

Effekten av vinstsyfte oklar

Forskningen har ännu inget svar på vad effekten blir av vinstsyfte i svenska offentligt finansierade sjukhus.

Socialdepartementet hävdar i sin promemoria »Driftsformer för sjukhus« att det inte finns objektiva belägg för att vinstorienterade företag inom sjukhusvård ger negativa effekter på kvalitet eller effektivitet och att stopplagen därför är en omotiverad inskränkning i landstingens självstyrelse.



Anders Anell

Anders Anell, docent och VD för Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund, kommenterar:

– Denna typ av uttalanden baseras på forskning från USA, där man jämfört ickevinstsyftande privata sjukhus med motsvarande kommersiella. Det finns delade meningar om vad forskningen säger, och det finns mycket forskning.

– Möjligt kan man säga som grov sammanfattning att det inte finns några entydiga belägg för att vinstorienterad vård ger negativa effekter på kvalitet och effektivitet. Men å andra sidan finns inte heller några entydiga belägg för positiva effekter. Det handlar då om en jämförelse mot ickevinstsyftande privata sjukhus. Denna forskning är därför inte så relevant för svenska förhållanden.

De flesta jämförelser av vinstdriven och ickevinstdriven vård har gjorts i USA, vars sjukvårdssystem inte har samma rättvisekrav som Sveriges, det vill säga en demokratiskt styrd och skattefinansierad sjukvård där resurserna ska fördelas enligt medicinska prioriteringar. ■

Allt hänger på avtalen

Skickliga upphandlingar ska borgen för både kvalitet i vården och att »gräddfiler« undviks. Men upphandlingar av akutsjukhus kräver beställarkompetens, ersättningsmodeller och utvärderingssystem, som knappast finns idag. »Det är nästan ett moment 22«, säger Eva Nilsson Bågenholm.

De risker som kan finnas med privat drift av offentligt finansierade sjukhus kan undanröjas i entreprenadavtalen, hävdar bland andra Socialdepartementet, som skriver i sin promemoria: »Kvalitet i vården avgörs av vårdavtalens utformning och inte av driftsformen.«

Socialdepartementet menar att skillnader i vårdens medicinska kvalitet inte kan knytas till ägar- eller driftsform och hänvisar till erfarenheter från Socialstyrelsens tillsynsverksamhet.

Johan Carlson, chef för Socialstyrelsens tillsynsavdelning, säger visserligen att de inte har sett något som talar för att just ägarformen skulle ha betydelse för antal »Lex Marior«.

– Men vi har inte studerat

den aspekten. Vi gör inga kvalitetsstudier, säger Johan Carlsson.

Det är mycket som ska fungera för att få till konkurrens och kvalitet i en entreprenad. Landstingen behöver ha kompetens att formulera hela uppdraget, jämföra anbud och i ett avtal täcka in allt som ska utföras. Det man inte kan formulera riskerar man att heller inte få.

Det handlar också om att ha ersättningssystem som får önskad effekt, modeller som belönar också kvalitet. Hälsoekonomer brukar säga att »betalar man för sängar så får man sängar, betalar man för antal läkarbesök så får man många läkarbesök«. Men hur beställer man kvalitet?

Det handlar också om att kunna se vad man får för pengarna. Då måste man kunna följa upp, utvärdera och jämföra resultat och kvalitet.

SKLs (Sveriges Kommuner och Landsting) arbete med öppna jämförelser har tagit fart de senaste åren, men är i sin linda.

Diskussionen inom läkarkåren kring öppna eller slutna kvalitetsregister säger något om hur svårt det är att tolka

och jämföra resultat. Kvalitetsregistren täcker heller inte hela sjukvårdens verksamhet.

Finns det idag beställarkompetens, ersättningsmodeller och utvärderingssystem för att upphandla en så komplex verksamhet som ett helt akutsjukhus?

