

Vinstdriven vård löser inte sjukvårdens problem

Privatiseringsförespråkarna fortsätter oförtrutet att mala på med sina teser, som vanligt utan att presentera något bevis på att vinstdriven vård leder till bättre medicinska resultat och trots att erfarenheter från länder med privat sjukvård tyder på ökade kostnader och, utifrån ett befolkningsperspektiv, lägre effektivitet. Belöna i stället prioriterad och kostnadseffektiv sjukvård utifrån uppnådda resultat uppmätta med nationella kvalitetsregister, vilka redan finns för flera stora sjukdomsgrupper.

sjukvård i sig huvudsakligen skapar humanitära vinster. Sjukvård genererar ofta mer kostnader ju effektivare den blir. Patienter med sjukdomar som för några år sedan hade lett till döden kan idag med hjälp av nya behandlingar leva många år till, innebärande humanitära vinster men också ökade kostnader bland annat i form av längre tids behandling med dyra läkemedel och flera medicinska kontroller.

Något bevis på att prestationsersättning ger bättre medicinska resultat föreligger inte. Prestationsersättning leder till ökad »produktivitet« i form av framför allt fler återbesök, utredningar och behandlingar. Att detta ofta leder till lägre effektivitet kan illustreras med patienten som går på årskontroller för ett välreglerat blodtryck. Prestationsersättning uppmuntrar till en övergång till halvårskontroller. Prestationen fördubblas, men effektiviteten halveras; man förbrukar två återbesök för att åstadkomma samma resultat som ett.

Det är resultatet, bättre hälsa, som är viktigast för patienten, inte antalet undersökningar och behandlingar.

Valfriheten innebär att etableringar inte sker där behoven är störst, utan där »kunderna« är flest och mest lönsamma. Redan idag ser vi i Sverige privata kliniker främst inom opererande specialiteter med snabb patientomsättning, inte inom till exempel geriatrik och demenssjukvård, där lönsamheten är

Debatten om den svenska sjukvården handlar huvudsakligen om dess bristande effektivitet och hur marknadsstyrning skulle lösa problemet. Man förespråkar fri etableringsrätt och ersättning efter prestation. Privatiseringsförespråkarna fortsätter oförtrutet att mala på med sina teser, senast på ledarplats i Läkartidningen 36/2006 (sidan 2527). Där skriver Läkarförbundets utredningschef Kåre Jansson att för att komma till rätta med den svenska sjukvårdens systemfel krävs att »inslaget av prestationsersättning ökar« och att »nya vårdgivare tillåts etablera sig«. Som vanligt sker detta utan att man presenterar något bevis på att vinstdriven vård leder till bättre medicinska resultat och trots att erfarenheter från länder med privat sjukvård tyder på ökade kostnader och, utifrån ett befolkningsperspektiv, lägre effektivitet.

och samhällets behov). Man hävdar i stället att det är med patientens bästa för ögonen man vill privatisera och därmed »förbättra« sjukvården.

Släpp vinsten loss och svensk sjukvård blir »en glimrande framtidsbransch«, skriver man i Expressen (3/8 2004). Låt sjukvården lära av dagligvaruhandeln så får vi »allt mer och allt bättre varor att välja på för allt mindre pengar«, står det i Svenska Dagbladet (7/3 2005). »Vinstdrivande vård krävs för att rädda välfärden« skriver förre fp-ledaren Bengt Westerberg och tidigare socialdemokratiska finansministern Kjell-Olof Feldt i Dagens Nyheter (4/7 2006).

Privatiseringsförespråkare

tycks bortse från att marknadsstyrning förutsätter drivkraften att generera ekonomiska vinster, medan

Jag tror att politiker och ledarskribenter ser det här som en ideologisk fråga, en diskussion som får föras i andra fora. Men läkarkåren? Visst skulle en marknadsstyrd sjukvård öka våra möjligheter att styra våra arbetstider och vårt arbetsinnehåll samt höja våra inkomster. Men dessa argument åberopas inte öppet i debatten (tyvärr, med tanke på den intressanta och svåra balansen mellan individens



ERIC BERTHOLDS
överläkare, medicinkliniken,
Kärnsjukhuset i Skövde
eric.bertholds@vgregion.se



Illustration: Airi Ilste

lägre men sjukvårdsbehoven inte mindre.

Vinstdriven vård ökar risken för onödig, kostsam och inte alltid ofarlig överutredning och överbehandling. Vi ser ständigt återkommande exempel på detta i journalkopior från svenska vårdade utomlands. Ett exempel är en ung kvinna som drabbas av en urinvägsinfektion som distriktsläkaren i Sverige hade diagnostiserat med hjälp av anamnes och urinsticka och behandlat med antibiotikatabletter.

Nu var hon utomlands och hänvisades till specialisten som gjorde ultraljudsundersökning av urinblåsan, röntgen buköversikt, tog blod och urinprov, gav en första (bredspektrum)antibiotikados intravenöst och fakturerade hennes försäkringsbolag 12 000 kr för arbetet. Kvinnan utsattes för onödig röntgenstrålning och ökad risk för medicinbiverkningar, samtidigt som resurserna hade kunnat användas mer rationellt och till större nytta för fler. Men kvinnan var mycket nöjd med den upplevda kvaliteten – snabbt och grundligt omhändertagen.

