

Hembesök eller telefonkö

**– ett konsumentperspektiv på primärvården
i Sverige, Danmark och Belgien**

Timbro Hälsa, maj 2003

INNEHÅLL

1. Inledning – Det tunga arvet	3
2. Aktuell debatt	7
3. Husläkarsystemet i Sverige	9
4. Husläkarsystemet i Danmark	20
5. Husläkarsystemet i Belgien	24
6. Vilken är den avgörande skillnaden?	29
7. Slutsatser och framkomstvägar	34
Referenser	40
Bilagor:	
1. Ersättningsformer för vårdcentraler/husläkare inom Stockholms läns landsting	42
2. Ersättningsnivåer för danska husläkare	46
3. Prislista för belgiska husläkare	47
4. Undersökning från Timbro Hälsa/Temo	48

1. Inledning – Det tunga arvet

Madame Dupont i Liège tittar in till sin husläkare på väg hemifrån jobbet. Doktorn har praktik i kvarteret intill och någon tidbokning behövs inte. Han tar emot efter tio minuter, och då får hon en ursäkt för att hon fått vänta. Så kan det gå till i Europas hjärta, Belgien.

I danska Aarhus ringer herr Jörgensen efter en husläkare en onsdagsnatt när hans gallsten börjar kännas av. Ett snabbt nattligt hembesök av jourhavande doktor, lite smärtstillande och han klarar sig fram till en grundligare undersökning på mottagningen dagen därpå hos sin ordinarie husläkare.

I Göteborg (eller Solna, Umeå, Sölvesborg eller Motala) jagar familjen Svensson någon som kan ställa en diagnos på Magda, 3 år. Hon kräks och har feber. Till vårdcentralen är det telefonkö och den hinner stänga för dagen innan man fått kontakt. Ännu en natt sitter familjen på sjukhusets akutmottagning och väntar.

1973 upprättade Socialstyrelsen (SoS) en plan för sjukvårdens utveckling fram till 1985: *Förslag till principprogram – Hälso- och sjukvård inför 80-talet*. Tre år tidigare hade den s k 7-kronorsreformen genomförts och grunden lagts till ”den moderna primärvården”. Här kan man rätteligen tala om systemskifte när den invanda svenska provinsialläkarmodellen hastigt socialiserades. Egenföretagare förvandlades till landstingsanställda läkare. Landstingen övertog finansieringen från försäkringskassorna och läkarkårens sidoinkomster förbjöds. 1970 var språkbruket annorlunda – annars hade det hetat att ”ekonomiska incitament ersattes med regelstyrning”.

I plandokumentet konstaterar man att det fanns ett antal brister som behövde avhjälpas fram till 1980-talets mitt. Det rörde sig om förhållanden som att vartannat läkarbesök gjordes på sjukhus. En allvarlig misshushållning med resurser, ansåg SoS, eftersom många besök med fördel hade kunnat tas om hand av den billigare primärvården. Samverkan mellan sjukvårdens olika delar måste förbättras och formella gränser överskridas. Vårdresultatet måste kunna beskrivas och värderas. Resurserna måste användas effektivare.

Mycket har hänt sedan 1973. Operationsmetoderna har förbättrats dramatiskt, nya läkemedel gör livet drägligare för många. God tillgänglighet, valmöjligheter och rörlighet är i dag allt självklarare kvaliteter för vårdkonsumenten. (Även SoS förutskickade, i rättvisans namn, redan 1973 en värderingsförändring som skulle leda till mer krävande konsumenter.) I dag möter sjukvården dessutom rekryteringsproblem av ett slag som på 1970-talet var svåra att förutsäga. Det kommunala skatteuttaget är i nu dubbelt så högt, men ändå är de ekonomiska restriktionerna reellt sett långt hårdare.

1973 talades ganska oflekterat om ”styrning”, som om det vore något enkelt och ingenjöraktigt. Då hade ingen en tanke på incitament, upphandling, konkurrens, bolagiserade sjukhus eller avknoppade entreprenörer. Att landstingspolitikerna skulle ”styra” genom anslag, och att landstinget skulle äga och driva vårdens alla verksamheter, var lika outtalat som självklart.

Här börjar vi närma oss problemets kärna. För samtidigt som sjukvården på det hela taget undergått en kraftfull utveckling, och nya ledningsfilosofier börjat slå igenom inom många verksamheter, framstår den svenska primärvården som en stelnad ö i ett hav av förändring. Här råder i grund och botten ännu samma planhushållningstänkande som 1973. Frågetecknen är, illavarslande nog, desamma som när Socialstyrelsen drog upp riktlinjerna för framtidens sjukvård.

Det kan låta hårt och enögt att uttrycka sig så. Den svenska primärvården, med sina enhetliga och samtidigt uppförda vårdcentraler, är ett monument över den svenska välfärdsstaten. ”Men se på de hundratals förändringsprojekt som pågår landet runt”, utbrister försvararna av primärvård av 1970 års modell. I varje landsting skruvas det på rattar, testas nya samarbetsformer, ändras bemanningslistor, införs nya besöksrutiner, erbjuds nya teletjänster o s v. Och ingen tycks vara nöjd med hur dagens primärvård fungerar. Men att detta konstaterande – eller engagemanget och de många lokala idésprutorna – skulle räcka för att åstadkomma rejäl förändring tycks inte särskilt många lita på.

Tvärtom tycks alla berörda vara frustrerade och förutskicka betydande systemomläggning för att primärvården ska kunna fungera

– Det behövs radikala förändringar av den svenska primärvården, menar Roger Molin, biträdande chef för landstingsförbundets hälso- och sjukvårdspolitiska avdelning. Tillgängligheten måste förbättras, liksom stödet till dem som vårdas hemma. Det kräver väsentligt utvecklade samarbete med både med den specialiserade vården och med kommunernas vård.

– Länder där primärvården fungerar bra har nationella ersättningssystem för husläkarna – där finns inget landstingstjofräis, inga stora monopolorganisationer, säger Göran Sjönell, direktör för FAMMI, det nya institutet för familjemedicin som ska vara en katalysator för förändring av dagens primärvård. Gjorde man en marknadsundersökning skulle det säkert visa sig att den svenska befolkningen vill kunna få hembesök och träffa sin läkare utanför kontorstid. De möjligheterna saknas i dag, konstaterar Sjönell.

– Sverige måste skapa raka rör mellan arbetsinsats och belöning, påpekar Anders Milton, styrelseordförande i Världsläkarorganisationen 1995–2002. Det danska systemet är ett föredöme, med sina husläkare som samtidigt är egna företagare.

Timbro Hälsas opinionsundersökning om primärvården visar att allmänhetens förväntningar är stora.¹ Sex av tio svenskar anser att det är viktigt att husläkaren gör hembesök (vilket i praktiken inte alls förekommer i Sverige). Åtta av tio vill kunna få kontakt alla dagar i veckan, dygnet runt, med sin lokala sjukvård (medan service under kontorstid, fem dagar i veckan, är standard). Och fyra av tio säger att de under det senaste året skulle ha utnyttjat hembesök och jourkontakter om sådana möjligheter hade erbjudits. Det innebär – om vi rakt av översätter svaren till efterfrågan – att 2–2,5 miljoner invånare också skulle ha utnyttjat den märkbara utvidgning av primärvårdens utbud som vi här diskuterar – och som danskar och belgare finner självklar.

Om vi jämför dessa förväntningar med verkligheten syns sprickorna i det svenska husläkarsystemet. Enligt Socialstyrelsens undersökning från våren 2003 anser sig fyra av tio

¹ Undersökningen redovisas kortfattat i bilaga 4.

svenskar ha en fast husläkarkontakt (men sju av tio vill ha det).² Och medan sju av tio enligt samma undersökning får vänta en vecka på att träffa läkaren vill åtta av tio kunna få kontakt genast, även utanför kontorstid (Timbro Hälsas undersökning).

Det är en talande bild av förväntningar – särskilt bland gamla, barnfamiljer och låginkomsttagare – som det svenska systemet har uppenbart svårt att leva upp till. Här är skillnaden stor mot verkligheten i Danmark och Belgien, som erbjuder de klassiska ”husläkardygdena”: möjlighet att alltid få kontakt med en läkare, god kontinuitet, inga eller mycket korta väntetider och hembesök även på obekvämtid.

Man brukar säga att fakta sparkar. På samma sätt biter incitament. Positiva incitament ger positiva resultat – och tvärtom. Det svenska systemet är – framför allt jämfört med de danska och belgiska motsvarigheterna – påtagligt fattigt på konstruktiva incitament. Kanske kan man säga att svensk primärvård betar sig precis som den borde, utifrån signal- och belöningssystemet. Varför är vi då förvånade över de problem som hundratusentals svenskar dagligen möter i kontakten med primärvården, i egenskap av konsumenter och medarbetare? Vore det inte – återigen lite hårdraget – betydligt mer uppseendeväckande om husläkare och andra medarbetare agerade stick i stäv mot incitamenten, av ren idealism och lojalitet med ett trögt och ovänligt system?

I denna rapport jämförs tre husläkarsystem, två som medborgarna tycks vara påfallande nöjda med, och ett vars aktier står betydligt lägre i kurs. Vi vill därmed bidra till diskussionen om vad som kan, bör och måste göras åt den svenska lokala sjukvården. Ingen tycks i dag vara nöjd. Det klagas, lappas och experimenteras. Det finns många goda exempel på förbättringar. Många medarbetare sliter och gör vad de kan för att smörja maskineriet. Det investeras mer pengar, men om denna injektion är meningsfull utan systemreform ifrågasätts på många håll.

Detta är en positiv rapport. Det kan synas som om vi ger en mörk bild av det svenska systemet och dess praktiska konsekvenser. Visst är vi kritiska – men samtidigt pekar vi på högst rimliga och beprövade åtgärder, som snabbt skulle kunna förbättra situationen. Svensk primärvård har stora problem, men svårigheterna är i första hand hemlagade och kan avhjälpas.

Några distinktioner: Vi studerar det som brukar kalla ”husläkeri”, d v s vi belyser exempelvis inte villkoren för de allmänläkare som arbetar på den sk nationella taxan i Sverige. Vi inriktar oss på den stora del av primärvården där vårdpersonalen ersätts via landstingets budget/vårdavtal.

Vi försöker beskriva typiska systemeffekter, inte detaljer. För att underlätta jämförelsen mellan Sverige och de båda betydligt mer tätbefolkade länderna Danmark och Belgien har vi inriktat oss på stockholmsregionen. Här råder befolkningsmässigt mer jämförbara förhållanden, som gör invändningar av typen ”det går inte att tala om Bryssel och inre Norrland på samma dag” mindre intressanta.

Och vi har försökt anlägga ett konsumentperspektiv – d v s, vi ser till de praktiska resultaten för de vårdsökande. De bryr sig inte om vilken bakomliggande organisationsform eller vilket huvudmannaskap som kan orsaka väntetider och dålig service. För vårdkonsumenten är inte begrepp som husläkare, allmänläkare, familjeläkare, specialist i allmänmedicin och

² Socialstyrelsen 2002a, sid 5.

distriktsläkare särskilt meningsfulla (men däremot har de stark laddning för vårdideologer och organisationsexperter). Konsumenterna vill ha en läkarkontakt, gärna en fast sådan. Av allt att döma betyder rubriceringen mindre.

Allt starkare vårdkonsumenter kommer att tvinga fram ett nytt synsätt. Det är bra att sjukvården börjar anpassa sig till den nya verkligheten.

Vi avser inte att leverera färdiga lösningar. Däremot pekar vi gärna på fakta och samband som borde ha betydelse. Sverige kan inte längre värja sig med ursäkten att vi är annorlunda eller rent av unika. Danskar och belgare nöjer sig inte med sämre primärvård, utan är tvärtom vana vid betydligt gynnsammare förhållanden. Vore det inte klokt att i jakten på en bättre svensk lösningar närmare studera deras erfarenheter?

Denna rapport har ställts samman inom Timbro Hälsas europeiska nätverk. Research har gjorts av Oscar Hjertqvist, Timbro Hälsa Stockholm, Kajsa Wilhelmsson, Timbro Hälsa Bryssel och Janie Kong, Centre for the New Europe, Bryssel.

Johan Hjertqvist
Timbro Hälsa
<http://health.timbro.se>

2. Aktuell debatt

”Svensk sjukvård har aldrig haft så många distriktsläkare/motsvarande som i dag. Ändå har primärvården aldrig tidigare varit så ifrågasatt och kritiserad, bl a när det gäller tillgängligheten som ofta bedöms som bristfällig. Antalet besök per läkare och dag har sjunkit markant. Är detta en önskvärd utveckling? Den vanligaste förklaringen till de färre patientbesöken per dag är att innehållet i primärvården förändrats, att vårdtyngden ökat väsentligt och att innehållet i besöken i dag ser väsentligt annorlunda ut jämfört med tidigare. Men kan det förklara hela nedgången i antalet läkarbesök? Finns det andra förklaringar i arbetssätt och -metoder som har bidragit till att försämra tillgängligheten? Varför ägnar läkarna i dag betydligt mindre tid till patientarbete än man gjorde för några år sedan? Har neddragningen av övrig personal inom primärvården varit för stor för att man ska få en rationell arbetssituation? Och vad är det som gör att vissa vårdenheter, ibland trots en besvärlig bemanningssituation, klarar av att ge en god service till allmänheten?”³

”För fem år sedan var den stora frågan hur telefonköerna till vårdcentralerna kunde kortas. Det är det fortfarande.”

Göran Sjönell, direktör för Familjemedicinska Institutet

I procent av de tillfrågade allmänläkarna beskrev dialogen mellan vårdcentral och politiker som ”mycket bra”, 26 procent som ”mycket dålig”.⁴

”Var tionde anställd inom primärvården i Uppsala län är långtidssjukskriven”
(Landstingsvärlden nr 15/03)

”De svenska landstingen fick under slutet av 1990-talet allt svårare fylla upp tillfälliga vakanser och tillsätta vissa tjänster. Samtidigt tilläts företag som hyrde ut tillfälligt anställda. Resultatet blev att redan etablerade läkare inom primärvården började arbeta extra inom privata bemanningsföretag – men då krävde (och fick) högre lön än normalt. Detta växte i omfattning. 2001 gjorde Distriktsläkarföreningen en enkät bland sina medlemmar som visade att över 10 procent hade arbetat som stafettläkare, och att en fjärdedel av de övriga medlemmarna funderade på det.”
(Distriktsläkaren nr 3/01)

I Dalarnas landsting var 26 procent av läkarna inom primärvården tillfälligt inhyrda.
(Primärvårdens Nyheter nr 2/02).

”När 40-talisterna går i pension övergår läkarbristen i läkarkris – 90-talet är ett förlorat årtionde. Även om antalet utbildningsplatser nu har utökats tar det tretton år innan det slår igenom – så lång tid tar det att bli specialist, säger Torbjörn Midunger, kanslidirektör för norra sjukvårdsregionen.”
(DN 4/3 2003).

³ Landstingsförbundet 2003a, sid 9f.

⁴ FAMMI 2002, sid 16.

Marit Storset är norsk allmänläkare som även har arbetat i Sverige, men arbetar nu i Belgien. Intervjuad för Expaticas⁵ räkning säger hon om belgiska läkare:

”De är mycket mer effektiva här.” ”Om jag behöver sända en patient till specialist kan jag göra det nästan direkt. Det skulle inte vara möjligt i Sverige eller Norge— det skulle vara mycket längre väntetider”.