– Jag tror att det kan bli bättre än idag, men man lär sig också genom att göra saker. Bra på att beställa vård blir man genom att göra det. Men uppföljningar har vi varit alldeles för dåliga på. Vi måste satsa på uppföljning, kvalitetsjämförelser och att utveckla ersättningsmodeller och IT-system som underlättar uppföljning och kvalitetsjämförelser, säger Joakim Pettersson (kd), politiskt sakkunnig på Socialdepartementet.

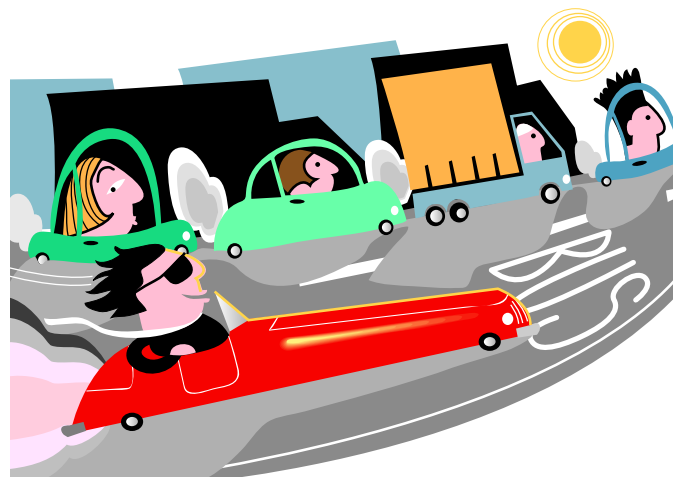
Är förutsättningarna tillräckligt bra idag?

– På de allra flesta håll är de det, men beställarkompetensen kan säkert skilja sig åt i olika landsting.

Statskontoret anser att det är svårt att finna standardiserade ersättningsmodeller för högspecialiserad vård som kräver nära samarbete med forskning och utveckling. Men det är inget argument för att förbjuda landstingen att lägga ut sjukhusvård eller regionsjukvård i privat drift, enligt Joakim Pettersson.

– Landstingspolitikerna måste agera oerhört klokt och jag känner förtroende för att de gör det. Idag finns det inget landsting som planerar att sälja ut regionsjukhus. Jag har inte fått några sådana signaler. Stopplagen omöjliggjorde att delar av regionsjukhusen knoppades av och alla delar av ett regionsjukhus är inte av så komplex natur att de inte kan handlas upp i alternativ regi, säger Joakim Pettersson.

Både Läkarförbundet och Vårdförbundet är för att stopplagen avskaffas, trots att ➔



När stopplagen avskaffas får ett privatdrivet landstingssjukhus också ta emot patienter som betalar privat. Både Läkarförbundet och Vårdförbundet anser att »gräddfiler« ska undvikas genom skickliga upphandlingar.

Illustration: Helena Lunding

SJUKVÅRD PÅ ENTREPRENAD

de ser problem med upphandlingsförutsättningarna.

Vårdförbundet skriver i sitt remissvar att »förmågan att mäta kvalitet framstår som alltmer avgörande för vårdens framtida styrning. Det är därför av stor vikt att arbetet med att ta fram kvalitetsmått som speglar vårdens komplexa verksamhet ges en hög prioritet«.

Förbundsordförande Anna-Karin Eklund tycker att förutsättningarna kan bli bättre.

– Att vi inte har kompetens idag, det vill jag inte säga, men



Foto: Andreas Lundberg

»Om vi verkligen vill upphandla vård utifrån kvalitet så finns det ju inte tillräckliga förutsättningar för det idag«, anser Vårdförbundets ordförande Anna-Karin Eklund.

vi har mycket kvar att göra. Det finns för få kvalitetsregister som tar hänsyn till hela vårdens komplexitet.

Traditionella kvalitetsregister fokuserar på enskilda diagnoser. Bra metoder att följa upp till exempel vården av multisjuka äldre, som upptar en stor del av sjukvårdens kostnader, finns det lite av.

