

Goodbye helhetssynen, när riskkapitalister äger läkarna

Om ett ersättningssystem främjar många, korta, enkla besök – där patienten kanske inte ens hade behövt gå till läkare – så dräneras ett offentligt finansierat system på resurser för svårare sjuka. Det är verkligen en kvalitetsfråga. Och inte bara inom primärvården!

Ordförande Eva Nilsson Bågenholm vill inte diskutera sjukvårdspolitik med mig trots tre artiklar [1-3] som belyst Läkarförbundets ogenomtänkta, icke-evidensbaserade stöd till dagens trend, vinstdriven sjukvård. Och trots att Läkartidningen sänt manus direkt till Olympen för att möjliggöra omedelbar replik och spännande debatt!

Men nu har centralstyrelsen sänt Hermes, dock på bräckliga vingar. Privatläkarförbundets Gunnar Welanders bästa slag med häroldstaven är att jag är »fast vid det gamla» [4]. Hållbarheten i Welanders argument är inte kristallklart. Om det är något sedan antikens tid som är gammalmodigt så är det läkarens lust att tjäna pengar på sina sjuka patienter och vid behov skörta upp dem.

Att vi i utvecklade länder delvis kunnat lämna denna styggelse är en seger i mänsklighetens historia. Det är Welanders som är gammalmodig, som vill ha tillbaka ett system som redan Molière i sin satir »Den inbillade sjuke» – med sin läkare och snikne apote-

kare – sa ett antal sanningar om.

Welanders förstår inte, eller låtsas inte förstå, det centrala i mitt budskap, nämligen att ersättningssystem och ägarform påverkar sjukvårdsutbudet och vårdens innehåll.

ICA-Stig har i sin identifikation med varumärket inte en aning om verkligheten i sin butik. Läkare blir, liksom andra näringsidkare, systemens fångar. Klargörande var »Uppdrag granskning» reportage om ICAs fusk med köttvaror! Allt är också aktuellt i vinstdriven vård.

ICAs anställda får skriva på ett kontrakt att inte röja s k affärshemligheter, förbjuds att tala med medierna – precis som privat sjukvård kan avskeda misshagliga rapportörer – och systemet saknar meddelarskydd. Inte ens nya vårdformer som Vårdval Stockholm har yttrandefrihetens fundament, de grundlagsskyddade rättigheterna, inskrivna. Vi kommer inte att få veta särskilt mycket om den skämda köttfärsen i Vårdval Stockholm.

Livsmedelsverket och kommunala inspektörer med 30 000 besök årligen i butikerna har inte under många år kunnat uppdaga det ett TV-program under kort tid gjorde. Tillsynsmyndigheten har varit godtrogen och tillstätt i TV att det är lätt att lura den. Och just samma situation gäl-



Foto: Pontus Lundahl/Scanpix

Skribenten ser likheter mellan ökad privatisering av sjukvården och det uppdagade köttfärsfusket inom ICA.

ler för beställaravdelningar, som brister i kompetens att värdera kvalitet vid upphandling och uppföljning [5].

Konkurrens och upphandling höjer inte utan sänker kvaliteten! Varför skulle annars Sveriges rikaste kommuner som Lidingö, Täby och Danderyd, som verkligen kan betala, ha nästan sämst vårdkvalitet (fallolyckor, bostadsstandard, personalens kompetens) i sin privatiserade äldreomsorg, detta bland 290 kommuner [6, 7]?

Klarar ICAs kunder att välja bort de butiker som inte sköter sig? Det är ett populärt argument bland privatiseringsförespråkare. Nej, och lika lite kan patienter med vårdval och öppna jämförelser agera som kunder på en vårdmarknad. Hela konceptet om upphandling och kundmakt utifrån s k öppna jämförelser är falskt, men det är det svensk sjukvård nu är inriktat på.

Öppna jämförelser är bra

för utvecklingen av professionen men livsfarliga när de under valfrihetens sken görs till medel för att främja en kommersialisering av sjukvårdssystemet.

