



Motion

Att våga gå före i att ställa krav på privata vårdgivare för att säkerställa en jämlik vård

Vi var många som hade stora förhoppningar på utredningen om ökad tydlighet och krav om privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen skulle äntligen opartiskt beskriva de undanträngningseffekter som skapas av privata sjukvårdsförsäkringar och föreslå hur det ska kunna säkerställas att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte kan få snabbare tillgång till vård eller bättre vård. Tyvärr har utredningen brutit mot sina direktiv. Forskaren John Lapidus kallade i en debattartikel utredningen för "ett 500-sidigt försvar för att det ska fortsätta vara så" att "patienter tillåts gå före i vårdköer". Utredningen definierar inte problemet och föreslår heller inte skarpa förslag för att säkerställa vård efter behov. Utredningen pekar ändå på behovet av en diskussion om den etiska plattformen kopplat till privatfinansierad vård.

En nyckelmening i utredningen är: *"staten och regionerna behöver ta ett större ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra patienterna en god och patientsäker vård utifrån de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen"*. Detta är i enlighet med regionernas uppdrag som huvudman för hälso- och sjukvården. Utredningen konstaterar att regionerna har en *"skyldighet att ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården, genom att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare, i syfte att säkerställa en god och ändamålsenlig vård för de offentligfinansierade patienterna"*. Det innebär bland annat att *"kontrollera att de privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter följer bestämmelserna om en jämlik vård, en vård på lika villkor för hela befolkningen och att den som har det största behovet av vård ges företräde till vården"*.

Vi uppfattar detta som förslag som både kan och bör börja genomföras av Västra Götalandsregionen innan ny lagstiftning eventuellt är på plats.

Det finns många fakta om privata sjukvårdsförsäkringar som det är viktigt att förhålla sig till. De som har försäkringar har högre inkomst, det är 2/3 män och de tillhör den friskare delen av befolkningen. Det sker enligt studier och rapporter av t.ex. Myndigheten för Vårdanalys och Arena idé en aktiv uteslutning av de som har underliggande sjukdom eller dåliga prognoser för framtida sjukdom, både genom åldersgränser och genom krav på betydligt högre premier. Idag har nästan 700000 svenskar en privat sjukvårdsförsäkring. Ur den selektionen och i denna cherry-picking av friskare patienter, ligger de stora urvalsmekanismerna som bidrar till ojämlikhet. Den analys som Myndigheten för Vårdanalys gjorde (2020:3), visade att *"personer med sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare, sannolikt utan att det finns skillnader i medicinska behov"*. Även denna utredning pekade på att både staten, Socialstyrelsen och regionerna måste ta ett större ansvar för att säkerställa transparens och uppföljning av jämlik vård kopplat till privata vårdgivare som tar emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar.

En internationell forskargrupp som studerat privata sjukvårdsförsäkringar (Thomson, Sagan och Mossialos 2021), konstaterar att privata sjukvårdsförsäkringar:

- har större negativa systemkonsekvenser än deras positiva ekonomiska bidrag till vården.
- leder till en mer ojämlik och ineffektiv resursfördelning eftersom patienter med högre risk för sjukdom utesluts.
- I länder med mycket privata sjukförsäkringar har du skapat starka ekonomiska aktörer som gör det svårt att backa tillbaka och minska andelen av vården som finansieras av privata sjukvårdsförsäkringar.

I deras analys konstaterar de också att försäkringsbolagen gynnas när de kan köpa vård från vårdgivare som också har offentlig finansiering. Denna logik överensstämmer med som John Lapidus visar i sin bok *"Vårdstölden"*. De privata vårdgivarna har sin grundfinansiering för lokaler och personal säkrad av offentlig finansiering och kan därför sänka priset för försäkringsbolagen och ändå göra vinst. De länder som har förbud mot att blanda patienter med offentlig och privat finansiering (s.k. dual practice) verkar enligt forskarna få mindre problem med både ojämlikhet och undanträngningseffekter och därmed mindre drivkrafter som motverkar en jämlik vård. När försäkringsbolagen måste betala full ersättning till privata vårdgivare måste de höja premierna för de privata sjukförsäkringarna.

När vi lade en motion om negativa effekter av privata sjukvårdsförsäkringar, var en av motiveringarna till avslaget den s.k. proportionalitetsprincipen i förarbetet till Lagen om offentlig upphandling. Även när det gäller möjligheten att ta del av information hänvisas ofta till proportionalitetsprincipen. Vi hävdar att den motiveringen är en överdrivet hård tolkning av proportionalitetsprincipen. De uppmaningar och transparens och uppföljning av jämlik vård som den nya utredningen och Vårdanalys rapport pekar på, visar att det måste göras mer inom nuvarande lagstiftning. Västra Götalandsregionen måste gå före för att säkerställa en jämlik vård. Det är viktigt att regioner vinner rättsfall om att ställa tydligare krav för att säkerställa en jämlik vård.

- Därför föreslår vi ett tydligt krav vid framtida upphandlingar och vårdval, om förbud mot så kallad dual-practice: vårdgivare ska inte längre kunna ha både offentlig finansiering och finansiering från privata sjukvårdsförsäkringar.
- Vi föreslår också att regionen har rätt att ställa tydligare krav på öppenhet genom analys av journaler, medicinsk revision med mera vid uppföljningar av privata vårdgivare.
- Vårdgivare ska till Västra Götalandsregionen kunna redovisa övriga finansieringsformer av sin verksamhet, utöver den offentliga finansieringen.

I enlighet med utredningens uppmaning att regioner ska följa upp privata vårdgivare bättre, är detta ett rimligt krav på transparens från privata vårdgivare mot regioner. Kravet på förbud mot dubbel finansiering är ett långsiktigt krav, men kravet på att rapportera om hur många patienter och hur mycket pengar som finansierats från privata sjukvårdsförsäkringar kan genomföras inom gällande avtal. Det är centralt för förtroendet för privata vårdgivare att de är transparenta med den här typen av information.

Förslag till regionfullmäktiges beslut

1. Vid framtida upphandlingar av hälso- och sjukvård eller beslut om underlag för vårdvalssystem ska det ställas krav på

- a. förbud för den privata vårdgivaren att ha dubbel finansiering från både Västra Götalandsregionen och från försäkringsbolag genom privata sjukvårdsförsäkringar.
 - b. Redovisning av hur stor andel av privata vårdgivares totala intäkter som kommer från försäkringsbolag eller andra privata intäktskällor.
 - c. Möjlighet för Västra Götalandsregionen att göra medicinsk revision och uppföljning av patientjournaler av privata vårdgivare som regionen har avtal med.
2. I uppföljningen av privata vårdgivare Västra Götalandsregionen har avtal med i nuläget ska det ställas krav på:
- a. Transparent redovisning av kötid och medicinsk bedömning av patienter som fått vård via privata sjukvårdsförsäkringar för att säkerställa att det är strikt medicinsk bedömning som görs och att ingen patient någonsin får vård snabbare enbart för att de har en privat sjukvårdsförsäkring.
 - b. Redovisning av hur stor andel av privata vårdgivares totala intäkter som kommer från försäkringsbolag eller andra privata intäktskällor.
 - c. Möjlighet för Västra Götalandsregionen att göra medicinsk revision och uppföljning av patientjournaler för alla privata vårdgivare som har avtal med VGR.

Borås 2021-11-30

Carina Örgård (v)

Jan Alexandersson (v)

Louise Jeppsson (v)

Lars-Erik Hansson (v)

Gunilla Hellén (v)

Eva Espling (v)