– Om vi verkligen vill upphandla vård utifrån kvalitet så finns det ju inte tillräckliga förutsättningar för det idag, anser Anna-Karin Eklund.

– Vi har inte riktigt den styrningen, det är mycket ekonomi.

Men det gäller hela vården, inte bara sjukhusvården, anser hon.

– Är sjukhus mer komplexa än primärvården eller vården av äldre? Det tycker inte jag. Vården på ett sjukhus är inte mer komplex än vården av den som har stora behov i primärvården i ett geografiskt område. Vi vill inte ha någon

särslagstiftning för olika delar av sjukvården.

Inte heller Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm tror att det idag finns tillräckligt bra beställarkompetens, ersättningsmodeller och utvärderingssystem för att upphandla hela akutsjukhus.

– Jag tror egentligen inte att det gör det. Det finns ingen vana. Det här är något man måste lära sig och ta in kunskap om, innan man sätter igång, för upphandlingen är oerhört viktig. Det finns naturligtvis en risk att landstingen inte vet vad de får för pengarna, säger Eva Nilsson Bågenholm.

När stopplagen avskaffas får ett privatdrivet landstingssjukhus också ta emot patienter som betalar privat, exempelvis försäkringspatienter. Socialdepartementet anser att det är rimligt att den privata vårdgivaren får sälja »överkapacitet« till försäkringsbolag förutsatt att landstingets krav på bland annat tillgänglighet och kvalitet är uppfyllda.

Läkarförbundet är positivt; detta kan avlasta den offentliga vården.

– Vi vill att det offentliga uppdraget är så stort att invånarna inte har behov av privata sjukförsäkringar. Men om privatpersoner och företag ändå köper försäkringar ska privat drivna sjukhus kunna ta emot dem, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Men detta får inte inkräkta på den offentligt finansierade vården vid samma sjukhus, tillägger hon.

Eller som andra uttrycker det: det får inte uppstå »gräddfiler« på bekostnad av landstingens patienter.

Hur ska det undvikas då?

– Upphandlingen måste vara tydlig. Om man inte utför det offentliga uppdraget ska man inte få ta emot privatpatienter, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Tillbaka alltså på avtalet och de förutsättningar som

idag inte riktigt finns.

– Det är nästan ett moment 22, säger hon.

Går det att se vilka prioriteringar en entreprenör har gjort?

– Det är jag tveksam till. Det är jättesvårt.

Men Läkarförbundet vill ändå tillåta så kallad blandad finansiering. Hur går det ihop?

– Man måste pröva sig fram och dra lärdom av det som redan finns och se hur man kan skilja grupperna åt.

Också Vårdförbundet anser att riskerna med så kallad blandad finansiering ska undvikas genom skickliga upphandlingar. En god och säker vård på lika villkor och efter behov kan säkras genom avtalsvillkor, ersättnings- och uppföljningssystem samt en hög beställar- och utvärderingskompetens hos landstingen, enligt Vårdförbundet, som också konstaterat att detta inte finns ännu.

Men Vårdförbundet ser inte överkapacitet som en avlastning för vården. Överkapacitet ska undvikas. Med skickliga upphandlingar bör det bli balans mellan behov och kapacitet, anser Vårdförbundet.

Fackförbundet Kommunal och landstingen Västerbotten och Dalarna är uttryckligen emot att privat finansiering blandas in på ett offentligt finansierat sjukhus.

Kommunal anser det »mycket oroande« att förslaget »tar så lätt« på frågan om blandad finansiering. Ledig kapacitet ska användas till de patienter som står i kö, annars



Foto: Hans Petterson

»Det här är något man måste lära sig och ta in kunskap om, innan man sätter igång, för upphandlingen är oerhört viktig.«, säger Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm.

hotas grundprincipen om likabehandling och att enbart medicinska behov ska styra. Kommunal menar att även »överkapacitet« vid ett offentligt finansierat sjukhus i huvudsak har finansierats av skattemedel – försäkringspatienten behöver bara täcka marginalkostnaden plus viss vinst – och det är fel att skillnader i betalningsförmåga ska avgöra vem som får utnyttja den kapaciteten.

