

Debatt om vårdens marknadsomvandling

Inledning

Det har kommit in fyra kommentarer till min debattartikel ”Insiktsfullt och rakryggat om marknadssekonomin i vården”, som också är en recension av Bengt Järhults bok ”Distriktsläkaren. En bok om vårdens marknadsomvandling”. (Socialmedicinsk tidskrift nr 1, 2023)

Den första kom från Sveriges läkarförbund. Övriga tre är repliker på Läkarförbundets inlägg som har skrivits av Bengt Järhult, Göran Dahlgren och Gunnar Ågren. Själv har jag skrivit en uppföljande artikel i ämnet, ”Sjukvårdens marknadsstyrning i konflikt med vårdetiken.”

Jag hoppas att detta ska inspirera till nya inlägg i dessa för sjukvården så centrala frågor. Socialmedicinsk Tidskrift har inte möjlighet att publicera löpande kommentarer på nätet utan eventuella inlägg publiceras i tidskriftens nästkommande häfte 3, 2023.

*Jan Halldin
Debattredaktör*

Kommentar av Sveriges läkarförbund *

Läkarförbundet är och har alltid varit helt eniga med skribenten om att den offentligt finansierade vården ska styras efter grundläggande etiska regler där den med störst behov av vård ska få vård först. Men det är möjligt och högst önskvärt att se de privata aktörerna på området som en viktig resurs i detta arbete.

För Läkarförbundet råder inget motsatsförhållande mellan en sjukvård som styrs utifrån den etiska plattformen och med offentliga och privata aktörer som verkar sida vid sida för att förverkliga denna vision. De privata alternativen är viktiga för hälso- och sjukvårdens utveckling, och för att kunna erbjuda en jämlik vård på lika villkor med hög kvalitet för hela befolkningen behövs en mångfald av olika vårdgivare av både storlek och driftsform.

* Rättelse: Denna kommentar ersätter tidigare kommentar av Hampus Carlson, Sveriges läkarförbund, införd sid 245, Socialmedicinsk tidskrift 1/2023. Avsändare till kommentaren ska endast vara Sveriges läkarförbund.

Läkarförbundets politiserande oacceptabelt

Replik av Bengt Järhult, allmänläkare, Ryd

I Socialmedicinsk tidskrift 1/2023 får Sveriges läkarförbund kommentera Jan Halldins recension av min bok ”Distriktsläkaren, en bok om vårdens marknadsomvandling”.

De skriver ”De privata alternativen är viktiga för hälso- och sjukvårdens utveckling och för att kunna erbjuda en jämlik vård på lika villkor...”. De anser att privata aktörer är en viktig resurs för att svensk vård ska följa de etiska riktlinjerna om att den med störst vårdbehov ska få vård först.

En sak är att argumentera för privat vård med offentlig finansiering utifrån påståenden om hög produktivitet för utvalda diagnoser och kortare kötid för dessa selekterade patienter, men att förneka att privatisering och marknadsomvandling av offentligt driven vård leder till ojämlikhet, brott mot HSL och Läkarförbundets egna etiska principer, tyder bara på ovetenskapligt politiserande av verkligheten.

Nyligen blev Läkarförbundets ledning överkörda av fullmäktige som krävde att förbundet säger nej till privata sjukförsäkringar just för att upprätthålla behovsprincipen i HSL. Jag har i en kommentar ”SLF måste överge sin misslyckade sjukvårdspolitik” till artikeln ”Privat försäkrade patienter ska inte prioriteras i offentlig vård”, Läkartidningen 46-47/2022, utvecklat saken.

Den expanderande nätläkarverksamheten överför resurser från primärvårdens arbete med multisjuka äldre till yngre med lättare sjukdomstillstånd. De privata nätläkarbolagen rekryterar med vilseledande reklam framför allt yngre i välsituerade geografiska områden. Nätläkare bryter mot flera av Läkarförbundets etiska regler. Det är bara att läsa innantill.

