårdbehov - sökte läkare mer sällan än högutbildade i såväl Sverige, Danmark och Finland. Däremot hade man i Norge ett vårdutnyttjande i den öppna vården som matchade de olika gruppernas vårdbehov dvs. en vertikal jämlikhet i vårdutnyttjande.

Ett stort antal andra svenska studier visar också att låginkomsttagare, kortutbildade och arbetslösa oftare än resursstarkare grupper avstår från att söka vård vid upplevt behov av vård. (Burström 2002, Westin et.al.( 2004), Åhs och Westling 2006.)

De sociala skillnaderna i vårdutnyttjande kan bero både på faktorer relaterade till olika gruppers benägenhet att söka vård som till olika typer av hinder för speciellt kortutbildade/låginkomsttagare att få den vård de behöver. Fakta om vårdutnyttjandets sociala fördelning relaterat till ett givet vårdbehov eller till sociala skillnader i ohälsa/vårdbehov är således- som tidigare betonats - en viktig utgångspunkt för att bedöma i vilken utsträckning vården ges på lika villkor.

### **5. Vårdens tillgänglighet.**

Vid en analys av vårdens tillgänglighet – inte minst ur ett vårdpolitiskt jämlikhetsperspektiv – är det väsentligt att alla stegen i den s.k. tillgänglighetstrappan beaktas dvs. formell, geografisk, ekonomisk och tidsmässig tillgänglighet. ( Dahlgren och Whitehead 2007) Samtidigt finns skäl betona att det första steget i denna ”tillgänglighetstrappa” är en förutsättning för det andra steget osv. Det är ju inte meningsfullt att diskutera t.ex. tidsmässig tillgänglighet/kötider om man av formella, geografiska eller ekonomiska skäl inte kan få den vård man behöver.

### **5.1 Vården formella tillgänglighet.**

Den formella tillgängligheten inom den offentligt finansierade svenska sjukvården är mycket god. Hela befolkningen har i princip rätt till en god offentligt finansierad vård som täcker nära nog alla typer av sjukvård.

Ur ett "vård på lika villkors perspektiv" finns dock anledning uppmärksamma:

- att de som fått avslag på sin asylansökan men illegalt stannar i Sverige s.k. "papperslösa" inte har – med undantag för deras barn - formell rätt till offentligt finansierad vård.
- att flertalet landsting av besparingsskäl har eller överväger att lyfta ur olika behandlingar och tekniska hjälpmedel från den offentligt finansierade vården .
- att en successiv övergång från offentlig finansiering till privata sjukvårdsförsäkringar/tilläggsförsäkringar innebär att den formella rätten till vård regleras av villkoren i dessa försäkringar. Detta leder i sin tur till att de som har råd skaffa en heltäckande försäkring får en bättre formell tillgänglighet till vården än den som är hänvisad till en billigare basförsäkring.

### **5.2 Vårdens informella tillgänglighet.**

Den formella rätten till vård återspeglas inte alltid fullt ut i verkligheten. Ur ett patientperspektiv kan man särskilja på positiv- respektive negativ informell tillgänglighet.

Ett exempel på en positiv informell tillgänglighet kan t.ex. vara när en offentligt finansierad läkare utifrån sin syn på läkaretiken ger subventionerad vård till en "papperslös" patient trots att detta inte är i överensstämmelse med fattade beslut om att "papperslösa" inte ska ha rätt till denna vård.

Negativ informell tillgänglighet är när t.ex. vårdgivaren sätter upp hinder eller försöker undvika vissa patienter trots att de har formell rätt till vård hos denne vårdgivare. Risker för denna typ av informella hinder ökar i intäktsfinansierade vårdssystem där ersättningen till vårdgivaren är så utformade att vissa patienter blir "lönsamma" medan andra är "olönsamma." Genom t.ex. lokalisering, marknadsföring och bemötande samt prioritering av lätta snarare än tunga tidskrävande fall kan då vårdgivaren försöka öka andelen lönsamma och minska andelen olönsamma patienter trots att ingen vårdgivare får neka vård till någon patient som har formell rätt till den offentligt finansierade vården.

### **5.3 Vårdens geografiska tillgänglighet.**

FNs deklaration om de mänskliga rättigheterna tar specifikt upp kravet på närhet till professionell vård: "Health facilities , goods and services must be within safe physical reach for all sections of the population , especially vulnerable or marginalized groups." (FNs kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 2000). Närhet till läkare och annan kvalificerad vårdpersonal utgör också en central målsättning inom svensk sjukvård liksom rimliga avstånd till närmaste sjukhus.

Avstånd till närmaste läkare/vårdcentral påverkar benägenheten att söka vård. Dålig geografisk tillgänglighet bidrar därför till att färre vårdbehov tillfredsställs och att färre sjukdomar upptäcks tidigt medan det finns goda behandlingsmöjligheter. Eftersom personer med låg inkomst ofta tenderar att leva mer i periferin (storstädernas förorter och i glesbygden) finns ofta en social dimension även när det gäller geografisk tillgänglighet. Detta gäller även personer som har stora vårdbehov t.ex. multisjuka äldre och de med begränsad rörelseförmåga.

Vårdens geografiska tillgänglighet d.v.s. avståndet i tid och rum till närmaste läkare/vårdcentral är av naturliga skäl olika beroende av om man bor på landsbygden eller i en stad. Vård på lika villkor kan således inte utgå från att alla skall ha samma "korta" avstånd till vården som de som bor i städerna. Detta gäller speciellt i landsting som Dala-landstinget med ett mycket litet antal invånare per kvadratkilometer som har ett mycket stort vårdbehov. Enligt Sveriges kommuner och Landsting (SKL) tillhör Dalarna de tre landsting i Sverige som har de största vårdbehoven. (Landstinget i Dalarna 2009 b).

Utgångspunkten för att bedöma om landstinget ur ett geografiskt jämlikhetsperspektiv erbjuder vård på lika villkor måste istället vara att inom ramen för tillgängliga resurser sträva efter "bästa möjliga" geografisk tillgänglighet för alla. Därvid bör både geografiskt avstånd och tidsavstånd med egen bil respektive med buss eller tåg beaktas. Speciell hänsyn bör också tas till andelen 80 + och andra grupper med nedsatt rörelseförmåga. Utifrån denna typ av "ideal plan" kan det nuvarande vårdutbudet men framför allt beslut om lokaliseringen av nya vårdenheter bedömas utifrån ett "vård på lika villkor perspektiv."

Vid utformningen av denna ideala plan bör man beakta att kravet på närhet i tid är helt andra vid akuta vårdbehov än vid icke akuta vårdbehov. Vid en analys av den geografiska tillgängligheten bör man därför särskilja följande tre olika anledningar att söka vård:

1. Resa till vårdcentral/husläkarmottagning för icke akuta vårdbehov.
2. Resa till vårdcentral /sjukhus för akut vårdbehov.
3. Resa till sjukhus för planerad vård.

Insatser för att förbättra den geografiska tillgängligheten förutsätter vanligen politiska demokratiskt förankrade beslut om t.ex. vårdcentralers lokalisering. Det hävdas ibland att en rättvis vårdstruktur uppstår när pengarna följer patienten och patienterna "röstas med fötterna." Detta är inte korrekt eftersom man inte kan rösta med fötterna för att t.ex. få en vårdcentral till ett område som idag saknar en vårdcentral. Befolkningens val av vårdcentral kan givetvis endast ske inom det givna vårutbudet.