Storset anser att det är mycket enklare att skapa långvariga relationer mellan läkare och patient i Belgien än i Norge och Sverige.

”I många länder skyfflas patienterna runt mellan olika läkare. Här anstränger man sig för att folk ska välja en läkare som de ser på regelbunden basis och som de kan lita på. Fördelen är att jag, som läkare, känner mig meningsfull.”

”Det är också underligt att några patienter från Norge eller Sverige ibland ber om ursäkt för att de stör läkarna, vilket inga belgare gör. Det är något kulturellt som får folk att vänta länge med att söka hjälp, tills de är verkligen sjuka och det nästan är för sent. Vi borde hjälpa dem innan de blir verkligen sjuka.”

⁵ Expaticas hemsida, <www.expatica.com/belgiummain.asp?pad=100,101,&item_id=22227>.

3. Husläkarsystemet i Sverige

3.1 Grundläggande hälsoindikatorer⁶

Förväntad livslängd (1998): 82 (79) år för kvinnor, 77 (73) år för män (siffra inom parentes avser 1982).

Spädbarnsdödlighet: 3,4 per 1000 födda

Antal läkare/1 000 invånare: 2,9

Antal läkare i primärvården/1000 invånare: 0,6

Antal öppenvårdsbesök per invånare/år: 2,9

Sjukvårdskostnader som andel av BNP: 7,9 procent (inklusive äldresjukvård 8,4 procent)⁷

Sjukvårdskostnader per capita: USD 1 748 (köpkraftsrelaterat)

3.2 Historik

1970 lades ersättningssystemet i den svenska sjukvården om. Det innebar, som det hette i propositionen till beslutet, ”att ett radikalt förenklat ersättningssystem för sjukförsäkringen införs för all den öppna läkarvården som lämnas i samhällets regi”.⁸

Innebörden var att det indirekta system som dittills hade rått ersattes av en ”rak” patientavgift i öppen vård om 7 kr per läkarbesök. Vid hembesök (som då ännu förekom) skulle patienten betala 15 kr. Tidigare betalade patienten hela beloppet och fick – som ännu gäller i Belgien – tillbaka merparten från försäkringskassan. Sjukvårdshuvudmannen – landstinget – skulle av försäkringskassan därtill få 31 kr i ersättning. Ett vanligt läkarbesök bedömdes 1969 med andra ord kosta 38 kr.

Med 7-kronan avskaffades även sjukhusläkarnas möjligheter till sidoinkomster i form av privatkonsultationer. Sjukhusens överläkare kunde tidigare erbjuda extratjänster utöver basutbudet (i form av enskilt rum m m) vilket patienten betalade överläkaren för.

Motiveringen, som kom från dåvarande socialminister Sven Aspling, att genomföra reformen avsåg flera argument: Det gällde att styra över efterfrågan på vård (ja, det talades i propositionen om ”efterfrågan”, inte behov) från den dyrare öppna sjukhusvården till primärvården. Propositionen oroas över ”den dragningskraft, som den öppna vården vid sjukhusen har”. Attraktionskraften kan förklaras av att befolkningen länge vänt sig till provinsial- och stadsläkare (där sådana fanns) och därutöver sökt sig till sjukhusens polikliniker. Bortsett från en mindre över- och medelklass i städerna saknades flertalet vana från ett husläkarsystem, som det i Storbritannien eller på den europeiska kontinenten.

⁶ *OECD Health Data 2002* (uppgifterna avser senast tillgängliga år, vanligtvis 1998).

⁷ Socialstyrelsen 2002b, sid 32.

⁸ Kungl. Maj:ts proposition 1969:125.

Dåvarande ersättningsstruktur ansågs motverka denna ambition genom att patienten vid sjukhusvistelse betalade en given klumpsumma per vård dygn. Den slutliga patientavgiften i öppen vård (efter återbäring från sjukkassan) var däremot svårare att i förväg bedöma, då den blev effekten av olika undersöknings- och behandlingsmoment.

Ett annat argument var att patienten hade fått lägga ut pengar, som de måste gå till försäkringskassan för att få tillbaka en del av. Återbäringsnivån var 75 procent upp till en viss nivå. Överskjutande kostnad föll helt på patienten. Enligt propositionen var den faktiska återbäringen 65 procent utanför Stockholmsregionen, men bara 53 procent i huvudstaden. Det kan tolkas som att läkararvoden och omkostnader där var högre och därför oftare slog igenom ”ersättningstaket”.

Kravet att patienten skulle lägga ut hela kostnaden bedömdes hålla tillbaka efterfrågan på den öppna sjukvården, något som statsmakterna fann olyckligt, och därtill fanns rättvisaspekter. Ambitionen att öka sjukvårdskonsumtionen är intressant – i dag gäller det motsatta.

Övergången till den svenska öppenvårdsmodellen, uppbyggd kring landstingsägda vårdcentraler med anställda läkare och övrig personal, innebar även i andra avseenden en radikal förändring. Av propositionen framgår att provinsial- och stadsdistriktsläkare 1966 svarade för en fjärdedel av alla öppenvårdsbesök, och privatpraktiker för lika mycket. Överläkare och underläkare (vid sjukhusen) svarade – ofta med biinkomster – för ytterligare 40 procent. Denna struktur skulle nu – utifrån propositionens intentioner – på kort tid ställas om, så att landstingens primärvård skulle svara för merparten av all öppenvård.

Det är intressant att notera att medan regeringen och riksdagen 1969 tycks ha varit klar över att det fanns inslag av efterfrågan i sjukvårdskonsumtionen och att olika vårdformer konkurrerade med varandra, fästes ingen vikt vid läkarnas och andra vårdgivares incitament. Det märks inga resonemang om att borttagandet av sidoinkomster och övergången från prestationsersättning till löneanställning skulle kunna påverka produktiviteten eller medarbetarnas engagemang för den nya vårdmodellen. 7-kronan innebar att läkarna fick reglerad och schemalagd arbetstid samt ”totallön” från landstinget. För att kompensera för bortfallet av prestationsrelaterade sidoinkomster höjdes det generella löneläget.

Samma synsätt återkommer i Socialstyrelsens förslag till principprogram från 1973 (*Hälsa och sjukvård inför 80-talet*). I plandokumentet konstaterade man att det fanns ett antal brister som måste avhjälpas fram till 1980-talets mitt. Det rörde sig om förhållanden som att vartannat läkarbesök gjordes på sjukhus trots att många besök med fördel hade kunnat tas omhand av den billigare primärvården. SoS citerar den s k Kopparbergsstudien, som 1971 visade att vart fjärde slutenvårdsfall hade kunnat tas omhand inom öppenvården med lika god vårdkvalitet. 152 av 271 undersökta vårdtillfällen vid centrallasarettet i Falun skulle på motsvarande sätt ha kunnat tas om hand på en billigare vårdnivå. Och så vidare.

Förklaringen var att ”arbetsfördelningen mellan sjukvårdsenheterna inte klarlagts och i vart fall inte bekantgjorts för den vård sökande allmänheten eller ens all vårdpersonal”. Ytterligare en förklaring fann SoS i att ”sjukhusen hittills varit öppna 168 timmar per vecka medan de flesta öppenvårdsmottagningar utanför sjukhus är öppna omkring 40 timmar per vecka”.

Bristen på läkare och sjuksköterskor var allvarlig – men den skulle ganska snart utbildas bort, menade SoS. 1972 fanns 12 900 läkare i Sverige. 1985 skulle de ha ökat till 25 600. Det

långsiktiga intresset av att utbilda sig till vårddyrkena borde öka i takt med allmänt stigande utbildningsnivå. Framtiden såg ljus ut.

Vidare var samverkan mellan sjukvårdens olika delar svagt utvecklad. SoS ville erinra om att: *”principiellt är det inte en artskillnad utan endast en gradskillnad mellan öppen och sluten vård ... var patienten sover på natten bör inte läggas till grund för principiella indelningar av organisationen.”*

För att genomföra den avlastning av sjukhusvården som allmänt ansågs nödvändig räknade SoS med att 2 000 öppenvårdsmottagningar skulle behöva uppföras, motsvarande en investering på en halv miljon kr vardera. De skulle ta hand om 10 miljoner läkarbesök per år. Det skulle innebära 200–250 primärvårdsområden (samt 50 länsdelssjukhus och drygt 30 läns- och regionsjukhus). Varje primärvårdsområde borde ha 20–40 distriktsläkare.

Varje kommun borde ha minst en vårdcentral och minst ett sjukhem (samtidigt genomfördes en omfattande kommunsammanslagning). *”De mindre vårdcentralernas viktigaste uppgift skall sålunda vara att ge närhetsservice i hälso- och sjukvårdsfrågor samt att på det lokala planet samverka med socialvård och andra verksamheter inom vårdsektorn... Övriga specialister inom ett primärvårdsområde samlas till en större vårdcentral.”*

1973 var förväntningarna stora på den nya primärvården:

”Primärvårdsuppgifterna omfattar all hälsovård och i princip all sjukvård som bedrivs utanför sjukhus och centrala sjukhem, d v s uppskattningsvis 80 à 85 procent av alla besök på läkarmottagning, all sjukhemsvård och den övervägande delen av långtidssjukvård.”

Skolsjukvården var ett annat område som primärvården borde svara för, den planerade hemsjukvården, sjukvården vid ålderdomshem, pensionärshem och lokala sjukhem likaså. En omfattande samverkan med kommunernas socialvård, skolväsen m m förutsattes. Vården som ”närhetsservice, personlig omvårdnad, mänskliga kontakter och små dimensioner” skulle enligt SoS vägleda verksamheten.

Det var, med andra ord, en både radikal och omfattande kursändring som stundade när de många tillkortakommandena 1973 skulle vändas till framgång 1985. Föga förvånande bekymrar sig SoS över brister i styrmöjligheterna när man skulle lägga om kursen och uppnå ökad effektivitet och produktivitet. ”Detta ställer krav på helt andra styrinstrument än vad som för närvarande finns tillgängliga.” Svaret tycks ha varit ”mål- eller programorienterad planering och budget”.

Detta 227-sidiga plandokument från 1973 nämner inte med ett ord instrument som ersättningsformer, lön, personalinflytande, konkurrens, mångfald eller valfrihet. Det är centralplaneringens Höga Visa. Det som av SoS betecknas som ”ett totalt hälso- och sjukvårdssystem” är ett viktigt mål.

Om möjligheterna att förändra skrivs till sist:

”På sätt och vis är det ett skrämmande perspektiv som sålunda tecknas. Det innebär att om man vill genomföra förändringar syftande till att rubba hälso- och sjukvårdssystemets nuvarande struktur, måste man börja med sådana delar som avser personalens utbildning, författningar och kanske också sjukförsäkringssystemet. Å andra sidan skulle en konsekvent genomförd ny struktur ge möjlighet att ta hem hittills ouppnåbara vinster både i form av bättre service åt medborgarna och måhända också en bättre ekonomi i sjukvården.”

För 30 år sedan sågs det alltså från centralt myndighetshåll som ”skrämmande” att förändringar måste motiveras och byggas underifrån. ”Demokratiska beslut” och programplanering räckte inte. Den sociala ingenjörskonsten hade sina begränsningar...

Tänkvärt är att det år 2003 förs en nästan identisk debatt inom landstingen och sjukvården: Tänk vad som skulle kunna sparas i form av pengar och minskat mänskligt lidande om alla vårdades på rätt nivå och i rätt vårdform! Tänk om inte bara vartannat utan ännu fler öppenvårdsbesök skedde i primärvården (i stället för på sjukhusens akutkliniker)! Tänk om det fanns god samverkan mellan primärvården och äldreomsorgen, skolorna, den slutna sjukvården, ideella organisationer... Tänk om... Tänk om... En nationell handlingsplan ska nu ta itu med 30 års försyndelser.

2003 diskuteras att primärvården verkligen bör göra det man redan 1973 förväntades ägna sig åt, bl a hemsjukvård, äldresjukvård och en rad förebyggande insatser. Nu förklaras väntetider och personalflykt med att man faktiskt måste utföra en del av det som då var själva idén med primärvårdsreformen!

1973 var utbrändhet, personalinhyrning och stafettläkare okända begrepp. För att inte tala om entreprenad, personalägande och avknoppning. Incitament fanns inte på dagordningen. Personal och system förväntades följa politiska direktiv och budgetmål.

Sannolikt återfinner vi i dessa den svenska primärvårdens grunddokument viktiga förklaringar till att danska och belgiska vårdkonsumenter och läkare är nöjda med sina primärvårdssystem medan vi i Sverige konfronteras med svikna förväntningar, dålig service och desillusionerade medarbetare. Centralstyrning och enhetlighet står mot lokala variationer och mångfald, drömmen om nyinrättade ”totala system” mot insikten att fragmentering och traditioner kanske inte är så dåligt, förnekandet av positiva ekonomiska incitament mot förståelsen för privata, företagsmässiga drivkrafter.

3.3 Den svenska primärvården – regler och praktik

3.3.1 Hur fungerar systemet?

Den svenska primärvården är sedan 7-kronorsreformen 1970 uppbyggd kring allmänläkare på vårdcentraler med mottagning under dagtid. Landstingen äger lokalerna, är arbetsgivare åt läkarna och övrig personal samt finansierar verksamheten.

Under 1990-talet har driften av vårdcentraler börjat handlas upp i konkurrens, men fortfarande bedrivs över 80 procent av vårdcentralerna i offentlig regi.⁹ Andelen privata utförare varierar mellan landstingen – Västmanlands landsting har 50 procent av familjeläkarna i privat regi.¹⁰

Den legitimerade läkare som vill arbeta som husläkare har i princip två val: antingen bli anställd (av landstinget eller en privatägd vårdorganisation) eller att (tillsammans med medarbetare) lägga ett anbud om att mot vårdavtal driva en vårdcentral/husläkarmottagning.

⁹ Landstingsförbundet 2003b, sid 7.

¹⁰ *Dagens Medicin* nr 4/3 2003.

Primärvården administreras av landstingen, som i princip är helt fria att välja organisation, arbetsformer och ersättningssystem för primärvården. Intressant nog har landstingen sällan valt att använda denna frihet för att experimentera eller anpassa sig till lokala förhållanden. Sverige har alltså haft i stort sett samma organisation för primärvården i såväl storstäder som glesbygd, och mycket likartade ersättningssystem över hela landet.

Vårdcentralerna har som regel öppet under kontorstid (08–17). 14 procent av vårdcentralerna har morgon-/kvällsöppet inom ramen för ordinarie öppettid – 31 procent av de privata, 11 procent av de offentliga.¹¹ Grundprincipen är att patienter ska boka tid i förväg, antingen genom att höra av sig till läkaren och komma överens om en tid, eller genom att läkaren kontaktar patienten (vanligtvis vid uppföljningar och rutinbesök av äldre eller kroniskt sjuka). 65 procent av primärvårdens besökare bokar tid per telefon, 19 procent kommer akut medan 16 procent har kallats av vårdcentralen.¹²

”Öppen mottagning”, dit patienterna kommer utan tidbokning (utan att räknas som akutfall) förekommer i varierande utsträckning på vårdcentralerna, men en tydlig trend är att helt avskaffa denna mottagningsform. 16 procent av vårdcentralerna har öppen mottagning – 26 procent av de privata, 13 procent av de offentliga.¹³

Svenska husläkare arbetar ungefär 40 timmar per vecka¹⁴ och tjänar i genomsnitt 580 000 kronor per år.¹⁵

15 av 21 landsting har inte har remisstvång för specialistbesök.¹⁶ Primärvården har alltså inte den dörrvaktsfunktion till dyrare specialistvård som många andra länder tillämpar. Inte heller använder patienterna primärvården för att få råd och rekommendationer inför vidare vård.

