

Ett framtidsscenario från Stockholmshorisont:

## Mångfald i vårdens drift leder till försäkringsfinansierad vård

**Läkarförbundet har hittills varit odelat positivt till privatisering av sjukvårdsverksamhet. Det anses att privatisering i sig ger större möjligheter för medlemmarna. Först i en ledare i tidskriften Distriktsläkaren 4/00 belyses vissa negativa effekter av privatisering, på grund av den utformning som Lagen om offentlig upphandling (LOU) har fått i Sverige.**

Risken är stor att LOU medför oligopol, fåfald, i stället för mångfald när det gäller vårdens drift. Sjukvårdspolitik i Stockholm har insett detta, och till regeringen framfört önskemål om lättnader i LOU.

Det är viktigt att alla sätter sig in i den förändringsprocess som just inletts och som inte torde kunna hejdas. Enligt min uppfattning är vi på väg mot en försäkringsfinansierad sjukvård – även om vi tar lite kringelvägar. Detta är en linje som de fackliga organisationerna kommer att tvingas stödja, för att arbetssituationen för medlemmarna skall bli dräglig.

### Konsekvenserna av privatisering

I beskrivningen nedan utgår jag från sjukvården i Stockholms län, där man planerar att privatisera eller bolagisera i stort sett all sjukvård. Även om takten är annorlunda i andra landsting tror jag att de tvingas följa efter. Det går inte att ha radikalt olika system i ett så litet land som Sverige, som dessutom är en del av EU.

Med den nuvarande organisationen, där sjukvården finansieras med offentliga medel men produceras privat, gäller

### Författare

INGRID ECKERMAN  
distriktsläkare, ordförande i Saco-  
rådet Sydöstra.  
saco.sydst@org.sopo.sll.se.

Lagen om offentlig upphandling (LOU). Den innebär bland annat att alla inköp av sjukvårdstjänster måste utannonseras, oavsett värde. Att teckna direktavtal (vårdöverenskommelser) med privata företag eller landstingsägda bolag är lagstridigt, och landstinget riskerar dryga skadestånd. Undantag är tillåtna endast vid akut behov under kort tid, då man inte hinner följa lagen.

Vid upphandling får varken tas lokala hänsyn eller hänsyn till tidigare goda erfarenheter av den tidigare leverantören. Förlängning av avtal får ske endast en gång, och då under förutsättning att avtalet innehåller en förlängningsklausul.

### Framtida driftsformer

I den närmaste framtiden kan man urskilja följande driftsformer:

□ Landstingsägd förvaltningsdriven verksamhet. Hit hör framför allt olönsam och lagreglerad vård, såsom slutna psykiatrisk vård, habilitering, hjälpmedelscentral m m.

□ Landstingsägda bolag. Om nuvarande riktlinjer håller i sig kommer detta att gälla de större akutsjukhusen. En del av verksamheten vid sjukhusen kan dock komma att bedrivas av privata företag. Det landstingsägda bolaget kan också tänkas sälja verksamhet till ett privat företag som vunnit en upphandling.

□ Privata bolag som säljer vård åt landstinget, kommunerna, vårdbolag, företag och försäkringsbolag. I denna grupp ingår allt ifrån stora sjukhus till mycket små mottagningar. Ett fåtal stora bolag med dotterbolag kommer att dominera marknaden. Några nya bolag kommer att bildas, där anställda och t ex Praktikertjänst är delägare. En del kommer vara underentreprenörer till bolag som vunnit upphandling.

□ Kooperativ drift. Enstaka små föreningar kan komma att bildas.

□ Privatläkare enligt taxan, med eller utan samverkansavtal.

I viss mån kommer den offentliga finansieringen vara kundvalsstyrd. Patienterna har möjlighet att välja vårdgivare på angiven vårdnivå. I praktiken

*”I privat verksamhet är ekonomin (vinsten) målet, medan verksamheten är medlet. I offentlig verksamhet är verksamheten (sjukvården) målet, medan ekonomin är medlet.”*

kommer detta att fungera framför allt i storstäderna. På mindre orter och i glesbygd blir det opraktiskt för patienten att välja något annat än den närmaste vårdgivaren.