Den fria etableringen av privata vårdcentraler i Vårdvalet har inneburit att socialmedicinskt tunga områden och glesbygd får stå tillbaka i resurstilldelningen och läkarförsörjningen. Redan för 10 år sedan sammanställde professor Inge Axelsson den evidensbaserade internationella litteraturen, ”Vinstkrav försämrar och fördyrar vården”, Läkartidningen 4/2012. En aktuell uppföljning publicerades på läkartidningen.se 22-03-10 av Magnus Isacasson m.fl. ”Vinstdriven vård är inte behovsbaserad”.

Skärpning Sveriges läkarförbund - det räcker inte med ett mantra utan verklighetsförankring

Replik av Göran Dahlgren, Gästprofessor vid University of Liverpool. F.d. departementsråd och chef för Socialdepartementets sjukvårdsenhet.

Utveckling mot en alltmer vinst- och efterfrågestyrd skattefinansierad vård är en av dagens stora vårdpolitiska frågor.

Bengt Järhults skrift "Distriktsläkaren" och Jan Halldins kommentarer till denna skrift ger en utmärkt grund för en professionell diskussion om effekter och reglering av denna marknadsorienterade vårdpolitik. Utifrån fakta och egna erfarenheter belyser de hur HSL:s övergripande mål om en behovsstyrd vård allt oftare underordnas kommersiella lönsamhetskrav. De sociala och geografiska skillnaderna i vårdens tillgänglighet och kvalitet ökar liksom onödiga vårdkostnader. En av de viktigaste drivkrafterna för denna negativa utveckling är LOV (Lagen om valfrihetssystem) vars främsta syfte är att främja privat drift av skattefinansierad vård.

Hur ser Sveriges läkarförbund på denna utveckling? Är problemet att offentligt finansierad vård drivs av kommersiella vårdföretag? Eller är det snarare bristen på regelverk som begränsar marknadskrafterna negativa effekter? Kan och bör privat vård "bäddas in" och integreras i ett demokratiskt behovsstyrt vårdssystem som i t.ex. det norska fastlege- och engelska GP-systemen?

Tyvärr undviker Läkarförbundet helt att diskutera frågor som dessa. Än mindre att förorda regleringar som förhindrar att kommersiella vårdföretags vinstintressen överordnas olika befolkningsgruppers vårdbehov. BJ:s och JH:s viktiga inlägg förblir obesvarade.

Istället hävdar Läkarförbundet att privata vinstdrivna vårdföretag är viktiga "för att kunna erbjuda en jämlik vård på lika villkor med hög kvalitet för hela befolkningen." Tyvärr redovisar de varken någon analys, några erfarenheter eller fakta som styrker detta påstående.

De utvärderingar som gjorts av olika myndigheter och oberoende forskare visar att Läkarförbundets bedömning saknar verklighetsförankring. Dagens marknadsorienterade reformer med ökad kommersiell drift av den offentligt finansierade öppna vården leder tvärtom bort från HSL:s mål om en god behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen. Läkarförbundets påstående om att en vinstdriven privatisering bidrar till en jämlikare vård kan därför snarast beskrivas som ett ideologiskt mantra. Ett försvar för kommersiella och mer privilegierade gruppers intressen.

Denna bedömning förstärks när man beaktar att förbundet oreserverat stödjer privatiseringslagen LOV. Det innebär att läkarnas fackliga organisation anser att vinstdrivna vårdföretag ska kunna lokalisera skattefinansierade vårdcen-

traler och öppna specialistmottagningar där det är företagsekonomiskt mest lönsamt utan hänsyn till befolkningens vårdbehov i olika områden.

Samtidigt accepterar man en vårdpolitik som enligt nära nog samstämmiga utvärderingar gynnar patientgrupper med små lönsamma vårdbehov snarare än grupper med större ofta sammansatta vårdbehov. Tydligare brott mot HSL:s övergripande mål och de etiska principer om en behovsstyrd vård som riksdagen fastställt är svårt att finna. Läkarförbundet tycks i sitt försvar för LOV helt ha tappat sin etiska kompass.