3.3.2 Hur ersätts läkaren?

Varje svenskt landsting har sin egen modell för finansiering av primärvården. Vi har här valt att beskriva finansieringssystemet i Stockholms läns landsting (SLL).¹⁷ SLL är med en befolkning på 1,8 miljoner invånare jämförbart med Stor-Köpenhamn och Bryssel. Här fanns fram till april 2003 sex sjukvårdsområden (SO) med stort självstyre, vilka alla valt olika modeller. (Ett nytt ersättningssystem ska dock utvecklas för att tas i bruk redan fr o m 2004, enligt beslut i landstingsfullmäktige). Genomgående består de befintliga ersättningsformerna av en kombination av kapitering och prestationsersättning på fem nivåer:

I grunden, på nivå ett, finns **fasta ersättningar** som hyresersättning till vårdcentralen. Fem av sex SO ger sådan ersättning.

Nivå två består av **fasta ersättningar för specifika åtaganden** utöver ”basutbudet”. Extra telefonrådgivning, vårdåtaganden för särskilt boende eller kuratorsservice är några av dessa extra åtaganden som främst ersätts med ett fast belopp. Norra Stockholm Sjukvårdsområde ersatte t ex en vårdcentral som har ett psykosocialt team med drygt 95 000 kronor per månad.

¹¹ Landstingsförbundet 2003e, sid 10.

¹² Ibid, sid 12.

¹³ Ibid, sid 10.

¹⁴ Socialstyrelsen 2002b, sid 240.

¹⁵ *Primärvårdens nyheter* nr 5/2003.

¹⁶ Landstingsförbundet 2003c, sid 2.

¹⁷ Beskrivningen är baserad på SLL 2002a.

Dessa två nivåer har ingen koppling till vilka tjänster som verkligen utförs. Ersättningen utgår oavsett om det kommer patienter eller ej.

Den tredje nivån består av **kapiteringen**, där varje invånare i vårdcentralens upptagningsområde ger vårdcentralen en fast, årlig ersättning viktad efter ålder och vårdbehov. Trots att den officiella målsättningen är att alla invånare i stockholmsregionen aktivt ska välja läkare (men bara fyra av tio har gjort det) är det bara ett SO som ger lägre ersättning för icke-listade patienter än för listade.

Ersättning för faktiskt utförd vård är den fjärde nivån. I SLL utgörs den av patientavgiften, som vårdcentralerna får behålla, alltså 120 eller 150 kronor, beroende på SO.

På den femte nivån, slutligen, finns en **målrelaterad ersättning**, som utgår om vårdcentralen har uppfyllt vissa specifika mål (eller bestraffas om den inte uppfyllt målen). Bara ett SO har negativ stimulansersättning, fyra andra enbart positiva incitament. Detta slags ersättning utgör 2–5 procent av den totala ersättningsvolymen.

Några SO har enhetliga ersättningssystem för alla vårdgivare, medan andra har specifika ersättningsvillkor som förhandlats fram med varje vårdgivare. Trots dessa stora skillnader mellan områdenas system och hur de används konstaterade SLL:s revisorer:

”Vid en närmare analys verkar dessa skillnader dock få relativt små praktiska effekter. Skillnader i summan pengar som varje vårdgivare disponerar motsvaras inte av de skillnader som finns på olika ersättningsnivåer. Av de intervjuer vi gjort kan man dra slutsatsen att totalsumman per vårdgivare i slutändan blir relativt lika. Bl a mot bakgrund av detta kan man dra slutsatsen att ersättningssystemet mest har karaktären av ett finansieringssystem.”¹⁸

”Av dessa anledningar (stor andel ersättning och få inslag av incitament) kan man sluta sig till att ersättningssystemet i dag är mer fokuserat på totalkostnadskontroll för beställaren än på att skapa incitament för vårdgivarna. Det finns många indikationer på att denna hypotes stämmer, bl a att konkurser eller rekonstruktioner av vårdgivare sällan/aldrig förekommer samt att kostnadsutfallet för SO sällan avviker från de planerade eller prognostiserade kostnaderna.”¹⁹

”Eftersom kapiteringsersättning sedan flera år utgår även för patienter som inte listat sig aktivt så har incitamenten att bedriva en vård som är uppskattad och känd av de boende i området minskat. Husläkarna behöver inte arbeta med att informera om husläkarverksamheten och få invånarna att lista sig. Patienternas val och nöjdhet har ingen eller liten effekt för enhetens totalekonomi.”²⁰

3.3.3 Vad betyder detta för vårdkonsumenten?

Svensken är fri att välja vårdcentral och kan i de flesta landsting direkt besöka en specialistläkare utan remiss (6 av 21 landsting kräver fortfarande remiss). Sedan 1995 åläggs landstingen av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) att se till att varje invånare som så önskar får en fast läkarkontakt. Sedan 1999 stadgas att inga geografiska begränsningar får råda i valet av

¹⁸ Ibid, sid 19.

¹⁹ Ibid, sid 19.

²⁰ SLL 2002b, sid 13.

läkare. I praktiken begränsas dock valfriheten av respektive mottagnings kapacitet och vilja att ta emot/lista nya patienter. Bland Stockholms vårdcentraler tycks våren 2003 intresset att ta emot nya besökare vara högst begränsat, vilket är naturligt med tanke på personalproblem och svaga ekonomiska incitament att utöka verksamheten.

3.3.4 Vad tycker vårdkonsumenten?

I Eurobarometer 49²¹ (1998) var 58 procent av de tillfrågade nöjda eller mycket nöjda med den svenska sjukvården. 55 procent av låginkomsttagarna och 66 procent av de äldre var nöjda eller mycket nöjda. Enligt WHO:s kontroversiella *World Health Report* (2000) hamnar Sverige (*overall system performance*) på tolfte plats (Belgien på elfte och Danmark på sextonde plats).

Enligt *Svenskt Kvalitetsindex* för 2001 är patienterna minst nöjda med, och har lägst förväntningar på, offentlig öppenvård jämfört med övrig sjuk- och hälsovård. På en skala från 1 till 100 där 100 är bäst, får privat tandvård omdömet 82 i ämnet ”patientnöjdhet” och 88 i ”upplevd kvalitet” – vårdcentraler får 66 respektive 69.²²

Socialstyrelsen har år 2002 undersökt vårdkonsumenternas inställning till primärvården. 42 procent sade sig ha en fast läkarkontakt, ytterligare 26 procent ville ha sådan kontakt. 39 procent ansåg att det var svårt/mycket svårt att telefonbeställa tid för läkarbesök. 28 procent hade fått besökstid samma dag medan något fler – 29 procent – fick vänta mer än en vecka. 20 procent ansåg väntetiden vara alltför lång.²³

39 procent av dem som försöker nå vårdcentralen telefonledes tycker att det är svårt.²⁴ Exakta och jämförbara siffror är svåra att ta fram, men enligt SoS fick 10 procent av dem som ringde vänta mer än 20 minuter, och ytterligare 13 procent kom inte fram alls.²⁵

Socialstyrelsen har även studerat framkomlighet under kvällstid vid ett urval av landets läkarmottagningar.²⁶ Studien genomfördes under år 1995 och mottagningarna kontaktades en vardag (måndag–torsdag) mellan 19.30 och 22.30. Resultaten visar att 21 procent av de offentliga och 53 procent av de privata mottagningarna saknade hänvisning (totalt 28 procent). Antingen besvarades i de fallen telefonpåringningen med ett meddelande utan hänvisning eller också gavs inget svar alls.

En liknande undersökning har genomförts av Landstingsrevisorerna i Stockholms län.²⁷ På revisorernas uppdrag ringde en konsultfirma upp 100 husläkare på kvällstid (klockan 17–22) samt lördag och söndag (klockan 08–22). Vanligtvis möttes den uppringande av telefonsvarare med hänvisning till annan tid och/eller telefonnummer. Inte i något fall kom man i direkt kontakt med husläkaren, och i 29 fall fick den uppringande inte kontakt.

Av Timbro Hälsa egen undersökning av förväntningarna på primärvården (utförd av Temo i mars 2003) framgår att 62 procent ansåg det viktigt/mycket viktigt att kunna få hembesök av

²¹ Refererad i *Health Affairs* nr 3/2001, sid 10ff.

²² Refererad i Socialstyrelsen 2002b, sid 93.

²³ Socialstyrelsen 2002a, sid 5.

²⁴ Ibid, sid 18.

²⁵ Socialstyrelsen 2003a, sid 34.

²⁶ Socialstyrelsen 1996.

²⁷ SLL 1995, sid 7.

husläkaren. Bland ensamstående med barn ansåg 69 procent att detta var viktigt och i åldersgruppen 60+ hela 74 procent.

Ännu angelägnare ansågs det vara att när som helst, alla dagar i veckan, kunna få kontakt med husläkaren. Här angav 74 procent att detta var viktigt/mycket viktigt. 82 procent av ensamstående med barn svarade så, och hela 92 procent i gruppen 60+.

Om dessa möjligheter funnits, hade man då under det senaste året anlitat husläkaren för hembesök eller andra jourkontakter? Ja, svarar 44 procent. 8 procent skulle ha kontaktat läkaren angående hembesök medan 20 procent hade behövt få kontakt utanför kontorstid. 16 procent säger sig ha behövt båda dessa tjänster. Här är det – föga förvånande – ensamstående med barn som har störst behov. 66 procent i denna kategori anger att hon/han skulle ha anlitat sin husläkare om möjlighet funnits.

3.3.5 Problemen – och hur angrips de?

Den svenska primärvården har länge dragits med närmast institutionella problem när det gäller tillgänglighet, bemanning och effektivitet som trots centrala påbud och extraanslag inte har lösts.

Svenska strategier för att angripa dessa problem kan sägas vara några övergripande nationella åtgärder (handlingsplanen, inrättandet av FAMMI) samt många lokala försök med nya arbetsformer.

Regeringen avsåg att slutligen lösa primärvårdens problem genom ett samarbete med landstingen där staten under 2002–04 ger landstingen 5,5 miljarder kronor öronmärkta för hälso- och sjukvård (endast primärvårdens del beskrivs här). I gengäld ska landstingen vidta en rad åtgärder för att förbättra primärvårdens tillgänglighet och läkartäthet. Nytt är att landstingen verkligen måste öronmärka bidragen till primärvården, och att Socialstyrelsen ska följa upp och utvärdera landstingens insatser.

I proposition 1999/2000:149 om den nationella handlingsplanen anger socialminister Lars Engqvist en rad förhållanden inom primärvården som påkallar förändringar. Vi har här nöjt oss med dem som har tydlig relevans för vårdkonsumenten:

- *”Primärvården har otillräcklig kapacitet vilket leder till problem med tillgängligheten i stora delar av vården... för dem som insjuknar akut, framför allt på jourtid”.*
- *”De långa väntetiderna på sjukhusens akutmottagningar är i stor utsträckning en fråga om fördelningen av akut sökande mellan sjukhus och primärvården ... Överbelastningen beror i hög grad på att primärvården i landsting och kommuner inte i tillräcklig grad förmår möta patienternas vårdbehov.”*
- *”Det finns slutligen ett mindre uppmärksammat tillgänglighetproblem för den del av befolkningen som inte själv, eller med hjälp av andra, kan ta sig till en mottagning i primärvården. Det gäller den stora grupp patienter som vårdas i särskilt boende eller i hemsjukvården och som inte har tillräcklig tillgång till medicinska insatser i den omfattning deras behov betingar”.*

- *”Särskilt oroande är att primärvården inte lever upp till sin roll som samordnare och som en lätt tillgänglig rådgivare för patienterna”.*
- *”Inte heller inriktningen mot en egen fast läkarkontakt i primärvården, som finns angiven i hälso- och sjukvårdslagen, fungerar tillräckligt väl i praktiken”.*

Merparten av de för tre år sedan angivna bristerna i primärvården tycks fortfarande bestå.

Läkarförbundet har granskat såväl Nationella handlingsplanen som landstingens lokala handlingsplaner.²⁸ Man pekar på en mängd brister i handlingsplanerna: få konkreta lösningar på problem, mycket få uppföljningsbara mål, mycket basfakta saknas vilket gör utvärderingar mycket osäkra, de lokala läkarföreningarna involveras ej i utarbetandet av handlingsplanerna som i sin tur uppenbarligen inte samordnats med andra delar av landstingens planering, t ex vad gäller personalrekryteringen.

*”Mätbara mål för tillgänglighet i primärvården saknas i nästan samtliga planer. Eftersom utgångsläget inte heller är angivet försvåras både utvärdering och resultat och uppföljning av måluppfyllelse. Landstingen borde ha redovisat hur lång tid det tar att komma i kontakt, hur länge man får vänta för att få tid hos läkare och hushållens attityder till tillgängligheten.”*²⁹

Under 2002 genomförde Socialstyrelsen en verksamhetstillsyn vid tio vårdcentraler i norra sjukvårdsregionen³⁰. Några av kommentarerna:

”Vid åtta av de tio vårdcentraler som Socialstyrelsen besökte i detta projekt fanns en reell brist på läkare.”

”Fyra av tio vårdcentraler bedöms sakna modell/system för att arbeta med kvaliteten i verksamheten. Endast varannan besökt vårdcentral sätter av tid för kvalitetsarbete.”

”Endast vid två av de besökta vårdcentralerna kunde Socialstyrelsen konstatera att det fanns ett väl utvecklat kvalitetsarbete med tydliga lokala mål för verksamheten med förankring bland personalen.”

”Vid nio av de besökta vårdcentralerna saknas rutiner för att på ett mera systematiskt sätt hantera patientklagomål.”

Under 2002 bildades med statligt stöd Familjemedicinska Institutet (FAMMI) med syfte att samla och sprida kunskap, utveckla kompetens och förbättra kommunikationen kring landstingens primärvård. Intressant är att FAMMI verkar bryta med rådande svenskt primärvårdsideal, där specialistläkarnas roll även tidigt i vårdkedjan betonas. En av FAMMIs fem grundprinciper är i stället att framhålla generalistperspektivet. Som direktör valdes Göran Sjönell, känd förespråkare av husläkare i form av allmänläkare (specialister i allmänmedicin).

²⁸ Läkarförbundet 2002, sid 25ff.

²⁹ Ibid, sid 25.

³⁰ Socialstyrelsen 2003b, sid 12f.

Men ett urval av lösningar och nytänkande inom primärvården bör naturligtvis även rymma de goda exemplen på att lokalt engagemang finns, att nya vägar prövas och att landstingen ofta lyssnar på röster från fältet.

Där finns t ex Brandbergens vårdcentral i ett tungt förortsområde i Storstockholm. Där dignade man under trycket från stora invandrargrupper som tyckte att husläkarna skulle vara ständigt tillgängliga, och från långtidssjukskrivna med låg motivation att medverka till sin rehabilitering.

För att överleva och få framförhållning ändrade man helt arbetssätt. I dag är Brandbergens VC en väl fungerande enhet (som 2002 fick landstingets Guldpruta för sitt arbete) där nära samarbete mellan alla personalgrupper, förebyggande insatser och självhjälpgrupper är grundpelare. Gårdagens ”svåra” patienter har engagerats i omfattande aktiviteter som tai chi, måleri, stavgång, matlagning och vattenjympa. Det psykosomatiska arbetet har utvecklats och isolerade invandrarkvinnor med stor läkemedelskonsumtion har förvandlats till aktiva, flerspråkiga deltagare i kurser och rehabverksamhet. Vårdcentralen drivs fortfarande av landstingets personal, men i samarbete med ett privatägt vårdföretag öppnas en särskild jourmottagning i Brandbergens centrum.