Welanders menar att saken ordnas om beställar- och ut-

förandefunktionen skiljs åt, men han och andra troende har aldrig framlagt några bevis. Detta prat är bara ytterligare ett led i att slå sönder offentligt driven vård. ICAs kunder kunde inte genomskåda köttkvaliteten. Alla

» ...lika lite kan patienter med vårdval och öppna jämförelser agera som kunder på en vårdmarknad«

granskade hallar betedde sig på samma sätt. Att manipulera kvalitetsmått för egen vinning, styra besök och åtgärder under sken av att det är medicinska beslut, och att skrämma patienter med sjukdom och död – detta för att profitera på ersättningssystemen – är lättare än att kränga utgången, ommärkt köttfärs.

Welanders tror att tillgängligheten står över medicinska



BENGT JÄRHULT
vårdcentralen i Ryd/
FoU-centrum, Växjö
bengt_jarhult@
hotmail.com

och etiska prioriteringar, att det tillhör det »gamla« att »tvingas välja mellan tillgänglighet och kvalitet. Kvaliteten stiger emellertid inte automatiskt för att man skjuter arbetet till morgondagen«. Insiktslös retorik! Om ett ersättningssystem främjar många, korta, enkla besök – där patienten kanske inte ens hade behövt gå till läkare – så dräneras ett offentligt finansierat system på resurser för svårare sjuka. Det är verkligen en kvalitetsfråga. Och inte bara inom primärvården!

Med sådana företrädare som Welander i Läkarförbundet, hur vore det om sjukhusläkarna i Stockholm vaknade? Vårdval Stockholm med sin höga prestationersättning och fria etablering kommer inom kort att spräcka alla kostnadskalkyler. Hög tillgänglighet för snuvor och medicinska banaliteter kommer att göra många husläkare till miljonärer och sannolikt medföra krav på besparingar in om sjukhusvården.

De tunga, komplicerade och tidskrävande primärvårdsfallen, som framväxande sjukvårdskoncerner med riskkapitalister inte vill ha, kan i stället komma att söka sig till sjukhusens akutmottagningar. Processen är i full gång. Företag köper billigt upp mottagningar – precis som offentliga Tåbyskolan slumpades bort – och snart kommer anställda läkare få se på andra bullar när oligarkerna ska förränta sitt kapital.

Eftersom Welander och Läkarförbundet under lång tid endast understött den politiska förförelsen med talet om valfrihet, ökad tillgänglighet och privatiseringens välsignelser vore det intressant att få kommentarer till följande:

- Våldokumenterade fall [8, 9], där läkare inhöstat skattepengar utan varje rimligt samband med arbetsprestation, strider mot Läkarförbundets etiska regler om »oskäligt förvärvsbe-

gär«, § 11 [10]. Varför har Läkarförbundet inte agerat offentligt och kraftfullt?

- Många taxebundna läkare bluffar [11], och skatterazior visar att minst en tredjedel av privatläkare/sjukgymnaster skattefuskat så att massåtal väntar [12]. Anser Läkarförbundet att det är fel på läkarnas moral eller att ersättningssystemen driver verksamheten till brottslig verksamhet enligt samma mekanismer som hos ICA-handlare?
- Ser inte heller centralstyrelsen några komplikationer i maximal tillgänglighet under ett skattefinansierat sjukvårdssystem? Vilka är de bärande intellektuella argumenten för att Vårdval Stockholm inte ytterligare kommer att förstärka privatläkarsystemets ojämlika och kostnadsdrivande utbud? Detta med allvarliga

medicinska konsekvenser som över- och felaktig förskrivning av antibiotika på Östermalm [13]?

- Varför har inte Läkarförbundet lyft fram den djupgående förändring i läkarrollen som väntar om hörnet när stora koncerner tar över och ställer krav på läkarnas agerande? Utvecklingen av HMO (health maintenance organizations) i USA är väl känd, och nu ska snart den svenska läkarens professionella frihet underordnas de vinstdrivna bolagens jakt på de lönsamaste patienterna. Good bye helhetssynen och annat centralt i den allmänmedicinska läkargärningen när internationella riskkapitalbolag inom kort äger läkarna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Järhult B. Mot ett dyrt, diskriminerande sjukvårdssystem. Läkartidningen. 2007;104:2091-2.
2. Järhult B. Marknadslösningar favoriserar efterfrågan och inte behovet. Läkartidningen. 2007;104:2532-3.
3. Järhult B. Ökad tillgänglighet – för vem? Läkartidningen. 2007;104:3561-2.
4. Welander G. Fast vid det gamla. Läkartidningen. 2007;104:3797-8.
5. Små vårdföretag slås ofta ut. De lokala bolagen förlorar vid upphandlingen. Dagens Nyheter 14 juni 2007.
6. Stockholms äldre får sämst omsorg i landet. Dagens Nyheter 10 oktober 2007.
7. www.skl.se
11. Tuffare granskning väntar privatläkare. Dagens Medicin. 2007;(20).
12. www.skatteverket.se
13. Ljung R, Ericsson Ö, Köster M. Kvalitetsindikatorer för antibiotikaförskrivning i primärvården. Läkartidningen. 2007;104:2952-4.