En naturlig och självklar professionell uppgift för förbundet borde istället vara att föreslå motåtgärder när marknadskrafterna och vinstintressen minskar möjligheterna att säkerställa en behovsstyrd vård. Lika självklart borde det vara att försvara ett integrerat vårdssystem snarare än att acceptera att en ökad privat kommersiell drift leder till en tu-delning av den skattefinansierade sjukvården. Denna tu-delning tydliggjordes under coronapandemin när nödvändiga omprioriteringar endast kunde göras inom den offentligt drivna vården.

Begränsade möjligheter att styra skattefinansierad vård vid privat drift i kombination med begränsad insyn utgör också ett allvarligt problem i ett militärt krisläge enligt Försvarets forskningsinstitut (Läkartidningen 2023-03-06).

Rent generellt begränsar dessutom vårdmarknadens krav på konkurrens möjligheterna att utveckla en väl fungerande samverkan mellan olika vårdgivare.

Ur ett professionellt läkarperspektiv vore det även naturligt att beakta att en stabil majoritet av befolkningen anser att den skattefinansierade vården inte bör drivas i syfte att ge optimal vinst till ägarna.

Det finns också goda skäl för förbundet att betona att det inte finns någon konflikt mellan en negativ inställning till privat vinstdriven vård och en önskan att kunna välja - och välja bort - en vårdgivare. Ett fritt vårdval kan finnas både i ett vinst- och behovsstyrt vårdssystem.

Listan på väldokumenterade negativa effekter av och alternativ till dagens alltmer marknads- och privat vinststyrda vård kan göras betydligt längre. Det är däremot svårare att i praktiken visa att dagens vinst- och marknadsorienterade vårdpolitik bidrar till en bättre och mer jämlik vård. Det krävs därför en förstärkt demokratiskt styrd behovsbaserad vårdpolitik.

Läkarförbundets ordförande Sofia Rydgren Stale har också nyligen konstaterat att hälso- och sjukvården är i behov av en bättre planering med tydliga ramar och långsiktiga satsningar. Den ökade statliga styrning som förbundet förordar bör självklart utgå från HSL:s mål om en god behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen.

I detta arbete måste alla goda krafter mobiliseras. Ideologiska mantra utan verklighetsförankring måste ersättas med analyser av orsaker till och åtgärder mot en alltmer ojämlig vård. Fackliga organisationer som Läkarförbundet kan

ha en strategisk betydelse i detta arbete. Se hur lärarnas fackliga företrädare kämpat i frontlinjen mot skolans kommersialisering. Se också på de insatser för en förstärkt behovsstyrd vård som initierats bl.a. i Region Stockholm samt Svenska läkarsällskapets kritiska analyser av och tydliga ståndpunkter mot en oetisk vårdpolitik.

Kommer morgondagens Läkarförbund att bli en driv- eller motkraft i detta utvecklingsarbete för en bättre och jämlik vård?

När vården blir en marknad hotas etik, hälsa och arbetsmiljö

Replik av Gunnar Ågren, tidigare socialläkare och landstingspolitiker under 27 år. Tidigare generaldirektör för Folkhälsoinstitutet.

Bengt Järhult för på ett förtjänstfullt sätt vidare visionen om en primärvård som är en del av samhället, har ett tydligt områdesansvar och ett ansvar för befolkningens. Fram till senare delen av 1980-talet var också denna vision en vägledande princip inom sjukvårdens framtidsplanering (exempelvis HS90) som bland annat handlade om hur man som alternativ till en alltför sjukhustung vårdstruktur skulle utveckla primärvården. Större resurser för epidemiologisk bevakning, ett ökat samarbete med äldreården och ett tydligt lokalt ansvar för befolkningens hälsa var några centrala punkter.

