

IHÅLIGA ARGUMENT OM PRODUKTIVITET

Anders Miltons och Bo Söderstens debattartikel i DN [1] bygger på missvisande siffror och bristfällig ekonomisk analys. Deras recept för ökad produktivitet och effektivitet i vården skulle inte leda till mer medicinsk nytta per krona.

Varför skriver Anders Milton och Bo Södersten sin dagstidningsartikel [1] om sjukvårdens kostnader och organisation just nu? Tydligt tycker man att det blåser farliga vindar:

»Det synsätt som fått breda ut sig i medierna gör gällande att vården har för lite resurser. ... Politikerna vill ha mer av allt. Med stöd av de folkliga opinionsmätningarna kräver de högre skatter. ... Därför bör det finnas visst utrymme för att klämma av de så kallade höginkomsttagarna ytterligare skatt eller avgifter.»

Men vi skulle gissa att bakgrunden också står att hämta i de två offentliga utredningar som nyligen berört sambanden mellan ekonomi, politik och etik i sjukvården, alltså Prioriteringsutredningen och Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000).

Prioriteringsutredningen slår i sitt slutbetänkande [2] fast att ekonomiskt effektivitetstänkande ofta måste stå tillbaka för en annan etisk princip, nämligen behovsprincipen, som i sin tur bygger på solidaritet med dem som behöver mest (även när de inte kan betala).

Budskapet i det första betänkandet från HSU 2000 [3] är entydigt när det gäller vilka botemedel som behövs mot sjukvårdskrisen: Organisatoriska för-

ändringar räcker ej, sjukvården behöver faktiskt mer resurser, och de nuvarande nerdragningsarna hotar på många håll kvaliteten i vården ([3], sidan 323).

Gamla och irrelevanta siffror

Ja, det blåser lite snåla vindar för det enkelspåriga sjukvårdsekonomiska tänkande som fått breda ut sig bland svenska vårdpolitiska beslutsfattare under 1980- och 1990-talen. Det är nog i ljuset av detta man bör se Miltons och Söderstens inlägg.

De dammar av välkända, och välkänt irrelevanta, siffror om vårdens stigande kostnader och »sjunkande produktivitet» under tiden fram till 1990, alltså fram till dess att de marknadstänkande sjukvårdsekonomerna på allvar släpptes lösa på den svenska sjukvården. De målar med utgångspunkt i detta upp en mörk bild av svensk sjukvård under »planeekonomiskt» styre.

Med hänvisning till den ekonomiska vetenskapens »grundläggande ekonomiska regler» och »rationella styrformer» skisserar de sedan en lösning, där de ekonomiska incitamenten för den enskilde läkaren blir drivkraften i systemet och där frukterna av produktivitetshöjningar mer eller mindre automatiskt tas hem i form av »trimning av organisationen» (dvs bantning av personalen) och stigande löner för dem som blir kvar.

Osakligt och tendentiöst

Milton och Södersten berättar bl a att antalet sjuksköterskor och läkare har ökat kraftigt de senaste decennierna, läkarna således från 17 000 år 1980 till 27 000 i dag. Beträffande »övrig personal», dvs framför allt undersköterskor och vårdbiträden, medger man att »en viss minskning har ägt rum», men förklarar denna dels med Ädelreformen, dels med rationaliseringsvinster på grund av minskad sjukfrånvaro.

Ur betänkandet från HSU 2000 kan man dock inhämta att dessa personalkategorier minskade från indextalet ca 110 under åren 1986–1990 till mindre än 90 åren 1993–1994, dvs med cirka 20 procent (eller med ca 50 000 personer på knappt fem år).

Vidare ur betänkandet: »Denna

DEBATT

»Den sjukvård vi får, om den »rationella egoismen» får styra, blir snarare en omänsklig konkurrensmaskin för machomedicinare, där patienter bara är intressanta i den mån de har lönsamma DRG-diagnoser.»

minskning kan inte tillskrivas Ädelreformen eftersom hälso- och sjukvårdspersonalen på sjukhemmen ingår i redovisningen under hela perioden» ([3], sidorna 67-68). Milton och Södersten påpekar försiktigtvis att det inte finns någon beräkning av hur stor del av minskningen som kan tillskrivas minskad sjukfrånvaro. Men blir inte – med alla rimliga uppskattningar – den allra största delen kvar att förklara?

Detta kallar vi att handskas osakligt och tendentiöst med siffror. Men vår viktigaste kritik av Milton och Södersten handlar om deras sätt att för sina demagogiska syften missbruka begrepp som *produktivitet*, *effektivitet* och *rationellitet*.

Missvisande produktivitetsmått

Sjukvårdens produktivitet tycks ha minskat kontinuerligt under åren före 1990. Men i de här sammanhangen använder man mått på produktivitet som har föga att göra med det som sjukvården är till för att producera – nämligen *förlängt liv, hälsa, minskat lidande och ökad livskvalitet*. Sådana ting anser sjukvårdsekonomer vara alldeles för svåra att mäta.

Därför mäter man i stället antalet behandlingar av ett visst slag, antalet läkarbesök på en viss läkarstation eller antalet vårddygn på en viss klinik. De mätningarna ger naturligtvis ingen information alls om vårdens innehåll, kvalitet eller egentliga resultat.

Här är en illustration: I början av 1970-talet, när vi läste till läkare, inne-

Författare

HELGE MALMGREN

leg läkare, docent, högskolelektor i teoretisk filosofi, Göteborgs universitet

KRISTINA MALMGREN

docent, överläkare i neurologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg.

bar diagnosen »akut myeloisk leukemi» i princip en dödsdom. 1997 botas 50 procent av dessa patienter. Sådant syns överhuvudtaget inte i produktivitetssiffrorna. I själva verket kan produktiviteten inom leukemivården ha minskat, nämligen om kostnaden per vård dygn och/eller patientbesök har ökat det allra minsta!

