

Läkarförbundet om utökad läkarutbildning: Högskoleverkets sak att bedöma Örebros lämplighet

■ Mikael Hasselgren skriver i en debattartikel i LT 41/2009 (sidorna 2588-9) och ber om Läkarförbundets stöd för att läkarutbildning ska startas i Örebro.

Frågan om hur många läkare som behöver utbildas i Sverige är inte lätt. Läkarförbundet har under flera år gjort bedömningar av hur tillgång och efterfrågan kommer att

se ut framöver och hur detta motsvarar behoven. Med facit i hand kan vi konstatera att vi ständigt missbedömt, dvs underskattat, efterfrågan. Den har varje år klart överstigit våra beräkningar. Inte ens under krisåren på 1990-talet minskade efterfrågan. Antalet anställda läkare fortsatte att öka trots att antalet anställda totalt i sjukvården minskade.

Läkarförbundet har inga synpunkter på valet av orter där läkarutbildning bedrivs. Det vi värnar är att kvaliteten är hög. Vi anser att läkarnas kompetens och akademiska förankring säkerställs genom att examensrätt för läkarutbildning ges enbart till kompletta medicinska fakulteter.

Det är Högskoleverket som gör bedömningen av om Öre-

bro uppfyller de kriterier som är uppställda. Det är inte Läkarförbundets uppgift.

Eva Nilsson Bågenholm
ordförande,
Sveriges läkarförbund

Hans Hjelmqvist
ordförande,
Läkarförbundets utbildnings-
och forskningsdelegation

Kina storsatsar på offentlig sjukvård

■ Från 1952 till 1982 skedde en enorm förbättring i Kinas hälsostatus. En viktig orsak var att sjukvården, som ägdes, finansierades och bedrevs av den offentliga sektorn, byggdes ut kraftigt. Spädbarnsdödligheten föll från 200 till 34 per 1 000 levande födda, och den förväntade livslängden nästan fördubblades, från 35 år 1952 till 68 år 1982.

Men sedan 1980-talet har nedskärningar i de offentliga utgifterna, kombinerade med storskaliga privatiseringar, lett till stor och ökande ojämlikhet. Tjänster som tidigare var gratis är nu belagda med avgifter i vinstdrivna sjukhus. Ett försäkringssystem har införts, men 80 procent av landsbygdens fattiga omfattas inte av detta. Sjukvårdsinrättningar och personal på landsbygden är helt otillräckliga för att svara mot behovet, vilket leder till kraftiga skillnader i hälsoläget. Till exempel är spädbarnsdödligheten nu tre gånger större på landsbygden än i städerna. Sjukdom är nu den ledande orsaken till fattigdom på landet [1].

År 2007 drog man i en regeringsrapport slutsatsen att framgångarna med Kinas sjukvårdssystem under plan-

ekonomitiden berodde på den dominerande rollen som den offentliga sektorn då spelade. Vidare konkluderade man att de marknadsbaserade reformerna sedan 1980-talet lett till att rättvisa, jämlikhet men även investeringsbenägenhet minskat i hälsosektorn till följd av att man låtit marknaden råda alltför ore-glerat [2].

I april i år tillkännagav den kinesiska regeringen reformer som ska råda bot på de svåra och växande problemen. Planen definierar basal sjukvård som en »public service» som ska vara tillgänglig för alla medborgare. Man kommer att investera motsvarande 124 miljarder dollar under en treårsperiod för att bygga ut den offentliga sjukvården [3]. Ett övergripande mål är att införa en basal sjukförsäkring för 90 procent av befolkningen [4]. Några detaljer i planen kan nämnas:

- Minst en klinik ska etableras i varje by före 2011. Sjukhus i städer ska byggas från 2009, och ytterligare 2 000 sjukhus ska byggas på länsnivå, så att varje län ska ha ett sjukhus som möter fastställda nationella normer senast 2011.
- 3 700 bykliniker och 11 000 vårdcentraler ska byggas i tätorter. Dessutom ska rege-



Foto: ChinaFotoPress/IBL

En grundläggande sjukförsäkring som omfattar 90 procent av befolkningen ska införas i Kina.

ringen bygga 2 400 vårdcentraler i områden med särskilda behov.

- En kraftigt ökad insats för att utbilda personal för arbete på landsbygden och incitament för sjukvårdspersonal att arbeta på landsbygden.
- Ett basläkemedelsprogram ska startas med 307 olika mediciner för att hantera stigande läkemedelspriser och bristande tillgänglighet [5].

Fenomenet med Kinas satsning på den offentliga sjukvården är intressant, då den allmänna trenden varit satsningar på privat vård. I låginkomstländer har Världsbanken och vissa givarländer ut-

övat kraftiga påtryckningar för att privatisera redan offentlig sjukvård och att avreglera sjukvården. Utvecklingen i Kina kan ses som ett stort experiment i denna riktning, ett experiment som inte fallit särskilt väl ut och vars konsekvenser man nu försöker reparera. Det vore värt att studera erfarenheterna av den kinesiska satsningen för att se vad andra länder kan lära av dem.

Anders Jeppsson
läkare och antropolog,
Socialmedicin och global hälsa,
Lunds universitet, Malmö
Anders.Jeppsson@med.lu.se

REFERENSER

1. Ramzy A. China's new healthcare could cover millions more. <http://www.time.com/time/world/article/0,8599,1890306,00.html?xid=rss-world>
2. Huong DB, Phuong NK, Bales S, Jiaying C, Lucas H, Segall M. Rural health care in Vietnam and China: conflict between market reforms and social need. *Int J Health Serv.* 2007;37:555-72.
3. Lawrence D, Liu J. China's \$124 billion health-care plan aims to boost consumption. <http://www.bloomberg.com/apps/news?pid=20601080&sid=aXFagkr3Dr6s&refer=asia>
4. KPMG international. <http://www.kpmg.com/SiteCollectionDocuments/Issues-monitor/Issues-Monitor-Healthcare-May-2009.pdf>
5. China unveils action plan for universal access to health care. http://english.gov.cn/2009-04/07/content_1279122.htm