Landstinget Dalarna ser en risk för rekryteringsproblem om hälso- och sjukvårdsföretagen »binder upp arbetskraft vars kompetens riktas mot icke prioriterade områden«. I stället borde överkapacitet användas för att uppfylla vårdgarantin, menar Dalarna.

Inte heller SKL, som skiftar politisk ledning först i mars, tycker att sjukhus som drivs på uppdrag av landsting ska få ta emot försäkringspatienter. Om det ändå blir tillåtet vill SKL ha en regel i Hälso- och sjukvårdslagen om att prioriteringsordningen inte får brytas av privatfinansierade patienter. ■



Landstinget DALARNA



Kommunal.

Är emot att privat finansiering blandas in på ett offentligt finansierat sjukhus.

»Hot« mot klinisk forskning och utbildning

Entreprenader kan få negativa effekter på forskning och utbildning, enligt flera remissinstanser. Universitetssjukhusen får inte styckas upp, varnar Karolinska institutet.

– Vi ser detta som ett allvarligt hot, säger KIs prorektor Hans Forsberg.

Karolinska institutet har dock ingen synpunkt på om ett helt universitetssjukhus drivs privat, så länge kontraktet är långa och inte måste omförhandlas vart fjärde år.

– Driftsformen per se är inte så avgörande för framgångsrik medicinsk forskning. Johns Hopkins, ett av de mest framgångsrika universitets-

sjukhusen i USA, är till exempel inte offentligt drivet. Men det vi varnar för är att man styckar upp ett universitetssjukhus, till exempel genom att göra röntgen eller bakteriologiska laboratorier till egna entreprenader.

– **Det är oerhört viktigt** att ha ett sammanhållet universitetssjukhus. Forskning kräver väldigt tung infrastruktur och multidisciplinärt samarbete. Styckar man upp det får man inte den helheten och inte den kritiska massa som behövs för investeringar, utan en NK-galleria med gemensam entré, säger Hans Forsberg.

Kan man inte få det genom bra upphandlingar?

– Hur då? Då kommer alla att ha som sitt första mål att få sin egen verksamhet att gå ihop. Ingen kommer att ha det övergripande ansvar som krävs för att skapa bra miljöer för forskning och utbildning, säger Hans Forsberg.

Över huvud taget när ett landsting tecknar vårdavtal måste utbildnings- och forskningsintressen bevakas av flera skäl, anser KI, som vill ha en lagstiftning om att landstinget inte ska få teckna entreprenadavtal utan att universitetet har medverkat i processen.

Men någon sådan lagregel

»Forskning kräver väldigt tung infrastruktur och multidisciplinärt samarbete.

Styckar man upp det får man inte den helheten och inte den kritiska massa som behövs för investeringar, utan en NK-galleria med gemensam entré.«

blir det inte, enligt Joakim Pettersson (kd), politiskt sakkunnig på Socialdepartementet, även om han tycker att universitetet är en viktig avtalspart.

– Vissa frågor är svåra att lagstifta om, men möjligen kan man ange inriktning i propositionen och skriva att landstingen bör tänka på vissa

SJUKVÅRD PÅ ENTREPRENAD

saker, säger Joakim Pettersson.

Hittills har KI inte medverkat i något av de vårdavtal som träffats i Stockholm. Det innebär »betydande svårigheter att få tillgång till den privatdrivna vården för klinisk utbildning av studenter; ingen privat vårdgivare förefaller frivilligt ta emot studenter för klinisk utbildning i sin verksamhet«, skriver KI.

– Det är framför allt inom öppenvården som man lagt ut en del på entreprenad, säger Hans Forsberg.

