

Marknadslösningar favoriserar efterfrågan och inte behoven

Det är ojuste att välja ut enskilda variabler som sanningsvittnen till om privat eller offentlig sjukvård är bäst! Det är en helhet som måste bedömas, där också rättvisaspekten finns med. Och då är det signifikativt att nya marknadslösningar som Hallandsmodellen favoriserar efterfrågan och inte behoven, så att de mest utsatta grupperna missgynnas.

»USA är inte modellen!« skriver Bror Gårdelöf [1]. Jag har aldrig påstått att någon majoritet av privatiseringsivrarna i Sverige vill göra en blåkopie. Poängen med min artikel [2] var att principerna för marknadssystem och vinstdriven vård är tydliga i USA, där också rikhaltiga studier görs.

Kommersiella krafter kan ha negativa medicinska och ekonomiska konsekvenser. Gårdelöf ger inte skymten av bevis för att dessa inte skulle finnas i det systemskifte som startat i Sverige. Jag lyfte bl a fram den kvarts miljon privatförsäkrade som nu, med startlagen, släpps in på offentliga sjukhus efter det att socialministern förvandlat den kristna tanken om allas lika värde till en egen fil för dem som redan givits mycket.

Gårdelöfs dröm om en europeisk kontinental modell med »rimlig privatisering« och dess fördelar i förhållande till den svenska landstingsmodellen baserar han på två ting:

- Att han på universitetssjukhuset träffat två tyska kolle-

gor som är obekanta med vårdköer.

- Att han själv efter en skidolycka i Österrike fick ett snabbt och gott omhändertagande.

Om detta är att säga:

- Jag träffar också tyska inflyttade kollegor. De berättar att privata allmänläkare ofta styr återbesök tätt – att det försäkringsgrundade systemet just innebär en inkomstkälla för vårdgivaren (se även [3]). Således tvärt emot Gårdelöfs föreställning att sådant inte existerar i Tyskland, och mot hans förvridna bild att vi i Sverige bara ser ett besök som en »budgetbelastning«.
- Jag har en anhörig i Sverige som nyligen efter en svår olycka fick ett förstklassigt, snabbt omhändertagande och god eftervård. Därav drar jag inte slutsatsen att vårt sjukvårdssystem är tillfyllt.

Också Johan Fischer [4] dömer svensk vård efter köproblemen. Dessa förnekar jag inte även om många, inklusive Läkarförbundet, av ideologiska skäl – som ett sätt att komma åt offentligt driven vård – länge framställt köproblemen som värre än de är. Den svenska allmänheten har sällan fått klart för sig att kötiderna

gäller oprioriterade fall, där en del av operationerna eller besöken inte längre är aktuella eller där patienterna själva saknar brådska. Akuta och prioriterade fall med helt andra väntetider har inte ingått i utsagorna.

Fischer, som själv har varit moderat landstingsledamot, illustrerar den politiska paranoida verklighetsuppfattningen i bedömningen att »det Offentliga har till stor del havererat« (stor bokstav som i Sattan). Det kan väl ändå finnas några andra aspekter på sjukvård än kötider? Har det undgått Fischer att tre oberoende forskningsinstitut som studerat OECD-länderna placerar Sverige som etta eller tvåa?

I en färsk rapport med konsumentperspektiv [5] – en jämförelse mellan 26 länder där studiens index i och för sig kan diskuteras – kommer Sverige totalt på fjärde plats men är outstanding vad gäller medicinska resultat (vilket enligt min uppfattning är viktigare än vissa servicemått som mäts). Och häromveckan fick den förkättrade offentliga sjukvården i Sverige – cancervården är ännu inte privatiserad – förstaplats i Europa vad gäller resultat, enligt Lancet Oncology [6].