Se där Westerbergs och Feldts argument att »det är otänkbart att företag ska kunna göra vinst genom att dra ner på kvaliteten jämfört med konkurrenterna. Då förlorar de sina kunder«. Det är tvärtom den läkare som utreder och behandlar med effektiva men enkla och billiga medel, som riskerar förlora »kunder«; patienten uppfattar denna läkare som mindre noggrann och ambitiös.

Att länder med privat sjukvård har en högre antibiotikaanvändning och därmed större problem med resistent bakterier jämfört med Sverige har säkerligen samband med prestationsersättning.

Det är inte enbart onödiga undersökningar, läkemedelsbehandlingar och återbesök som vinstdriven prestationsersättning leder till. Även onödiga operationer utförs av lönsamhetsskäl. Detta har lett till så stora kostnader i till exempel Schweiz – ett land med privat sjukvård – att flera försäkringsbolag, se t ex <<http://fr.comparis.ch/krankenkaassen>>, erbjuder premierabatt om patienten accepterar en kostnadsfri second opinion för att bedöma om en operation som den ordinarie läkaren rekommenderat verkligen är nödvändig av medicinska skäl.

Bland de ingrepp som denna klausul innefattar kan nämnas hysterektomi, elektivt kejsarsnitt, höft- och knäproteser, artroskopi, diskbråcksoperation och kolecystektomi.

Westerberg och Feldt skriver att »på en konkurrensmarknad överlever bara de företag som erbjuder brukarna sådana tjänster som dessa vill ha«. Men hur skall patienten veta om hon behöver få (vill ha!) livmodern bortopererad? Om tithålskirurgi krävs för att bedöma det onda knäet? Om ultraljud är nödvändigt för att diagnostisera en urinvägsinfektion? Om antibiotika måste ges intravenöst?

Ingen effektivisering i världen kommer dock att råda bot på det största problemet, att sjukvårdens möjligheter och befolkningens behov ökar snabbare än den ekonomiska tillväxten.

Marknadsstyrning leder till ökad användning av nya läkemedel där vi måste betala ett orimligt högt pris för en liten marginalvinst jämfört med äldre billigare läkemedel.

Acetylsalicylsyra är en av Sveriges mest använda mediciner. Läkemedelsindustrin tar fram en ny proppförebyggande tablett som minskar risken för hjärtinfarkt, slaginfarkt och död i hjärt-kärlsjukdom en halv procent mer än vad acetylsalicylsyra gör. Tablettens pris är dock 27 gånger högre än priset för acetylsalicylsyra.

I en offentligt styrd sjukvård kan en värdering av kostnadseffektivitet göras och genomslaget för den nya superdyra medicinen blir mindre. Pengarna kan styras till mera högprioriterade områden där de gör större nytta. I en marknadsstyrd sjukvård avgör andra mekanismer, utgående från vinstdrivna sjukvårdsproducenter med ett egenintresse av att vidga sina marknader och öka efterfrågan på sina tjänster och produkter. Det leder till bruket av nya, mycket dyra produkter med liten marginell nytta, till ökat antal kontroller för banala sjukdomstillstånd och till medikalisering av sociala problem och det normala åldrandet.

Jag delar bedömningen att svensk sjukvård kan och måste bli effektivare för att råda bot på långa väntetider, bristande tillgänglighet och otillräcklig omvårdnad. Och jag är inte emot ekonomiska incitament för att åstadkomma detta. Incitamentet bör dock inte utgå från vinstdrivande prestation som prioriterar lönsamhet före befolkningens sjukvårdsbehov. Bättre vore att belöna prioriterad och kostnadseffektiv sjukvård utifrån uppnådda resultat uppmätta

med nationella kvalitetsregister, vilka redan finns för flera stora sjukdomsgrupper.

Ingen effektivisering i världen kommer dock att råda bot på det största problemet, att sjukvårdens möjligheter och befolkningens behov ökar snabbare än den ekonomiska tillväxten.

Cancervården kan illustrera dilemmat: Läkemedelsindustrin framställer ett nytt läkemedel mot vissa former av obotlig metastaserande cancer. Läkemedlet ökar den förväntade livslängden med några månader. Priset för en behandling är 300 000 kr. Är det en självklarhet att erbjuda dessa patienter denna behandling? Eller skulle pengarna göra mer nytta om de användes för att till exempel förbättra vården i livets slutskede för alla cancerpatienter? Vad skall vi prioritera? Vem skall besluta?

Per Rosén visade i en avhandling, Attitudes to prioritisation in health services (Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg; 2002), att befolkningen saknar insikt i den ökande klyftan mellan medicinska möjligheter och de resurser samhället kan fördela till sjukvård. Fyra av fem medborgare ansåg att bästa möjliga vård alltid bör erbjudas, oberoende av kostnad. Detta i motsats till vad sjukvårdspolitikerna och läkarna ansåg enligt samma undersökning.

Läkarkåren och sjukvårdspolitikerna måste våga diskutera dessa frågor med allmänheten så att vi kan få fram öppna och i demokratisk ordning beslutade prioriteringar. Annars kommer andra att besluta åt oss.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

*

Delar av artikeln har tidigare publicerats i Göteborgs-Posten den 28 augusti 2006.

Kommentera denna artikel på www.lakartidningen.se

Fler debattinlägg på sidan 2759.