Nu behöver KI fler utbildningsplatser i öppenvården. Men efter att avtalen väl är skrivna är det svårt att lägga till utbildningsuppdrag. Den ersättning som följer med studenterna inom den landstingsdrivna vården anses inte tillräcklig av de privata utförarna. I framtiden måste detta regleras i avtalen, menar Hans Forsberg.

Annat måste också lösas i avtalen, enligt KI. Det handlar om universitetens inflytande över och tillgång till den sjukvård som används för forskning. Detta regleras idag i de så kallade ALF-avtalen mellan landstingen och universiteten. Den arbetsrättsliga ställningen för dem med kombinationstjänster är en annan fråga.



Karolinska institutet har inte medverkat i de vårdavtal som tecknats i Stockholm och har därför svårt att få nya utbildningsplatser i den privata öppenvården.

Foto: Ulf Sirborn

Också Västerbottens läns landsting, med ansvar för universitetssjukhuset i Umeå, anser att den kliniska forskningen och utbildningen kan påverkas negativt, och vill helt enkelt ha kvar förbudet mot att överlåta regionsjukvård.

Statskontoret anser att det behövs lagstiftning som undantar sjukhus med högspecialiserad vård och tunga forskningsuppdrag. Sådan vård ska inte kunna drivas privat. Det handlar främst om universitetssjukhusen.

Högspecialiserad vård kräver nära samarbete med forskning och utveckling och

det är svårt att finna standardiserade ersättningsmodeller för detta, enligt Statskontoret.

– Det är väldigt svårt att upphandla forskning. Därför

bör forskning inte styras av marknadsmekanismer utan på annat sätt, till exempel av forskningsråd, säger Magnus Svantesson på Statskontoret.

– Dessutom förekommer högspecialiserad vård i små volymer, till exempel hjärtbyte på barn, och har man små volymer och en generell ersättningsmodell så slår det väldigt hårt om ett enskilt fall är lätt eller svårt, jämfört med till exempel benbrott.

– Utbildningsverksamhet är också komplicerat att lägga ut affärsmässigt, säger Magnus Svantesson.

Men något undantag i lagen för högspecialiserad vård eller forskning är inte att vänta.

– Vi har inte lagt in någon sådan begränsning och jag tror inte vi kommer att göra det heller, säger Joakim Pettersson. ■

■ **Läkarförbundet tror på höjd utbildningskvalitet**

Kvaliteten på den kliniska undervisningen kan höjas med fler privata sjukhus, enligt Läkarförbundet.

– Det finns en möjlighet att tydliggöra utbildningsuppdraget i avtal, medan den landstingsdrivna vården *måste* ta emot studenter, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Oberoende medicinsk forskning måste garanteras genom avtal, enligt förbundet.

– Det är för lite klinisk forskning idag. Risken är att avtalet skrivs för snävt så att det inte blir tillräckligt utrymme. Möjligen kan det vara en konkurrensmässig fördel att bedriva forskning. ■

Kommitté tar över utbildning i företagshälsovård

Regeringen har tillsatt en kommitté som ska utreda hur företagshälsovårdsutbildningen ska se ut och var huvudmannskapet för utbildningen ska ligga i framtiden. Kommittén leds av Anna Hedborg, som ska ha ett förslag färdigt i december 2007.

Sedan 1995 har Arbetslivsinstitutet, delvis i samverkan med universitet och högskolor, stått för utbildning av personal i företagshälsovården. Arbetslivsinstitutet läggs ned den 1 juli i år, och tills en mer permanent huvudman är ut-

sedd ansvarar kommittén för att pågående och planerad utbildning genomförs. För detta har regeringen avsatt 60 miljoner kronor för 2007–2009.

Anna Hedborg fick dessutom för ett par veckor sedan regeringens uppdrag att lämna förslag på hur företagshälsovården kan användas för att förbättra rehabiliteringsprocessen. Hon ska jobba parallellt med de båda uppdragen.

