

Mot ett dyrt, diskriminerande sjukvårdssystem

Sjukvårdsdebatten i Sverige har de senaste åren kantrat över i en ovetenskaplig tilltro till marknadstänkande och privatiseringens välsignelser. Med »startlagens« införande den 1 juli har en ny privatiseringsvåg startat. Tyvärr är Läkarförbundet med på denna vandring, skriver Bengt Järhult.

Trots Fredrik Reinfeldts löften att inte sälja ut akutsjukhusen infördes den 1 juli ändå den möjligheten genom »startlagen«. P C Jersild frågar om löftesbrottet var en medveten lögn eller om Reinfeldt menade vad han sa, »men sedan varit för svag för att driva igenom sin ståndpunkt i en försäljningsberusad allians« [1].

En ny privatiseringsvåg har startat. Men det marknadstänkande, som sedan 1990-talet redan etablerats, har inte samlat värderats. Än mindre har de internationella varningarna [2] i processens gryning, om att förändra den svenska modellen, besvarats. Nu blir det upp till nya majoriteter i landstingen att bestämma om också sjukhusen, hela eller delar, tillika ska avyttras.

Berusad eller ej, vilken kunskap bör beaktas i denna ideologiska process?

- Vad lär oss sjukvårdssystemet i USA?



BENGT JÄRHULT, distriktsläkare, vårdcentralerna i Ryd och Öxnehaga/Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping

bengt_jarhult@hotmail.com

- Är paradigmskiftet med privatförsäkrade patienter förenligt med den svenska Hälso- och sjukvårdslagens paragrafer om jämlikhet och vård efter behov?
- Var finns den professionella debatten (inklusive Läkarförbundets ansvar) att problematisera marknadslösningar i sjukvården och utmönstra de sämsta delarna av privat vård?

Privatiseringsförespråkare i Sverige tvär sina händer inför det faktum att det amerikanska sjukvårdssystemet äter upp 15–16 procent av BNP, ställer 50 miljoner invånare (utan försäkring) i otrygghet vid sjukdom och för stora befolkningsgrupper uppvisar vitalstatistik (t ex spädbarnsdödlighet) på u-landsnivå.

Ändå är det i långa stycken samma drivkrafter och principer man vill införa här – trots att den svenska modellen med budgetstyrda anslag, och med små inslag av privat vård – internationellt står sig väl i kostnadskontroll, kvalitet och i vitalstatistiska mått [3]. Ny forskning visar att dessa drivkrafter till och med kan ha ett korrelat i sk neuroekonomi [4].

»The Dartmouth Atlas of Health Care« [5] beskriver

hur offentliga medel för sjukvård fördelas i USA. Utbudet och ersättningsmodellen för privata aktörer styr hur mycket vård som används. Medicare-systemet – den dominerande sjukdomsbördan, kroniska sjukdomar – har värderats [6]. Både mellan stater och inom stater gäller principen att ju större kapacitet, desto mer vård levereras – oberoende av om den behövs eller inte.

För samma sjukdomstillstånd varierar kostnaderna per patient med en faktor 4 mellan sjukhusen i Kalifornien och med nästan lika mycket i det polikliniska specialistutbudet [7]. I regioner och på sjukhus som producerade mycket vård förbättrades inte de medicinska resultaten eller patienternas tillfredsställelse. Tvärtom, när volymen vård ökade minskade snarast kvaliteten och patienternas nöjdhet.

Även om »non profit«-vård finns i USA, och synes vara billigare och mer effektiv [8], talar inte resultaten från databasen [5] för att konkurrens på sjukvårdsmarknaden ger

några sammantagna effektivitetsvinster eller förbättringar i de medicinska resultaten.

Under senare år har i Sverige föreställningen spritts att konkurrens ger, och att privat vård är samma sak som, billig vård. Medicares kostnader för sjukhusvård i Kalifornien varierade från 20 000 till 90 000 dollar per person under de två sista åren före döden. Bara 39 procent av variationen berodde på sjukhusens dygnspris [9]. Det är in-tagningsfrekvens och vårdtid – faktorer som läkarna håller i sin hand – som i första hand bestämmer kostnaderna. Ett privatiserat sjukvårdssystem med så många stimulerar detta utbud och är kostnadsdrivande.