När s.k. etableringsfrihet införs inom den offentligt finansierade vården d.v.s. när finansiären/ansvariga politiker överlåter beslut om vårdens lokalisering till kommersiella vårdföretag kommer lönsamhetskriterier snarare än geografisk tillgänglighet och behov av vård att styra beslut om lokalisering. Idag är det enligt lag (Lagen om valfrihetssystem LOV) reglerat att auktoriserade privata vårdgivare har ensamrätt på att besluta var inom landstinget deras offentligt finansierade verksamhet ska lokaliseras. Erfarenhetsmässigt innebär det att befolkningen i städer gynnas och de som bor på landsbygden och speciellt i glesbygden missgynnas. Det finns t.ex. inte många privata vårdgivare norr om Dalälven. Samtidigt finns i större städer en tendens att de kommersiella vårdgivarna prioriterar högsnarare än låginkomstområden. Landstingen har inte heller någon rätt att begränsa antalet etableringar av offentligt finansierade privata vårdgivare.

En ökad andel vinstdrivna vårdcentraler i ett landstings "lönsamma områden" minskar därför möjligheterna att inom givna finansiella ramar satsa på bättre geografisk tillgänglighet i företagsekonomiskt olönsamma områden. Revisorer inom Landstinget i Dalarna har i skriften "Vad väntar runt nästa hörn" (2009) uppmärksammat detta problem samtidigt som man konstaterar att landstinget alltid har kvar "det yttersta ansvaret att tillhandahålla sjukvård liksom skyldighet att erbjuda läkare på platser där sådana inte vill etablera sig inom det fria vårdvalet. Detta innebär att landstingets uppgift blir än svårare i framtiden."

Vid en bedömning av vårdens geografiska tillgänglighet är det förutom avstånd i tid och rum viktigt beakta insatser som minskar de negativa effekterna av långa restider till närmaste läkare/vårdcentral. Det kan t.ex. vara speciellt utbyggt hemsjukvård i glesbygden, väl fungerande rådgivning per telefon, telemedicin och kraftigt subventionerade eller fria resor till närmaste vårdcentral. Vårdcentraler i glesbygden där det är långt till närmaste sjukhus kan också få speciella personella och/eller tekniska resurser möta vårdbehov som i större städer skulle remitterats till ett sjukhus. Det kan också finnas anledning väga in restid för patienter som bor mycket långt från ett akutsjukhus/BB vid beslut om hur ambulanser som ska ge service i dessa områden bör vara utrustade. Det finns också anledning att närmare studera hur t.ex. höjda egenavgiften för sjukresor i Dalarna (Landstinget Dalarna 2009 b) påverkar den geografiska tillgängligheten för olika grupper mätt i restid och resekostnader. Det kan samtidigt vara motiverat klarlägga om man på grund av längre restider med kollektiva färdmedel avstått att söka vård trots ett upplevt behov av att söka professionell vård. (se även bifogade statistikbilaga )

#### **5.4 Vårdens ekonomiska tillgänglighet.**

I ett internationellt perspektiv är möjligheterna att få vård ofta begränsade av ekonomiska skäl. Detta gäller speciellt i länder med en marknadsorienterad vård där patienterna förväntas betala en stor del eller hela vårdkostnaden privat. Detta strider mot FNs mänskliga rättigheter som slår fast att "health facilities, goods and services must be affordable for all. Payment for health care services, as well as services related to the underlying determinants of health, has to be based on the principle of equity, ensuring that these services, whether privately or publicly provided, are affordable for all, including socially disadvantaged groups."

Vårdens ekonomiska tillgänglighet dvs om man har råd efterfråga den vård man behöver är i Sverige generellt sett god inom den offentligt finansierade vården. Förhållandevis låga patientavgifter i kombination med ett högkostnadsskydd för såväl vård som läkemedel gör att de flesta har råd efterfråga den vård och hämta ut de läkemedel de behöver. Tandvården är dock ett undantag med sina i jämförelse med annan vård mycket höga avgifter. Det kan dock vara av intresse att jämföra med andra länder som England där all vård är helt avgiftsfri och Danmark där ingen patientavgift tas ut i primärvården.

Betydelsen av att slå vakt om en god ekonomisk tillgänglighet betonas även i Dalalandstinget som i sin hälso-och sjukvårdsplan för 2010-2013. "Ju högre patientavgifter desto större risk att människor med begränsad betalningsförmåga av ekonomiska skäl avstår från att söka vård. Mot denna bakgrund har landstinget, och ska även i fortsättningen ha, låga och om möjligt landets lägsta avgifter. Barn och ungdomars hälso- och sjukvård ska förbli avgiftsfri." Landstinget i Dalarna 2009 a). Ur landstinget i Dalarnas perspektiv finns därför speciellt starka skäl analysera hur t.ex. den nya hjälpmedelsavgiften, höjda patientavgifter för sjuksköterskebesök och för remissbesök till specialist samt höjd egenavgift för ersättning vid sjukresor (Landstinget i Dalarna 2009 b, 2010 d) påverkar vårdens ekonomiska tillgänglighet för i första hand låginkomsttagare.

Metoderna att ersätta vårdgivarna kan också påverka den ekonomiska tillgängligheten för resurssvaga grupper. När vårdgivarna – och då speciellt vinstdrivna vårdföretag – i hög grad ersätts per besök finns erfarenhetsmässigt en tendens hos många vårdgivare att på olika sätt öka antalet besök genom att t.ex. prioritera lätta snabba fall och dela upp antalet besök för multisjuka patienter enligt principen "ett problem ett besök." De ökade intäkterna för vårdgivarna betyder samtidigt ökade kostnader för patienterna som tvingas betala patientavgiften onödigt många gånger men också onödigt många gånger. Minskade möjligheter till fri sjukvårdsrådgivning per telefon kan också bidra till ett ökat antal onödiga avgiftsbelagda läkarbesök plus reskostnader liksom ev. kostnader för förlorad arbetstid.

Vid en analys av vårdens ekonomiska tillgänglighet är det också väsentligt att känna till betalningsförmågan speciellt bland olika låginkomstgrupper. Det är t.ex viktigt att uppmärksamma att andelen fattiga bland sjuka, arbetslösa och förtidspensionerade i riket

ökat från 8 procent 2002 till 16 procent 2007 (Lundby-Wedin 2009). Var fjärde ensamstående kvinna lever – enligt riksdagens utredningstjänst – i relativ fattigdom och nästan en kvarts miljon barn (Salonen 2009).

Vid en analys av vård på lika villkor är det mot denna bakgrund viktigt klarlägga i vilken utsträckning ekonomiska faktorer/bristande betalningsförmåga påverkar olika befolkningsgrupper otillfredsställda vårdbehov. Denna typ av studie i Stockholms län (Burström et al 2008) har bl.a. visat

att 64 procent av alla som erhållit ekonomiskt bistånd (socialbidrag) år 2006 inte ansett att de haft råd gå till tandläkaren trots upplevda besvär.

att 35 procent av alla som erhåller ekonomiskt bistånd (socialbidrag) har av ekonomiska skäl avstått från att söka vård trots ett upplevt behov av professionell vård.

att många ensamstående mödrar (17,5%) och långvarigt arbetslösa (15,6 %) år 2006 inte ansåg att de hade råd lösa ut den medicin som en läkare ordinerat.

Mot denna bakgrund bör aldrig högre avgifter och andra förändringar som påverkar de personliga privata kostnaderna för vård införas utan en analys både ex-ante och ex-post av hur de påverkar resurssvaga gruppers vårdutnyttjande och möjligheter att hämta ut de läkemedel en läkare ordinerat. Övervägs en sänkning av de privata kostnaderna för vård bör även de förväntade och faktiska positiva effekterna ur ett "vård på lika villkor-perspektiv" belysas.

Ett hot mot en god ekonomisk tillgänglighet inom vården är kan på sikt bli en ökad andel privat finansiering via privata sjukvårdsförsäkringar och krav på kontant betalning av vård till gängse marknadspris.

