

Det är inte vinsten som är problemet!

Läkarförbundet menar att konkurrens-fritt vårdval-prestationsersättning hänger ihop, och tas någon del bort fungerar inte modellen. Ett vårdpeng-system passar alldeles utmärkt väl för den vardags-sjukvård som Bertholds beskriver i sin artikel.

I Läkartidningen 38/2006 (sidorna 2712-3) pekar Eric Bertholds på en rad nackdelar med att öka inslaget av prestationsbaserade ersättningssystem i vården – något jag argumenterade för i en ledare nyligen. Istället för en god vård med hög tillgänglighet menar Bertholds att mer prestationsersättning kommer leda till överbehandling, många återbesök och onödiga undersökningar.

Jag delar bedömningen att dessa effekter lätt kan uppstå om ersättningssystemen är oskickligt utformade eller om läkaren inte följer god yrkesetik. Från Läkarförbundets sida betonar vi därför att prestationsersättningarna alltid måste kombineras med ett välvägt kostnadsansvar för vårdgivaren och för patienten. Ett tydligt kostnadsansvar för vårdgivaren åstadkoms enklast genom att ersättningssystemet utformas som ett vårdpengsystem. I ett sådant system väljer alla invånarna den vårdgivare (offentlig eller privat) som de vill ansluta sig till, och vårdgivaren får ut den ersättning som motsvarar antalet anslutna invånare. Vårdpengen skall då vara differentierad efter invånarnas ålder och vårdtyngd. Prestationen består här i att attrahera många invånare utan att kostnaderna samtidigt skjuter i höjden.

Skulle vårdgivaren överbehandla patienten blir det kostsamt och den eventu-

ella vinsten försvinner snabbt. För att inte modellen heller skall leda till underbehandling och köer måste konkurrens råda. Vårdgivaren måste stå inför hotet att missnöjda patienter bryter kontraktet eller att nya vårdgivare etablerar sig. Läkarförbundet menar att konkurrens-fritt vårdval-prestationsersättning hänger ihop, och tas någon del bort fungerar inte modellen. Ett vårdpeng-system passar alldeles utmärkt väl för den vardagsjukvård som Bertholds beskriver på flera ställen i sin artikel.



LT 38/2006.

För sådan vård som kräver det fullt utrustade sjukhusets resurser och för hög-specialiserad vård anser Läkarförbundet att huvudmannen måste ta ett större ansvar – både för prioriteringar och för upphandling. Precis som Bertholds argumenterar saknar patienterna här ofta tillräcklig kunskap att självständigt välja mellan olika behandlingsmetoder samtidigt som samhället har ett legitimt in-

teresse av att de metoder som används är evidensbaserade och samhällsekonomiskt effektiva. Även s k skal fördelar talar ofta för en samordnad beställning. På dessa vårdnivåer måste konkurrens mellan olika vårdgivare därför skapas genom ett upphandlingsförfarande. En samordnad beställning hindrar dock inte att denna vård (offentlig eller privat) ersätts efter prestation och att den vårdgivare som lyckas hålla nere kostnaderna skall få behålla överskottet.

Jag håller helt med Bertholds om att bara prioriterad och kostnadseffektiv sjukvård skall belönas. För att åstadkomma detta behövs en ökad nationell samordning av vilken vård som skall ingå i det offentliga åtagandet. Att tydligare definiera uppdragen – både inom primärvård och inom sjukhusvård – är viktigt om vi även i framtiden skall kunna säkra en god vård på lika villkor för landets befolkning. Idag är prioriteringarna och analyserna utspridda på 21 olika landsting och regioner, vilket skapar allt annat än en vård på lika villkor.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Orimliga jämförelser och sammanblandning finansiering/drift

Att påstå att privat driven vård är kostnadsdrivande eller inte har samma humanistiska vinster som offentligt driven är snudd på förtal.

Bertholds jämför till att börja med äpplen med päron, eller det blir snarare något slags fruktkompott. Kvinnan med UVI möter ju en svensk offentligt anställd allmänläkare, och i utlandet en

privatanställd organspecialist. Den sistnämnda verkar dessutom agera utan någon form av kontroll, styrning eller kvalitetskontroll från den som finansierar verksamheten. Det finns inte något politiskt parti eller särintresse som förordar ett sådant system vad jag känner till. Billigt retoriskt trick att antyda att privatdriven vård automatiskt minskar kontrollen för den som finansierar – i en välgjord upphandling är det tvärtom!

