

Primärvård i privat och offentlig regi – en jämförelse med intressanta resultat

»Svensk sjukvård räcker inte till – vårdköer, vårdköer, etc, etc.« Allt detta har blivit vardagsmat i våra medier. Samtidigt pågår en debatt, färgad rödgrön eller ljusblå, om huruvida sjukvård skall kunna ske även i privat regi.

Primärvård i offentlig och privat regi

Primärvården drivs sedan många år i såväl offentlig som privat regi, och riksdag och regering har beslutat att primärvården skall vara basen i vårt hälso- och sjukvårdssystem. Båda regimerna är skattefinansierade, vilket innebär att patienternas utgifter är desamma och att »högkostnadsskyddet« (900 kr) gäller även vid vård hos privatläkare.

Primärvården bör alltså kunna ge en hel del upplysningar om eventuella för- och nackdelar gällande sjukvård i offentlig eller privat regi. För att visa detta har jag gjort en sammanställning (Tabell I), som bygger på Landstingsförbundets statistiska årsbok och ett flertal telefonsamtal med dess tjänstemän.

Underlag för jämförelser

Siffrorna i tabellens siffror kan exempelvis tillämpas för att jämföra sjukvård i offentlig eller privat regi vad gäller kapacitet och driftskostnader. Låt förslagsvis primärvårdens 5 000 disponibla läkare tjänstgöra i de två olika regimerna: 5 000 läkare i offentlig regi åtgärdar 12,25 miljoner patientbesök = kostnad 26,3 miljarder kr.

5 000 läkare i privat regi 26,20 miljoner patientbesök = 15,9 miljarder kr.

Enligt beräkningen skulle primärvård i privat regi öka kapaciteten med cirka 14 miljoner patientbesök, alternativt skulle antalet läkare i offentlig regi behöva öka med 5 714 för att nå samma volym. 5 000 läkare i privat regi skulle kunna åtgärda samma antal besök som 10 714 i offentlig regi! Dessa siffror är milt sagt häpnadsväckande. Fakta i Landstingsförbundets årsbok och upplysningar från dess tjänstemän är säkerligen korrekta. Har jag räknat fel? Eller läser jag statistik som Fan läser Bibeln? I alla händelser tycks tendensen klar. I privat regi skulle sannolikt vårdköerna till primärvården försvinna med en besparing av 10,4 miljarder!

Dags avpolitiserar sjukvårdsdebatten

Debatten om svensk hälso- och sjukvård bör snarast avpolitiseras och verksamhe-

ten lämnas till dem som vet hur sjukvård bedrivs och hur resurserna skall fördelas. Politiker skall agera i den verksamhet som dem tillhör. Den pågående debatten är ett flagrant exempel på vart det kommer att barka hän om okunniga politiker tillåts fatta beslut gällande en effektiv hälso- och sjukvård, en angelägenhet för oss alla, vare sig vi tillhör vänster-, center- eller högerblocken.

Borde få samma resultat för sjukhus

Det är inte främmande att tänka att man i privat regi skulle få liknande resultat. Även där är fri konkurrens givande och entusiasmerande, och besluten skall tas av dem som vet hur sjukhus skall drivas. Sannolikheten är stor att även där skulle vårdköerna komma att minska och så även kostnaderna.

Bengt-Ivar Franck
leg läkare, Saltsjö-Boo

Tabell I. Kostnadsjämförelse för primärvård i offentlig och privat regi.

Verksamhet	Kostnad
Primärvården disponerar 5 000 läkare år 2000	24 miljarder kr
– 3 800 läkare i offentlig regi har haft 9,3 miljoner läkarbesök	20 miljarder kr
– 1 260 läkare i privat regi har haft 6,6 miljoner läkarbesök	4 miljarder kr
Kostnad för en läkare i offentlig regi + personalstab, hyra underhåll etc	5,3 miljarder kr/år
Kostnad för en läkare i privat regi + personalstab, hyra underhåll etc	3,3 miljoner kr/år
Patientkostnad per läkare i offentlig regi (2 450 besök/år)	2 150 kr/patient
Patientkostnad per läkare i privat regi (5 240 besök/år)	606 kr/patient

Cox-hämmare hämmar benbildning i människa

I sitt bemötande av mitt inlägg i Läkartidningen 22/2002, sidan 2554: »Ge inte NSAID efter skelettkirurgi!«, försöker Michael Lagerkranser dra uppmärksamheten från cox-hämmarnas effekter på benbildningen till rökningens (se LT 34/2002, sidan 3338). I motsats till cox-hämmare brukar dock inte rökning ordinerar som postoperativ smärtlindring.

Lagerkranser menar att min varning för cox-hämmare baseras på rättsstudier med toxiska doser. Det är fel. Cox-hämmare i vanlig klinisk dosering används redan för att minska benbildning i patienter, inte råttor. Behandlingen är effektiv och effekten påvisad i blindade randomiserade studier, sammanfattade i en Cochrane-review [1].

En veckas postoperativ behandling räcker för att närmast helt slå ut ektopisk benbildning. Detta är det starka skälet för att inte rutinmässigt förskriva cox-

hämmare som postoperativ smärtlindring när benbildning behövs.

Rättsstudien med rofecoxib som jag citerade, och som visar en mycket stark frakturläkningshämmande effekt, använde en dos avsedd att ge terapeutisk koncentration av rofecoxib. Någon mortalitet bland försöksdjuren, som Lagerkranser påstår, förekom inte.

Att överföra doser mellan djurslag är osäkert, men faktum kvarstår: Cox-2-enzymet är nödvändigt för normal benbildning. Cox-hämmare hämmar benbildning i människa. Den som hävdar att detta skulle sakna klinisk betydelse borde kunna påvisa att så är fallet.

Cox-hämmarnas effekter är en angelägen forskningsuppgift inom ortopedin. Troligen finns det situationer där cox-hämmare är skadliga och andra där de kan tolereras. Det finns säkert också situationer där effekten på mjukdelarna

gör att cox-hämmarna kan påskynda mobiliseringen.

Låt oss ta reda på hur det förhåller sig, och inta bara strunta i hur dessa farmaka påverkar det ortopediska vårdförloppet.

För referenser, se mitt ursprungliga inlägg i Läkartidningen 2002;99:2554 samt därutöver nedanstående.

Per Aspenberg
professor i ortopedi,
institutionen för nervsystem
och rörelseorgan, Hälsouniversitetet,
Linköping
Per.Aspenberg@inr.liu.se

Refererens

1. Neal B, Rodgers A, Dunn L, Fransen M. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for preventing heterotopic bone formation after hip arthroplasty. Cochrane Database Syst Rev 2000;(3):CD001160.