## **5.5 Tidsmässig tillgänglighet.**

Tidsmässig tillgänglighet dvs möjligheter att snabbt nå vårdcentralen per telefon, väntetider för besök till allmänläkare, specialistläkare och kötider till förplanerade operationer är det tillgänglighetsmått som vanligen står i fokus såväl i de politiska som professionella debatterna. Ofta är det dessutom det enda måttet på tillgänglighet som löpande följs upp och analyseras.

Inom primärvården är tillgängligheten i riket relativt god. Hösten 2009 var riksgenomsnittet att 93 procent av alla patienter i riket som önskade träffa en allmänläkare fick en konsultation inom sju dagar. Däremot finns ofta långa väntetider till den öppna specialistvården och vissa delar av den slutna vården. (SKL 2009)

Landstinget i Dalarna har – i jämförelse med många andra landsting – en sämre tidsmässig tillgänglighet med undantag för tillgängligheten per telefon till vårdcentraler och

sjukvårdsrådgivningen. (Landstinget i Dalarna 2009 b) Landstingets revisorer konstaterar i en skrift (2009) att "Andelen patienter som fick komma på läkarbesök inom sju dagar är emellertid bland de lägsta i landet. Den nationella statistiken beaktar dock inte andelen patienter som fått besöka andra grupper av vårdpersonal. I förhållande till andra landsting uppvisar landstinget Dalarna också en förhållandevis stor andel patienter som väntat längre än 90 dagar för besök hos specialist respektive för behandling." (se även fakta om vårdens tidsmässiga tillgänglighet i Dalarna i bifogade statistikbilaga.)

Vårdgarantin preciserar en övre acceptabel tidsgräns för kontakt med allmänläkare, annan specialist och behandling/operation. I Hälso- och sjukvårdsplanen för Dalarna 2011-2014 betonas dessutom att "Hälso- och sjukvård i rimlig tid är mer än vårdgarantin. Lika viktigt är den totala tiden för patientens väg genom hälso- och sjukvården."

Landstingen har genomgående en löpande uppföljning av kö-situationen. Detta är också nödvändigt för att kunna bedöma när patienter kan kräva vård vid utomlänssjukvård eller vård utomlands som det egna landstinget bekosta. Ett ytterligare skäl att registrera och prioritera den tidsmässiga tillgängligheten inom vården är statens s.k. kömiljard som premierar landsting som uppfyllt vårdgarantins krav i minst 90 procent av alla fall. Tyvärr har vissa landsting genom att inte räkna med de patienter som är beredda vänta lite längre för att få vård vid "ortens sjukhus" snarare än vid ett sjukhus i en annan del av landet "förvirrat" bilden av köernas längd. Det finns också fall där vårdgivare för att minska köerna prioriterar första kontakter snarare än återbesök vilket kan drabba t.ex. personer med kroniska sjukdomar som kräver relativt täta läkarkontakter.

En brist i den nuvarande kö- statistiken är att den saknar – i motsats till kö-statistiken i exempelvis Danmark- uppgifter om de patienternas utbildning eller yrke. Det är därför inte möjligt att löpande bedöma om och i vilken utsträckning t.ex. högutbildade genom kontakter och krav kan få en kortare väntetid än kortutbildade eller personer med utomeuropisk bakgrund. Utan denna information är det svårt bedöma i vilken utsträckning det finns sociala skillnader även när det gäller vårdens tidsmässiga tillgänglighet.

Behovet av att även i Sverige kunna klarlägga om och vilka sociala skillnader det finns i den tidsmässiga tillgängligheten illustreras av olika forskningsrapporter. Ett exempel är en studie som utförts av Karolinska Institutet och Akademiska sjukhuset i Uppsala som visar att tiden från remiss till diagnos var nästan dubbelt så lång för lågutbildade som högutbildade patienter med lungcancer. (redovisad i Dagens Medicin Extra tidning vid Medicinska Riksstämman 1-3 december 2010).

Det finns också en relativt utbredd uppfattning att även den tidsmässiga tillgängligheten är ojämlig. I Alliansens förslag till vårdpolitiskt program (2010) anges t.ex. att "Bristande tillgänglighet är ett mindre problem för dem som är väletablerade i samhället, de som kan tala för sig och kanske har personliga kontakter i vården. De tar sig fram ändå. När de är i

behov av vård hittar de av egen kraft – eller med hjälp av personliga kontakter- snabbt fram till rätt specialist och får rätt hjälp.”

Det är däremot helt otvetydigt att riksmötets beslut (2006) att ändra sjukvårdslagen så att offentligt finansierade sjukhus får ta emot privatfinansierade patienter öppnade en ”gräddfil” förbi vårdköerna till kommersiellt drivna offentligt finansierade sjukhus. Denna legalisering av gräddfiler till offentligt finansierade sjukhus för patienter som har råd att betala ett marknadspris för vården kontant eller genom en privat sjukvårdsförsäkring kan givetvis motverka möjligheterna att säkerställa en vård på lika villkor.

### **5.6 Kulturell tillgänglighet.**

Bristande kommunikation mellan läkare och patient kan vara ett allvarligt hinder för en vård på lika villkor. Det klassiska exemplet är svårigheterna att arbeta med en tolk där patientens beskrivning av sina hälsoproblem dels kan utgå från en annan syn på sjukdom och dess orsaker dels kan förändras när de översätts till svenska av en tolk.

Kommunikationsproblem kan också uppstå mellan en högutbildad läkare och en kortutbildad patient även om båda har svenska som sitt modersmål. Den nödvändiga dialogen för att läkaren ska kunna ställa rätt diagnos kan ta längre tid i de fall patienten har svårt att uttrycka sina hälsoproblem på ett sätt som läkaren uppfattar som relevant. Samtidigt kan det krävas längre tid för att en kortutbildad att fullt ut tillgodogöra sig den information och de råd som läkaren ger.

Utöver tid krävs en medvetenhet och pedagogisk kunskap från vårdpersonalens sida som bidrar till en bättre kulturell tillgänglighet dvs. att det finns en god dialog och förståelse mellan vårdgivaren och patienten oberoende av patientens utbildningsbakgrund. Saknas den nödvändiga extra tiden och kunskapen är risken stor att kortutbildade inte får samma goda vård som högutbildade.

Det finns samtidigt skäl uppmärksamma att välutbildade patienter i allt högre grad tack vare bl.a. internet och FASS ofta ställer högre krav på vårdgivaren än kortutbildade. De är samtidigt väl medvetna om och kan vanligen hävda sina rättigheter bättre än kortutbildade patienter.

En förutsättning för en god kulturell tillgänglighet är att vårdgivarna är medvetna om existerande sociala skillnader i vårdens tillgänglighet och kvalitet. Ofta tror man att alla behandlas lika oberoende av social bakgrund eller utbildningsnivå ända tills fakta visar på motsatsen. I andra fall är vårdpersonalen medveten om att den kulturella tillgängligheten är dålig på grund av krav på många besök på kortast möjliga tid för att säkerställa en god lönsamhet/produktivitet. Fakta om hur denna tidsbrist bidrar till en vård på olika villkor för hög- respektive kortutbildade kan då påverka utformningen av ersättningen till vårdgivarna.

## **6. Modeller för ersättning till vårdgivarna.**

Hälso- och sjukvårdslagens behovsprincip slår entydigt fast att offentliga resurser till vård ska fördelas efter behov. Eftersom kortutbildade har ett större och ofta tyngre vårdbehov än högutbildade är denna princip av särskild betydelse för att kunna säkerställa en vård på lika villkor för hela befolkningen. En analys av förutsättningarna för en vård på lika villkor bör därför omfatta analyser av olika modeller för att fördela offentliga resurser. I denna förstudie begränsas perspektivet till de ersättningsmodeller som idag ofta diskuteras och tillämpas inom primärvården och speciellt inom ramen för olika vårdvals – och hälsovalssystem. Samtidigt aktualiseras de ökade krav på kontroll och löpande uppföljning som dessa system förutsätter.