Dessutom blandar han in en helt annan fråga, nämligen att vi nu och i framtiden måste prioritera olika behov, och att ekonomiska motiv och dito medicinska inte alltid går ihop. Det har inget med driftsformen att göra. Mer effektivt driven privat men offentligt finansierad verksamhet gör rimligen att det blir mer vård för pengarna.

Rent prestationsersatt privat vård är inget jag förordar (vem gör det??). En



KÅRE JANSSON
utredningschef,
Sveriges läkarförbund
kare.jansson@slf.se



STAFFAN OLSSON
familjeläkare, Brahehälsan,
Löberöd
staffan.olsson@ptj.se

kombination med ansvarsersättning, exempelvis områdesansvar eller kapitalation, ger mindre risk för avarter av det slaget som nämns i artikeln. Fastlegeordningen i Norge är ett bra exempel på ett system med bra balans mellan prestations- och ansvarsersättning (http://www.forskning.no/eval_rapport).

»Marknadsstyrning leder till ökad användning av nya läkemedel« påstår Bertholds. Jag påstår att det är helt andra faktorer som spelar in. När kostnadsansvaret för läkemedelsbudgeten läggs ut på enskilda enheter minskar kostnaderna dramatiskt, oavsett driftsformen. Otillräcklig styrning och obefintlig feedback på förskrivningen har inget med driftsform att göra. Läkarkårens umgänge med läkemedelsindustrin är något helt annat än marknadsstyrning.

Största felet med artikeln är ändå att den som vanligt, på rent ideologiska grunder gissar jag, inte skiljer på finansiering och drift. Att påstå att privat driven vård är kostnadsdrivande eller inte har samma humanistiska vinster som offentligt driven är snudd på förtal. Skulle vi däremot ha ett system där finansierarna inte alls kontrollerar kvaliteten, vårdens innehåll eller kostnaderna skulle det säkert driva upp kostnaderna och sänka kvaliteten betydligt.

Intressant är också att en av läsarcommentarerna på LTs webbplats hänvisar till USA, som alltid verkar tjäna som skräckexempel. Utvecklingen där går ju mot HMOs (Health Maintenance Organization), som styr innehåll och kvalitet stenhårt, med goda (åtminstone ekonomiska) resultat. Varför skulle vi gå åt motsatt håll?

»I en offentligt styrd sjukvård kan en värdering av kostnadseffektivitet göras...«. Märkligt att det inte skulle kunna göras minst lika bra i privat driven vård. Är man sämre på att bedöma och räkna där? Skulle man vara mindre intresserad av kostnadseffektivitet?

Till slut önskar jag mig lite mer ödmjukhet inför vad våra kunder, förlåt patienter, kan besluta om själva. Att man inte helt kan lämna över ett beslut om operation av livmodern till patienten tror jag de flesta är överens om, både i yrkeskåren och bland våra patienter. Det Feldt och Westerberg rimligen menar är tjänster i ett större perspektiv, t ex att man får välja vårdgivare själv på en fungerande marknad där man som brukare kan lita på kvaliteten, t ex genom extern kvalitetskontroll.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Delägare i Praktikertjänst.*

Det socialistiska kösamhället

Eric Bertholds skriver att vinstdriven vård inte löser sjukvårdens problem. Dessa problem är främst väntetider och svårighet att få läkarkontakt. Men köer är ju det socialistiska samhällets signum. I Sovjetunionen och dess lydstat var det alltid kö i affärer och för att få kapitalvaror, t ex en bil. I en liberal stat reglerar efterfrågan också tillgången. Vill många köpa billiga, bra möbler, så startar en Ingvar Kamprad IKEA överallt, där efterfrågan finns. Vi skall få en garanti för att få träffa en specialistläkare inom tre månader! Inte väntar vi i tre månader på att få köpa en bil!

Det socialistiskt styrda landet har på flera sätt försvärat tillgängligheten inom sjukvården. Den sk sjukvårdensreformen 1970 förbjöd läkarna att ha privatmottagning på sjukhusen. Förut kunde man ringa till en specialistmottagning och få tid rätt omgående. Läkaren fortsatte sin mottagning så länge det behövdes. Dels fick han betalt för det, dels kände han ett personligt ansvar för de patienter han tagit emot. Nu blev sjukhusmottagningen en landstingets affär. Patienten fick ofta inte träffa samma läkare vid återbesök, och läkaren hade samma inkomst, oavsett hur många patienter han tagit emot.