Det vore bra med lite kunskap och moderation när den politiska draken går i härnad mot den offentliga driften – så att inte de problem vi har i svensk sjukvård genom ogenomtänkta förändringar ersätts med än större dito [2]. Fischer

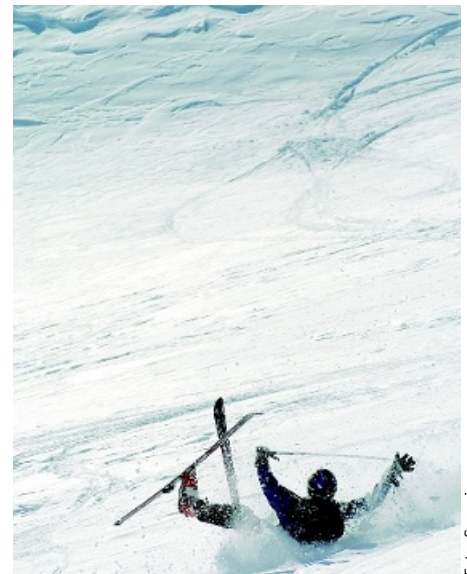


Foto: Scampix

Erfarenhet av medicinsk vård efter t ex en skidolycka i Alperna är otillräckligt som grund för att dra slutsatser om sjukvårdssystemet.

kunde börja med att studera köstatistik [7]. Hans egen stad Värnamo och landstinget Jönköping, med traditionell budgetering och små inslag av privat verksamhet, står sig i flertalet discipliner bra mot Stockholms köp- och säljmentalitet, bolagiseringar och privata drift.

Anslagsbudgetering är således inte per se kopplad till orimliga kötider, och det finns annat än väntetidsstatistik som utfaller till offentlig drifts fördel – men som idag av opportuna skäl inte vägs och mäts. Samma sak gäller primärvårdens tillgänglighet; såväl privata som offentliga vårdcentraler i Sverige uppfyller nu vårdgarantin – tid inom 7 dagar – till över 90 procent [8].

Det är ojuste att välja ut enskilda variabler som sanningsvittnen till om privat eller offentlig sjukvård är bäst! Det är en helhet som måste bedömas, där också rättvisaspekten finns med. Och då är det signifikativt att nya mark-



BENGT JÄRHULT
distriktsläkare,
vårdcentralen i Ryd
och FoU-centrum,
Växjö

bengt_jarhult@hotmail.com

nadslösningar som Hallandsmodellen – som borde provas och utvärderas innan den tvingas på sjukvården [9] – favoriserar efterfrågan och inte behoven, så att de mest utsatta grupperna missgynnas [10]. Onödiga besök skapas för att öka täckningsgraden [11]. Allt detta är i strid med gällande riksdagsbeslut om den etiska grunden för prioriteringar. Stockholms läkarför- ening har all anledning att kritisera den socialmedicinska profilen i Vårdval Stockholm [12].

Gårdelöf, Fischer och jag verkar dock vara överens om en sak: bristerna i – eller det omöjliga med? – upphandling av sjukvårdstjänster, antingen det gäller marknadssystem inom landstinget eller upphandling från privata aktörer. Trots stora kostsamma byråkratier klarar inte beställarna att följa upp elementära jämlikhetsmål och yttre omständigheter i avtalen. Sommaren har givit ytterligare exempel på hur privata enheter helst bara vill ta emot enkla och snabba fall och få en hög produktion [13]. Problemen i USA är således inte specifikt amerikanska, som Gårdelöf tror!

Ändå är upphandlingens verkliga akilleshäl det medicinska innehållet i utlovade eller givna vård. Under medicinsk etikett finns ett stort spann där olika insatser – operationsindikationer, remisser, återbesök – kan styras för att generera intäkter utan att en granskare kan hävda att det är direkt fel eller ett avtalsbrott. Inte ens direkt malpractice är lätt att genomskåda för tjänstemän utan djupare medicinsk kompetens och erfarenhet av doktorers flexibilitet vad gäller medicinsk sanning.

Gårdelöf tror att problemet med beställar-/utföraremo-

deller, låtsasekonomin à la Monopol, löses om det blir kontrakt mellan två organisatoriskt skilda parter. Finns det evidens för att sådana renodlade roller i grunden förändrar svårigheten att värdera och följa upp medicinsk verksamhet? Jag råkade få inblick i hur en välrenommerad firma, organisatoriskt skild från Stockholms landsting, utformade ett anbudsförslag. Jag har sällan sett ett paper mer fyllt av halvsnaningar och lögner än de löften man gav.