### **6.1. Ramanslag/budget.**

De politiskt fastställda budgetar som under lång tid dominerade anslagen till den offentligt drivna och finansierade primärvården baserades ofta på det existerande vårdutbudet. Utrymmet för förändringar var ofta relativt begränsat speciellt i tider av mycket begränsade nya resurser. Vård på lika villkor utifrån ett finansiellt perspektiv kom i detta perspektiv att i hög grad bestämmas av det existerande vårdutbudet. Det finns dock enligt Socialstyrelsens analyser anledning anta att de sociala skillnaderna inom den öppna vården minskade under 1970 och 80-talet för att därefter öka.

I och med införandet av mer marknadsorienterade modeller och politiska beslut för att främja en ökad privatisering av driften har alltfler landsting övergått till mer prestationsrelaterade ersättningsmodeller. Detta sågs – och ses - också som ett sätt att öka vårdens produktivitet. I de två ersättningsmodeller som tillämpas baseras den ena på att en hög andel av ersättningen är relaterad till antalet besök medan den ersättningen i den andra modellen i hög grad baseras på antalet listade patienter. Dessutom finns olikheter när det gäller bedömningen ersättning relaterad till olika vårdbehov.

### **6.2. Besöksmodell - Hög andel av ersättningen relaterad till antalet besök (Stockholmsmodellen).**

Ett viktigt motiv för en hög andel av ersättningen relaterad till antalet besök är att detta speciellt i kombination med ett begränsat uppdrag för vårdgivaren kan stimulera till många privata nyetableringar liksom till en högre produktivitet (mätt som antal besök). Det finns samtidigt en risk att totalkostnaderna ökar mer än med mer budgetliknande ersättningsmodeller.

Ur ett vårdpolitiskt jämlikhetsperspektiv är risken stor att en ersättning per besök utan hänsyn till konsultationens längd bidrar till en prioritering av korta snarare än mer tidskrävande konsultationer. Om lättare snabbt behandlade fall av lönsamhetsskäl prioriteras högre än tyngre tidskrävande fall ökar de sociala skillnaderna i vårdens tillgänglighet. En annan risk som ökar med denna ersättningsform är att vårdgivaren för att öka lönsamheten delar upp ett besök i flera besök enligt principen ”ett hälsoproblem per besök”. Detta drabbar speciellt multisjuka och andra grupper med många och sammansatta vårdbehov. Eftersom kortutbildade i högre grad än högutbildade har sammansatta vårdbehov bidrar en uppsplittring av ett normalt besök också en vård på olika villkor.

En möjlighet att reducera dessa ojämlikhetsskapande effekter är att ta ökad hänsyn till patientens vårdbehov/diagnos vid utformningen av ersättningen. I Vårdval Stockholm har man valt att ta hänsyn till de ökade vårdbehov som är relaterade till ålder men inte till de ökade vårdbehov som är relaterade till olika befolkningsgruppers utbildningsbakgrund. Införandet av etableringsfrihet har dessutom inneburit att de sociala skillnaderna i vårdutbudets geografiska fördelning trots att drygt 30 nya vårdcentraler/husläkarmottagningar etablerats. (Rehnberg et al. 2010)

En ytterligare effekt av Vårdval Stockholm är – enligt Karolinska Institutets två-årsuppföljning (Rehnberg et al. 2010) – en omfördelning av resurser från låg- och medelinkomstområden till höginkomstområden. Samtidigt har antalet besök ökat i de låginkomstområden som fått en mindre andel av de samlade resurserna. Detta har tolkats som om jämlikheten ökat. Den slutsatsen kan dock ifrågasättas eftersom det finns skäl anta att vårdgivare i dessa områden tvingats prioritera korta besök för att överleva ekonomiskt på den nya vårdmarknaden.

En utvärdering av dessa effekter ur ett jämlikhetsperspektiv kräver att vårdutnyttjandet relateras till vårdbehoven. I den uppföljning som gjorts av Karolinska Institutet finns varken en analys av vårdens horisontella jämlikhet (lika vård vid lika vårdbehov) eller vertikala jämlikhet (vårdresurser/vårdutnyttjande relaterat till det samlade vårdbehovet.)

## **6.2. Listningsmodell - Hög andel av ersättningen relaterad till antalet listade patienter.**

En ersättning som i huvudsak är relaterad till antalet listade patienter ger bättre förutsättningar att kontrollera vårdens totala kostnader än besöksbaserade ersättningsmodeller samtidigt som det ger en budgetliknande stabilitet i finansieringen. Ur ett vårdpolitiskt jämlikhetsperspektiv ger denna ersättningsmodell bättre förutsättningar än en hög andel besöksrelaterad ersättning att säkerställa en vård på lika villkor. En förutsättning för detta är givetvis att hänsyn tas till olika gruppers samlade vårdbehov oavsett om de är relaterade till ålder, kön eller utbildning.

Landstinget i Dalarna har – liksom ett antal andra landsting – utvecklat en ersättningsmodell som har dessa kvaliteter. Dala-modellen baseras på ersättning per listad s.k. kapitering (70

procent av den totala ersättningen). Denna del av ersättningen är viktad med hänsyn till ålder, indikatorer för socialt relaterade vårdbehov, avståndsspekter och vårdens kvalitet. Vårdbehoven baseras dels på den sammanvägda vårdtyngden utifrån de listades diagnoser i primärvård och specialiserad vård (Adjusted Clinical Groups-ACG) dels på ålder och socioekonomiska faktorer relaterade till olika grupper med särskilt höga vårdbehov (Care need index-CNI). Speciellt beaktas andelen lågutbildade (25-64 år), ensamstående äldre(65 +) ensamstående föräldrar med barn under 17 år, inflyttade under året, födda utanför EU och arbetslösa. (utveckling och geografisk fördelning i Dalarna för vissa av dessa behovsindikatorer redovisas i bifogade statistikbilaga)

Även med denna ersättningsmodell finns en viss risk att vårdgivaren medvetet försöker lista lönsamma snarare än olönsamma personer trots krav att ingen får nekas att bli listad (tills kapacitetstaket är uppnått). Indirekt kan vårdgivarna dock påverka vilka som listas genom lokalisering av vårdenheten i attraktiva områden och genom riktad marknadsföring.

En annan risk är att en hög andel fast ersättning kan ge ekonomiska incitament att underbehandla. Erfarenheter från bl.a. Danmark och Norge visar att en hög andel fast ersättning till allmänläkare tenderar att öka deras remisser till andra specialister. (Krasnik et.al 1990, Iversen och Lurås 2000). Detta kan dock motverkas genom ett allmänläkararna/vårdgivarna inom primärvården får ett kostnadsansvar även för remisser. Samtidigt kan denna lösning dock bidra till en alltför stor minskning av remisser med medföljande risk för underbehandling. ( Anell et. al 2010)

Idealt kan man eliminera dessa risker genom att justera ersättningen så att alla patienter blir lika lönsamma. Läkare och annan vårdpersonal kan då helt basera sina prioriteringar utifrån medicinska och etiska bedömningar. I praktiken är det emellertid svårt – sannolikt omöjligt – att utforma de ekonomiska incitamenten så att de är i fullständig samklang med vårdpersonalens professionella bedömningar. Det är därför – inte minst ur ett ”vård på lika villkor perspektiv” viktigt att även med ”listningsmodellen” betona att professionens medicinska bedömningar och etiska värderingar alltid måste överordnas snävt företagsekonomisk baserade prioriteringar inom den offentligt finansierade vården.

### **6.3. Målstyrda modeller - Högt andel målrelaterad ersättning.**

Den målrelaterade ersättningen utgår i relation till i vilken utsträckning vårdgivarna (vårdcentraler/husläkarmottagningar) uppnår olika vårdpolitiska mål. Den avgörande fördelen med denna typ av modell är att vårdpersonalen fokuserar på verksamhetens mål i termer av t.ex. god tillgänglighet, hög vårdkvalitet och bättre hälsa. En annan fördel är att en målrelaterad ersättning stimulerar användningen av evidensbaserade effektiva behandlingsmetoder.