Till yttermera visso är det ganska vanligt att nya, bra metoder är dyrare än gamla dåliga metoder. Det innebär att medicinska framsteg och förbättrade behandlingsresultat har en naturlig tendens att gå hand i hand med *minskad* produktivitet (jfr [4], kap 2.3).

Höjd kvalitet förklarar det mesta

Alla sjukvårdsekonomer som diskuterar produktivitet känner till detta problem. Exempelvis skriver HSU 2000:

»Den främsta invändningen mot genomförda produktivitetmätningar är att de inte tar hänsyn till kvalitetsförbättringar över tiden. ... Av rapporten /Ds 1994:22/ framgår emellertid att kvaliteten för en rad behandlingar förbättrats markant sedan 1960 och att kvalitetsökningen till en del förklarar de kraftiga kostnadsökningar per prestation som skett under de senaste 30 åren» ([3], sidan 70).

Med andra ord, den sakta sjunkande produktiviteten i svensk sjukvård under den »planekonomiska» tiden före 1990 är helt förenlig med – och kan troligen till stor del förklaras av – att sjukvårdens kvalitet hela tiden ganska snabbt blev högre och högre. Vi menar att det är ett billigt trick av Milton och Södersten att avstå från att ens antyda denna egenhet hos produktivetsmätningar i sjukvården.

Individuella incitament lösningen?

Milton och Södersten förespråkar individuella ekonomiska incitament som lösningen på de problem som de menar att världen dras med sedan den »plan-ekonomiska» tiden;

Produktivitetsökningar ska kopplas till stigande löner för att »de kreativa krafter som finns inom vården ska släppas fria». Sådana lönestegringar förutsätter omorganisationer och nerdragningar av personalen, men endast med dessa »rationella styrformer» kommer vi att uppnå att »vårdens effektivitet ökar kraftigt».

Medicinsk nytta?

Man kan fråga sig vilken »effektivitet» som författarna menar kommer att öka. Vad vi alla önskar är naturligtvis att världens kostnad–nytta-förhållande blir optimalt, i den meningen att kostnaden för ett givet medicinskt re-

[illegible]

sultat blir så låg som möjlig. Idealt borde man mäta vårdens nytta direkt i form av förlängt liv, förbättrad hälsa och förbättrad livskvalitet, för att sedan väga resultat mot kostnader.

Författarna har inte gett något argument för att deras recept skulle åstadkomma mer medicinsk nytta, i denna mening, per krona. Det finns inte heller något teoretiskt ekonomiskt resultat som visar att vi skulle få ut en maximal medicinsk nytta av insatta resurser genom privata ekonomiska incitament, genom andra marknadsmekanismer eller genom inlån av metoder från industrin av typ centralisering och stordrift (jfr [5], kap 6).

På sin höjd kan den ekonomiska teorin visa att ett medicinskt företag skulle kunna maximera sin *ekonomiska vinst* på en fri sjukvårdsmarknad genom att underordna sig marknadens »rationella styrformer». Och det är en helt annan sak, för på en fri sjukvårdsmarknad är det köparnas ekonomiska tillgångar som i första hand bestämmer vad som är lönsamt.

Solidariteten åsidosatt

Helt oberoende av denna kritik av de marknadsekonomiska teoriernas räckvidd finns det ett tungt argument mot att alltför mycket lita till privata ekonomiska incitament i vården. Medicinsk vård och omvårdnad bygger nämligen av tradition på solidaritet – inte bara som en abstrakt princip, utan i form av medkänsla och engagemang.

Vill vi verkligen att den nya generationen läkare ska uppfostras till att i stället konsekvent se till sina egna ekonomiska behov? Ska en läkare i första hand tänka på om patienten är lönsam för henne, i stället för om hon kan göra något för honom?

Milton och Södersten försöker få oss

att tro att det egoistiska motivet automatiskt leder till att det altruistiska blir uppfyllt, genom att privata incitament skulle leda till större medicinsk nytta för pengarna. Men deras argument är, som vi visat, mycket ihåliga.

Den sjukvård vi får, om den »rationella egoismen» får styra, blir snarare en omänsklig konkurrensmaskin för machomedicinare, där patienter bara är intressanta i den mån de har lönsamma DRG-diagnoser. De av läsarna som arbetat på något modernt svenskt storsjukhus, där ekonomer och omorganisatörer har fått härja några år, vet att detta tyvärr inte bara är en svart framtidsvision.

Står centralstyrelsen bakom?

Det måste vara tryggt för alla som under lång tid jagat läkarkåren med blåslampa att få alla sina fördomar bekräftade om en yrkeskår som bara mår när om sin egen karriär och höga löner. På vems mandat skriver Läkarförbundets VD Anders Milton denna artikel?

Vi kan inte tänka oss att Milton har förbundets centralstyrelse bakom sig. Men om så mot förmodan skulle vara fallet, och han alltså skriver på Läkareförbundets mandat, kommer vi snarast att gå ur förbundet.

Referenser

1. Milton A, Södersten B. Sverige har för många läkare. Dagens Nyheter 24/12 1996.
2. Vårdens svåra val. Slutbetänkande från prioriteringsutredningen. SOU 1995:5, Stockholm 1995.
3. Behov och resurser i vården – en analys. Del A. Delbetänkande av HSU 2000. SOU 1996:163, Stockholm 1996.
4. Gränqvist R. Effektivitet och produktivitet i sjukvården. Stockholm: Stockholms Universitet, 1990.
5. Malmgren H. Medicinsk etik. En socialfilosofisk analys. Stockholm: Almqvist & Wiksell 1990.