I ett annat miljonprogramområde söder om Stockholm – Storvreten i Huddinge – drivs vårdcentralen på entreprenad. Sedan sex år driver husläkarna Storvreten som bolag. Det man främst vunnit är att beslut kan fattas snabbt och informellt och arbetsorganisationen enkelt anpassas till behoven. På den dominerande plussidan märks bättre arbetstillfredsställelse och större arbetsglädje. När landstinget drev vårdcentralen i egen regi fanns en heltidstjänst som föreståndare och en läkare arbetade halvtid som administratör. Dessa tjänster ingår i dag i vårdproduktionen. Man arbetar med egna projekt som förskrivning av antibiotika till barn och uppföljning av egna remisser till specialistvården, allt för att förbättra behandlingsresultat och ekonomi. Men vårdavtalet med landstinget stipulerar vad man ska göra, vilket begränsar utrymmet för nytänkande.

I en annan stor region, Skåne, startade år 2000 fem sjukgymnaster och en arbetsterapeut eget – Rehabuset Tomelilla AB. Syftet var att kunna ge bättre service till rehabpatienterna. En rehabakut inrättades, varigenom man kunde erbjuda kontinuerliga rehabiliteringsprogram och omhändertagande av sjukskrivna. Ett motiv var också att själv få besluta om det vardagliga arbetet och slippa landstingets långa och krångliga beslutsvägar. Eller, som en av delägarna uttrycker saken:” Vi vill kunna ta beslut på fredagen och genomföra det på måndagen.”

På minussidan är det fortsatta beroendet av landstinget mest påtagligt. Det tar lång tid att få nya avtal och det finns alltid en osäkerhet om politiska ingrepp. Läkarbristen är ett problem även för entreprenörer.

Det är inte bara driftsformer som förändras inom dagens primärvård, även mindre löpande förbättringar sker. Ett stående problem är telefontillgängligheten. Många vårdcentraler och husläkarmottagningar installerar s k Tele-Q, som ringer tillbaka till patienten så att hon slipper sitta i telefonkö. I Stockholm experimenteras med tidbokning och läkarkontakt via Internet. Det finns vårdcentraler där man har tänkt om radikalt, och där de sköterskor, som igår tillbringade tiden i telefon med att neka ickebokade patienter besöksstid, nu arbetar med att ta hand om samma patienter.

Det finns inte särskilt många regler (vid sidan av det vårdavtal och lokala budgetar lägger fast) som anger vad en vårdcentral eller husläkarmottagning (inte) får göra. Den lokala handlingsfriheten är på papperet stor – men uppenbarligen upplevs friheten som starkt begränsad. Vårdcentralen ser likadan ut och fungerar likadant oavsett om den finns i Täby, Gnosjö eller Dorotea. Det är som om den landstingskommunala miljön bygger osynliga murar och dämpar kreativitet.

4. Husläkarsystemet i Danmark

4.1 Grundläggande hälsoindikatorer³¹

Förväntad livslängd (1999): 79 år (77) för kvinnor, 74 (71) år för män (siffra inom parentes avser 1982).

Spädbarnsdödlighet: 4,2

Antal läkare/1 000 invånare: 3,4

Antal läkare i primärvården/1000 invånare: 0,6

Antal öppenvårdsbesök per invånare/år: 5,8

Sjukvårdskostnader som andel av BNP: 8,4 procent

Sjukvårdskostnader per capita: USD 2241 (köpkraftsrelaterat)

4.2 Historik

Danmark har av tradition ett decentraliserat och skattefinansierat välfärdssystem. Sjukvården har alltid varit skattefinansierad, precis som Sverige. Den danska sjukvårdspolitiken har kännetecknats av konsensus kring grundvillkoren om vård för alla, oavsett betalningsförmåga eller hemvist.

Läkarutbildningen samlades 1838 till Köpenhamn, där den kom att innehålla såväl medicin som kirurgi. Därigenom skapades en homogen och sammanhållen läkarkår. Privatpraktiserande allmänläkare har alltid varit ryggrad i den danska primärvården.

Sjukvårdsförsäkringar växte fram under andra halvan av 1800-talet som en följd av industrialiseringen och arbetarrörelsens framväxt. Försäkringarna stod dock hela tiden för en liten del av sjukvårdens kostnader – det mesta finansierades genom skatter på lokal nivå (församlingar och kommuner). Efter 1892 stödde staten också försäkringskassorna med skattemedel. Försäkringarna täckte också besök hos allmänläkare, något som anses vara en anledning till att det både finns många och geografiskt jämt fördelade allmänläkare i Danmark.

Med tiden kom allt fler danskar att omfattas av försäkringssystemen, och försäkringskassorna antog alltmer statliga karaktär. 1973 ersattes alla försäkringssystem av ett heltäckande skattefinansierat system, med kommuner och landsting som huvudmän.

4.3 Regler och praktik

4.3.1 Hur fungerar systemet?³²

³¹ OECD Health Data 2002.

³² Beskrivningen bygger, om inte annat anges, på reserapport för Stockholms Landsting 2002 samt intervju med Ib Kjeldsen, handläggare vid sygesikringssystemet i Århus Amt.

Alla danskar över 16 år förväntas registrera sig hos en husläkare inom 10 km avstånd (i Köpenhamn 5 km) från bostaden. De kan därefter byta läkare var sjätte månad. Trots att danskarna inte har någon omfattande ”läkarguide” som anger specialiteter, öppettider eller kvalitetsomdömen, utan får välja utifrån egna och andras erfarenheter, läkarens rykte m m, verkar de vara nöjda med sin valmöjlighet eftersom mycket få verkligen byter läkare.

De som väljer att inte registrera sig hos en läkare är fria att besöka vilken husläkare som helst, eller att utan remiss anlita specialister och sjukhus men måste då betala patientavgift, vilket annars inte förekommer. Endast 1,7 procent av medborgarna väljer att inte lista sig.

Antalet husläkare i varje amt (landsting) fastställs utifrån folkbokföringen och efter förhandlingar med allmänläkarnas organisationer. Ökar befolkningsunderlaget fastslår amtet efter samråd med läkarorganisationerna, att nya tjänster som allmänläkare är lediga. Intresserade läkare anmäler sig och amtet väljer sedan ut ”vinnarna”.

Akrediterad läkare kan sälja sin läkarmottagning och ”patientstock” till andra läkare. Priset räknas fram utifrån en ”goodwill” baserad på omsättningen (d v s ungefär som en svensk privatvårdsläkare). Läkarna får dock inte anställa fler läkare utan amtets tillstånd, så antalet praktiserade läkare är begränsat. Minskar befolkningsunderlaget finns en metod för att köpa ut övertaliga läkares mottagningar, men det tycks ske i mycket liten utsträckning.

Det danska husläkarsystemet kännetecknas av lokalt beslutsfattande med nära samarbete politiker–läkare. Varje amt har en samrådsgrupp bestående av tre eller fyra politiker och lika många läkare, som regelbundet möts för att diskutera aktuella problem.

Genom att de danska läkarmottagningarna är privatägda bestäms mycket av utformning, arbetsmetoder och samarbete med andra läkare av den enskilde läkaren. Någon enhetlig arbetsform finns inte. Vissa läkare föredrar att arbeta ensamma, andra delar mottagning med kolleger och ytterligare några har läkare anställda i sin mottagning. 60 procent av allmänläkarna arbetar i någon form av läkarhus.³³ Några mottagningar är stora, andra mindre.

För att förbättra tillgänglighet och kvalitet uppmuntrar Hälsovårdsministeriet övergång från enläkarmottagningar till mottagningar med flera läkare, men det är ett långsiktigt arbete. Yngre läkare föredrar i större utsträckning än äldre att arbeta tillsammans med kolleger i stället för att ha ensampraktik.

En typisk dag för den danske allmänläkaren börjar med en timmes telefontid, som läkaren själv har hand om. Under denna timme sker tidbokning och medicinsk rådgivning per telefon. Därefter vidtar normalt mottagning under förmiddagen, medan eftermiddagen ägnas åt mottagning, hembesök eller fortbildning. Öppen mottagning förekommer, men är sällsynt – läkarna föredrar besök som har bokats i förväg. I genomsnitt görs ett hembesök per dag (kvälls- och nattjour ej inräknade). Läkarnas arbetstid är svår att uppskatta, eftersom de är egenföretagare, men beräknas vara 45³⁴–50³⁵ timmar per vecka.

Sjuksköterskor är ovanliga på mottagningarna – läkarna själva sköter provtagning och journalskrivning. Så kallade kontorsdamer sköter administration, patientmottagning och

³³ *Politiken* 12/1 2003, <<http://politiken.dk/VisArtikel.sasp?PageID=251229>>.

³⁴ Socialstyrelsen 2002b, sid 240.

³⁵ *Politiken*, 12/1 2003, <<http://politiken.dk/VisArtikel.sasp?PageID=251229>>.

enklare provtagning. Många läkare anser att sjuksköterskor utgör ett onödigt steg i processen och bara innebär väntan för patienten.

Läkarbesöken tar i Danmark kortare tid än Sverige, även om det är svårt att skapa sig en helhetsbild av det danska systemet. Läkarna genomför i princip inga kirurgiska ingrepp på sina mottagningar.

Läkarna på samma ort samarbetar i informella nätverk för att täcka upp för varandra vid sjukdom, semester eller annan ledighet. Jourtjänstgöring administreras och finansieras av amtet och utförs av extraarbetande allmänläkare. I varje amt finns såväl en central telefonrådgivning som jourmottagningar på sjukhus och mobila läkare som kan skickas ut på hembesök (även läkarna på jourmottagningarna kan vid behov göra hembesök). Varje telefonråd eller besök registreras i en patientjournal och skickas sedan till patientens ordinarie husläkare.

En dansk allmänläkare har ca 1 600 listade patienter. En läkare tjänar ungefär 750 000 SEK per år. Till detta kommer jourersättning som ger ca 8 000 SEK per dygn. Formellt finns krav på att varje läkare ska ta nattjour knappt en gång per månad, men i praktiken tycks behovet tillgodoses genom andra läkare som gärna tar jouruppdrag (ersättningen är ju också god).

Allmänläkare får inte remittera till alla former av undersökningar eller skriva ut alla typer av läkemedel – de får t ex inte beställa magnetkameraundersökning eller förskriva demensmedicin.

4.3.2. Hur ersätts läkaren?

Den danske läkaren ersätts med en blandning av kapitering och prestationsersättning. Båda fastställs i centrala förhandlingar mellan amten och läkarnas organisationer, med möjlighet för lokala specialiseringar. Baskapiteringen är i dag ungefär 220 DKR per patient och år. Ett amt kan t ex ge extra högt arvode för utredning av demens, om de anser att behovet av detta är extra stort.

När behandlingen är utförd fakturerar läkaren sitt amt kostnaden för behandlingen, vilken sedan betalas ut till läkaren.

Fördelningen mellan kapitering och ersättningsprocent är svår att bedöma exakt, men 20–30 procent av läkarnas inkomster anses komma från kapiteringen. 70–80 procent härrör sålunda från behandlingar och sidouppdrag som jourtjänstgöring.

4.4 Vad betyder det för vårdkonsumenten?

Danska patienter får tämligen fritt välja husläkare, som sedan blir ens personliga läkare och vägvisare till övrig vård. Inga patientavgifter förekommer. Har man väl valt en husläkare är man tvungen att anlita honom/henne. Besök på sjukhusens akutmottagningar utan föregående läkarbesök behandlas mer summariskt än i Sverige, även om ingen kan avvisas eller förvägras vård.

Det förekommer att läkaren gör hembesök, även om många tycks anse att det är ineffektivt och en tradition som är på avtagande. Eftersom varje patient är en påtaglig inkomstkälla för läkaren kan patienten räkna med hög servicenivå.

Alternativet till en fast läkarrelation är att ställa sig utanför systemet och vara fri att uppsöka olika husläkare eller specialister utan remiss. Då får man dock betala patientavgift (167 DKR för vanlig konsultation, 283 DKR för hembesök dagtid om läkarens resväg är kortare än 4 kilometer³⁶) och går miste om den långsiktiga relationen patient–husläkare, som danskarna uppenbarligen värdesätter.

4.5 Vad tycker vårdkonsumenten?

Danskarna är uppenbarligen nöjda med sina husläkare. I *Eurobarometer* nr 49, som gjordes 1998, var danskarna nöjdast av alla EU-medlemmar med sitt sjukvårdssystem.³⁷

Undersökningen gjorde visserligen inte skillnad på primärvård och slutenvård, men hela 91 procent av danskarna uppgav sig vara nöjda eller mycket nöjda med sjukvården i Danmark. Danmark hade dessutom de nöjdaste låginkomsttagarna och äldre i hela EU – 90 procent av de med små inkomster och 93 procent av de äldre var nöjda eller mycket nöjda.

Intressant är att Danmark, Tyskland och Österrike per capita spenderar ungefär lika mycket på sjukvård, men att tillfredsställelsen bland tyskarna bara låg på 60 procent och bland österrikarna på 70 procent.³⁸

I samband med ett flertal hearingar kring det danska välfärdssystemet år 2000 gjordes en telefonundersökning bland 3 000 personer om vad de ansåg om sjukvården. Ett resultat var att de rankade sjukhusens akutmottagningar lägst: 3,4 på en 5-gradig skala, sjukhusen i helhet till 3,8 och husläkarna till hela 4,2 av 5 möjliga³⁹.

³⁶ Utdrag ur dansk prislista redovisas i bilaga 2.

³⁷ Refererad i *Health Affairs* nr 3/2001, sid 10ff.

³⁸ Socialstyrelsen 2002b, sid 244.

³⁹ Danska finansministeriet, <www.fm.dk/1024/sideforloebbholder.asp?artikelID=4499>.

5. Husläkarsystemet i Belgien

5.1 Grundläggande hälsoindikatorer⁴⁰

Förväntad livslängd (1997): 81 (77) år för kvinnor, 74 (70) år för män (siffror inom parentes avser 1982).

Spädbarnsdödlighet: 4,9

Antal läkare/1 000 invånare: 3,8

Antal läkare i primärvården/1000 invånare: 1,4

Antal öppenvårdsbesök per invånare/år: 7,9

Sjukvårdskostnader som andel av BNP: 8,5 procent

Sjukvårdskostnader per capita: USD 2 008 (köpkraftsrelaterat)

5.2 Historik

Den belgiska sjukvården kännetecknas sedan drygt 50 år av:

- Allmän obligatorisk sjukförsäkring
- Uppdelning av risk i ”större” respektive ”mindre” sjukdom/skada
- Långt driven frihet för vårdkonsumenten att välja vårdgivare
- ”Rak” prestationsersättning till vårdgivaren (*fee-for-service*)

Systemet är starkt decentraliserat och har sin bakgrund i de vanligen efter religiösa principer organiserade fackföreningarnas roll som försäkringskassor. Denna roll erkändes av staten redan vid mitten av 1800-talet. Längre var sjuk- och arbetsskadeförsäkringen frivillig men blev efter andra världskriget obligatorisk för alla anställda. Senare har arbetsskade- och handikappersättningen separerats från sjukförsäkringen. Denna omfattar numera alla invånare i Belgien.