Löser kostnadstak och anbudssystem problemen? Ja, till en del, men inom en upphandling torde en privat vårdgivare fylla sin kvot inom ramen för de högst relativa medicinska behoven. Samhället kan få betala vårdkostnader för lättare fall i strid med demokratiskt beslutade priori-



Den amerikanska sjukvårdsindustrin granskas i dokumentärfilmaren Michael Moores nya film »Sicko«. Bilden från premiären den 18 juni.

Foto: Erik C Pendsch/Rex/IBL

teringar. Sverige saknar en samlad redovisning av indikationer, vårdtyngd, vilka vårdbehov som tillgodoses och inte tillgodoses – en jämförelse mellan offentlig, budgetstyrd vård och av offentliga medel upphandlad privat vård. I än högre grad saknas vetenskap om vilka vårdinsatser hos vilka sociala grupper som den växande privata försäkringsmarknaden slår mynt av. Är det inte rimligt att ha detta underlag när startlagen tillåter dessa krafter att ta över offentliga sjukhus och andra vårdinrättningar?

Följs kravspecifikationer i upphandlingen, och garanterar begärda kvalitetsindikatorer god kvalitet? Vården anpassar sig uppenbart efter för tillfället populära indikatorer. Att en enhet ligger bra till i några nyckeltal är ingen garanti för att hela verksamheten står för god kvalitet. Undanträngningseffekter uppkommer. När man t ex i Östergötland belönade god telefontillgänglighet försvann distriktssköterskor från hemsjukvården. I en ledare i New England Journal of Medicine varnas för lättköpta segrar med bonus kopplad till kvalitetsmått, särskilt för enskilda doktorer [9]. Ekonomiska incitament för att förbättra vårdkvalitet kan ses som ett socialt experiment [10].

Är idén med beställarkontor en evidensbaserad verksamhet? Stockholm har i sina anbudsfordraren släppt igenom verksamhet, där skattebetalares pengar under kort tid förvandlas till mångmiljonvinster för ägarna i stället för vård, soulageringar utan varje rimlig koppling till arbetsinsats [11, 12]. Försäkringskassans upphandling i Pila-projektet kritiserar skarpt [13], och Stockholms anbudsförfarande leder till sämre kvalitet [14-16].

Konkurrens och anbud har slagit sönder kontinuitet och centrala värden i primärvården, bl a i Västmanland. EUs

tolkning av Lagen om upphandling är på intet sätt klar – inte för primärvården, den s k Hallandsmodellen eller för sjukhusen i framtiden. Sannolikt blir det internationella sjukvårdskoncerner som tar över [17].

Startlagen ger rätt för offentligt drivna sjukhus att ta emot privatförsäkrade patienter. En kvarts miljon sådana finns nu, framför allt höginkomsttagare där ofta arbetsgivaren betalar merparten av premien. Sverige står inför ett paradigmskifte, vägen bort från en demokratisk sjukvård med syfte att tillgodose behov på ett jämlikt sätt. Som bl a Dartmouthstudierna visar [5] kommer vårdproducenterna att se till att utnyttja försäkringssystemen maximalt under föregivande av medicinska behov. Det idag populära argumentet att försäkringsbaserad vård kortar de offentliga köerna har inget stöd [5]. Den totala sjukvårdskonsumtionen kommer i stället att öka och jämlikheten minska.

Det finns nästan inga kontrollerade studier över remissindikationer och hur organisatoriska förhållanden styr kostnader. Modern forskning kan inte säga om patienter med välinställt högt blodtryck ska låta sig kontrolleras en gång i månaden (läkare i USAs högutbudsområden) eller var 6:e till 12:e månad [6]. I BMJs årliga Clinical Evidence Concise finns inte en referens för när inläggning på sjukhus eller återbesök ska ske för patienter med cancer, kronisk lungsjukdom eller hjärtsvikt [18].