De flesta landsting som infört vård- eller hälsovalssystem har redan en mycket liten del av den totala ersättningen relaterad till denna typ av måluppfyllelse (3 och 5 procent i Stockholms- respektive Dalamodellen). En målrelaterad ersättning skulle också kunna ingå i vidareutvecklingen av olika typer av behovsbaserade budgetsystem om/när alternativ till dagens legalt reglerade vårdvalssystem med etableringsfrihet åter blir tillåtet.

Det finns vidare ett stort behov av målrelaterade ersättningsystem som främjar sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser och har ett tydligt fokus på förbättrad folkhälsa och/eller minskad riskexponering t.ex när det gäller tobak, alkohol, brist på fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, dåliga arbetsmiljöer och skador( inklusive sjukvårdsrelaterade skador).

Det återstår dock en hel del utvecklingsarbete innan man fullt ut kan tillämpa en målrelaterad ersättningsmodell. Inom bl.a. National Health Services(NHS) i England har man dock sedan ett par år tillämpat – med viss begränsad framgång – ett målbaserat ersättningsystem. Det finns därför goda skäl att intensifiera utvecklingsarbetet med olika typer av målrelaterade ersättningar och i begränsad skala pröva dem i praktiken.

#### **6.4. Ökade krav på uppföljning och kontroll.**

Dagens vårdvalssystem är i hög grad intäktsdrivna. Ett bra resultat återspeglas i detta perspektiv i stora intäkter/höga vinster. Logiken att använda vinsten som ett kriterium för bra resultat även inom hälso- och sjukvården är att patienterna valt dessa vårdgivare och det i sig är ett tecken på att de är bra. I en slutrapport från SKLs programberedning om valfrihet (2010) anges också som den enklaste formen av utvärdering i ett valfrihetssystem brukarnas val – hur de röstat med fötterna. Detta är dock – som illustrerats ovan – ett alldeles för snävt perspektiv eftersom höga vinster kan genereras genom att t.ex. ge mindre vård till dem som har de största vårdbehoven och patienternas val inte kan påverka vårdutbudets lokalisering. I SKLs rapport betonas samtidigt att det även krävs andra former av utvärderingar av bl.a. vårdens kvalitet.

I en kommersiellt driven vård där vinst är ett överordnat mål är det särskilt viktigt följa upp i vilken utsträckning verksamheten bidrar till olika hälso- och sjukvårdspolitiska mål. Speciell uppmärksamhet måste ägnas målsättningen att vården skall ges på lika villkor eftersom oreglerade marknadsorienterade vårdmodeller ofta genererar ökande snarare än minskade sociala skillnader t.ex när det gäller fördelningen av offentliga vårdresurser. Betydelsen av detta illustrerades nyligen i en uppföljning av Vårdval Stockholm utförd vid Karolinska Institutets Folkhälsoakademi (Rehnberg et al 2010). Denna uppföljning visar att det under vårdvalets första två år skett en resursöverföring från låg- och medelinkomstoråden till höginkomstområden. Detta minskar givetvis möjligheterna att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens mål om en vård på lika villkor.

Det är mot denna bakgrund av strategisk betydelse att ansvariga huvudmän säkerställer att förutom ålder och kön uppgifter finns om utbildning, inkomst eller yrkesgrupp i landstingets befolknings- och patientenkäter liksom i landstingets informationssystem. Utan denna koppling till patienternas och olika befolkningsgrupper sociala bakgrund saknas möjligheterna att bedöma om vården ges på lika villkor. Samtidigt är det viktigt att landstingen verkar för att även nationella kvalitets och andra register får en social dimension.

Det finns även starka skäl förstärka de finansiella kontrollsystemen vid en övergång till från offentlig till kommersiell drift av offentligt finansierad vård. Erfarenheterna visar att risken för oegentligheter ofta ökar med ökad marknadsorientering och kommersiell drift av offentligt finansierad vård. Vinst- och intäktsdrivna verksamheter söker naturligen alltid att öka intäkterna/vinsten. Erfarenhetsmässigt ökar detta också riskerna för fusk och oegentligheter i jämförelse med budgetstyrda verksamheter. Detta gäller i särskilt hög grad inom verksamhetsområden som saknar ett strikt kontrollsystem och/eller där det är speciellt svårt att bevisa vissa typer av oegentligheter.

Den offentligt finansierade primärvården i Sverige har båda dessa svagheter. Kontrollsystem och regelverk är primärt uppbyggda för att kunna kontrollera en budgetstyrd offentligt driven och finansierad verksamhet. Detta räcker inte för att säkerställa samma finansiella kontroll av offentliga medel när verksamheten drivs av kommersiella vårdföretag som ofta ägs av olika s.k. riskkapitalbolag. Affärsiden för dessa riskkapitalbolag är största möjliga vinst när de efter vanligen 3 till 5 år säljer de vårdföretag de köpt med i huvudsak lånade pengar. Erfarenhetsmässigt finns även inom andra kommersiellt drivna vårdföretag också en i jämförelse med offentligt driven verksamhet större risk för olika typer av "lönsamt fusk." De Vanliga typer av ekonomiska oegentligheter är bl.a:

- Överdebitering av utfört arbete genom att kräva ersättning för arbete som inte utförts eller klassa en enkel diagnos/behandling som ett "bättre betalt" allvarigare fall (s.k diagnosglidning). Möjligheterna att i efterhand med säkerhet slå fast dessa falsarier kan vara mycket begränsade eftersom det ofta förutsätter bedömning en tid efter behandlingen av enskilda individers vårdbehov.
- Skattefusk. Privat praktiserande läkare är en av de yrkeskårer där skattemyndigheten ofta finner felaktigheter som minskar skatten.

I termer av förlorade skatteintäkter är emellertid den "kreativa bokföring" som tillämpas av de stora ofta internationella vårdföretagen ett mycket större problem. Genom höga internräntor som ger avdragsmöjligheter i Sverige och placering av vinster i skatteparadis som Jersey reduceras eller elimineras den skatt de betalar i Sverige. De svenska skattemyndigheterna har underkänt flera av de stora vårdbolagens "avancerade skatteplanering". I något fall har de tvingats betala miljonbelopp i andra fall ligger ärendet för avgörande i domstol. Ett rimligt krav kan därför vara att vid auktorisering och uppföljning av kommersiella vårdföretag ställa

skarpare krav på en öppen redovisning som utesluter möjligheter att undvika skatt genom placeringar i t.ex. skatteparadis.

Ett självklart generellt krav borde mot denna bakgrund vara att tillräckliga kontroll- och regelsystem byggs upp innan man inför ersättningssystem som innebär ökade risker för lönsamma feldebiteringar och skatteflykt.

## **7. Vårdens kvalitet.**

Vårdens kvalitet kan mätas i upplevd vårdkvalitet respektive medicinsk vårdkvalite.

Intresset för kvalitetsmätningar inom den offentligt finansierade vården har ökat kraftigt under de senaste årtiondena. Genom öppna jämförelser som (2009) omfattade 124 parametrar har kvalitetsskillnader mellan sjukhus och mellan vården i olika landsting kunnat kartläggas alltmer ingående. Detta utvecklingsarbete som fokuserat på såväl medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader har i första hand inriktats mot sjukhusbaserad vård. Motsvarande kvalitetsindikatorer för primärvården saknas dock fortfarande i hög grad.

En vård på lika villkor innebär att det inte finns några systematiska sociala skillnader i upplevd respektive medicinsk kvalitet.