På 1980-talet framhölls den svenska sjukvården som kostnadseffektiv – vi fick mycket hälsa för pengarna och de administrativa kostnaderna var också låga, särskilt i jämförelse med starkt marknadsstyrda vårdssystem som det i USA.

Allt detta förändrades i slutet av decenniet och i början av 1990-talet. Med inspiration av den nyliberala våg som sköljde över världen och med stöd av mäktiga internationellt förankrade lobbyorganisationer förklarades att den behovsstyrda och budgetfinansierade vårdorganisationen var föråldrad. I stället skulle man skapa marknader som styrde mot att producera sjukvårdstjänster på ett rationellt och kostnadseffektivt sätt. En hord av rationaliseringsexperter invaderade vården och kom fram till att läkare använde för mycket tid till möten, samhällskontakter, lokalt utvecklingsarbete och för lite till faktisk vårdproduktion. Nya prestationsbaserade styrsystem infördes. På många håll övergavs det klassiska budgetsystemet och ersattes av beställar-utförarmodeller där beställarkontor köpte vård från utförare ofta i form av landstingsdrivna eller privata vårdbolag. Systemet blev populärt bland många politiker eftersom det skapade ett filter mellan ledningen och de som jobbade på fältet och ofta kom med förslag på kostsamma förbättringar av vården.

Processen kan sammanfattas som en marknadsisering där sjukvård förvandlades till en vara.

Administrationens uppgift blev i allt högre grad att räkna pengar och administrera ett stort antal vårdavtal. När jag i början av 2010-talet var landstingsrevisor i Stockholms län fanns det mer än 3000 avtal med vårdgivare och andra bolag. Antalet är antagligen ännu högre idag. Samtidigt som den centrala administrativa apparaten byggdes ut fördes en rad uppgifter som rörde dokumentation och redovisning ner till vården.

Under 1990-talet ledde stora besparingskrav till en mycket kraftig minskning av vårdplatser vilket, tillsammans med de nya prestationsbaserade styrsystemen, ledde till en kraftigt försämrad arbetsmiljö. I de uppföljningar som gjordes av arbetsmiljön i Stockholm län kunde man konstatera att vårdyrken hade förändrats från friskyrken till riskyrken när det gällde arbetsmiljörelaterad hälsa.

Under 2000-talet fortsatte utvecklingen med åtstramningar i långsammare tempo. Nästa slag mot en hälsoinriktad vård kom i och med LOV (Lagen om vårdval). Denna lag, som innebar full etableringsfrihet inom primärvården och i varierande grad andra vårdområden berövar i praktiken regionerna möjligheterna att styra vårdens inriktning och vilka vårdbehov som skall prioriteras.

Före den nyliberala revolutionen i början på 1990-talet var sjukvården föremål för en rad genomgripande utredningar med brett deltagande av den medicinska professionen. LOV, som innebar en mycket genomgripande förändring av sjukvårdens styrning, genomfördes utan någon föregående utredning och utan att man ens gjorde några ytliga konsekvensanalyser. Senare utredningar har visserligen kunnat påvisa brister i vårdstrukturen men samtidigt har det ingått i utredningsdirektiven att den nuvarande etableringsfriheten inte får rubbas. I praktiken innebär det att styrningen av primärvården och stora delar av den övriga vården överlätts till marknaden.