Centralt är dock uppdelningen av risktagande mellan ”större risk” (sjukhusvistelse, större operationer etc) och ”mindre risk” (behandling i öppen vård, tandvård, läkemedel m m). För anställda täcker försäkringen all sjukvård – oavsett hur risken betraktas – medan egenföretagare får försäkra sig särskilt mot ”mindre risker”.

En riksprislista för alla vårdkostnader finns fastställd, där kostnadsfördelningen mellan konsument och försäkringskassa framgår. Denna lista (med 8 000 behandlingar/tjänster) definierar vad försäkringen täcker. För tjänster utanför listan får konsumenten betala hela kostnaden. I Belgien betalar man vid besök i öppenvården själv hela avgiften och får sedan en återbetalning av försäkringskassan (av större delen av beloppet, se prislistan nedan). Vissa kategorier (pensionärer, handikappade m fl) har lägre avgift än andra.

⁴⁰ OECD Health Data 2002

Ersättningen till husläkare och andra vårdgivare förhandlas fram mellan staten och vårdgivarnas organisationer. Sedan läkarstrejken 1964 finns ett obligatoriskt samråd om ersättning och andra frågor mellan parterna. Denna konsultationsplikt är ett viktigt inslag i det belgiska sjukvårdssystemet.

Även i Belgien har statsmakterna försökt begränsa ökningen av sjukvårdskostnaderna genom att höja konsumentens andel av vårdavgifterna (patientavgifter/privat försäkring svarar nu för knappt en femtedel av sjukvårdens finansiering) och begränsa omfattningen av den rena prestationsersättningen. Ett tillväxttak har satts till 1,5 procents kostnadsökning per år för hela sjukvårdssystemet.

Enligt våra intervjuer i Belgien ifrågasätter de politiska partierna inte den grundläggande sjukvårdsideologin eller systemet som sådant. Däremot finns vissa ambitioner (bl a från den nuvarande regeringen) att införa ett listningssystem som skulle knyta patienten närmare till läkaren (och på längre sikt öppna för folkhälsoåtaganden för läkaren). Det tycks även finnas överväganden att höja kraven på ackreditering genom att ställa krav på fortbildning, journalhållning m m. Inget parti tycks vilja öka det federala inflytandet över sjukvården, snarare talas det om en stärkt regionalisering.

En attitydskillnad finns mellan de politiska partierna till vänster, som ser den allmänna sjukvården som en *service of the country* medan man till höger talar om *service of the patient*. Grundsynen är dock densamma: belgarna ska ha största möjliga valfrihet och tillgång till läkare, som ska vara egna företagare inom det offentliga ersättningsystemets ram.

5.3 Regelverk och praktik

5.3.1 Hur fungerar systemet?

WHO anger att karaktäristika för det belgiska sjukvårdssystemet är ”heterogenitet och fragmentering”.⁴¹ Det finns ingen nationell sjukvårdsplanering eller policyutveckling utan ”politiken består av en serie ad hoc-åtgärder snarare än en sammanhållen långsiktig strategi”. Den nationella/federala nivån svarar för regelverket samt vissa tillskott av skattemedel. Den huvudsakliga finansieringen sker på den regionala/delstatliga nivån via försäkringskassorna (obligatorisk sjukförsäkring). Konsumenter, vårdgivare och kassor har stor frihet att på den lokala nivån finna praktiska lösningar.

Det finns även kommersiella försäkringsbolag som erbjuder kompletterande sjukförsäkringar.

I Belgien levereras merparten av all sjukvård av privata vårdgivare. Inom sjukhusvården är de främst ideella organisationer (60 procent av alla sjukhus), ofta med kyrklig bakgrund. Den privatägda och den offentligt ägda sektorn är ungefär lika stora och ses som kompletterande, inte rivaliserande. Båda formerna får ungefär likvärdiga offentliga resurser.

Husläkare och specialister är nästan uteslutande egenföretagare, oftast med ensampraktik. Det är ovanligt med anställd personal som sköterskor eller läkarsekreterare. Läkarmottagningarna är ofta mycket små, med svenska mått mätt.

⁴¹ WHO 2000.

En rad offentliga organ på olika nivåer har uppgifter inom sjukvården; formellt är det offentliga inflytandet över finansiering och tillsyn betydande, men den exakta innebörden är svår att bli klar över (och eftersom vi i denna rapport anlägger ett vardagligt konsumentperspektiv avser vi inte heller att tränga in i dessa organisatoriska förhållanden). Betydelsefullt är dock att den federala nivån fastställer avgiftsnivåerna i sjukförsäkringen och de offentliga (skatte)tillskotten. Även ackrediteringen av vårdgivare är en federal fråga (läkare får inte arbeta utan ackreditering). Praktiserande läkare måste även tillhöra en facklig organisation.

Ackreditering har hittills skett från en utpräglad basnivå. Det tycks t ex inte ha ställts krav på läkaren att hålla patientjournal. Sådana krav väcks nu, och genom förhöjd ersättning försöker myndigheterna få läkarna att införa nya system och hölja standard och säkerhetsnivåer. Vissa tendenser märks till grupp-mottagningar, vilket underlättar att möta krav på ny teknik, utbildning och jourtjänstgöring. I Bryssel sägs det – i våra intervjuer – ha blivit svårare att få läkare att göra hembesök på udda tider. Det förklaras med att ersättningen skulle vara otillräcklig men även av att yngre läkare föredrar att arbeta under planerade former.

Inom denna offentliga tillsynsram är varje invånare fri att välja sjukförsäkring och vilka vårdgivare hon vill anlita.

Försäkringskassorna är privata, icke vinstdrivande organisationer under offentlig tillsyn. Kassorna ersätter vårdgivarna, men har även ett tillsynsansvar och ska kontrollera att behandlingar och andra tjänster verkligen utförs på avsett sätt.

5.3.2 Hur ersätts läkaren?

Husläkarna i Belgien ersätts via patientavgiften. Det är för många den enda, och för hela läkarkollektivet den helt dominerande intäktskällan. Även de specialister som arbetar inom sjukhusens ram ersätts med *fee-for-service*. Ersättningen förhandlas fram mellan försäkringskassorna och läkarnas organisationer, och förslag om förändringar skickas ut ”på remiss” till alla läkare. Det träder i kraft om inte minst 40 procent av alla läkare i regionen motsätter sig det.

I och med ikraftträdandet av den nya taxan måste varje läkare som har godtagit den nya konstruktionen tillämpa de nya avgifterna. Övriga läkare kan ha en egen prislista. Men även läkare som accepterat den förhandlade prislistan kan arbeta utanför denna genom att begränsa den arbetstid som ägnas åt prisreglerade tjänster. På samma sätt behöver prisregleringen inte tillämpas när patienten har goda inkomster.

Inom dessa oreglerade områden finns det utrymme för priskonkurrens, men inom den vanliga ”prislistan” ska sådan konkurrens inte förekomma. Läkarorganisationerna betecknar den oetisk, och prisavvikelse uppges kunna leda till avstängning. I praktiken lär dock den höga etableringen av husläkare ha resulterat i att man bjuder under varandra. Sedan 1980-talet har husläkarnas inkomster fallit till följd av ökad etablering.

Enligt våra intervjuer avspeglar det utpräglade marknadsklimatet i belgisk sjukvård inkomstlägena. Ju fler läkare desto hårdare konkurrens om vårdkonsumenterna och därmed sjunkande inkomster. I Flandern anges en vanlig årsinkomst vara omkring 45 000 EUR (efter skatt), ofta med biinkomster motsvarande ytterligare ca 10 procent. I Wallonien uppges inkomsten ligga på cirka 32 000 EUR + biinkomster. I Bryssel, med hög läkartäthet, tycks

genomsnittinkomsten vara betydligt lägre, 25 000 EUR samt vissa biinkomster. I Bryssel är det vanligare med extrainkomster från tjänstgöring på sjukhus, varför en direkt jämförelse kan vara svår att göra.

Det finns inget förbud mot att ta mer betalt än den överenskomna listan föreskriver. Det är vanligt bland efterfrågade specialister.

5.4 Vad betyder det för vårdkonsumenten?

Vad innebär då detta för den belgiska vårdkonsumenten? Vi diskuterar i fortsättningen den öppna sjukvården.

Jo, att belgaren (och alla andra som bor i landet och är anslutna till en försäkringskassa) fritt kan vända sig till varje ackrediterad vårdgivare. Det ställs inga krav på "närhetsprincip" eller "listning".

Husläkaren eller specialisten betalas helt via patientavgiften, som varierar mellan EUR 17 (drygt SEK 150, maj 2003) för en vanlig konsultation hos husläkare, till 51 EUR för ett nattligt hembesök. Däremellan finns ett spann av avgiftsnivåer⁴²:

Hembesök dagtid – 21.59 EUR

Läkarassistans i ambulans – 21.75 EUR

Hembesök kvällstid – 28.63 EUR

Hembesök nattetid – 51.19 EUR

Se för övrigt prislista i bilaga 3. Där framgår också vad konsumenten slutligen betalar. Av de EUR 17 som ett vanligt husläkarbesök kostar får man tillbaka 12.37 EUR (ca 110 SEK) från försäkringskassan (tillhör man kategorin VIPO, d v s är pensionär, handikappad etc är den faktiska egeninsatsen ännu lägre – får man tillbaka 15.81 EUR). Av de 28.63 EUR som läkaren tar för ett hembesök mellan kl 18 och 21 återbetalas 19.35 EUR (för VIPOs 25.34 EUR).

Som framgår är subventionsnivån ca 75 procent. "Självriskan" är alltså 25 procent. Det innebär att den faktiska patientavgiften i Belgien är betydligt lägre än i Sverige – för ett vanligt besök hos husläkaren knappt 40 SEK mot i Sverige 120 SEK. Eftersom hembesök knappast förekommer i Sverige blir kostnadsjämförelsen här meningslös – bortsett från att det för en svensk måste framstå som en ytterst lockande att för 75 SEK netto kunna få en läkare att på kvällstid göra hembesök.

5.5 Vad tycker konsumenten?

Enligt en undersökning publicerad i *Journal du Médecin* är de belgiska vårdkonsumenterna mycket nöjda med sina husläkare.⁴³ På en skala från 1 till 10 (där 10 innebär att man är fullständigt nöjd) angavs medelvärdet 8,5. 28 procent av hela svarspopulationen angav värdet 10, 24 procent angav värdet 9 och 32 procent värdet 8. 84 procent kan alltså sägas vara nöjda

⁴² Utdrag ur belgisk prislista redovisas i bilaga 3.

⁴³ *Journal du Médecin* nr 1500, mars 2003.

eller mycket nöjda. Bara 5 procent av belgarna var påtagligt missnöjda (värde under 4 på denna 10-gradiga skala).

Fransktalande belgare är generellt sett nöjdare. Där anger hela 37 procent värdet 10, medan bland flamländare endast 18 procent ger högsta betyg.

Husläkarna själva är inte fullt lika nöjda med relationerna till sina patienter. Enligt samma undersökning och mätsystem anger de sin nöjdhet till 7,5. 7 procent av husläkarna angav att de hade mindre gynnsamma relationer med en majoritet av patienterna. Totalt sett menade dock 2 av 3 husläkare att dåliga relationer var ett undantag.

Enligt *Eurobarometer* nr 49 är belgarna även generellt sett nöjda med hela sjukvårdssystemet. 63 procent säger sig vara nöjda/mycket nöjda (jämfört med 58 procent för Sverige och 91 procent i Danmark). 54 procent av låginkomsttagarna och 57 procent av de äldre var nöjda eller mycket nöjda.⁴⁴

Enligt WHO:s kontroversiella *World Health Report* (2000) rankas Belgien (*overall system performance*) på elfte plats (Sverige tolfte, Danmark sextonde plats).

En svensk medborgare med erfarenhet av alla tre husläkarsystem är Birgitta Hesslin, som 1995 flyttade till England, sedan vidare till Danmark 1996 och till Belgien 1999. Hon är annonsansvarig för Svenska Klubben i Bryssel och har make och 3 barn – alla födda i Sverige. Hennes erfarenheter från de olika ländernas sjukvård är följande:

Sverige

I Sverige är man mer delaktig. Man får diskutera med läkaren om vårdplaneringen. Men man får alltid vänta på tid.

Danmark

På Rikshospitalet gick allt snabbt och var enkelt. Med en husläkare i våningen under sin egen lägenhet fick de dessutom alltid tid i primärvården samma dag som behovet uppstod.

Belgien

I Belgien får man tid samma dag som man ringer. Hesslins går till den lokala husläkarstationen, som har öppet 8–16 och därutöver har telefonjour. Efter att ha testat ett antal olika läkare valde de den som passade dem bäst, och fortsatte så gå till denna. I Belgien tar sig läkarna tid att diskutera med patienten. Hembesöken är likadana. Läkaren tar sig tid med den sjuka och dennes familj. För hembesök vänder sig Hesslins till läkarstationen, som då skickar den läkare som har jour.

Birgitta Hesslin sammanfattar sina erfarenheter:

Allt tar tid i Sverige.

Allt är lite slapp.

Det är svårt att få tid.

Det är mera stressigt i Sverige.

Både Belgien och Danmark har bättre service än Sverige

⁴⁴ Refererad i *Health Affairs* nr 3/2001 sid 10ff.

6. Vilken är den avgörande skillnaden?

Varför är förhållandena inom primärvården så olika i dessa tre länder? Varför är primärvården den del av sjukvården som danskarna är nöjdast med, men den svenskarna är minst nöjda med? Varför är, som en intervjuperson uttryckte det, ”primärvården i Belgien det enda som verkligen fungerar i landet”?

Självklart är alla inom sjukvården intresserade av att göra ett bra arbete, ta hand om sjuka och lugna oroliga. Läkaretiken är stark. Men varför skiljer sig resultatet så mellan Sverige, Danmark och Belgien när det saknas påtagliga skillnader mellan levnadsstandard, per capita-kostnader och avsatta resurser?

Utifrån våra studier av Danmarks och Belgiens primärvård verkar det som om något där är grundläggande annorlunda än i Sverige. Därför jämför vi några nyckelområden mellan de tre systemen: Vilka faktorer är av betydelse för att uppmuntra läkare att arbeta effektivt och patientinriktat?

De parametrar vi redovisar i det följande och närmare diskuterar i det avslutande avsnittet är:

- Verksamhetsform/anställning
- Hur sker ersättningen
- Etableringsvillkor
- Stabilitet/överblickbarhet

6.1 Verksamhetsformer för husläkare

<i>Sverige</i>	<i>Danmark</i>	<i>Belgien</i>
Anställning: hos landstinget eller vårdföretag	Egenföretagare (ett fåtal anställda inom mottagningen)	Egenföretagare

Belgiska och danska läkare är huvudsakligen egna företagare, eller anställda av andra primärvårdsläkare, medan svenska läkare är anställda av landstingen. En växande grupp i Sverige är privatanställda och arbetar då i upphandlade vårdcentraler, på uppdrag av landstinget.

Vi vågar påstå att anställningsformerna har stor betydelse för såväl personalens välbefinnande som effektiviteten inom sjukvården. En enkät bland sjukvårdspersonal på vårdenheter inom SLL som ”privatiserats” visar att 70 procent tycker att bytet av arbetsgivare har varit bra för arbetsplatsen. 50 procent anser att möjligheterna att delta i beslut som rör arbetsplatsen härigenom förbättrats, medan 5 procent anser att de försämrats.⁴⁵

⁴⁵ Geelmuyden.Kiese 2002, sid 3.

Kortare beslutsvägar är en annan egenskap – egenföretagaren bestämmer sig själv för att ha öppet på onsdagskvällar, den anställda måste få med sig ägaren.