Den socialistiska landstingsmajorite-

ten ströp Läkarhuset i Uppsala på 1990-talet, tvang läkarna att gå i pension på 65-årsdagen och tillät ingen ny läkare att överta deras praktik. På Läkarhuset hade vi inga långa väntetider, vi tog alltid emot telefonsamtal direkt och arbetade så länge det fanns patienter i väntrummet.

Med fri etableringsrätt för privatpraktiserande läkare, som det finns för tandläkare och hantverkare, försvinner väntetiderna. Tror någon att det skulle bli för många privatpraktiker? Det reglerar efterfrågan. Får man inte patienter så flyttar man. Framför allt är den fria etableringen en vinning för patienterna som kan välja den läkare som de har förtroende för.

Socialisterna skrämmer med att vi skulle få en överkonsumtion av läkarvård vid fri etablering. Det är en vanföreställning. För det stora flertalet människor är det inte så oemotståndligt lockande att besöka läkare att man kostar på sig det i onödan. Visst finns det psykopatologiska undantag, det har vi alla erfarit, men de är inte fler än att vi kan hantera dem.

Nils Brage Nordlander

fr d överläkare och klinikchef, efter pensioneringen privatpraktiker, Uppsala
nilsbrage@hotmail.com

Replik:

Sjukvård som produkt omöjliggör demokratiska prioriteringar

Driftsformer och prioriteringsbehov hör ihop. Om sjukvård görs till en produkt, som »kunder« förutsätts ha kunskap att kunna välja och konsumera som vilken annan produkt som helst, blir det omöjligt att skapa öppna och i demokratisk ordning beslutade prioriteringar.

Den ersättningsmodell som Kåre Jansson beskriver har jag inga större invändningar emot. Kanske kan det lilla och



ERIC BERTHOLDS

överläkare, medicinkliniken, Kärnsjukhuset Skövde
eric.bertholds@vgregion.se

välorganiserade Sverige klara det som inget annat land hittills har lyckats med. Möjligen förutsätter detta en så hög grad av nationell samordning att den nuvarande landstingsindelningen måste skrotas. Om jag tolkar honom rätt antyder också hans svar att Läkarförbundet finner stopplagen berättigad, åtminstone för fullt utrustade sjukhus/högspeci-

aliserad vård? Vi är i så fall eniga, och jag tackar för förtydligandet.

Mindre är enigheten med Staffan Olsson. Han tycker att jag »blandar in en helt annan fråga« när jag i artikeln relaterar driftsformen till prioriteringsbehoven. Frågorna hör ihop: Ett allt större och mäktigare vårdindustriellt komplex, vars utbud är oändligt, möter en i grunden omätlig efterfrågan. Om sjukvård görs till en produkt, som »kunder« förutsätts ha kunskap att kunna välja och konsumera som vilken annan produkt som helst, blir det omöjligt att skapa öppna och i demokratisk ordning beslutade prioriteringar.

Beträffande användningen av nya oerhört dyra läkemedel med liten marginalnytta påstår Olsson att helt andra faktorer än driftsformen spelar in. Jag menar att en vinstdriven sjukvård har ett inbyggt intresse av att vidga sin marknad och öka efterfrågan på sina tjänster och produkter. Detta förklarar bland annat överförbrukning av antibiotika och extremt dyra mediciner i länder med privat sjukvård. Trots exempen med de schweiziska försäkringsbolagens åtgärder riktade mot överutredning och överbehandling hävdar Olsson att det är snudd på förtal att påstå att vinstdriven vård är kostnadsdrivande. I USA beräknas sjukvårdskostnaderna fördubblas mellan 2001 och 2011 [1].

Trots exempen med prioritering av lönsamma patientgrupper på bekostnad av geriatrisk- och demenssjukvård respektive medikalisering av sociala problem och det normala åldrandet menar Olsson att driftsformen inte påverkar humanitära vinster. Jag föreslår att han testar tesen genom att i samband med en utlandsresa uppsöka en akutmottagning på ett privat respektive offentligt sjukhus och ange att han saknar försäkring (det brukar vara första frågan man får på det privata sjukhuset), eller att han jämför hur till exempel en hemlös alkoholiserad man med lunginflammation omhändertas på ett offentligt respektive privat sjukhus.

