

Om vinst i vården:

USA är inte modellen!

Motståndare till ett ökat privat inslag i svensk sjukvård drar omedelbart upp amerikansk sjukvård som en motbild. Bättre exempel finns dock på närmare håll. Åtskilliga europeiska länder har ett större inslag av privat vård än Sverige utan att folkhälsan försämrats eller kostnaderna drivits upp.

Läkartidningen 28–29 /07 (sidorna 2091–2) hävdar Bengt Järhult att svensk sjukvårdsdebatt »de senaste åren kantrat över i en ovetenskaplig tilltro till marknadstänkande och privatiseringens välsignelser« – ett diskutabelt påstående.

Vad som skett är ju, att vi efter decennier av icke-debatt, där den offentligt bedrivna sjukvården varit sakrosankt och höjd över all kritik – och alternativa förslag därmed per definition avförts som oacceptabla! – nu åtminstone öppet kan diskutera andra lösningar. Samtidigt är Järhults inlägg ett av många bevis för, att motståndet mot »privatisering« ingalunda försvunnit. Så bra – debatten lever!

Störande med Järhults inlägg är att han – som så många andra – omedelbart drar upp amerikansk sjukvård som motbild. Därmed havererar den seriösa debatten från början, eftersom nog ytterst få i Sverige vill apa efter USA.

En sjukvård, vars andel av BNP är 1,5–2 gånger så stor som övriga västländers, samtidigt som mer än 60 miljo-

ner människor står utan sjukförsäkring, och folkhälso- läget hamnar på 18:e plats i internationell jämförelse, är naturligtvis inget att stå efter.

Bättre exempel finns på närmare håll. Åtskilliga europeiska länder har ett större inslag av privat sjukvård än Sverige, utan att detta drivit upp kostnaderna – eller försämrat folkhälsan – på samma sätt som i USA. Om dem läser jag inget i Järhults – eller andra privatiseringsmotståndares – inlägg.

En fördel med att arbeta på ett universitetssjukhus är att man träffar kolleger med rötter i andra länder och sjukvårdssystem – varvid det blir naturligt att över en och annan kopp kaffe dryfta likheter och skillnader, för- och nackdelar med olika system. Sålunda har ett par tyska kolleger påpekat, att begreppet »vårdkö« inte bara är okänt utan också obegripligt i Willy Brandts och Gerhard Schröders hemland.

Såvitt känt lever inte stora delar av Tysklands befolkning utanför trygghetssystemen, och de lider knappast

heller av ett försäkringsgrundat system som innebär att patienten utgör en inkomstkälla för vårdgivaren – inte en budgetbelastning som hos oss!

Frankrike och Storbritannien har likaså ett avsevärt större inslag av privata vårdutövare än Sverige – veterligen utan att detta exkluderar stora delar av befolkningen, och utan att Francois Mitterand respektive Tony Blair försökt att i grunden reformera sjukvårdssystemen.

För drygt två år sedan gjorde jag mitt livs värsta skidturpa i Saalbach, Österrike, kl. 10.30 på förmiddagen. Efter helikoptertransport till Allgemeines Öffentliches Krankenhaus, Zell am See, intagningsundersökning med röntgen (sub- och petrokantär femurfraktur) och labbprov, följd av någon timmas väntan på att det skulle ha gått sex timmar sedan jag ätit frukost (!), opererades jag och vaknade på postop kl. 15.50.

Kolleger på sjukhus vid Sveriges stora skidorter får rätta mig vid behov, men så färm expedition tror jag knappast att svensk sjukvård mäktat med – inte på grund av bristande professionell duglighet, utan för att svensk sjukvård av politiska skäl organiseras på annat sätt.

En rimlig »privatisering« av svensk sjukvård innebär, att de fortfarande ansvariga sjukvårdshuvudmännen – hur många/få de nu kommer att vara om några år – köper vård av kontrakterade entreprenörer. Ett sådant system ställer

stora krav på sjukvårdshuvudmännen vid utformandet av upphandlingens kravspecifikation, men därefter har de också långtgående möjligheter att kräva, att avtalade tjänster levereras.

Beställar-/utförarmodeller inom de svenska landstingen har varit ett gissel – låtsasekonomi – la ett parti Monopol, eftersom beställare och utförare finns i samma organisation, under samma landstingsdirektör! Regleras beställning och utförande i stället i riktiga kontrakt mellan två parter, renodlas rollerna.

Sjukvårdshuvudmannen får inför väljarna svara för gjorda beställningar av vård, varför större krav ställs på långsiktig planering. Samtidigt ges utförarna möjlighet att med ett längre perspektiv planera och genomföra uppdraget. Detta kan då ske utan risk för att någon korttänkt och klåfingrig maktthavare plötsligt spolieerar allt deras arbete genom att – än en gång – av någon anledning ändra uppfattning, riva upp beslut och vilja styra åt ett helt annat håll (vilket svensk sjukvård sett alldeles för mycket av under de senaste decennierna). Ett sådant kontraktsbrott blir nämligen *dyrt!*

De klassiska honnörorden för den väl inarbetade svenska modellen är svåra att invända mot. Problemet är att den sedan länge inte levererar vad politikerna lovar – en ny Rolls-Royce till priset av en begagnad Fiat.

Försöken att råda bot på problemet har skändligen misslyckats i flera decennier och i stället förvärrat situationen. Är det då inte skäl att prova något annat?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*



BROR GÄRDELÖF
anestesiöverläkare,
Linköping
Bror.Gardelov@lio.se