Anna Hedborg ledde Socialförsäkringsutredningen som presenterade sitt slutbetänkande i november förra året (SOU 2006:86). Där föreslogs

bland annat att företagshälsovården ska få bedriva ren sjukvård och blir den sjukskrivande instansen för anställda.

När Anna Hedborgs uppdrag presenterades på en presskonferens förra veckan betonade socialförsäkringsminister Cristina Husmark Pehrson att en förstärkt företagshälsovård är en del av regeringens strategi för att förbättra sjukskrivningsprocessen. Samtidigt beskrev Anna Hedborg sitt nya uppdrag som roligt och annorlunda efter-

som frågan i huvudsak inte ägs av staten utan av arbetsmarknadens parter.

– Det som ska bli framtidens företagshälsovård bestäms ju när arbetsgivarna tillsammans med de fackliga organisationerna bestämmer vad de ska upphandla, sa Anna Hedborg på presskonferensen.

– Men det är klart att det finns statliga åtgärder som kan vara viktiga för att stödja utvecklingen åt ett visst håll, en sådan är utbildningen.

Karin Bergqvist

Snittlönen 5 300 kronor högre för män

Genomsnittslönen för landstingsanställda manliga läkare var förra året 5 300 kronor högre än för de kvinnliga läkarna. Jämfört med 2005 har skillnaden mellan könen ökat med 100 kronor.

Enligt Läkarförbundet finns förklaringen till stor del i befattnings- och åldersstrukturen. Det finns fler chefer och överläkare bland män-

nen, som höjer snittet.

Löneökningen för hela läkarkollektivet under förra året var 2,7 procent. Distriktsläkare och överläkare fick mest, 3,5 respektive 3,2 procent. AT-läkarna, som haft en stor ökning de senaste åren, fick förra året bara 1 procent.

Statistik över löneutvecklingen de senaste tio åren finns på <http://www.slf.se>. ■

TABELL I. Medellön för landstingsanställda läkare 2006.

Befattning	Kvinnor	Män	Samtliga
Verksamhetschef	66 395	67 695	67 312
Annan chef	61 929	63 467	62 978
Överläkare	54 087	55 945	55 267
Distriktsläkare	54 358	56 432	55 452
Specialistläkare	45 827	46 411	46 117
Underläkare ST, leg	34 876	35 361	35 078
Underläkare AT, ej leg	25 370	25 729	25 507
Samtliga	45 384	50 698	48 254

SLF till attack i arbetstidsfrågan

I ett debattinlägg i Dagens Nyheter i måndags beskyllde Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm landstingen för att vansköta sina åtaganden och utnyttja sina ansvarskännande läkare: »Varje dag bryter hundratals läkare mot lagen. Arbetsgivar-

na, landstingen, beordrar läkarna att bryta mot den nya arbetstidslagen och läkarna lyder av omsorg om patienterna. Ändå kan landstingen lätt lösa frågan genom att teckna lokala kollektivavtal. Men det struntar de i.« Läs hela inlägget på <http://www.slf.se>. ■

»Primärvården navet i framtidens sjukvård«

Primärvården blir centrum i sjukvården, menar Socialstyrelsen i en lägesrapport för vården. Enligt rapporten arbetar allt fler landsting med utökad primärvård, så kallad när-sjukvård. Dessutom har primärvården blivit något mer tillgänglig under senare år. Förebyggande arbete blir också allt vanligare i primärvården. Lägesrapporten finns på <http://www.sos.se>. ■

Nya riktlinjer för vården mot missbruk

För första gången ger Socialstyrelsen ut nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården som riktar sig till både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Riktlinjerna innehåller ett femtiotal rekommendationer, till exempel för olika typer av bedömningsinstrument, bland annat AUDIT som används för att identifiera patienter med riskabla alkoholvanor. ■