### **7.1 Upplevd vårdkvalitet.**

Den patientupplevda kvalitén omfattar - t.ex. i den Nationella patientenkäten - patientens bedömning av "bemötande", "delaktighet," "information," "tillgänglighet," och "upplevd nytta." Ett samlat mått är andel "nöjda." Den andel som anger att de är nöjda med den offentligt finansierade vården är stor och ökande på nationell nivå enligt bl.a. SKLs Vårdbarometer 2009. Tyvärr framgår det inte av den Nationella patientenkäten vilka befolkningsgrupper som är mest respektive minst nöjda. I den uppföljning som gjorts av vårdval Stockholm av Karolinska Institutet (2010) har man emellertid funnit att de patienter som var minst nöjda med vården innan "Vårdvalet" införts var ännu mindre nöjda med vården efter två år med Vårdval Stockholm.

De studier som gjorts av patientnöjdhet i Dalarna visar att missnöjet med hälso-och sjukvårdens sätt att möta de upplevda vårdbehoven ökade under 1990-talet "särskilt bland dem som drabbats av värk i muskler och leder(smärtproblematik) och psykosocial problematik (ängslan, oro, ångest, sömnbesvär, utbrändhet, depression.) Eftersom dessa ohälsoproblem är mycket vanligare bland låg- än högutbildade kan man på goda grunder också konstatera att det är låginkomstgrupper som i särskilt hög grad är missnöjda med denna vård. Under perioden 2000 till 2010 har dock en förbättrad tillgång till läkare ökat andelen som är nöjd med sjukvården. (Landstinget i Dalarna 2009 c) Det framgår också av de uppgifter som finns om patientnöjdhet i Dalarna vilka vårdcentraler som har störst

respektive minst andel nöjda patienter vad avser de variabler som ingår i den Nationella Patientenkäten. (Landstinget i Dalarna 2010 e).

Vid en kartläggning av patientnöjdhet är det – förutom ålder, kön och utbildningsbakgrund – viktigt att särskilja patienter som behandlats för lätta snabbt behandlade åkommor och patienter med tyngre mer tidskrävande ohälsoproblem. Ett skäl till detta är att vårdgivare i vårdsystem med intäktsfinansiering och där en hög andel av ersättningen baseras på antalet besök ofta prioriterar lättare fall före mer tidskrävande konsultationer. (Läkarförbundets Vårdvalsenkät 2009). De med lättare åkommor blir då sannolikt nöjdare än patienter med allvarliga och mer tidskrävande vårdbehov. Eftersom denna prioritering av lättare fall leder till fler besök än om man prioriterat efter behov blir effekten av denna ur ett vårdpolitiskt jämlikhetsperspektiv felaktiga prioriteringen en högre andel nöjda patienter. En analys av utifrån ett ”vård på lika villkorsperspektiv” måste därför gå bakom genomsnittstalen även när det gäller patientnöjdhet.

## **7.2. Medicinsk kvalitet.**

Sverige har en sjukvård i världsklass när man mäter de medicinska resultaten. Den högkvalitativa vården är dock i vissa fall ojämnt fördelad. Inför 2010-års Medicinska Riksstämman vars tema var ”En jämlik vård” presenterades bl.a. följande exempel på sociala kvalitetsskillnader (Abstracts från Riksstämman från SoS och SKL redovisade i Dagens Medicin 1-3 december 2010) :

- Högutbildade får oftare nyare och dyrare läkemedel än lågutbildade
- Vid kranskärslsjukdom får höginkomsttagare revaskulering , som minskar risken för död, ungefär dubbelt så ofta som låginkomsttagare.
- Lungcancerpatienter från socialt utsatta grupper får mindre vård än patienter med hög utbildningsnivå.

I den borgerliga Alliansens förslag till vårdpolitiskt program (2010) betonades också betydelsen av att uppmärksamma de sociala skillnaderna i vårdens kvalitet samtidigt som följande exempel som hämtats från en SKL-rapport redovisades:

- Högutbildade hjärtsviktspatienter behandlas i högre utsträckning än andra patienter med nyare och dyrare preparat.
- KOL-patienter med låg utbildningsnivå behandlas oftare än andra patienter med äldre omoderna metoder.
- Övermedicinering och felmedicinering är ett mindre problem bland hög- än lågutbildade.

Ett viktigt kvalitetsmått är ”sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet.” Detta mått belyser när patienten dör i sjukdomar som t.ex. diabetes, gallstenssjukdomar och livmoderhalscancer som med tidig upptäckt och rätt medicinsk behandling normalt inte leder till döden. Under 2008 uppskattades den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten i Sverige enligt SKL/SoS

”Öppna jämförelser 2009” till 15 000 fall. Den högsta andelen av dessa åtgärdbara fall fanns bland kortutbildade män och kvinnor. Risken för att dö vid en viss sjukdom som påverkas av men inte helt avgörs av de medicinska insatserna ökar också med lägre socioekonomisk status. Vid bröstcancer löper t.ex. kvinnor med lägre socioekonomisk status 37 procent högre risk att dö av sin cancer jämfört med andra kvinnor. (Socialstyrelsen, SKL, abstracts från Medicinska Riksstämman 2010.)

En annan viktig medicinsk kvalitetsindikator är andelen döda inom 28 dagar efter t.ex stroke och hjärtinfarkt. Även med detta mått på medicinska kvalitet visar SKL/SoS ”Öppna jämförelser 2009” att patienter med kort utbildning löper större risk att dö inom 28 dagar än patienter med högre utbildning. Ett skäl till dessa sociala skillnader kan vara att patienter med hög utbildning som drabbats av hjärtinfarkt – i jämförelse med kortutbildade patienter – får en intensivare medicinering.

Den åtgärdbara dödligheten bland män i Dalarna är högre än i många andra landsting bl.a. i diabetes, astma, stroke och blindtarmsoperation. (Landstinget i Dalarna 2009 a). Någon redovisning av den åtgärdbara dödlighetens sociala fördelning ges inte men följer den ett för Sverige vanligt mönster präglas den även i Dalarna av stora sociala skillnader.

Detta är allvarliga exempel på den ojämlika sjukvården. Det är samtidigt en indikator på sjukvårdens möjligheter att rädda liv och bidra till en bättre och jämlikare hälsa. En första förutsättning för att detta ska ske är givetvis att både politiker och de som arbetar inom vården blir informerade om dessa skillnader och söker orsakerna till att vården inte ges på samma villkor.

Vid en analys av social skillnader i vårdkvalitet kan man särskilja bl.a. följande typfall:

- Strukturella faktorer som t.ex bristande ekonomiska resurser: Resurssvaga grupper har inte samma tillgång till högkvalitativ vård som resursstarkare grupper. Det kan t.ex. gälla befolkningen i låginkomstområden som inte erhåller den andel av de samlade resurserna som är motiverat utifrån befolkningens sjukdomsburda/vårdbehov.
- Individuella faktorer t.ex. i mötet mellan läkare och patient. Medvetet eller omedvetet kan läkare och annan sjukvårdspersonal göra olika bedömningar när det gäller behov och typ av vård av hög- respektive kortutbildade.(se avsnitt 5.6 ovan om kulturell tillgänglighet ).
- Bristande medicinska kunskaper när det gäller just de ohälsoproblem som är särskilt vanliga bland kortutbildade. En studie bland allmänläkarnas kunskaper i Dalarna (Landstinget i Dalarna 2009 c) visade t.ex. att enbart 3 procent av allmänläkarna ansåg att de hade tillfredställande kunskaper om samband mellan psykosociala faktorer och hälsa/sjukdom och tillräckligt med tid för att hjälpa patienter med en psykosocial problematik.

