

INTERVJU. Amerikanska studier visar att vinstsyftande sjukhus är bättre på att generera intäkter än motsvarande icke-vinstsyftande privata och offentliga sjukhus, men det finns inget som tyder på att vårdkvaliteten är bättre. Någon europeisk forskning på området finns knappt. Det framgår när Läkartidningen träffar hälsoekonomen Anders Anell för att reda ut vad forskningen vet om följderna av privatisering och vinstsyfte i vården.

TEXT: MARIE NÄRLID

Efterlyses: Europeisk forskning om vinst i vården

Sjukhusvård i vinstsyfte är en relativt modern företeelse. Icke-vinstsyftande privata sjukhus har en betydligt längre tradition än sina kommersiella motsvarigheter. De har också en starkare ställning på de allra flesta sjukvårdsmarknader. 65–70 procent av de amerikanska sjukhusen är till exempel fortfarande privata icke-vinstsyftande. Även inom EU är en klar majoritet av de privata sjukhusen icke-vinstsyftande. Det finns en historisk förklaring till detta. Sjukhusen byggdes ursprungligen som inrättningar för fattiga, som behövde komma ifrån sina eländiga hem. Mer välbestäld befolkning kallade däremot sin läkare till hemmet.

Vinstsyftande sjukhus har liksom många andra förändringar inom vården ursprungligen en teknologisk bakgrund, säger hälsoekonomen Anders Anell.

Det var först i samband med framväxten av ny medicinsk teknik vid förra sekelskiftet som de privata klinikerna och sjukhusen uppstod. Teknikutvecklingen krävde att privatläkarna för att kunna utöva sitt

yrke måste ha särskilda arbetslokaler. Läkare startade kliniker som blev vinstsyftande.

Anders Anell var fram till alldeles nyligen chef för Institutet för hälso- och sjukvårdsökonomi i Lund. Institutet, med ett tjugotal anställda, som grundades 1979 av några forskare från nationalekonomiska institutionen, är i dag ett helägt dotterbolag till Apoteket AB.

Nu är Anders Anell nyutträd professor på deltid vid Institutet för ekonomisk forskning vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet. Hans uppgift är att studera vården i ett samhällsperspektiv, där olika – och ofta motstridiga – intressen ska tillgodoses.

För ekonomen är utgångspunkten »fördelning av begränsade resurser«. Men under intervjun framkommer också tydligt att Anders Anell ser som sin uppgift att värna befolkningens och patienternas intressen inom svensk vård, som han bedömer som eftersatta, inte minst inom primärvården.

Vad vet man då om vilka effekter ökad privatisering och mera vinst i vården kan få?

Anders Anell berättar att

forskningen i huvudsak bygger på amerikanska erfarenheter. Den europeiska forskningen kring privat och vinstsyftande hälso- och sjukvård är knapphändig. Möjligheterna att bedriva jämförande forskning inom EU är också begränsade. Primärvård drivs huvudsakligen i privat regi och de bästa möjligheterna att jämföra privat och offentlig primärvård finns egentligen i

»I länder som Nederländerna och Kanada sker nästan all produktion av vård i privat regi, men av icke-vinstsyftande organisationer. Det är en dimension som vi i Sverige i princip saknar.«

Sverige. Men även i Sverige finns problem. Privata och offentliga vårdgivare har ofta haft olika inriktning på verksamheten och de senare har inte sällan haft ett bredare åtagande.

På sjukhussidan har varje land sina egna unika lösningar, med olika inriktning på

icke-vinstsyftande, vinstsyftande och offentliga sjukhus. De vinstsyftande sjukhusen är i minoritet. De är i regel också mindre och har ett snävare åtagande.

Klart är dock att det inte bara är i Sverige som vinstsyftande vård är ett debattämne. Att ha betänkligheter kring att se vården som en »vara«, vilken som helst, är varken unikt svenskt eller begränsat till politisk inriktning.

Den hetaste debatten finns dock i fråga om vinstsyftande finansiering av hälso- och sjukvård genom kommersiella försäkringsbolag.

– I Sverige slarvar vi med distinktionen mellan privat finansierad vård och privat produktion av vård. Vad gäller produktionen skiljer vi vanligtvis enbart mellan privat och offentlig verksamhet, där den förra antas vara vinstsyftande, säger Anders Anell. I länder som Nederländerna och Kanada sker nästan all produktion av vård i privat regi, men av icke-vinstsyftande organisationer. Det är en dimension som vi i Sverige i princip saknar.

Den så kallade stopplagen var för övrigt inget unikt svenskt



Foto: Pontus Tideman

Anders Anell, nyutträd professor vid Lunds universitet, har till uppgift att studera vården i ett samhällsperspektiv där olika, ofta motstridiga, intressen ska tillgodoses.

fenomen. I Kanada är det förbjudet att tillhandahålla den vård som erbjuds med offentliga medel i vinstsyfte.