81 procent av personalen på avknoppade/entreprenaddrivna enheter ansåg att möjligheten att påverka den egna arbetssituationen var mycket god eller god, mot 59 procent på offentliga enheter. 76 procent på dessa ”privata” enheter ansåg möjligheterna att påverka beslut som rör arbetsplatsen var mycket goda eller goda, jämfört med 51 procent på offentliga mottagningar.⁴⁶ Även om man är anställd tycks möjligheten till inflytande här vara bättre än som anställd hos landstinget.

Socialstyrelsen konstaterar att hembesök inom primärvården är långt vanligare i länder där läkarna är egna företagare än där de är avlönade. De förstnämnda gjorde i snitt 19,9 hembesök i veckan medan de sistnämnda bara gjorde 2,1 hembesök i veckan. Siffrorna härstammar dock från början av 90-talet, och det stora spannet har sannolikt minskat, även om skillnaden mellan systemen består.⁴⁷

Bland egenföretagare är sparsamhet en tydlig dygd – ersättningen är det som är över när räkningarna blivit betalda. Varje effektivisering i privat verksamhet kan mätas i ökade marginaler för företaget och/eller höjd ersättning till medarbetarna (som ofta själva är ägare), medan motsvarande samband inte föreligger för landstingsdrivna enheter.

Landstingsförbundet jämförde 1997 40 privata och 20 offentliga mottagningar inom specialistsjukvård.⁴⁸ Resultatet var enligt Landstingsförbundet:

”Kostnaden per besök är genomsnittligt klart högre bland de undersökta offentliga mottagningarna.

- *Detta gäller i synnerhet om man undantar läkarkostnaden som är högre bland privatmottagningarna.*
- *De offentliga mottagningarna tycks använda mycket mer kringpersonal - vårdpersonal och läkarsekreterare - än de privata.*
- *De använder mer lokalyta och har också högre kostnader för försörjning och ”sjukhusgemensam overhead.”*

”Det går uppenbarligen att driva läkarmottagning i privat regi med högre kostnadseffektivitet och utan att vårdens kvalitet för patienter och samhälle riskeras”, är studiens slutsats.

6.2 Hur är ersättningen till vårdgivaren utformad?

<i>Sverige</i>	<i>Danmark</i>	<i>Belgien</i>
Beroende på landsting, anslag eller kapitering, mycket liten rörlig del (15–20 procent)	Prestationsersättning och kapitering, typisk kombination 70–30	Enbart patientavgifter

⁴⁶ Ibid, sid 4.

⁴⁷ Socialstyrelsen 2002b, sid 241.

⁴⁸ Landstingsförbundet 1997, sid 1.

I Belgien får husläkaren betalt enbart i form av patientavgifter, så ersättningen är identisk med antalet patienter och behandlingar läkaren gör (som vi tidigare beskrivit förekommer även vissa mindre biinkomster). Resultatet är att läkarna bokstavligen gör allt för att behålla patienterna som kunder – inklusive föga lönsamma hembesök och nattjour. Eftersom det inte finns några begränsningar för vilka behandlingar läkarna får utföra kan man tro att missbruk i form av ”överbehandling” förekommer. Våra intervjuer styrker knappast detta, åtminstone inte att något ”systemstörande” problem skulle föreligga. Dock framgår av statistiken att den genomsnittlige belgaren gör fler läkarbesök per år än en svensk.

Den danska läkaren får dels betalt utifrån hur många patienter som listat sig hos honom eller henne, dels för varje behandling. Ersättningen per behandling fastställs på nationell nivå efter förhandlingar med läkarnas organisationer. Läkare kan också ha sidoinkomster för särskilda uppdrag. Generellt sett får en dansk husläkare mellan 20 och 30 procent av sina intäkter från kapitering, resten från patientbesök och behandlingar.

Den svenske läkaren är varken beroende av att ta emot/behandla patienter eller att ha många patienter listade, eftersom ersättningen till mottagningen huvudsakligen (till ca 70 procent) kommer genom prestationsberoende anslag. Då husläkaren dessutom sällan är egenföretagare, utan landstingsanställd, blir de ekonomiska incitamenten i alla avseenden svagare.

6.3 Etableringsvillkor

<i>Sverige</i>	<i>Danmark</i>	<i>Belgien</i>
Upphandling/vårdavtal med landstinget (eller via nationella taxan)	Förhandling läkare-politiker efter demografin i området	I praktiken inga

I Belgien är det fritt för varje legitimerad läkare att öppna eget och uppbära patientavgifter. Tendenser att ställa högre krav finns, men den fria etableringen som princip tycks inte ifrågasättas. Belgien har drygt dubbelt så många husläkare per 1 000 invånare som Sverige och Danmark. En trolig förklaring är etableringsfriheten, en annan den gamla husläkarkulturen.

Danmark licensierar ett visst antal allmänläkare per amt, men reglerar sedan inte vilka som fyller platserna eller vad läkarna gör med sina mottagningar.

I Sverige råder etableringskontroll genom att landstingen antingen själva äger och driver primärvården, eller genom att landstingen handlar upp vården och fastställer villkoren för verksamheten. Sådana entreprenader avser en begränsad tidsperiod efter vilken en ny upphandling måste ske. Landstinget har därmed effektiv kontroll av nya läkaretableringar.

Resultatet blir att såväl konkurrens som nya arbetsmetoder kan förhindras. Genom att läkarmottagningar inte får överlätas har inte heller äldre läkare något incitament att behålla patienterna mot slutet av sitt yrkesverksamma liv – till skillnad från Danmark där läkarna ofta säljer sina mottagningar till yngre kollegor, och en naturlig ”succession” hela tiden pågår.

6.4 Stabilitet / förutsägbarhet

<i>Sverige</i>	<i>Danmark</i>	<i>Belgien</i>
Starkt beroende av landsting/politiska beslut för finansiering, historia av reformer	Hög	Hög

Den belgiske läkaren har under efterkrigstiden kunnat vara säker på att det system han/hon arbetar inom inte kommer att nämnvärt förändras, detsamma gäller den danska kollegan. Sedan länge har i dessa länder rått bred politisk konsensus om att bevara systemet. Valfrihet, mångfald, egenföretagande och prestationsersättning är naturliga och väl accepterade grundpelare i dessa husläkarsystem.

För deras svenska kolleger har tiden efter 7-kronans införande 1970 inneburit ständig förändring. Deras yrkesroll har aldrig hunnit forma sig förrän nya påbud kommit. Från att vara politiskt påbjudna husläkare med långvarig kontakt med patienterna ska de nu bli folkhälso- och främst arbetsmedicinärer med förebyggande vård. Primärvårdens uppdrag och arbetsformer har varit högpolitiserade, omkastningarna mellan politiska preferenser i landstingen vanliga och svåröversägliga.

Faktum är att WHO anmärkt på de många och halvhjärtade reformerna i Sverige:

*"Unfortunately, to a large extent, reforms have focused on a piecemeal approach of solving one problem at a time. Also, health care reforms have been followed insufficiently and an assessment of their impact on the system as a whole has been lacking. It seems difficult to manage reforms with due consideration to all health care policy goals: cost containment, cost effectiveness, high quality and equal access. A coordinated reform approach should be considered, which includes all relevant health policy goals, not only considering the most acute problem in a piecemeal way at a given time."*⁴⁹

Osäkerheten har varit särskilt allvarlig för privata vårdgivare. I dag är alla privatdrivna vårdcentraler och många specialistmottagningar finansierade via vårdavtal med landstingen, men vårdgivarna kan inte veta om avtalen kommer att förnyas. Den som funderar på att göra stora investeringar vill inte riskera att förlora nästa upphandling och därmed stå med värdelösa investeringar. Den politiska dagordningen kan skifta vid varje landstingsval (och även däremellan). Husläkarna riskerar att bli politiska slagträn. Beroende på den politiska polemiken kan lösningar uppstå som skapar osäkerhet och förhindrar rationella förändringar. (Vi vågar påstå att om inte folkpartiet så starkt hade förknippats med begreppet husläkare skulle socialdemokratin ha förmått hantera husläkarfrågan bättre. Då skulle den nödvändiga reformeringen av primärvården sannolikt redan ha genomförts, utan polemik och politiska turer.)

Dilemmat beskrivs av en debattartikel i *Dagens Medicin*:⁵⁰

"Läkargruppen drivs av mig, som står för personalbemanning, utrustning och allt annat som behövs för verksamheten. Kolleger med egna vårdavtal hyr in sig i en färdig mottagning ...

⁴⁹ WHO 2001, sid 92,

⁵⁰ *Dagens Medicin* nr 16/03.

På grund av det politiska regimskiftet i Region Skåne vid förra årets val ändras nu riktlinjerna för privat verksamhet och de vårdavtal som skulle omförhandlas i år föreslås inte bli förlängda. Vart mina två kolleger som drabbas av detta ska ta vägen bekymrar naturligtvis inte Region Skåne, inte heller vilket ekonomiskt dråpslag det blir för mig som gjort alla nödvändiga investeringar i denna ganska omfattande verksamhet”.

7. Slutsatser och framkomstvägar

Vi har här jämfört husläkarverkligheten i två länder där vårdkonsumenter och läkare är nöjda med ett land där krissignalerna och missnöjet tycks vara kroniskt. Vi har sett vad som kännetecknar å ena sidan Danmark och Belgien och, å den andra, Sverige.

Att Sverige måste reformera sin primärvård står klart. Det finns inte många som förnekar detta alltmer tvingande behov. Kombinationen dålig tillgänglighet och avskräckande arbetsmiljö borde inte tillåta någon ansvarig att njuta av sin nattro.

Att inget på allvar har hänt på 30 år, trots att alla är missnöjda – som en invandrad läkare uttrycker det – vittnar dock om att förändringsklimatet inte är särskilt gynnsamt. Samtidigt som de flesta landsting prövar nya ersättningslösningar och incitament i sjukhusvården – ofta med dynamiska resultat – är primärvården ett ur grundläggande reformsynpunkt dött område. Den aktivitet som vi sett en rad prov på avser entreprenader av olika slag – men förändringsviljan har stannat vid bytet av utförare. Och en entreprenör förmår inte så mycket om vårdavtalet med landstinget slår fast att verksamheten ska se ut som förut och ersättning utgå som förut.

Vilka lärdomar kan då dras av omvärldens väl fungerande husläkarsystem?

Gemensamt för dem – och till exemplen Danmark och Belgien kan läggas fler (t ex Norge med ett högtintressant exempel på radikal systemomläggning) – är några egenskaper, som vi bedömer som avgörande för god funktion:

- Husläkaren är egen företagare.
- Husläkaren ersätts utifrån prestation.

Ofta – men inte alltid – tillkommer ytterligare ett villkor:

- Husläkaren verkar inom ramen för ett enhetligt, nationellt ersättningssystem (jämför den svenska ”nationella taxan” för specialister)

Detta är grundbultar i husläkarkulturer där allmänheten är nöjd, tillgängligheten god, produktiviteten tillfredsställande och kostnaderna förhållandevis låga.

Vad kännetecknar det svenska systemet? Jo, raka motsatsen:

- Husläkaren är anställd (av landstinget eller en privat vårdgivare).
- Husläkaren ersätts till en mindre del utifrån prestation.
- Husläkaren (d v s mottagningen) verkar inom ramen för lokala vårdavtal.

Vilka konsekvenser får de två systemen?

I Danmark och Belgien är det sedan mycket länge självklart att den lokala läkaren ska vara egen företagare. Det avspeglar dels en långt mindre dirigistisk och socialistisk

välståndsideologi, dels av stark respekt för småföretagandets etik och drivkrafter. Erfarenheter från alla andra samhällsområden talar entydigt för att egenföretagaren har starka motiv att göra ett bra jobb. Man hushållar med resurser, kan snabbt anpassa sig till förändringar och tvingas vara mån om sina kunder och andra kontakter. Organisationen blir ändamålsenlig och anpassad till förutsättningarna – vilket även kan medföra risk för att man avstår från rutiner som inte uppfattas som nödvändiga (t ex patientjournaler).

Här finns en mycket påtaglig positiv effekt i form av goda förtjänstmöjligheter vid ökad arbetsinsats. I politiskt stabila småföretagarkulturer är det legitimt att bygga upp ett pensionskapital i en läkarmottagning, som säljs för att trygga ålderdomen och som odramatiskt reglerar succession och nyinträde på "husläkarmarknaden" (så var också fallet med svenska provinsialläkare, apotekare och andra välfärdsaktörer som sopades bort under 1970-talets socialiseringsvåg).

Prestationsersättningen belönar – som vi har sett i rad exempel – hög tillgänglighet och produktivitet. Detta incitament är glasklart och borde vid det här laget vara oomtvistat. I sin renodlade form kan det leda till volymtänkande från läkarens sida vilket kan gå ut över kvaliteten. Samtidigt finns korrigerande krafter: utan nöjda patienter som kommer tillbaka blir verksamheten snabbt sårbar.

Kombinationen egenföretagande och prestationsersättning ger prisvärd primärvård. Det är mycket tacksamt att den belgiska husläkaren försörjer sig på endast patientavgifter (ungefär lika höga som i Sverige). Det betyder att samma läkarbesök som i Belgien netto kostar drygt 150 SEK, vid en svensk vårdcentral kostar inte bara motsvarande patientavgift utan även ersättning (via anslag eller vårdavtal) på ytterligare i genomsnitt 980 SEK, alltså cirka 1 100 SEK.⁵¹ 7–8 gånger mer än i Belgien! Även jämfört med Danmark blir skillnaden i kostnad per besök högst påtaglig. Tar vi hänsyn till att Danmark även har kapiteringsersättning kan ett danskt husläkarbesök uppskattas kosta högst en tredjedel av ett svenskt.

Det betänkliga är inte bara att svenska husläkare kostar långt mer (och är påtagligt mindre kostnadseffektiva) utan att de därtill erbjuder långt sämre service. Danskar och belgare är vana vid att snabbt få direktkontakt med sin läkare, lika snabbt få en besökstid och dessutom utanför kontorstid kunna få god vård även i hemmet. De flesta svenskar får däremot räkna med att det är tidsödande t o m att få en första kontakt, att det kan ta dagar och veckor att få besöka läkaren och att jourbesök i hemmet bara inte är att räkna med. Det kan leda till inkomstbortfall att besöka primärvården – sannolikt en av många förklaringar till att sjukhusens akutmottagningar är så konkurrenskraftiga.

Timbro Hälsas slutsats är att svenska skattebetalare och vårdkonsumenter betalar många gånger mer för en långt sämre tjänst än vårdkonsumenterna i länder där husläkarsystemet fungerar.

Dessvärre är detta logiskt. Om någon skulle komma på tanken att offentliganställa belgiska eller danska husläkare skulle säkert vårdköerna och missnöjet växa även där. Tillspetsat kan man säga att den svenska primärvården fungerar som man kan vänta sig utifrån de incitament som finns – eller kanske snarare avsaknaden av incitament.

⁵¹ Landstingsförbundet 2003d, tabell 17. Siffran avser 2001.

Den anställda läkaren har inget direkt intresse av att öka sin arbetsinsats. Det ger inget extra, om man inte gör som alltfler husläkare, d v s börjar arbeta som stafettläkare. Det är det svenska systemet i dess absurda konsekvens: landstinget vill inte betala en husläkare 50 000 kr i månaden för att arbeta i glesbygd, och får i stället hyra in (kanske samma) läkare för 150 000 kr i månaden!