Olsson tror på en vinststyrd sjukvård där kunden »får välja vårdgivare själv på en fungerande marknad där man som brukare kan lita på kvaliteten«. Jag tror

mera som Göran Rosenberg skriver i essän »Plikten, profiten och konsten att vara människa«: »Vård är en verksamhet som kan se ut som en produkt och organiseras som en produkt och ibland också mätas som en produkt och kanske tillfälligtvis ge avkastning som en produkt, men den kan i längden inte vara en produkt eftersom vårdens verksamhet bygger på en i grunden ojämlig och ovillkorlig relation mellan de tillfälligt starka och de ofrånkomligen svaga – inte på ett ömsesidigt kontrakt mellan jämnstarka parter här och nu.«

»Men det verkliga problemet är att sjukvårdens möjligheter och befolkningens behov ökar snabbare än den ekonomiska tillväxten. Något som ingen av replikanterna tagit upp i sina inlägg.«

Nils Brage Nordlander frågar om någon tror att det skulle bli för många privatpraktiker och kallar den överkonsumtion av läkarvård som fri etablering leder till för en vanföreställning. Debatten skulle bli mer konstruktiv om han i stället bemötte de ogynnsamma effekter av vinstdriven vård jag beskrivit. Och om han insåg att sjukvårdens huvudproblem inte är väntetider och svårighet att få läkarkontakt. Dessa är förvisso allvarliga problem som måste åtgärdas, gärna med hjälp av ekonomiska incitament, som jag beskrev i min artikel. Men det verkliga problemet är att sjukvårdens möjligheter och befolkningens behov ökar snabbare än den ekonomiska tillväxten. Något som ingen av replikanterna tagit upp i sina inlägg.

PS. Det är inte förvånande att ledarskribenter som naivt förespråkar marknadsstyrd sjukvård av ideologiska skäl använder argument som »Släpp vinsten loss och svensk sjukvård blir en glimrande framtidsbransch« eller »Låt sjukvården lära av dagligvaruhandeln så får vi allt mer och allt bättre varor att välja på för allt mindre pengar«. Mer överraskande är att tidskriften för Sjukhusläkarförbundet, Sjukhusläkaren, så okritiskt publicerar intervjuer med tre privatiseringsförespråkare i sitt senaste nummer (4/2006), och därmed underblåser privatiseringsivern.

Capios förre VD Per Bätelson anger, i en av de två artiklar som handlar om honom (»en av Sveriges mest framgångsrika företagsledare och entreprenörer under 2000-talet«), de franska privatsjukhusen som förebild. Han ser det som positivt att »I nio fall av tio söker patienten direkt till de här franska specialisterna«. Få läkare torde instämma i denna åsikt.

I en tid där specialister tvingas bli allt smalare i sitt kunskapsfält, torde detta riskera att leda till betydande resursslöseri och fördröjd diagnostik. Kvinnan med tyreotoxikos söker kardiologspecialisten på grund av hjärtklappning, mannen med lågtryckshydrocephalus söker urologspecialisten på grund av urininkontinens; listan kan göras oändlig.

Hans Bergström, docent i statsvetenskap och före detta chefredaktör på Dagens Nyheter, anser att »det inte är någon skillnad på drivkraften för de som arbetar inom privat eller offentlig verksamhet« och »tror mer på en statlig bilfabrik än statlig vård som monopol«. Reportern borde ha konfronterat honom med ovan nämnda välkända och negativa erfarenheter av privat sjukvård.

Slutligen: i samma nummer av Sjukhusläkaren kallar professorn i etik, Hans De Geer, stopplagen för en »idioteffekt«. Det kanske säger mer om etikern än om lagen, vars syfte är att skydda oss från ovan beskrivna, ogynnsamma effekter av vinstdriven sjukvård.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENS

1. Heffler S, Smith S, Won G, Clemens MK, Keehan S, Zezza M. Health spending projections for 2001–2011: the latest outlook. Health Aff (Millwood). 2002;21:207-18.

42 nummer per år.
Ring vår annonsavdelning, 08-790 35 30, och boka utrymme i Läkartidningen.
Läkartidningen
Utmanande saklig