### Upphandling av vårdkedjor

För närvarande upphandlas vården vårdgrensvis. Det är troligt att man i en framtid i stället kommer att inrikta sig på vårdkedjor: från en och samma entreprenör upphandlar man förberedande vård, behandling samt eftervård, eller man upphandlar allt som definieras som »primärvård» för en viss befolkning. Entreprenören kan då få lov att anlita underentreprenörer.

I Stockholms läns landsting har inrättats ett branschråd med företrädare för beställarna och privata och offentliga sjukvårdsproducenter. Branschrådet är inte ett beslutande organ. Tanken är att »det ömsesidiga förtroendet och förståelsen skall stärkas samtidigt som en god affärsmässighet och professionalitet utvecklas».

En ökande del av vården kommer att vara finansierad via försäkringsbolag. Det troliga är att »beställarna» strikt styr var patienten kan få sin vård. Någon valfrihet kommer inte att finnas i en försäkringsfinansierad vård.

### Privat sjukvård skiljer sig åt från offentlig

□ Finansieringen (t ex skatter) skall täcka även vinster, marknadsföring, chefslöner, arvoden till styrelseledamö-

ter, konsultarvoden, upphandlings- och uppföljningsadministration hos beställare och producent, samt avtals- och uppföljningsadministration hos producent och underentreprenörer.

□ I privat verksamhet är ekonomin (vinsten) målet, medan verksamheten är medlet. I offentlig verksamhet är verksamheten (sjukvården) målet, medan ekonomin är medlet. Det är ett aktiebolags skyldighet mot sina ägare att vara vinstdrivande. Vinstintresset kommer att påverka innehållet. Om t ex huvudsakligen prestationsersättning skulle gälla kommer prestationerna att öka oavsett om det innebär god vård eller ej.

□ Offentlighetsprincipen gäller inte. Diskussionerna inom bolagsstyrelsen kommer till stor del att vara hemligstämlade, även för de anställda. Sekretessen gäller även de personalrepresentanter som är medlemmar av styrelsen.

□ Beställare och allmänhet har inte insyn i privata bolags ekonomi och revision, annat än om det regleras i avtalen. När det gäller landstingsägda bolag har landstingsfullmäktige insyn via lekmannarevisorer, och i den mån rapporterna inte är hemligstämlade av affärsmässiga skäl kan beställare och andra läsa dem.

### Skattefinansierad vård måste upphandlas

Lagen om offentlig upphandling innebär att all vård som produceras av privata företag eller av landstingsägda bolag skall upphandlas med anbudsförfarande. De som nu tecknar direktavtal med landstinget (avknoppar sig) kommer, när avtalet går ut, utsättas för upphandling. Även de landstingsägda bolagen måste upphandla entreprenader. Större privata bolag kan göra ekonomiska vinster genom upphandlingsförfarande.

Upphandlingsförfrådan och avtalen blir mycket viktiga. Upphandlaren kan få skadestånd om avtalet inte uppfylls – men då måste varje detalj vara reglerad. Det räcker inte med svepande formulering som »god vård» – man måste definiera vad god vård är.

Upphandlingar kan misslyckas, t ex om man inte hittar några intresserade



I artikeln diskuteras tänkbara konsekvenser av en utveckling mot försäkringsfinansierad sjukvård.

köpare, kanske för att vinstmöjligheterna är så små. Anbuderna kan också innebära högre kostnader än om verksamheten drivs i egen regi. I dessa fall kan verksamheten återgå till egen regi.

Innehållet i upphandlingar kan komma att förändras, och behöver inte följa nuvarande struktur hos producenterna. Man kan vilja upphandla en vårdkedja, t ex för höftfraktur akutmottagning – röntgen och laboratorier – operation och narkos – postoperativ vård – vårdavdelning – sjukhem – rehabilitering i hemmet. Om ett företag vinner upphandlingen är det troligt att detta företag

måste köpa mycket av verksamheten av underentreprenörer.