Kapiteringsersättningen, som är helt dominerande i svensk primärvård, var tänkt att stödja det förebyggande arbetet. Men intrycket blir att konstruktionen är otillräcklig eller felaktigt utformad. I praktiken verkar kapiteringen försämrande när det gäller tillgänglighet och service. Allra mest lönsamt är ju att patienten inte alls kommer till doktorn eller distriktsköterskan...

”Ja ja”, hör vi vänner av den bestående ordningen säga. ”Det kan väl ligga något i det där men kom ihåg att Sverige är annorlunda! Ni kan inte jämföra vårt bara 30 år gamla primärvårdssystem med de danska och belgiska, som funnits i evigheter! Hur skulle det vara möjligt att ändra det svenska i den riktningen?”

Låt oss då ett ögonblick bortse från glasklara och urstarka mänskliga incitament som eget ansvar/egenföretagande och ersättning efter prestation, och rikta blicken mot ett annat närallgande exempel: Norge.

Norge hade fram till 2001 ett primärvårdssystem som starkt påminde om det svenska. Man hade – föga förvånande – snarlika problem: läkarbrist, dålig tillgänglighet, missnöjda vårdkonsumenter. Då genomförde man en radikal förändring – just utifrån dessa kraftfulla, positiva incitament.⁵²

Det nya norska systemet kännetecknas av:

- Husläkaren är egen företagare (tidigare var hon/han offentliganställd).
- Husläkaren ersätts genom en kombination av besöksersättning (störst vikt), kapitering och viss statlig behandlingsersättning.
- Därtill har områdesansvaret ersatts av listning. Husläkaren har gjorts till ”grindvakt” (som i Danmark) och remisstväng till specialist har införts.

På två år har läkarbristen, som vid reformen uppgick till 600 obesatta läkartjänster, minskat till i stort sett balans (100-talet husläkartjänster sägs fortfarande vara lediga). 500–600 läkare har under dessa två år sökt sig till husläkeriet, som plötsligt blivit attraktivt. Förklaringar är dels möjligheten att nu själv styra över sin verksamhet och inkomst, dels bättre arbetsförhållanden – husläkaren kan t ex vägra ta emot fler än 1 500 listade patienter.

Norge kan alltså läggas till Danmark, Belgien och en rad andra länder där grundläggande positiva regler för förvärvsverksamhet tas tillvara för att erbjuda människor god lokal sjukvård och medarbetarna attraktiva arbetsvillkor.

Sverige framstår alltmer som extremt i sitt försvar av en anställningskultur med svaga eller felaktiga incitament.

⁵² *Primärvårdens Nyheter* nr 11/2002, <www.primarvard.se/allmanbrist11.html>.

– Det är bara i Sverige och Finland vi har den här sovjetmodellen, nu när också Ryssland har tänkt om, säger Göran Sjönell, direktör för FAMMI och svensk husläkarreformatör.

Det finns onekligen svenska särdrag som talar för att resultatet blir dåligt.

Politiseringen är ett, med tvära kast mellan landstingsmajoriteter och stark ideologisk övertygelse om att medborgarna ska lyckliggöras genom en specifik lösning. Denna politiska intervention har lett till att hundratals äldre svenska läkare tvångspensionerats, samtidigt som läkarbristen tilltagit. Och ett jämlikhets- eller rättviseperspektiv tycks förhindra att vårdpersonal erbjuds tillräckligt bra betalt på ställen där det är särskilt svårt att rekrytera personal (och då blir långt dyrare inhyrda läkare och sköterskor enda utvägen).

Utbildningen av vårdpersonal i Sverige har länge varit en trång sektor. Dimensioneringen tycks aldrig komma ikapp. Regleringen motiveras av de höga utbildningskostnaderna. I Belgien – för att ta en kontrast – är läkarutbildningen fri. Det leder till många läkare men eftersom etablering också är fri fungerar här marknaden. Kostnaderna hålls nere och konkurrensen utfaller till konsumenternas fördel. Belgisk sjukvård och primärvård kostar inte mer per capita än den svenska. Kanske den svenska ekvationen inte stämmer?

Det danska och belgiska systemet, med lägre ersättningar per besök, är utformade för större patientvolymen än det svenska. Herr Jörgensen gör i genomsnitt dubbelt så många besök i primärvården som herr Svensson, och fru Dupont nästan tre gånger så många per år. (Denna typ av jämförelser kan vara vanskliga. Definitionen av ”läkarbesök” kan skilja sig åt länder emellan. Ibland tycks även telefonkonsultation räknas som ett besök, hur ska kontakt med svensk distriktsköterska bedömas, ska receptförnyelse kategoriseras som läkarbesök o s v? Men även om vi beaktar detta slags oklarheter tycks det vara uppenbart att danskar och belgare anlitar sin husläkare oftare än vad som sker i Sverige).

Att det är vanligare att gå till doktorn i dessa länder påverkar utformningen av systemet. Det bör beaktas vid en jämförelse. Men avslöjar inte skillnaden i besöksfrekvens samtidigt svenska egenheter som får anses vara konsumentvänliga? I den ”asketiska” svenska miljön brukar det heta att ”folk ska inte springa hos läkaren i onödan”. Få läkarbesök per invånare och år anses vara en indikation på god hälsa och ansvarsfullt beteende.

Timbro Hälsas konsumentundersökning visar emellertid att det finns en stor uppdämd efterfrågan på service, inte minst på udda tider och i form av hembesök. Kanske skulle svensken vilja kunna besöka den lokala sjukvården betydligt oftare – men hindras av att den är svårtillgänglig? Är det i så fall något att vara stolt över? Något starkt ekonomiskt argument kan knappast ligga bakom – trots betydligt högre vårdkonsumtion (antal husläkarbesök) kostar inte Jörgensen och Dupont sina sjukvårdssystem mer än Svensson gör. Den totala sjukvårdskostnaden är ungefär densamma i de tre länderna (som andel av BNP). Någon ”lyxkonsumtion” är därför svår att tala om i dessa länder.

En annan invändning mot detta slags jämförelser är att svensk primärvård skulle vara mycket mer avancerad och sofistikerad. Det är orättvist, lyder denna argumentation, att jämföra en belgisk ”husläkarlåda” med en ensam läkare utan kringpersonal och den svenska vårdcentralen med fem, ja ända upp till tio läkare och sjuksköterskor, barnmorskor och receptionister plus avancerad utrustning i stora lokaler.

Och visst är koncepten helt olika. Många svenska vårdcentraler påminner om ”närsjukhus” med stor bredd, medan husläkarmottagningen i Danmark och Belgien inte utger sig för att vara annat än just en husläkarmottagning. Patienter som behöver mer omfattande provtagning och behandling skickas vidare till sjukhus eller specialister, ett förhållande som naturligtvis måste beaktas vid kostnads- och effektivitetsjämförelser.

Den svenska vårdcentralen/gruppmottagningen har en betydande potential, som dock tycks vara svår att utnyttja. Vi har inte funnit några belägg för att den svenska primärvården, med sin ”helhetssyn”, stora enheter och omfattande resurser, skulle leverera bättre resultat än motsvarigheterna i Danmark och Belgien, som har snävare uppdrag. Per capitakostnaderna är jämförbara, liksom nyckeltal för folkhälsan. Tillgängligheten är överlägsen i Danmark och Belgien. Danskar och belgare är betydligt nöjdare, rekryteringsproblemen till husläkarkåren mindre. Kostnaden per läkarbesök är betydligt högre i Sverige.

Ur konsumentsynpunkt är det knappast äpplen och päron att jämföra stora vårdcentraler med ensamma husläkare. Den vård man vill ha och får är oftast av samma slag. Det svenska systemförsvaret, däremot, utgår gärna från att jämförelsen skulle vara orättvis eller osaklig. Det är mer ett uttryck för att vi i Sverige har valt en planhushållningslinje utan historisk tradition. För detta systemförsvaret tycks det vara ett argument att primärvården åläggs större uppgifter än den av landstingen tilldelas resurser för. Bara man där kommer i kapp löser sig problemen, låter det.

Men är inte denna oförmåga att på allvar genomföra de prioriteringar man talat om i 30 år en indikation på systemfel snarare än en bra ursäkt? Konsekvenserna går ju ändå ut över vårdkonsumenter, medarbetare och skattebetalare.

Där sjukvården internationellt sett fungerar väl är politiseringen låg och centralstyrningen svag. Belgien har inte ens en central sjukvårdbudget, i Danmark finns få riktlinjer för den lokala sjukvården. Politisk styrning ersätts med förhandlingar – i båda dessa länder krävs i praktiken konsensus mellan politik/regelgivare och läkarnas organisationer för att förändringar ska kunna ske. Denna institutionaliserade, nära kontakt mellan professionen och den politiska nivån ses som en betydande tillgång för ömsesidig förståelse och praktisk problemlösning. När dessa exempel kommer på tal i Sverige suckas det allmänt och avundsjukt. Varför har vi det inte så i vårt land?

Ja, det är en bra fråga!

Notabelt i detta slags jämförelser är den höga tätheten av specialistläkare i Sverige: 2,2 per 1 000 invånare, t o m fler än i USA som har 1,4 per 1000.⁵³ En möjlig förklaring är att det är mer attraktivt att bli specialist eftersom primärvården är så misshandlad och osäker. Kanske är det rent av så att först när den svenska husläkaren är en självständig småföretagare med raka rör mellan intäkt och plånbok och mellan egna ansträngningar och utvecklingsmöjligheter som det blir mer attraktivt att vara specialist i allmänmedicin än i kirurgi eller öron-näsa-hals?

Viktigt i diskussionen om reformeringen av den svenska primärvården är att bättre incitament naturligtvis inte bara avser olika kategorier av läkare. Det är enkelt att se de ”raka rören” mellan prestation och ersättning för den lilla läkarmottagningen. Om vi i Sverige vill bevara större enheter med flera yrkesgrupper måste morgondagens ersättningssystem och

⁵³ OECD Health Data 2002.

arbetsformer anpassas så att alla slags medarbetare får starka motiv att vara effektiva. Generellt rör sig sjukvården internationellt bort från stark läkarfokusering till att främst sjuksköterskor, men även andra yrkeskategorier, får ökat inflytande och ökade befogenheter. Timbro Hälsas uppfattning är att nya ersättningssystem måste utgå från att revirgränser avvecklas, konstlade yrkesroller försvinner och att alla medarbetare motiveras att göra bästa möjliga insats utifrån sina uppgifter och förutsättningar. I morgondagens ersättningsmodell spelar slutresultatet – inklusive ”nöjd kund”-faktorn” – en avgörande roll.

Det finns många intryck och slutsatser från våra grannländer att ta del av när den oundvikliga svenska husläkarreformen ska läggas fast. Det går inte längre att hänvisa till osäkerhet, brist på föredömen eller något specifikt svenskt att slå vakt om. Sverige håller på att bli sämst i klassen. Men det finns hopp. Vi behöver inte gå långt för att finna de goda exemplen. De bygger på naturliga, logiska drivkrafter. De ger bättre resultat och kostar mindre än dagens illa fungerande svenska primärvård.

Hur länge till ska ”var god dröj” -inställningen godtas?

REFERENSER

FAMMI 2002

”Problem detection study : läkare och distriktssköterskor 2003.” Stockholm: Thams & Nyås Management AB för Familjemedicinska rådet, 2003. Kan laddas ner som pdf under rubriken Fammis pds-undersökning, <www.fammi.se/fammi-web/jsp/polopoly.jsp?d=128&a=1095>.

Geelmuyden.Kiese 2002

”Mångfald i vården : personalenkät”, utförd av Geelmuyden.Kiese AB på uppdrag av Stockholms läns landsting, se <www.sll.se/docs/w_mangfald/enkat/enkat2.pdf>.

Kungl Maj:ts proposition 1969:125

”Kungs Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring m m.” Stockholm: Riksdagen, 1969.

Landstingsförbundet, 2003.

”Rapport om inhyrda läkare.” Stockholm: Landstingsförbundet, arbetsgivaravdelningen, mars 2003.

Landstingsförbundet 2003b

Aidemark, Lars-Göran, Lindkvist, Lars & Rydberg, Lennart, ”Mångfald i vården : att skapa alternativa driftsformer.” Stockholm: Landstingsförbundet, 2003.

Landstingsförbundet 2003c

”Redovisning nr 2 av sjukvårdshuvudmännens krav på remiss i öppen vård.” Skrivelse från Landstingsförbundets avd för hälso- och sjukvårdspolitik, december 2002 (Dnr 16/02).

Landstingsförbundet 2003d

Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner : statistik för 2001. Stockholm: Landstingsförbundet, 2003. Rapporten nedladdningsbar från <www.lf.se/sek/tankstatistik.htm>.

Landstingsförbundet 2003e

”Väntetid till allmänläkare : tredje nationella mätningen : våren 2003.” Stockholm: Landstingsförbundet, 2003, se <www.parks.it/parco.appia.antica/mapl.html>.

Landstingsförbundet 1997

Svalander, Per-Axel, Jungner, Torsten & Lindqvist, Rikard, *Kostnadsjämförelser : privata & offentliga läkarmottagningar.* Stockholm: Landstingsförbundet, 1997.

Läkarförbundet 2003

”Hur går det med den nationella handlingsplanen? : en uppföljning av Läkarförbundet.” Rapport från Sveriges Läkarförbund, 2003.

SLL 2002a

”Revisionsrapport : projektrapport : hälso- och sjukvårdens ersättningssystem – delrapport avseende husläkarverksamhet/primärvård.” Stockholm: Landstingsrevisorerna november 2002 (Rapport 18).

SLL 2002b

”Revisionsrapport : projektrapport : hälso- och sjukvårdens ersättningssystem.” Stockholm: Landstingsrevisorerna december 2002 (Rapport 23/02).

SLL 1995

”Revisionsrapport : projektrapport : husläkarverksamheten inom Stockholms läns landsting.” Stockholm: Landstingsrevisorerna februari 1995 (Rapport 3/95).

Socialstyrelsen 2003a

”Hälso- och sjukvård : lägesrapport 2002.” Stockholm: Socialstyrelsen, 2002, se <www.sos.se/FULLTEXT/131/2003-131-5/Sammanfattning.htm>, varifrån hela rapporten kan laddas ner.

Socialstyrelsen 2003b

”Verksamhetstillsyn i primärvården i norra sjukvårdsregionen : rapport från verksamhetstillsyn vid tio vårdcentraler.” Stockholm: Socialstyrelsen, 2003 (Artikelnr 2003-109-5).

Socialstyrelsen 2002a

”Komma fram och känna förtroende : befolkningens syn på tillgänglighet och fast läkarkontakt i primärvård.” Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.

Socialstyrelsen 2002b

Vårdens värde : vad får vi för pengarna i vård och omsorg? Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.

Socialstyrelsen 2002c

”Hur tillgänglig är vårdcentralen?” Utvärdering av den nationella handlingsplanen. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002 (Artikelnr 2002-109-8).

Socialstyrelsen 1996

”Primärvårdsuppföljningen 1996:4.” Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.

WHO 2001

Health care systems in transition : Sweden. Köpenhamn: WHO/European Observatory on health care systems, 2001, se <www.euro.who.int/document/e73430.pdf>.

WHO 2000

Health care systems in transition : Belgium. Köpenhamn: WHO/European Observatory on health care systems, 2000, se <www.euro.who.int/document/e71203.pdf>.

Bilaga 1.