Konsekvenserna av sjukvårdens successiva marknadsisering har blivit mycket omfattande när det gäller vårdens innehåll:

- Sjukvårdens folkhälsoansvar och primärvårdens befolkningsansvar har tonats ner eller helt försvunnit. I en marknadsstyrd vård ses ofta förebyggande verksamhet som något som ökar kostnaderna.
- Man har effektivt ökat möjligheterna till ”cream skinning” eller att selektivt välja ut lönsamma patientgrupper, vilket inte minst nätläkarbolagen är ett exempel på.
- Möjligheterna att köpa sig förbi vårdköer via privata sjukförsäkringar har ökat.
- Den administrativa bördan har ökat lokalt samtidigt som den totala administrationen ökat på grund av behovet att prissätta vården och räkna pengar. Den administration som handlar om långsiktig planering av vården har däremot minskat.

debatt

- Verksamhetsanknuten forskning och utvecklingsarbete liksom utbildning nedprioriteras.
- Man har i grunden förändrat läkarkårens (och flera andra personalgruppers) arbetsmiljö.
- Läkarna har fått ett inskränkt beslutsutrymme och minskade möjligheter att påverka sin arbetssituation.
- Man har effektivt försvårat ett socialmedicinskt synsätt och en helhetssyn på vården.

Läkarförbundets viktigaste uppgift måste vara att slåss för sina medlemmars arbetsmiljö och möjlighet att göra sitt jobb med fullt professionellt och etiskt ansvar. Det är därför anmärkningsvärt att förbundet inte klart tar ställning mot marknadsstyrningen av svensk sjukvård.

Sjukvårdens marknadsstyrning i konflikt med vårdetiken

I slutet av 1980- och början av 1990-talet var jag, som chefsöverläkare vid Beroendekliniken på Danderyds sjukhus, med om att införa ett marknadsanpassat ekonomiskt styrsystem inom hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting (SLL).

Inför att ”Stockholmsmodellen” skulle sjösättas i SLL 1992, fick jag 1991 åka med en ledningsgrupp från Danderyds sjukhus till landstinget i Dalarna för att studera den 1991 införda ”Dalamodeln”. Väl på plats i Falun ställde jag flera gånger frågan om hur missbrukarna blev omhändertagna i ”Dalamodeln”. Efter att ha fått undvikande svar hänvisades jag till slut till socialkontoret i Falun. Där berättade man för mig att eftersom sjukvården inte tog ansvar för missbrukarnas behandling i ”Dalamodeln” skickade kommunen sina ”tungar” alkoholmissbrukare till Island för avgiftning och sedan behandling enligt den s.k. Minnesotamodeln. Jag ställde mig frågan: Vad är det som sker i svensk sjukvård? Skapar vi ekonomiska marknadsmodeller som inte ens kan inrymma behandling av en utsatt grupp som ”tungar” alkoholmissbrukare med sammanstatta vårdbehov?

Från att vårdprofessionerna tidigare haft ett avgörande inflytande på vårdens inriktning förändrades detta under mina år (1987 – 1996) som chefsöverläkare vid Beroendekliniken på Danderyds sjukhus. Nu tog sjukvårdsadministratörer och politiker över, och patienterna blev kunder.

Jag skrev under 1990-talet kritiska artiklar i dags- och fackpress om vårdens marknadsstyrning vilket inte alltid sågs med blida ögon av ledande sjukvårdspolitik. Debatten om sjukvårdens marknadsstyrning intensifierades då Vårdval Stockholm infördes den första januari 2008 och när sedan Lagen om valfrihetssystem (LOV) med etableringsfrihet trädde i kraft den första januari 2009. Det blev obligatoriskt för regionerna att inom primärvården införa valfrihetssystem. Riksrevisionen konstaterade redan i en rapport från 2014 *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (RIR 2014:22) att vårdutnyttjandet blivit mer ojämnt, att många besökare med lätta och lindriga besvär hade tillkommit och att de sjukaste gjorde färre läkarbesök.

Att införa specialistvårdval är frivilligt för landstingen. Region Stockholm har i nuläget 38 stycken vårdval varav minst 24 stycken inom specialistvården. Specialistvårdvalen i Region Stockholm är kostnadsdrivande och har gjort att personal försvunnit från sjukhusen vilket lett till en fragmentisering av vården. Den nuvarande politiska ledningen i Region Stockholm (S, C och MP styr tillsammans i minoritet i samarbete med V) har nu lanserat en plan där en rad vårdval föreslås att avvecklas eller revideras i Regionen. (DN 8/6 2023).