LÄS MER Fullständig referenslista finns på: <http://ltarkiv.lakartidningen.se>

REPLIK:

Läkarförbundet ska ta fram analys av vårdvalsmodeller

Läkarförbundet kommer att presentera en analys och jämförelse av olika vårdvalsmodeller, som beräknas vara färdig i februari. Först därefter är jag beredd att ta en närmare diskussion kring de olika modellernas eventuella svagheter och förtjänster, skriver Eva Nilsson Bågenholm.

Under hösten har det förts en stundtals intensiv debatt i Läkartidningen om olika sjukvårdsmodellers för- och nackdelar. Många kollegor har framfört kloka tankar. Bengt Järhult



EVA NILSSON BÅGENHOLM
ordförande,
Läkarförbundet

eva.nilsson.bagenholm@slf.se

och Per Wändell har återkommit med ett par olika inlägg och också riktat frågor direkt till Läkarförbundet, och jag ska därför försöka redovisa förbundets samlade syn.

Svensk hälso- och sjukvård har många utmaningar framför sig, och det är angeläget att vårdens professioner engagerar sig i dess utveckling. Läkarförbundet har därför bidragit med två policy skrifter,

»Framtidens sjukvård – finansiering, styrning och struktur« (2004) och »Framtidens närsjukvård« (2006). Dessa skrifter är resultatet av två olika arbetsgrupper och två breda remissomgångar till förbundets alla delföreningar. Dessutom har enskilda medlemmar givits möjlighet att bidra med synpunkter via öppna webbförfrågor. Politiken som läggs fast i skrifterna är med andra ord brett förankrad i förbundet.

Förbundets grundläggande analys är att efterfrågan på vård ökar i snabbare takt än både skatteunderlag och produktivitet, och att sjukvården redan i dag har brist på resurser. Detta måste lösas med en kombination av effektiviseringar, tillskott av nya resurser och bättre prioriteringar samt en omfördelning från

andra samhällssektorer. Dessutom krävs en omstrukturering av sjukvården: de framtida behoven måste mötas med en kraftig utbyggnad av primärvården och den öppna specialistvården. Ökade marknadsinslag i vården, framför allt genom konkurrens och mångfald i produktionsledet, menar vi kan bidra till både effektiviseringar och vårdens nödvändiga omstrukturering.

Marknad eller politik? Vi vet alla att marknaden ensamt inte fungerar på ett optimalt sätt för resursfördelning inom sjukvården. Blickar vi utomlands är alltid den rena marknadsmodellen modifierad med olika slag av regleringar och offentliga subventioner. I USA betalar visserligen de allra flesta själva för sin hälso- och sjukvård genom privat försäkring – men samtidigt subventioneras köpsvaga grupper, och omfattande ingrepp sker i prisbildningen.

Men att helt avstå från att utnyttja marknader är inte heller intressant eftersom vi vet att alternativet med politiska och administrativa beslutsprocesser har sina svagheter. I praktiken gäller det att finna en bästa avvägning mellan marknad och administrativa beslutsprocesser.

I dag råder stor enighet om att sjukvården ska vara offentligt finansierad och att samhället måste vara med och administrativt styra medborgarnas tillgång till vård. Det råder också närmast total enighet om att det ska finnas marknader för produktionsfaktorer inom sjukvården, t ex för arbetskraft och läkemedel. Den kontroversiella frågan gäller i vad mån vi kan effektivisera resursutnyttjandet genom att konkurrensutsätta själva vårdproduktionen. Förbundet tror det, och vi tror att det bör göras enligt två olika modeller.