Tidigare forskning i USA har inte kunnat påvisa skillnader i kvalitet mellan vinstsyftande och icke-vinstsyftande sjukhus. Det är också vad man kan förvänta sig när sjukhusen agerar i konkurrens. Men åtminstone ett par översikter av stora studier publicerade under 2000-talet har kommit fram till att fler studier talar till nackdel för vinstsyftade sjukhus, att mortaliteten vid sådana sjukhus är något högre jämfört med icke-vinstsyftande.

– Samtidigt är vinstsyftande sjukhus överrepresenterade i rankinglistor över de bästa sjukhusen, vilket antyder att det finns större skillnader i kvalitet mellan vinstsyftande sjukhus, säger Anders Anell.

En bidragande förklaring

till att vinstsyftande sjukhus uppvisar sämre kvalitet kan, enligt Anders Anell, vara att

»Om man vill göra allvar av kundvalsmodeller och privatisering så bör landstingen skruva upp kraven på uppföljning av verksamheterna.«

vinstsyftande sjukhus inte har samma inriktning som de icke-vinstsyftande privata sjukhusen och att det är svårt att kompensera för detta i jämförande studier. Man jämför äpplen och päron.

Ytterligare översikter har nämligen visat att vinstsyftande sjukhus är bättre på att generera intäkter, vilket bland annat innebär att man i första hand etablerar sig på

marknader med hög andel försäkrade och gynnsamma priser. Detta kan i sin tur påverka vilka patienter som behandlas och därmed den uppmätta kvaliteten. Även om man försöker justera för detta i studier, så finns en viss osäkerhet i vilken grad man lyckas. De faktiska skillnaderna i kvalitet mellan sjukhus av olika typ kan alltså vara både större och mindre än de som uppmäts i studier.

Även inriktningen på verksamheten, vilka tjänster som erbjuds, påverkas av möjligheterna att generera vinst. Studier har också visat att Medicare, det federala försäkringssystemet för äldre i USA, betalar jämförelsevis mer till vinstsyftande sjukhus än motsvarande icke-vinstsyftande.

– Även om det är svårt att översätta resultaten av forskning i USA till svenska förhållanden finns det anledning att

tro att även svenska vinstsyftande vårdgivare kommer att vara bättre på att generera intäkter än motsvarande offentliga. Det kan i sin tur få negativa effekter som landstinget i egenskap av finansierare har anledning att undvika. Men samtidigt är det en drivkraft som kan utnyttjas för att styra till exempel etableringar, säger Anders Anell.

De flesta amerikanska medborgare har en privat sjukförsäkring via sin arbetsgivare, även om merparten av inflödet av pengar till vården kommer från allmänna försäkringssystem, där äldre, fattiga och krigsveteraner som är amerikanska medborgare är försäkrade federalt eller delstatligt. De federala och delstatliga systemen betalar lite drygt hälften av de totala kostnaderna för landets hälso- och sjukvård. Under de senaste årtiondena har den pri-

INTERVJU

vata försäkringsmarknaden ändrats påtagligt. Majoriteten av försäkringsgivarna är vinstsyftande så kallade HMOs (health maintenance organizations) med egna kontrakt med olika vårdgivare. Ett tiotal nationella bolag dominerar marknaden. Det är framför allt denna utveckling på försäkringssidan, och det faktum att knappt 50 miljoner saknar försäkringskydd, som nu är föremål för allmän debatt.

– Man får ut till synes ganska litet för de pengar som investeras, åtminstone sett i ett svenskt perspektiv. Många människor är missnöjda med begränsningar från försäkringsgivarnas sida, och arbetsgivarna som betalar notan tycker att det kostar för mycket. Samtidigt är det ett system som är mycket svårt att ändra på, eftersom så många välorganiserade intressen och så mycket pengar är inblandade, säger Anders Anell.

Hur ser du på privatisering av hälso- och sjukvård i Sverige?

– Den privatiseringsvåg som nu börjat komma är på sätt och vis mer rimlig än den som varit, om man tittar tillbaka en tid. För några år sedan handlade det om att sälja ut sjukhus, vilket är svårt och riskfyllt. Den privatisering som nu sker är i huvudsak kopplad till primärvårdens utveckling och införandet av kundvalssystem. Den förändringen tror jag har större möjlighet att göra nytta för befolkningen, samtidigt som riskerna för att göra oåterkalleliga misstag är mindre jämfört med privatisering av sjukhus, säger Anders Anell.

– Men fortfarande drivs utvecklingen väldigt mycket utifrån ideologiska ståndpunkter och intressen som inte har att göra med ökad nytta för befolkning och patienter. En kundvalsreform med ökat inslag av privata alternativ för med sig risker och konsekvenser som jag har en känsla av att man inte alltid tar på allvar.

