

Skilj på drift och finansiering!

Det är inte polarisering mellan privat och offentligt driven vård som svensk sjukvård behöver. Vi behöver mer av pluralism när det gäller driftsformerna, och öppenhet i fråga om vad vi kan lära av varandra.

Det är glädjande att se att Bertholds i sin replik i Läkartidningen 40/2006 (sidorna 3015-6) finner den ersättningsmodell Kåre Jansson skisserar (sidan 3014) så välvägd att den passerar utan invändningar. Det är nämligen just sådana ersättningsystem, med god balans mellan ansvarsättning (t ex kapitering eller områdesansvar) och prestationsersättning, som jag förespråkar. Flertalet verksamheter som upphandlas idag, åtminstone i primärvården, ersätts enligt system med liknande konstruktion. Den norska fastlegeordningen, som är en formidabel succé på alla plan, är ett geografiskt näraliggande exempel, som mycket väl kan tjäna som förebild för vårt land. Det »inget annat land« har lyckats med finns på närmare håll än man kan tro.

I sådana välvägd system behöver inte driftsformerna styra prioriteringar i nämnvärd omfattning. Utbudet är inte oändligt, när ett välkonstruerat avtal styr innehållet mot det som beställaren/finansären önskar. Efterfrågan kan synas omätlig, men det tror jag snarast är ett mått på den otrygghet våra patienter känner, när de dagligen hör om årslånga köer och andra problem i vården.

Har man inte en fast läkarkontakt i primärvården som man litar på ökar risken för »doctor shopping« och över- och felutnyttjande av organspecialister. Prioriteringar blir inte svårare att genomföra med ett större inslag av privat drift, tvärtom kan ökad patientmakt och -trygghet öka förståelsen för nödvändiga prioriteringar. Styrningen av prioriteringar från beställaren blir varken mer

eller mindre komplicerad för att driften sker privat. Ett tydligt formulerat uppdrag, oavsett driftsform, gör det snarast lättare.

Idag sker prioriteringar ofta i det fördolda, med undantag av Östergötlands tydliga prioriteringslistor. Insynen och påverkan från patienterna är minimal. Hördes det något om detta i valrörelsen? Skyll inte på alternativa driftsformer, skyll på feiga politiker som inte vågar ta diskussionen om svåra prioriteringar eller tillskott av ytterligare medel till sjukvården!

USA och Schweiz fungerar för Bertholds som skräckexempel på privat vinstdriven vård. Han missar en viktig avgörande skillnad mot Sverige, som inte har med driftsformen att göra – finansieringen av vården. Både Schweiz och USA har i stor utsträckning försäkringsfinansierad vård. Det går inte att jämföra med vår solidariskt finansierade vård. Bertholds föreslår också att jag prövar mina teser genom att besöka utländska privata sjukhus utan att ha försäkring som täcker besöket. Om igen, där handlar det om att finansieringen är försäkringsbaserad, ofta uteslutande prestationsersatt. Utvecklingen går som, jag skrev i mitt förra inlägg, mot helt andra system i USA. Att jag skulle bli mottagen med öppna armar på offentligt drivna sjukhus runt om i världen utan någon form av försäkringsbevis tillåter jag mig att betvivla.

Bertholds påstår också att det är privat driven vård som gör att sociala problem och åldrandet medikaliseras, eller rättare sagt antyder detsamma. Här är tankegångarna grumliga om orsakssambanden. Vi har ett gemensamt ansvar, som yrkeskår, att motverka medikalisering av normala livsförlopp. Att skylla det på kortsiktiga vinstintressen i privat vård är en minst sagt endimensionell och rent ideologisk förklaringsmodell. Något lite mer komplicerad är nog verkligheten.

Göran Rosenbergs essä är intressant: »ömsesidigt kontrakt mellan jämnstarka parter här och nu«. Jag menar inte att patienterna skall behöva ackordera om priset, eller jämföra vem som opererar blindtarmar bäst. Det handlar om att låta ett större uppdrag, helst baserat på område eller kapitation, gå till den som utför det bäst och kanske till och med billigast för samhället. Kontraktet, om man vill så vill, sker då mellan jämnstar-

ka parter. Underläge hamnar bara den i som gör ett dåligt och dyrt jobb.

Bertholds raljerar om Capios förebilder och framtidsplaner. I stora delar och på ett principiellt plan delar jag invändningarna mot de visionerna. Men alternativ finns till stora riskkapitalägda bjässar som Capio och Carema. Vi behöver inte fler landstingslika organisationer, om än privatägda. Vi behöver små, gärna kooperativa enheter där professionen styr sin egen vardag. Ett ytterligare alternativ är att organisationer utan vinstsyfte (non-profit) driver både sjukhus och primärvård. Landstingen har misslyckats – in med något nytt!

Till sist. Bertholds artikel och replik bidrar till en mycket olycklig polarisering mellan privat och offentligt driven vård. Det är inte det som svensk sjukvård behöver. Vi behöver mer av pluralism när det gäller driftsformerna, och en öppenhet åt båda håll om vad vi kan lära av varandra.

Slutreplik:

Vi är faktiskt inte så oense

Staffan Olsson oroar sig över att debatten leder till en olycklig polarisering mellan privat och offentligt driven sjukvård. Jag tycker snarare att vi närmast oss varandra. Olsson understryker själv faran med prestationsersättning och betonar risken för avarter i sitt första inlägg i Läkartidningen 40/2006 (sidorna 3014-5). Han föreslår en ersättning baserad på kapitering eller områdesansvar, något jag inte har invändningar emot, vilket jag skrev i föregående replik.

När han nu delar mina invändningar mot riskkapitalägda bjässar och dessutom föreslår kooperativa och non-profit-organisationer är enigheten ännu större. Låt oss följa Norges exempel: primärvården kan, under kontrollerade former, privatiseras; sjukhusen förblir offentliga.



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



Eric Bertholds
överläkare, medicinkliniken,
Kärnsjukhuset i Skövde
eric.bertholds@vgregion.se