- Lönsamhetsfaktorer: Ett högt uppdrivet arbetstempo med optimalt antal besök varje dag som ger bästa möjliga intäkter/vinst missgynnar sannolikt kortutbildade mer än högutbildade. Ett skäl till detta är- som tidigare betonats - att andelen multisjuka med tidskrävande "olönsamma" vårdbehov är större bland låg- än högutbildade. Ett annat kan vara att kortutbildade för att fullt ut förstå och kunna följa läkarens ordinationer behöver – men av lönsamhets skäl inte får - en längre konsultation än högutbildade.
- Kostnadsfaktorer: I de fall patienten kan höja vårdkvalitet eller kvalitén på tekniska hjälpmedel genom en kontant tilläggsbetalning leder detta givetvis till att resursstarka patienter i högre utsträckning än låginkomsttagare anser sig ha råd betala för den högre kvalitén. Detta kan exempelvis gälla vid val av hörapparater och andra tekniska hjälpmedel.

Landstinget i Dalarna har som kvalitativt mål bl.a. att "samtliga vårdcentraler ska uppnå resultat som ger högsta kvalitet ersättning" och att "samtliga offentligt drivna vårdcentraler har bättre kvalitet än privata." Det ger en bra bas för att vidareutveckla analysen så att man även kan bedöma om olika befolkningsgrupper får en god vård på lika villkor vid de olika vårdcentralerna.

## **8. Förebyggande insatser på lika villkor.**

Det övergripande målet för svensk folkhälsopolitik är en bättre och jämlikare hälsa. Hälsans och ohälsans bestämningsfaktorer bestäms av såväl miljö, livsvillkor och levnadsvanor. Nära nog alla hälsorisker drabbar i högre grad låg- än höginkomstgrupper. De sociala skillnaderna i ohälsa är speciellt stora för bl.a. ohälsosamma arbetsmiljöer, arbetslöshet, ekonomisk stress, rökning och fetma.

I andra fall finns sociala skillnader i effekten av en viss riskfaktor. Lika överkonsumtion av alkohol leder t.ex. till två till tre gånger fler alkoholrelaterade sjukdomar och skador bland kortutbildade arbetare än bland högutbildade tjänstemän. (Dahlgren och Whitehead 2007) Det faktum att högutbildade i t.ex. Dalarna dricker mer alkohol än kortutbildade (Landstinget i Dalarna 2010 c) behöver således inte innebära att alkoholrelaterade sjukdomar och skador är vanligare bland högutbildade. Vid utformningen av insatser på lika villkor mot överkonsumtion av alkohol är det därför viktigt att både beakta sociala skillnader relaterade både till "volym" och "effekt".

Ur ett hälsopolitiskt jämlikhetsperspektiv är det viktigt att även hälso- och sjukvårdens förebyggande insatserna sker på lika villkor dvs. relateras till de sociala skillnaderna i riskexponering och ohälsoeffekter. Detta förutsätter bl.a. ett ersättningssystem som förutom att säkerställa tillräckligt med resurser för förebyggande insatser också möjliggör att de kan fördelas efter behov såväl på individ, grupp och befolkningsnivå. De läkar- och besöksorienterade ersättningssystem som ofta präglar vårdval med etableringsfrihet saknar

ofta dessa kvalitéer. I en skrift från landstingets revisorer (2009) betonas också betydelsen av att utveckla ersättningssystem som stimulerar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Detta kan ske genom att en hög andel av den totala ersättningen knyts till antalet listade kopplat till ett tydligt uppdrag vad avser sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser.

Även i landsting med en hög andel av ersättningen knuten till antalet listade kan dock allmänläkarna – som i Dalarna – missa att informera om livsstilsfrågor vid vart femte konsultation. (Landstinget i Dalarna 2009 c)

Betydelsen av ”progressiva hälsofrämjande insatser” betonas i Dala-landstingets Hälsoplan för 2011 -2015 (Landstinget i Dalarna 2010 a). Potentialen för detta arbete illustreras i en tidigare hälso-och sjukvårdsplan som bl.a. redovisar att andelen åtgärdbar dödlighet bland män är högre i Dalarna än i många andra landsting. Samtidigt anges mycket höga nivåer av motortrafikolyckor, och alkoholrelaterade leversjukdomar. (Landstinget i Dalarna 2009 a).

Vid en bedömning av om de förebyggande insatserna sker på lika villkor dvs. är relaterade till olika gruppers behov är det väsentligt att klarlägga omfattningen och den sociala fördelningen av hälsans bestämningsfaktorer (hälsorisker, skyddsfaktorer och hälsofrämjande faktorer.) Riskepidemiologin måste få samma uppmärksamhet som epidemiologiska beskrivningar och analyser av olika sjukdomar och särskild uppmärksamhet bör ägnas åt olika riskers sociala fördelning och differentierade sociala effekter.

## **9. Betalningsbördans fördelning.**

All sjukvård måste finansieras. Frågan är vilka som ska betala när och hur mycket.

I FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna anges att ”Equity demands that poorer households should not be disproportionately burdened with health expenses as compared to richer households” ( FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 2000)

Inom den svenska offentliga vården gäller att vården ska vara solidariskt finansierad dvs. betalas i relation till betalningsförmåga/inkomst och fördelas efter behov. Det finns således ingen direkt koppling mellan vad man betalar och vilken vård man får. Principen om en vård på lika villkor ligger fast oberoende av hur mycket man bidragit med via skatten.

Det kan mot denna bakgrund vara naturligt att även inkludera betalningsbördans fördelning vid en analys av vård på lika villkor. Man bör då utgå från en analys av följande typer av finansiering ur ett fördelningspolitiskt perspektiv:

### **9.1. Skattefinansiering.**

Storlek och fördelning av skattebördan bestäms i hög grad genom politiska beslut på lokal och nationell nivå. För att säkerställa en god skattefinansierad vård på lika villkor måste det finnas en politisk vilja att relatera landstingsskatten till demografiska, sociala och andra faktorer som påverkar behovet av vård.

Nuvarande skattesystem innebär att höginkomsttagare betalar mer i kronor räknat i jämförelse med låginkomsttagare. Samtidigt finns – förutsatt att den politiska viljan finns - goda förutsättningar att fördela tillgängliga vårdresurser efter behov. En solidariskt finansierad vård via skatt utgör därför en utmärkt bas för att kunna säkerställa en god vård på lika villkor.

Mot denna bakgrund bör andelen av de totala vårdkostnaderna som täcks av skatteintäkter liksom förändringar i skattenivåer beaktas vid en analys av förutsättningarna att erbjuda en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

### **9.2 Patientavgifter.**

Patientavgifterna utgör för närvarande endast omkring tre procent av den offentliga vårdens finansiering i landstinget i Dalarna (Landstingsrevisorernas rapport 2009) men kan ur ett familje/individuellt perspektiv bli en inte obetydlig extra utgift speciellt för låginkomsttagare.

Skälet är att patientavgifterna är den mest regressiva av alla finansieringssätt eftersom de direkt knyter finansieringen till vårdutnyttjandet. Det innebär att de med störst vårdbehov får betala mer än de med mindre vårdbehov. Vid ett oförändrat vårdutnyttjande innebär en omfördelning från skatt till patientavgifter

att äldre betalar mer och yrkesverksamma mindre

att kvinnor betalar mer och män mindre

att låginkomsttagare betalar mer och höginkomsttagare mindre.

Ökade intäkter genom olika typer av patientavgifter istället för via skatten minskar således förutsättningarna att erbjuda en vård på lika villkor. genom att betalningsbördan omfördelas från dem med små vårdbehov till dem med större vårdbehov. Samtidigt minskar – som tidigare belysts i punkt 5.3 ovan – den ekonomiska tillgängligheten speciellt bland de grupper som har den största sjukdomsbördan/vårbehoven och mest begränsade betalningsförmågan.