Inom överskådlig tid sätter alltså en privatiserad vård i Sverige själv sin agenda och bestämmer volym utan att kontrollorgan på evidensbasis kan sätta stopp för slöseriet. Detta framtidsperspektiv har konsekvenser för den offentliga vården – dess lokaler och personal ska ju användas av en framväxande försäkringsbaserad/privatbetald vård.

Vilka kostnader ska framtidens ojämlika sjukvård få in-teckna av resurserna i Sverige mätt i BNP eller ställt i relation till och i prioritering av andra mänskliga behov? Socialministern ser sjukvården »som en sektor med stor tillväxtpotential» [17], och man kan vara säker på att konsumtionen av vård exploderar om fri läkaretablering införs. Är socialministerns mål 15–16 procent av BNP som i USA?

Den som inte tror att privatläkare i Sverige är begåvade nog att utnyttja debiterings-systemen hänvisas till SKLs underlag inför en regeringsuppvaktning. Olika oegentligheter redovisas, såsom onödiga undersökningar, extremt många återbesök och angivande av medicinska åtgärder som genererar höga intäkter [19]. Chefläkare Henrik Almqvist uppskattar att 4–5 procent av privata sjukgymnaster och läkare på taxa i Stockholm direkt missköter sig. Svenska privatläkareför- eningen motsätter sig att landstingen, som får betala kalaset, får rätt att utföra revision [19].

Davis beskriver i New England Journal of Medicine »fee-for-service« som ett hinder för att nå en effektiv, koordinerad och bra vård. Den bidrar till överanvändning, dubbelarbete, kostsam service och rundgång mellan subspecialister. Den premierar inte arbete som förhindrar sjukhusinläggning [9]. Den svenska läkarvårdstaxan är obsolet och borde sedan länge ha varit avskaffad. Tänker privata försäkringsbolag med sin »lysande framtid» [20], och som från den 1 juli släpps in på offentliga sjukhus, jobba med »fee-for-service»?

Det finns en glidande skala från att profitera på ersättningssystem inom en medicinsk ram till direkt »malpractice». Det är uppenbart att ersättningssystem och vinsten som motiv/delmotiv för verksamheten påverkar

beteendet. Den sämre insynen i privat sjukvård bidrar; i bolagsstyrelser, i underlag för beslut och utifrån begränsningar i offentlighetsprincipen [21].

Sjukvårdsdebatten i Sverige har de senaste åren kantrat över i en ovetenskaplig tilltro till marknadstänkande och privatiseringens välsignelser. Läkarförbundet, som borde stå för sakkunskap och en intellektuell hållning, bidrar inte med ett kritiskt tänkande. Tvärtom legitimerar förbundsledningen gång på gång utvecklingen, nyligen manifesterat i en gemensam presskonferens med socialministern när startlagens rek-lamballong släpptes [22].

Så innebär startlagen i realiteten att Läkarförbundet, som en av de viktigaste aktörerna, startar vandrigen mot ett dyrt, amerikanskt och diskriminerande sjukvårdssystem.

REFERENSER

- Culyer AJ. Svensk sjukvård – bäst i världen? Stockholm: SNS förlag; 1992.
- Milerad J. Neuroekonomi – hur pengar påverkar hjärnan. Läkartidning. 2006;103:3680.
- www.dartmouthatlantlas.org
- Vaillancourt Rosenau P, Linder SH. Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States. Social Science Quarterly. 2003;84(2):219-41.
- Davis K. Paying for care episodes and care coordination. N Engl J Med. 2007;356:1166-8.
- Milerad J. Vårdkvalitet och ekonomiska incitament. Läkartidningen. 2007;104:296.
- Uusijärvi M. Hög kvalitet ratas vid upphandling. Lägst pris väger tyngst när vård köps in. Dagens Nyheter 2007 juni 13.
- Rosenberg G. Dimridåer i vården. Dagens Nyheter 2007 mars 8.
- Helte S. Landsting vill granska privatläkares journaler. Dagens Medicin 2007(20):6.
- Nilsson S, Bergström M, Nouri K. Privatiseringens dimensioner. Uppsats Samhällsvetarprogrammet. Kulturgeografiska institutet. Uppsala: Uppsala Universitet; 2007.

LÄS MER Fullständig referenslista
<http://larkiv.lakartidningen.se>