Politiker i vårt land har under senare år konsekvent undvikit att debattera grundproblemet i sjukvården, nämligen marknadsstyrningen med främst vårdval och etableringsfrihet. Dessa styrinstrument är i konflikt med grundläggande etiska värderingar formulerade i hälso- och sjukvårdslagen och med de professionella etiska principer som gäller inom vården samt med den etiska plattformen (se nedan).

Den etiska plattformen för all offentligt finansierad vård fastställd av riksdagen 1997. Tre principer ska ligga till grund för planering och prioriteringar inom vården.

- människovärdesprincipen (vård på lika villkor)
- solidaritetsprincipen (den med störst behov skall ges företräde i vården) och
- kostnadseffektivitetsprincipen (där kostnadsöverbäganden görs först när de två första principerna använts)

Läkare som innehar högre chefsbefattningar i vården kan numera känna sig tvingade att genomföra beslut som främst bygger på ekonomiska argument från högre administratörer och politiker – argument som inte stämmer överens med läkarnas etiska regler och professionella värderingar. Därigenom kan det uppstå split mellan läkare i chefspositioner och kliniskt verksamma läkare på golvet, vilket är i konflikt med regel nummer 15 i Läkarförbundets etiska regler som lyder: *Läkaren ska bemöta sina kollegor respektfullt och så långt möjligt undvika att undergräva kollegors relationer till patienten.*

När jag var chefsläkare lades det 1997 i mitt sjukvårdsområde fram förslag på chefspolicydokument med lojalitetskrav. Lojalitetskrav fanns också i chefskontrakt på Karolinska Universitetssjukhuset 2006. Den här typen av lojalitetsklausuler riskerar att öka spänningarna mellan läkare i chefspositioner och kliniskt verksamma läkare på golvet. Jag hoppas denna typ av chefskontrakt med lojalitetsklausuler har försvunnit, men säker kan man inte vara.

Jag upplever att problemen inom sjukvården successivt har förvärrats under senare år. Jag har märkt detta bland annat i några berättelser från anhöriga när de sökt primärvård eller sjukhusens akutmottagningar i Region Stockholm. Det har främst rört sig om allvarliga brister i omsorg och bemötande.

I Svenska Dagbladet 16/1 2022 fanns en tänkvärd artikel med rubriken ”Trots personalbrist – byråkratin ökar starkt inom sjukvården”. Artikeln visar att speciellt i Region Stockholm har byråkratin växt. Av personalökningen i Region Stockholm 2008 – 2020 var 62 procent byråkrater medan sjuksköterskorna i Region Stockholm under samma tid blivit färre, minus 3 procent. Sedan 2008 har nästan två av tre nyanställda i Region Stockholm varit en administratör, handläggare eller chef.

Jag har, efter drygt trettio års erfarenhet av den marknadsekonomiska styrningen av sjukvården i Stockholmsregionen, kommit fram till slutsatsen att denna styrning har nått vägs ände. Det är konsekvenserna av marknadsstyrningen som lett till flertalet av de allvarliga problem som svensk sjukvård idag står inför. Därför är det hög tid att göra något åt grundproblemet, marknadsstyrningen.

Ekonomiska incitament påverkar idag innehållet och kvalitén i hälso- och sjukvården till att i mindre grad utgå från professionella och grundläggande etiska värderingar. Därför anser jag att ramanslag bör vara den centrala finansieringsformen i hälso- och sjukvården – en slutsats som också Svenska Läkarsällskapets arbetsgrupp *En Värdefull Vård* kom fram till i sin analys (1).

*Jan Halldin
leg läk, med dr
tidigare socialläkare i 14 år
tidigare chefsöverläkare på Beroendeklinik i 9 år*

Referens

1. En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum. Stockholm: Svenska Läkarsällskapets arbetsgrupp *En värdefull vård*; 2015.