Ersättningsformer för vårdcentraler/husläkare inom Stockholms läns landsting

1. Fasta ersättningar, SEK

Ersättning	Belopp / Kommentar					
	NÖSO	NVSO	SÖSO	SSSO	SVSO	NSSO
Lokalkostnadsersättning		Ja, för < 1200 m ²	Ja för nyetabl		Hyra + avskrivn	Hyra (Kista)
Hysesstöd (för privata)			Ja			
Etableringsstöd	Ja					
Justeringsersättning		JA				

2. Fasta ersättningar med tydligt åtagande

Ersättning	Belopp / Kommentar					
	NÖSO	NVSO	SÖSO	SSSO	SVSO	NSSO
Social justering (t ex geografiska områden)			Ja		Ja	Ja
Områdesåtagande	2 % av kapitering	Fast belopp	2 % av kapitering		42 kr (0–74) 882 kr (75–)	Ja
Förstärkt telefonrådgivning		10 tim/v				
Sommaranslag	Ja		Ja			
Hälsoteamersättning			Ja			
Närlaboratorium	Fri nyttighet	500 tkr				
Extra husläkare (f d Turbo)						1300 tkr/år
Extra medicinsk service		2,2–5,1 mkr				
Särskilt boende: Totalsumma		Ja				
Rehab, kuratorer: Fast belopp			Ja		Ja	
Psykosocialt team						95 833/mån
Särskilda sjuksköterskeinsatser	Ja	4 tim/vecka			Ja	Ja
Med fotvård (mottagn-/hembesök)		Fast belopp				

3. Kapitering

Ersättning	Belopp / Kommentar						
		NÖSO	NVSO	SÖSO	SSSO	SVSO	NSSO
Listade och olistade	0-64	800				405	
	65-74	1600				809	
	75-w	2400				1214	
Listade och olistade, 5 nivåer	0-64			488-652			
	65-74			976-1305			
	75-w			1464-1957			
Lista och olistade Olika geogr områden	0-64		404,420,484				462,582,700
	65-74		808,840,968				924,1164,1400
	75-w		1212,1260,1452				1386,1746,2100
Enbart listade patienter	0-14				974-1836		
	15-64				737-1498		
	65-74				1239-2242		
	75-w				1794-3949		
Olistade patienter	0-14				Som ovan, - 75 kr		
	15-64				Som ovan, - 75 kr		
	65-74				Som ovan, - 75 kr		
	75-w				Som ovan, - 75 kr		
Avvikelse för aktiv listning från andra SO (Team/Läkare/Dsk)	0-64	556,469,132	X, X, (54-56) (motsv avdrag)				
	65-74	1111, 938, 264	X, X, (108-112) (motsv avdrag)				
	75-w	1668,1407,396	X, X, (168) (motsv avdrag)				
Separat val: Läkare/distriktssköterska, Olika områden	0-64						582/452/130; 700/542/158
	65-74						1164/904/260; 1400/1083/316
	75-w						1746/1356/390; 2100/1626/474
Medicinsk service: kapitering, listade och olistade				259		280	
Medicinsk service: kapitering efter ålder	0-14				X		
	15-64				X		
	65-74				X		
	75-w				X		
Basal hemsjukvård: Ersättning per invånare			90			110	
Basal hemsjukvård: Kapitering för Personer över 65 år				837			
Jour: Kapitering för vissa enheter				71			

4. Rörliga ersättningar

Ersättning	Belopp / Kommentar					
	NÖSO	NVSO	SÖSO	SSSO	SVSO	NSSO
Ers f vård från andra län	Ja		Ja	Ja		
Ers f vård t utomlandspatienter	Ja		Ja	Ja		
Besöksers mottagning (DSK/SSK/USK och läkare)	0-w Frikort Grupp Grupp(frikort/barn)			80, 150 80, 150 60, 120 60,120		
Asylsökande besöksers + patientavg	Läkare 600+50 DSK 300+25	Ja Ja				mottagning mottagning
Uppdrag utanför avtalet ersätts m timersättning under dagtid	Ja			Ja		Ja
Medisinsk service: SO betalar	NÖSO betalar					NSSO betalar
Basal hemsjukvård: besöksersättning DSK		217	244		173+60	
Basal hemsjukvård: Besöksersättning USK		217	170		173+60	
Basal hemsjukvård: besöksers f grupp 1 & 2 i hemmet för läkare mellan 8-17		180			173+60	Ja
Basal hemsjukvård: kompensation f utebliven patientavg vid läkarbesök						180
Basal hemsjukvård: besöksers vard 8-17 (olika geogr områden)						237,205
Basal hemsjukvård: besöksers helger 8-17 (olika geogr områden)						307,266
Basal hemsjukvård: besöksers i hemmet (DSK/SSK/USK o läkare)	0-18 18- Frikort Grupp			120,220 120,220 120,220 0,80		
Hemsjukvård: Besöksers tung hemsjukvård (30%<85 år, snittbesök <45 min)						307 (omgjort)
Hemsjukvård: Särskild ers f besök över 2 tim per dag (dvs ej basal hemsjukvård)	Ja					
Hemsjukvård: ersättning per inskriven patient				Ja		
Särskilt boende: Per sjukhusplats (listad/olista)			5400/5400			
Särskilt boende: Per sjukhusplats (servicehem,sjukhem,korttid)						5000,6000,9000
Rehab: Besöksersättn	Ja		Ja			
Medicinsk fotvård (mottagn-/gembesök)	Ja				Ja	320/420

5. Målrelaterad ersättning

Ersättning	Belopp / Kommentar					
	NÖSO	NVSO	SÖSO	SSSO	SVSO	NSSO
Ersättning för måluppfyllnad		Ja	5% av den ersättningen		2 % av kap/0,76+% 6 msek	Ja 29 100/HL
Negativ stimulansersättning				3 % av total ersättning hålls inne tills mål är uppnådda		
Reduktion vid låg läkarbemanning med hänsyn tagen till antal invånare per läkare		Ja		Ja		

Bilaga 2. Ersättningsnivåer för danska husläkare

Dagtid

Grundhonorarer og honorarer, DKR

Ydelse	Ydelse- nummer	Måndag-fredag 8-16	
		<u>Grund</u>	<u>Honorar</u>
Konsultation	0101	85	105,57
Forebyggelsekonsultation	0103	85	105,57
Forebyggelsekonsultation vedr. iskamisk hjertesygdom	0104	289,98	360,16
E-mailkonsultation	0105	40	49,68
Telefonkonsultation	0201	20	24,84
Sygebesøg indtil 4 km (zone 1)	0411	142,47	176,95
Sygebesøg fra påbeg 5 km indtil 8 km (zone II)	0421	169,60	210,64
Sygebesøg fra påbeg 9 km indtil 12 km (zone III)	0431	195,13	242,35
Sygebesøg fra påbeg 13 km indtil 16 km (zone IV)	0441	220,82	274,26
Sygebesøg fra påbeg 17 km indtil 20 km (zone V)	0451	246,70	306,40
Sygebesøg fra påbeg 21 km Og derutöver (zone VI)	0461	262,71	326,29
Afstandstaks for hver påbegyndt km over 21	2301	6,41	7,96
Sygesøg på ruten	0491	142,47	176,95
2, 3 m fl. sikrede ved samme besøg på instution	1208	24,35	30,24
Kørselsgodtgørelse indtil 20 000 km	9001		3,34
Kørselsgodtgørelse over 20 000 km	9002		1,84

Bilaga 3.

Prislista för belgiska husläkare, EUR

AVIS – CONSULTATIONS – VISITES AU 1er AVRIL 2003.

MEDECINS ACCREDITES

101076	Consultation au cabinet du médecin accrédité	17.00	15.81	12.37
101076	Consultation dans le cadre du DMG	17.00	16.17	13.76
103132	Visite par le médecin au domicile	21.59	19.87	14.04
103132	Visite dans le cadre du DMG	21.59	20.39	16.31
104355	Consultation du médecin appelé par un médecin au domicile du malade	26.58	24.98	18.61
104215	Visite effectuée au domicile du malade entre 18 et 21 h.	28.63	25.34	19.35
104230	Visite effectuée au domicile du malade la nuit entre 21 et 8 h.	51.19	46.05	34.01
104252	Visite effectuée le WE du samedi 8 h. au lundi 8 h. au domicile du malade	30.68	27.16	20.68
104274	Visite au domicile du malade au cours d'un jour férié	30.68	27.16	20.68
— Visite à <u>plusieurs bénéficiaires</u> à leur domicile commun, à l'occasion d'un même déplacement:				
103412	deux bénéficiaires, par bénéficiaire	18.63	17.06	12.11
103412	Visite dans le cadre du DMG	18.63	17.54	14.07
103434	trois bénéficiaires, par bénéficiaire	17.78	16.47	11.56
103434	Visite dans le cadre du DMG	17.78	16.87	13.43
— Visite <u>dans un établissement</u> ou séjourment des enfants, des convalescents ou des handicapés:				
103515	à un bénéficiaire	21.59	19.90	14.04
103515	Visite dans le cadre du DMG	21.59	20.41	16.31
103530	à deux bénéficiaires, à l'occasion d'un même déplacement, par bénéficiaire	18.63	17.06	12.11
103530	Visite dans le cadre du DMG	18.63	17.54	14.07
103552	à trois bénéficiaires, par bénéficiaire	17.78	16.47	11.56
103552	Visite dans le cadre du DMG	17.78	16.87	13.43
— Visite dans une <u>maison de repos</u> et de soins ou en maison de repos pour personnes âgées:				
103913	à un bénéficiaire	21.59	19.90	14.04
103913	Visite dans le cadre du DMG	21.59	20.41	16.31
103935	à deux bénéficiaires, par bénéficiaire	18.63	17.06	12.11
103935	Visite dans le cadre du DMG	18.63	17.54	14.07
103950	à trois bénéficiaires, par bénéficiaire	17.78	16.47	11.56
103950	Visite dans le cadre du DMG	17.78	16.87	13.43
<u>Supplément</u> pour consultation d'urgence au cabinet				
102410	lorsque la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 et 21 h.	10.24	9.59	7.79
102432	lorsque la consultation est effectuée la nuit entre 21 et 8 h.	18.45	17.09	13.54
<u>Suppléments</u> aux visites n° 103412, 103434, 103515, 103530, 103552, 103913, 103935 ou 103950				
104296	lorsque la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou jour férié entre 8 et 21 h.	10.24	9.59	7.38
104311	lorsque la visite est effectuée la nuit entre 21 et 8 h.	30.75	29.39	20.71
104333	lorsque la visite est effectuée le soir entre 18 et 21 h.	8.18	7.74	6.04
104370	Visite à un patient palliatif	21.59	21.59	21.59
104392	Visite à un patient palliatif entre 18 et 21 h.	28.63	28.63	28.63
104414	Visite à un patient palliatif entre 21 et 8 h.	51.19	51.19	51.19
104436	Visite à un patient palliatif le WE du samedi 8 au lundi 8 h.	30.68	30.68	30.68
104451	Visite à un patient palliatif un jour férié c.à.d. depuis la veille de ce jour férié à 21 h jusqu'au lendemain de ce jour à 8 h.	30.68	30.68	30.68

Ouverture du DMG

102771		17.00	17.00	17.00.
--------	--	-------	-------	--------

PRESTATIONS SPECIFIQUES DES MEDECINS GENERALISTES AGREES.

109701	Visite à un patient dans un service de soins palliatifs	21.75	21.75	21.75
109723	Visite à l'hospitalisé	21.75	19.58	16.32
109734	Assistance dans l'ambulance	21.75	19.58	16.32

AVIS

109012		3.06	2.76	2.30
--------	--	------	------	------

a Honoraires

b Remboursement VIPO

c Remboursement ordinaire. à

Bilaga 4.

Undersökning från Timbro Hälsa/Temo

Höga förväntningar på primärvården sviks Fyra av fem vill kunna nå husläkaren utanför kontorstid

Svenska folket förväntar sig mycket mer av primärvården än man får. Åtta av tio svenskar vill kunna nå sin husläkare även utanför kontorstid. Och fyra av tio skulle ha anlitat sin läkare för hembesök. Det visar en undersökning som Temo gjort för tankesmedjan Timbro Hälsa. Men dagens primärvård erbjuder varken jourkontakt eller hembesök.

Temo ställde tre frågor:

Hur viktigt tycker du att det är att din husläkare kan göra hembesök när du är sjuk?

62 procent av de tillfrågade svarade att det var viktigt: (21 procent ”mycket viktigt”, 40 procent ”viktigt”). Äldre människor och personer med låga inkomster uppvisade större intresse för hembesök (74 respektive 69 procent) än i hela befolkningen. Boende i södra Sverige var mest intresserade av möjligheten till hembesök – 71 procent ansåg att det var viktigt eller mycket viktigt.

Hur viktigt tycker du att det är att dygnet runt, alla dagar i veckan, kunna få kontakt med den lokala sjukvården, d v s din husläkare, den närmaste vårdcentralen etc.

Hela 84 procent ansåg det viktigt att dygnet runt kunna nå kontakt med den lokala sjukvården (49 procent ”mycket viktigt”, 35 procent ”viktigt”). Det är främst unga som anser det mycket viktigt att alltid kunna nå sin husläkare eller andra delar av den lokala sjukvården. I åldergruppen 16-29 år anger 63 procent detta som ”mycket viktigt”, jämfört med 49 procent för befolkningen som helhet och 48 procent av personerna över 60 år.

Om det hade varit möjligt att få sjukbesök av läkare hemma och om det var möjligt att på kvällar och helger komma i kontakt med den lokala sjukvården, tror du då att du under det senaste året skulle ha använt dig av någon eller båda dessa möjligheter?

Om möjligheten funnits skulle 8 procent av samtliga svarande under det senaste året ha utnyttjat möjligheten att få hembesök, och 20 procent skulle ha kontaktat den lokala sjukvården utanför kontorstid. 16 procent angav att de skulle ha utnyttjat båda dessa möjligheter. Fyra av tio svarande skulle sålunda ha anlitat olika slags jourtjänster i primärvården – om möjlighet funnits!

Ensamstående med barn är den grupp som är mest intresserad av utökad service. Hela 32 procent av denna kategori ansåg det ”mycket viktigt” att kunna få hembesök och ytterligare 36 procent ansåg det ”viktigt”. 67 procent fann det ”mycket viktigt” att dygnet runt kunna få kontakt med den lokala sjukvården (jämfört med 49 procent av befolkningen i dess helhet).

36 procent av ensamstående med barn uppgav att de hade velat ha hembesök såväl som jourkontakt med den lokala sjukvården under det senaste året.

Intresset av mer lättillgänglig primärvård tycks variera även med inkomst och utbildning. Låginkomsttagare och lågutbildade är mer angelägna. 92 procent av de svarande med högst 150 000 kronors årsinkomst tycker att möjlighet till kontakt dygnet runt är viktig mot 78 procent i inkomstläget 400 000 kr och däröver. 54 procent av dem med bara grundskola uppgav att de det senaste året skulle ha anlitat hembesök och jourkontakter, mot 39 procent för högskoleutbildade.

Uppdelat efter politiska sympatier var kristdemokratiska sympatisörer mest intresserade av hembesök (76 procent) och centerpartister minst (53 procent). Bland husläkarnas främsta förespråkare, folkpartisterna, var bara 54 procent intresserade av hembesök.

När det gäller möjligheten att nå den lokala sjukvården på udda tider var skillnaderna mindre – miljöpartister var med 77 procent minst intresserade, kristdemokrater med 92 procent mest angelägna.

Undersökningen gjordes av Temo den 24–27 mars 2003 genom telefonintervjuer med 1 002 personer.