»Ändå är upphandlingens verkliga akilleshäl det medicinska innehållet ...«

Det är verkligen dåligt att Läkarförbundet i den offentliga debatten det senaste decenniet inte gått i tåten för en intellektuell kritisk diskussion om problemen med upphandling och värdering av medicinska tjänster. Ointresset har enligt min mening politiska förtecken, för redan tidigt fanns det en kunskapsgrund för en seriös diskussion [14, 15].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Gårdelöf B. Om vinst i vården: USA är inte modellen! Läkartidningen. 2007;104:2263.
- Järhult B. Mot ett dyrt diskriminerande sjukvårdssystem. Läkartidningen. 2007;104:2091-2.
- Ernestam M. Tyska försäkringskassor vill gynna friska och skotsamma. Dagens Medicin 2003 februari 11.
- Fischer J. Dags att reparera vårt Offentliga haveri. Läkartidningen. 2007;104:2358.
- www.healthpowerhouse.com
- Wärngård M. Forskare varnar för hets med Hallandsmodellen. Dagens Medicin 2007 april 18.
- Ohlin E. Vård med havsutsikt. Läkartidningen. 2007; 104:1968-71.
- Mellgren F. Handikappade får nej av privat vård. Svenska Dagbladet 2007 juli 14.
- Dahlgren G. Framtidens sjukvårdsmarknad – vinnare och förlorare. Stockholm: Natur och Kultur i samarbete med Institutet för Framtidsstudier; 1994.
- Gustafsson RÅ, redaktör. Köp och sälj, var god svälj? Vårdens nya ekonomistyrningssystem i ett arbetsmiljöperspektiv. Stockholm: Arbetsmiljöfonden; 1994.

Svartmålningen av svensk sjukvård svår att motivera vid en internationell jämförelse

■ Johan Fischer påstår felaktigt i Läkartidningen 34/2007 (sidan 2358) att motståndarna till vinstdriven vård i den pågående privatiseringsdebatten argumenterar utan att presentera några förslag för att »reparera vårt Offentliga haveri«.

För det första skrev jag redan i mitt första debattinlägg [1] att svensk sjukvård måste bli effektivare för att råda bot på bland annat långa väntetider och föreslog ekonomiska incitament för att åstadkomma detta. Men till skillnad från privatiseringsförespråkarna menar jag att resultat och inte »produktivitet« (antal återbesök, utredningar och behandlingar) skall belönas, och att (genom demokratiskt fattade beslut) prioriterad och inte efterfrågestyrd vård skall belönas.

Detta mot bakgrund av den omfattande evidens som visar att prestationsbaserad, vinstdriven vård är såväl kostnadsdrivande som relativt ineffektiv. Privatiseringsförespråkare kan, såvitt jag kan finna, inte hänvisa till studier talande för motsatsen.

För det andra kan beskrivningen av svensk sjukvård som »havererad« ifrågasättas. Med vad jämför man? Denna ständiga svartmålning av den svenska sjukvården blir till sist en självuppfyllande profetia och bidrar till ett missnöje (även för dem som arbetar inom sjukvården), som vid ett internationell jämförelse blir svårt att motivera.

Jag har bott i fem länder, har släkt och vänner kvar i ännu fler, har arbetat utomlands (även privat) och under mina 14 år som studierektor,

tillsammans med AT- och ST-läkare, gjort studiebesök inom ett flertal europeiska sjukvårdssystem. Inte i något av dessa länder har jag funnit ett sjukvårdssystem bättre än det, förvisso icke perfekta, svenska. Men i inget av dessa länder har det massmedialt förmedlade missnöjet med sjukvården varit så stort som i Sverige.

Sjukvårdskrisen är global och beror på det växande gapet mellan sjukvårdens möjligheter/befolkningens behov och den ekonomiska tillväxten. Inget land har eller kommer att ha råd att erbjuda hela befolkningen omedelbar och optimal vård för alla åkomor. Därför bör sjukvårdspolitikerna sluta utfärda allehanda garantier och privatiseringsförespråkarna sluta påstå att vinstdriven vård löser problemet.

Låt oss i stället acceptera och förmedla insikten att resurserna är begränsade och att det – om vi vill behålla ett solidariskt, offentligt finansierat och behovsstyrt sjukvårdssystem – krävs demokratiskt fattade prioriteringsbeslut.

I nästa steg kan vi utforma de ekonomiska incitament som uppenbarligen behövs för att sätta fart på läkarkåren. För nog upplever de flesta av oss förbättringspotential på våra arbetsplatser, eller?

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

REFERENSER

- Bertholds E. Vinstdriven vård löser inte sjukvårdens problem. Läkartidningen. 2006;103:2712-3.