

Vinst för vården (II)

Utreddningen om sjukvårdens ägarformer i framtiden (se även föregående veckas ledare) frågar i sitt delbetänkande »Vinst för vården« om remissinstansernas syn på ett förbud mot s k blandad finansiering av sjukhus. Sjukvårdsproducenter skulle därmed tvingas välja mellan att antingen enbart ägna sig åt den offentligt finansierade vården eller enbart privat finansierad vård. Läkarförbundets centralstyrelse har i sitt remissyttrande svarat nej till detta.

I klartext handlar frågan om regeringens dilemma att finna en smakfull ersättning för den konstitutionellt kritiserade s k stopplagen. Denna tillkom som bekant med syftet att förhindra landsting att sälja akutsjukhus till vinstdrivande intressenter, men kritik framfördes även från regeringens samarbetspartier mot denna inskränkning av det kommunala självbestämmandet.

Idén är nu i stället att genom administrativa och restriktiva föreskrifter av mer generell karaktär uppnå samma syfte som stopplagen. Ett förbud mot blandad finansiering skulle sannolikt göra det ointressant för risktagande kapital att överta tidigare landstingsdriven vård.

Är detta rationellt? Kan det finnas några rimliga skäl till att i en sjukvårdsstruktur som idag kännetecknas av patientköer, begränsad tillgänglighet och överanstängda medarbetare inte ta till vara alla de vårdresurser som på ett eller annat vis kan ställas till förfogande?

En reglering som förhindrar blandad finansiering rycker dessutom undan grunden för en rad redan befintliga privata vårdalternativ. T ex skulle Sophiahemmet och andra privata enheter inte kunna ta emot patienter remitterade från landstingen.

I sitt remissvar över detta alternativ framhåller Läkarförbundet att man inte kan se några rationella argument för en sådan reglering. Nyckelordet borde i stället – som framhölls i föregående ledare – vara *konkurrensneutralitet*.

I konsekvens med detta borde man dessutom avskaffa det förbud mot blandad finansiering som idag finns i kommunallagen när det gäller *de offentliga vårdgivarna*. Skulle det någonstans på våra sjukhus runt om i landet finnas viss överkapacitet framstår det som rimligt att

sälja detta utrymme, oavsett om köparen är privat eller ett annat landsting (vårdgarantin!).

Ett viktigt villkor för blandad finansiering är då att landstingen kan säkerställa en lika vård för alla. Det krävs också en tydlig särredovisning för resultatenheter, och några dolda subventioner får inte förekomma. En blandad finansiering får inte leda till undanträngningseffekter eller lägre vårdkvalitet för någon patientkategori.

Utreddningen ställer också frågan om dagens sjukvårdshuvudmän behöver ha någon verksamhet i egen regi. Från principiell synpunkt är svaret nej – det är vårdens innehåll och inte dess driftsform som är intressant. Men visst kan även landstingen bidra till den mångfald av producenter som Läkarförbundet förordar.

I realiteten kommer landstingen under överskådlig tid att ha kvar en stor del av vårdproduktionen i egen regi. Det kan även finnas skäl för att viss myndighetsutövande verksamhet som rättspsykiatri och smittskydd förblir offentlig.

Oavsett om produktionen sker privat eller offentligt är det väsentliga att den medicinska professionen och övriga medarbetare i vården – liksom patienterna och deras organisationer – får ett bättre inflytande över vårdens utveckling och organisation.

Sammanfattningsvis – låt många blommar blomma. Ta till vara alla de seriösa entreprenörer och intressenter som är beredda att ge sig in på den osäkra sjukvårdsmarknaden. Låt dem konkurrera om både offentliga och privata patienter, på lika ekonomiska villkor men också lika krav på tillsyn, tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet.



Uno Käärik

Uno Käärik
politisk redaktör
uno.kaarik@lakartidningen.se

Brobygge i söder

Avståndet mellan grundforskning å ena sidan och patientnära forskning och praktisk sjukvård å den andra kan som bekant vara stort och svårt att överbrygga. Skillnaderna i kultur och traditioner är inte sällan betydande. Det är emeller-

Kommentar

tid lätt att inse att en god kommunikation mellan nivåerna är av stor betydelse för hur nya forskningsrön bäst och snabbast skall finna tillämpningar i vården av patienterna.

I veckans reportage (se sidorna 5059–61) ges ett intressant exempel på hur man i Lund och Malmö är i färd med en medveten och långsiktig strategi för att knyta ihop verksamheterna. Målet är att även få in övriga sjukhus i Region Skåne i processen.

Baserat bl a på internationella erfarenheter sker nu ett brobygge mellan kulturerna genom en rad strukturerade verksamheter. Mycket talar för att man även i andra delar av landet kommer att kunna dra nytta av den kunskap som Skåne-projektet genererar.

Inte minst kan detta då bli till nytta även för forskarna själva. Som det framhålls i reportaget är det svårt att motivera ett meritvärde av forskningsarbete om inte forskningen samtidigt är lönsam för sjukvården. En ökad integrering kan bidra till forskningens ställning även i merithänseende. •

Ingen överrisk för cancer i läkaryrket

Den slutsatsen kan man sannolikt och dessbättre dra av den stora studie av cancerriskerna bland svenska läkare som Läkarförbundet beställt av yrkesmedicinsk expertis.

En viss översjuklighet i några hudcancerformer samt i bröstcancer för kvinnliga läkare kan ha andra förklaringar än arbetsmiljöfaktorer – t ex socioekonomiska faktorer, framhålls det.

Någon uppdelning på specialiteter har dock inte kunnat göras. Så något svar på frågan om vad som orsakar den ökade dödligheten bland svenska anestesiologer ger undersökningen tyvärr inte. •