Anders Anell menar att mycket av tidigare privatise-



Foto: Pontus Tideman

»En kundvalsreform med ökat inslag av privata alternativ för med sig risker och konsekvenser som jag har en känsla av att man inte alltid tar på allvar«, säger Anders Anell.

ringar har drivits av ett missnöje med det offentliga systemet från inte minst läkares sida; att man inte trivs med det offentliga systemets byråkrati. Att få arbeta i fred har blivit en drivkraft för privatisering. Men med ökad andel verksamhet i privat regi blir kraven och behoven från patienter och skattebetalare på större insyn i den privata hälso- och sjukvården större.

– Om man vill göra allvar av kundvalsmodeller och privatisering så bör landstingen skruva upp kraven på uppföljning av verksamheterna. Ersättningsprinciperna kommer aldrig att bli perfekta, vilket innebär kompletterande krav på verksamheterna, krav som naturligtvis måste följas upp. En sådan uppföljning och ökad transparens bland både offentliga och privata vårdgivare kan också underlätta befolkningens val av vårdgivare.

Anders Anell efterlyser också en ombudsman som är obero-

Anell på Riksstämman

På Riksstämman i november deltar Anders Anell i symposiet »Vem vinner på vinstdrivande vård?« som leds av Läkartidningens medicinske chefredaktör Josef Milerad.

ende av landstingen och som kan underlätta befolkningens val av vårdgivare och ge särskilt stöd för de individer som behöver sådant stöd. En sådan ombudsman kan också motverka att det bara är de friska och alerta som agerar påtryckargrupp mot vårdgivare. Han kommer också in på diskussionen om att »öppna upp för nya finansieringskällor«, att Sverige skulle kunna exportera mer vård eller utöka grupperna som tecknar privata försäkringar.

– Det kanske finns möjlighet att exportera inom avgränsade verksamheter. Det är dock i mitt tycke märkligt att genomföra förändringar i hälso- och sjukvården bara för att skapa nya, och eventuella, exportmöjligheter. Sådana effekter får i så fall komma av förändringar som syftar till att göra vården bättre för befolkning och patienter. Om man lyckas i den målsättningen kommer sannolikt andelen privat försäkrade att ligga kvar på en låg nivå som i dag, säger Anders Anell.

På senare tid har Anders Anell bland annat studerat primärvården, som han mår speciellt om. Primärvården är underfinansierad och har, enligt Anders Anell, fått stå tillbaka för den mer specialiserade sjukvården.

– Allmänläkarnas, liksom hela primärvårdens, ställning och status borde höjas, säger Anders Anell. Kundvalsmodeller kan vara en metod som bidrar till ett ökat förtroende från befolkningens sida. Men oavsett vilka modeller som väljs för svensk sjukvård, så måste de följas upp.

Ett generellt problem i Sverige är bristen på uppföljningar och utvärderingar:

– Vårt decentraliserade sjukvårdssystem gör det möjligt att göra intressanta jämförelser mellan olika lösningar, men betalningsviljan för sådana studier saknas till stor del både hos staten och hos landstingen.

Marie Närlid
frilansjournalist

Ansvarsutredning kräver fler analyser

Flera frågor i Ansvarskommitténs betänkande, som kom i vintras, har hamnat under luppen i nya utredningar. Regeringens patientsäkerhetsutredare Toivo Heinsoo analyserar till exempel möjligheterna till en ny patientlag, som kommittén föreslog, och ska vara klar i december nästa år. Regeringen har även utsett Jan Åke Björklund till en »samtalspartner« att åka runt i landet för att höra med politiska företrädare om intresset för frivilliga överenskommelser att bilda storregioner, i enlighet med kommitténs förslag. Arbetet ska rapporteras i maj nästa år.

Frågan om storregioner engagerar. Närmare 600 remisser kring kommitténs betänkande har kommit in och bearbetas i höst av Finansdepartementet, ett arbete som ska vara klart strax efter årsskiftet. Många kommuner och landsting är positiva till storregioner medan det bland myndigheter och organisationer finns både positiva och negativa röster, enligt före detta huvudsekreteraren Martin Olauzon. Han sitter för övrigt med i den statliga Stabsmyndighetsutredningen, som berör flera övergripande förslag om statlig styrning och uppföljning som togs upp av Ansvarskommittén.

Likaså i regeringen är åsikterna splittrade angående storregioner: kristdemokraterna, centerpartiet och folkpartiet står bakom förslaget medan moderaterna inte vill skjuta på frågan, menar Martin Olauzon:

– Moderaterna sa i somras, och så sent som på deras stämma, att de har inriktningen att om det kommer initiativ underifrån från landsting om att jobba i stora regioner kommer man inte att motarbeta det. Men de andra partierna är mycket mer pådrivande i frågan. Det politiska läget är allt annat än klart.

Agneta Borgström

Läkemedelskostnader skjuter i höjden

Landstingens kostnader för läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet uppgick till 14,8 miljarder kronor under årets första nio månader – en ökning med 3,5 procent jämfört med förra årets period. Likaså ökar landstingens kostnader för subventionerade läkemedel. En av orsakerna till kostnadsökningarna är enligt Läkemedelsförmånsnämnden de många nya och dyrare läkemedlen för prioriterade patientgrupper. ■