Vid en analys av vård på lika villkor finns därför dubbla skäl fokusera på olika vårdavgifters omfattning och fördelning

### 9.3. Privata sjukvårdsförsäkringar.

Privata sjukvårdsförsäkringar har också i jämförelse med en skattefinansiering ofta en negativ omfördelningseffekt av betalningsbördan. Ett skäl till detta är att de med högre risk att bli sjuka ofta måste betala en högre premie eller inte accepteras som försäkringstagare över huvud taget. Detta gäller exempelvis äldre och vissa kroniskt sjuka som önskar teckna en privat sjukvårdsförsäkring. Ett ytterligare skäl till att privata sjukförsäkringar ur ett "vård på lika villkor perspektiv" ger negativa effekter är att många inte har råd att skaffa dessa försäkringar och att en ökning av privata sjukvårdsförsäkringar bland resursstarkare grupper på längre sikt kan undergräva möjligheterna att säkerställa en solidariskt finansierad god vård på lika villkor för hela befolkningen.

## 10. Fortsatt arbete.

En av de utmaningar som väntar landstinget i Dalarna liksom alla andra landsting är att minska de sociala skillnaderna i hälsa och vård. I Dagens Medicin (1/12-10) gavs följande "Goda råd" för att göra vården mer jämlik:

- " **Ta fram data** för att se hur vården faktiskt fördelas.
- **Kartlägg trösklar** och gör "diskrimineringsrundor".
- **Integrera hälsofrämjade arbete** i vården.
- **Samarbeta med lokalsamhället** för hälsoinsatser.
- **Arbeta med bemötandet.** Våga inse att medarbetare ibland diskriminerar, medvetet eller omedvetet."

Dessa punkter ligger även inom den referensram som beskrivits ovan. Denna rapport har emellertid ett mycket bredare perspektiv som även omfattar strukturella faktorer och processer som påverkar möjligheterna att uppfylla målsättningen om en vård på lika villkor oberoende av bostadsort, utbildning, inkomst och yrke.

Om den analytiska referensram bedöms som relevant för de "vård på lika villkor" analyser som planeras av landstingets revisorer i Dalarna kan nästa steg t.ex. vara:

att utveckla och precisera de frågor kring en vård på lika villkor som bör tas upp med olika nyckelpersoner inom landstinget (ex läkare, planerare, forskare och politiker.)

att undersöka möjligheterna att med tillgängliga data belysa geografiska och sociala skillnader i hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, kvalite och finansiering inom de områden som aktualiserats i denna rapport.

att klarlägga behov av speciella studier samt möjligheter att komplettera existerande databaser med en social dimension.

att utifrån ett specifikt Dala-perspektiv precisera och motivera val av de indikatorer som löpande bör följas vid en bedömning av i vilken utsträckning landstingets hälso- och sjukvård lever upp till de krav som ställs för en vård på lika villkor.

att i en rapport till landstingets politiker och tjänstemän kortfattat redovisa existerande sociala ojämlikheter inom vården och de hinder respektive möjligheter som identifierats för att säkerställa en vård på lika villkor oberoende av bostadsort, utbildning, yrke och inkomst.

På basis av bl.a. denna slutrapport kan landstinget integrera en strategi för vård på lika villkor i hälso- och sjukvårdsplaneringen.

En förutsättning för detta utvecklings- och utvärderingsarbete är att landstinget – som också betonas i en rapport från landstingets revisorer (2009) - ”kan vända den rådande professionella medicinska fokuseringen till en ökad medborgarfokusering.” En fokusering som ser att olika medborgare har olika vårdbehov och att dessa skillnader i vårdbehov är starkt relaterade inte enbart till ålder och kön utan också i minst lika hög grad till socioekonomisk position (utbildning, inkomst och/eller yrke)

Detta arbete kan också få betydelse på nationell nivå genom att aktualisera behovet av en skärpt hälso- och sjukvårdslag samt stimulera t.ex. SKL och Socialstyrelsen att inkludera uppgifter om t.ex. utbildningsbakgrund i olika nationella kvalitetsregister. En referensram som denna kan också vara av intresse för andra landsting eftersom det – såvitt jag vet – inte finns någon samlad operativ analysmodell av hälso- och sjukvårdslagets mål om en god vård på lika villkor.

## Referenser.

Alliansen (m,fp,c och kd) (2010) "Vårdvalet 2010-köfri, säker och jämlik med fokus på hälsa."

Anell a och Gerdtham U-G (2010) " Vårdens utmaningar" SNS Välfärdsrapport 2010. SNS Förlag.

Burström B. (2002) " Increasing inequalities in health care utilization across income groups in Sweden during the 90-s?" Health Policy 62:117-29.

Burström B, et al (2008) "Hälsa och livsvillkor bland social utsatta grupper I Stockholms län." Centrum för Folkhälsa SLL, Enheten för Socialmedicin och enheten för Hälsoekonomi, Karolinska Institutet, Stockholm

Dahlgren G, Whitehead M.(2007) " European strategies for tackling social inequities in health." WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool.

Dahlgren G, Whitehead M. (2007) "A framework for Assessing Health Systems from the Public's Perspective: The ALPS approach." Int. J of Health Services, Vol.37, number 2.

Dagens Medicin Extra tidning vid Medicinska Riksstämman i Göteborg 1-3 december 2010.

Dagens Medicin 49/10 den 8/12 2010.

FNs kommitte' för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (2000) UN Doc. HRI/Gen/1/Rev 6, 11 August 2000.

Iversen T och Lurås H (2000) "The effect of capitation on GPs referral decisions" Health Economics ,9. 2000.

Krasnik A. et al (1990) "Changing remuneration systems: effects on activity in general practice." British Medical Journal 360, 2000.

Landstinget i Dalarna,(2009 a) Landstingplan 2010 – 2013 antagen av landstingsfullmäktige 2009-06-15-16.

Landstinget i Dalarna (2009 b) "Årsredovisning 2009, Landstingsfullmäktige 2010-04-26.

Landstinget i Dalarna (2009 c) " Rapport från Landstingets epidemiologiska utredningsarbete Nr 179 januari 2009.

Landstinget Dalarna (2010 a) Landstingsplan 2011- 2014 "Ett hälsosammare Dalarna." Antaget av landstingsfullmäktige 2010-06-16.

Landstinget i Dalarna (2010 b) Delårsrapport april 2010

Landstinget i Dalarna (2010 c) "Rapport Nr 175 från Landstingets epidemiologiska utredningsarbete, januari 2010.

Landstinget i Dalarna (2010 d) Finansplan 2010-2013.

Landstinget i Dalarna (2010 e) Delårsrapport 1; Måluppfyllelse 2010.

Landstinget i Dalarna (2010 f) Protokollsutdrag 2010-03-29)

Landstingets revisorer (2009) "Vad väntar bakom nästa hörn? Risk och väsentlighetsanalys."  
Landstinget i Dalarna.

Lundby-Wedin W. (2009) "Ett orättvisare Sverige", ETC Nr. 46, Stockholm.

Rehnberg C et al. (2010) Två- årsuppföljning av Vårdval Stockholm. Karolinska Institutets  
Folkhälsoakademi, Stockholm.

Salonen t.(2009) "En kvarts miljon fattiga barn fast Sverige aldrig varit rikare" kapitel I  
"Spaning efter socialpolitiken - Om en debatt som försvann. Red. Bengt Rolfer. Premiss  
förlag, Stockholm.

SKL-Sveriges Kommuner och Landsting ((2009) Pressmeddelande 8/12 2009 "God  
tillgänglighet trots massvaccinering." Stockholm.

SKL. Sveriges Kommuner och Landsting (2010) "Valfrihet och vårdval. Slutrapport från  
programberedningen om valfrihet."

Van Doorslaer E. et al (2004 resp. 2006)"Income related inequality in the use of medical care  
in 21 OECD countries. Paris. OECD.

Åhs AMH, och Westerling R. (2006) Health care utilization among persons who are  
unemployed or outside the labour force. Health Policy 78: 178-93.