Genom att skilja finansiär/beställare från rollen som

vårdproducent öppnas större möjligheter att utnyttja marknadens krafter och incitament till att utveckla vårdtjänsterna. Genom att dessutom göra vårdproduktionen intäktss- i stället för anslagsfinansierad skapas incitament till produktivtetsökningar, dvs att behandla patienter ger intäkter, inte bara kostnader. Så länge avtalen görs upp internt inom landstingsorganisationen och inte är rättsligt bindande, finns dock risken att parterna agerar manipulativt. Om alla vårdgivare görs legalt fristående blir kontraktens bindande och spelreglerna mer förutsägbara.

Med fristående beställare och utförare ökar också möjligheten att anpassa vårdstrukturen till nya förhållanden. Verksamheter som det inte längre finns behov av eller som inte lever upp till patienternas eller beställarens kvalitetskrav får inte avtalen förlängas.

Läkarförbundets förslag till modell för den specialiserade sjukvården bygger på upphandlingskonkurrens med beställare och utförare som två skilda juridiska personer. Vårdgivarna tvingas konkurrera om vårdavtalen men också om patienterna. En sannolik effekt är att det uppstår en mångfald av vårdgivare med olika verksamhetsinriktning. För vårdens medarbetare innebär detta en bättre fungerande arbetsmarknad, med stora möjligheter att söka sig till den vårdgivare vars profil och inriktning skapar motivation och tillfredsställelse.

Det andra sättet att ta tillvara marknadskrafterna är att införa så kallade kundvalsmodeller i den vård som ges nära

människor. Kundvalsmodeller bygger på en helt annan princip än beställar- utförarmodellen: här sluts avtal mellan vårdgivare och enskilda invånare. Verksamheten finansieras i huvudsak via en vårdpeng som följer invånaren i dennes val av vårdgivare. Den troliga effekten är även här att det uppstår en mångfald av vårdgivare i enlighet med invånarnas preferenser.

Från Läkarförbundets sida har vårdval inom primärvården länge varit en del av politiken. Vi menar att det sannolikt enda fungerande receptet för att få till stånd en rejäl

utbyggnad av primärvården är ett familjeläkarsystem baserat på fritt kundval, etableringsfrihet, robusta spelregler och goda ersättningar. Detta är helt enkelt vad som krävs för att locka läkare till primärvården. Som stöd för denna tes har vi bland annat reformen med den så kallade fastlegeordningen i Norge, vars omedelbara effekt blev en ordentlig tillströmning av allmänläkare.

I flera landsting införs nu olika vårdvalsmodeller inom primärvården. Halland, som var först ut, införde sin modell vid förra årsskiftet. Stockholm och Västmanland har infört sina modeller vid detta årsskifte, och Region Skåne ligger i startgroparna

men avvaktar resultat från andra landsting.

För Läkarförbundets medlemmar är landstingens val av vårdvalsmodell av största betydelse för kommande arbetsliv och anställningsvillkor. Behovet av stöd och råd från förbundet har ökat markant bland våra medlemmar i samband med införandet av vårdval och satsningen på att fler ska bedriva primärvård i privat regi. Förutom direkt stöd till medlemmarna i form av juridisk och annan rådgivning, starta eget-kurser och informationsbroschyrer måste förbundet bedriva påverkansarbete för att få tillstånd vårdvalsmodeller som fungerar bra för både patienter och våra medlemmar.

De vårdvalsmodeller som nu är på gång i landstingen uppvisar stora skillnader i utformning; både styrprinciper och ersättningssystem skiljer sig åt. Tyvärr saknas en systematisk jämförelse och analys av modellerna – vi vet i dag inte hur väl de lever upp till förbundet självklara prioriteringsprinciper om lika vård för alla och vård efter behov. Vi har heller ingen klar bild över hur väl de uppfyller centrala principer i den idealiska vårdvalsmodellen om etableringsfrihet, ett fritt vårdval, robusta spelregler m m.

Läkarförbundet beslöt vid sitt centralstyrelsemöte i oktober 2007 att starta ett arbete med att ta fram en sådan analys och jämförelse, som beräknas vara färdig i februari. Först därefter är jag beredd att ta en närmare diskussion kring de olika modellernas eventuella svagheter och förtjänster.

Dela med dig av dina erfarenheter

Kommentera artiklarna i Läkartidningen direkt på www.lakartidningen.se

Utmanande saklig **Läkartidningen**