Ett företag som har vunnit en upphandling och har ett avtal på ett visst antal år kan ha två strategier att välja mellan: att utveckla och investera i verksamheten därför att man hoppas vinna nästa upphandling, eller att undvika investeringar i t ex utbildning, då man inte vet om man vinner upphandlingen nästa gång.

Förhållandena, t ex vårdtyngden eller löneläget, kan komma att förändras under pågående avtalsperiod. Det finns två alternativ för att lösa den uppkomna situationen: att ta tillbaka verksamheten eller att skjuta till mer pengar. I båda fallen suddas skillnaden ut mot förvaltningsdriven anslagsfinansierad vård.

När ägaren har förlorat en upphandling finns det risk att man struntar i verksamheten fram till dess att den nya ägaren tar över. Om den gamla ägaren har annan verksamhet av liknande slag kanske man vill locka över personalen dit. Men det kan också räcka med att man satsar på att ekonomiskt få ut så mycket som möjligt de sista månaderna och därför försummar »underhåll» och »investeringar», t ex utbildning.

Ett företag som förlorar en upphandling kan få svårt att klara sig ekonomiskt. En personalägd vårdcentral kan tvingas gå i konkurs.

### Upphandlingsförfrådan och de anställda

När privatisering av vården diskuteras talas det huvudsakligen om de positiva effekterna för dem som arbetar i vården. Upphandlingsförfrådan innebär dock åtskilliga osäkerhetsfaktorer som i slutändan kan medföra en försämrad arbetssituation för många.

□ Arbetsmiljön blir både bättre och sämre. Visserligen blir det åtminstone i små företag närmare till besluten, vilket brukar uppfattas som positivt ur arbetsmiljösynpunkt, men pressen att jobba 120 procent kan bli större. Besluten styrs dock av avtalet med beställaren. På större företag är det tveksamt om de anställda kommer att uppleva att besluten ligger närmare.

□ Vårt 3–5:e år kommer alla anställda att utsättas för möjligheten att få byta

**ANNONS**

**ANNONS**

arbetsgivare. Tiden från det att beställaren börjar fundera över nytt förfrågningsunderlag tills en eventuell ägare tar över kan beräknas till 1,5–2 år. Under denna tid lever personalen i osäkerhet om framtiden. Det är troligt att detta kommer att öka den psykiska presen.

□ Om ett bolag har byggt upp en verksamhet med lokaler, utrustning, utbildad personal etc, men ett annat bolag vinner anbudet, kan det första bolaget bli underentreprenör åt det andra. Personalen blir kanske leasad.

□ Ägarna måste ta en stor del av sin arbetstid för att arbeta med anbud.

□ I ett personalägt företag riskerar ägarna att få gå om en ny entreprenör vinner avtalet.

□ Det är troligt att dessa förhållanden kommer att leda till att folk börjar söka sig bort då det blir dags för ny upphandling. Kanske vill man vara kvar hos gamla arbetsgivaren eller så är man inte nöjd med de anställningsvillkor man erbjuds. Rörligheten kommer att öka, det blir svårare att bygga upp välfungerande team och svårare att bygga upp samverkan med omvärlden.

## Läkarna får konsultroll

□ Så länge läkarbristen kvarstår kommer läkarna att välja sin arbetssituation och välja bland tilltänkta arbetsgivare. Genom att byta arbetsplats ofta kommer de att i praktiken fungera som konsulter eller inhyrda läkare, utan långsiktigt ansvar för verksamheten. På detta sätt avsäger de sig ledarskapet.

□ De läkare som vill vara ledare kan inte räkna med någon naturlig karriär i kraft av sin erfarenhet och duglighet. Det kommer att ställas högre och andra krav på den som vill förena ett chefskap med läkararbetet.

□ Fackens roll kommer att försvagas. Medbestämmandelagen reglerar förhållandet mellan arbetsgivare och anställd och gäller de producerande enheterna, oavsett driftsform. När det gäller upphandling av landstingsdriven verksamhet har facken rätt att vara med i processen, att påverka förfrågningsunderlag m m. Det är tveksamt om man kommer att ha kvar denna möjlighet då det gäller upphandling av en verksamhet som redan bedrivs i privat drift. Så länge som beställaren har användning för de fackliga företrädarnas kompetens är det dock troligt att facken får behålla sin möjlighet till inflytande.

□ Yrkesinspektionens inflytande kommer att försvagas. Ett föreläggande från Yrkesinspektionen följer inte med

till den nya ägaren/entreprenören. Vid verksamhetsövergång krävs ny anmälan och ny inspektion av verksamheten innan föreläggande kan göras.

□ I Stockholm finns det läkare som är sakkunniga åt sjukvårdsstyrelsen. En del av dem arbetar deltid inom produktionen. Detta kommer med säkerhet att ifrågasättas i framtiden, då de kan tänkas få otillbörlig information i upphandlingsärenden. Det troliga är att man måste välja sida: produktion eller beställare.

## Samhällsperspektivet

Privatiseringen har viktiga samhällsperspektiv, som oftast glöms bort i debatten:

□ Det finns risk att vården försämras och blir dyrare: sämre kontinuitet, sämre samordning, ökade kostnader för administration. Patienterna och skattebetalarna drabbas.

□ Det är inte självklart att privata företag erbjuder sig att delta i forskning och utbildning. Det troliga är att de i så fall vill ha en 100-procentig ekonomisk täckning. Om inte detta ingår i avtalen är det risk att kvaliteten på den medicinska utbildningen kommer att sjunka drastiskt allt eftersom allt mindre vård blir kvar i offentlig drift.

## Solidariska finanseringen

□ Det står varje privat vårdgivare fritt att erbjuda vård till andra finansierare, t ex försäkringsbolag. De som har råd kommer då att betala en försäkring för att få snabb och god vård när de behöver den. Men då kommer de inte vilja betala skatt för sjukvård, eftersom de redan betalar den via försäkring. Det finns risk att röster höjs för sänkning av sjukvårdsavgift/-skatt och då förlorar vi den solidariska finansieringen. Det blir mindre pengar till sjukvård för dem som inte kan betala försäkringar. A- och B-lag bland patienterna skapas.

□ En kvalificerad upphandlingsadministration måste byggas upp hos finansieraren. Det är troligt att den blir större än en förvaltningsadministration. Även producenterna måste bygga upp upphandlingsadministrationer. All denna administration skall betalas ur samma »påse pengar» som sjukvården. Eftersom detta är en i längden ohållbar situation kommer man säkerligen så småningom att lägga över finansieringen på privata försäkringsbolag. Dessa har möjlighet att träffa och förlänga vårdavtal med producenterna, vilket ofta är mer konstruktivt än upphandling. •

# Läkemedelsval – av vem, för vem och till vilket pris?

**Många aktörer har synpunkter på de ökande läkemedelskostnaderna och somliga har också utarbetat råd och direktiv för att hejda utvecklingen. Hitillsvarande listor och anvisningar ter sig dock alltför statiska och ofullständiga. Vassare verktyg kan erbjudas genom den nya IT-teknologin som utarbetat olika program som stöd åt forskrivaren.**

Debatten kring orsakerna till läkemedelskostnadernas till synes ohämdade ökning pågår sedan några år i såväl dagspressen, facktidskrifter och vid otaliga konferenser lokalt och internationellt. Till aktörerna räknas bland andra de betalande landstingen, den producerande läkemedelsindustrin samt flitigast olika s k experter, vilka är utsedda av landstingen som rådgivare och är representanter i frågor som gäller läkemedel på lokal, regional och nationell nivå.

I Stockholms läns landsting finns fyra läkemedelskommittéer samt LÄKSAK (Läkemedelsakkunniga i Stockholms läns landsting). Staten deltar också i debatten genom organisationer som Nepi (Nätverk för läkemedel-epidemiologi), SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) och Lä-

## Författare

### MARIANNE FRISK

docent i klinisk farmakologi, Uppsala universitet; professor i pharmacologie clinique, Sorbonne Hôpital Cochin, Paris; privatpraktiserande specialist i internmedicin och kardiologi, Läkargruppen Norrmalmstorg, Stockholm

### ANDERS STRÖMSTEDT

privatpraktiserande psykiater, verksamhetschef, Psykiatriska mottagningen Norrmalmstorg, Stockholm.