

LEDARE

Ledare: Sjukvården i Sverige är underfinansierad



PUBLICERAD 2003-11-06

UTVALD LÄSNING I DIN MEJLBOX

DN:s chefredaktör Peter Wolodarski väljer ut veckans mest läsvärda artiklar.

[Skaffa nyhetsbrev](#)

Politiker är inte läkare, i vart fall inte i rollen som politiker. Men av och till pressas de att uppträda som klinikchefer. Dynamiken har två grunder.

Läkare brukar säga när resurserna tryter: "Berätta för oss vad vi inte ska göra." De inviterar de politiska beslutsfattarna att överta vårdbeslut som bör ligga på den professionella nivån. Detta är ett sätt att dramatisera en budgetsituation, sällan en verklig vädjan att ta ifrån dem vårdbeslut.

Politikerna har svårt att värja sig, eftersom de ofta har dubbla roller i det svenska systemet. De är både folkvalda, med uppgift att sätta ramar, och styrelseledamöter i en producentorganisation, landstingssjukhus. Den senare rollen är inte politisk, men utövas regelmässigt av politiker.

Beslutet av den politiska ledningen för Östergötlands läns landsting att med politiska beslut ange vad läkarna ska behandla, under namn av prioritering, har säkert den här bakgrunden.

Likväl innebär det en olämplig förflyttning av politiken in på läkarnas fält. Regler är generella men patienter individuella. Politiska regler kan inte ersätta läkarens bedömning i det konkreta fallet, på eget professionellt och läkaretiskt ansvar.

Vårdbeslut är i stor utsträckning situationsetiska. Läkaren har en professionell kunskap om vilka behandlingar som är effektiva, får med tiden växande erfarenhet av sjukdomsmönster och diagnoser, lär känna sina patienter och deras särskilda omständigheter, kan konferera med kolleger om vårdbeslut. För den samlade avvägningen finns ingen enkel regelbok.

Redan för tio år sedan skrev Anna Hedborg klokt om de återkommande kraven på politiker att överta svåra vårdbeslut från läkarna: "Jag tycker att politiker kan och måste vägra svara. Dessa situationer är professionella situationer. För det första är de beroende av kunskap om effektiviteten hos behandlingen. För det andra är de också beroende av den individuella doktors förmåga att rätt bedöma det individuella fallets samlade förutsättningar." (SNS-boken "Prioritering i sjukvården - etik och ekonomi", 1993.)

En viktig omständighet är att politikerna saknar totalkontroll över vårdssystemet. Om de i ett landsting säger "ni får inte den här vården" kommer många patienter att gå någon annanstans, och betala själva. Därmed uppstår en segregering byggd på plånboken. Visserligen är det ofrånkomligt för varje vårdförsäkring att sätta gränser för vad som täcks. Staten betalar inte för skönhetsoperationer. Men när man snävar in gränserna måste beslutsfattarna vara medvetna om att patienter som har råd kommer att få behandlingen ändå.

Så här långt har debatten de senaste veckorna varit klarläggande. Socialministern har också hållit fast vid principen att individuella behandlingsbeslut bör ligga kvar hos läkarna.

Däremot har inte mycket sagts i debatten om de institutionella förhållanden som har bidragit till beslutet i Östergötland. Systemen för finansiering av den svenska vården har arrangerats så att prioriteringskriser uppstår, utöver vad som skulle behövas.

För det första ligger finanseringsansvaret hos en organisation, landstinget, med en enda skattebas, proportionell inkomstskatt.

För det andra tillämpas ett system med absolut kostnadstak. De totala utgifter som tillåts för ett visst år är fixerade på förhand, oavsett vilka behandlingsbehov som uppkommer.

Dessa båda egenskaper hos finansieringssystemet för den svenska sjukvården är inte naturgivna. De kan ändras. De har bland annat den egenskapen att de inte tar tillvara svenska folkets betalningsvilja i fråga om sjukvård, som är mycket hög.

Man kan tänka sig flera typer av förändringar:

- * Staten, som har mer än en skattebas, övertar vårdfinansieringen.
- * En nationell sjukvårdsförsäkring skapas, med en obligatorisk försäkringsavgift som används endast för sjukvård.
- * Principen om absolut budgettak överges till förmån för en rättighetsbaserad försäkring, där utgifterna under ett år får bli vad de blir och korrigeras via försäkringsavgiften. Detta förutsätter professionell övervakning/studier av god behandlingspraxis samt egenavgifter som motverkar överefterfrågan.

Sjukpenningen är rättighetsbaserad. Utgifterna blir vad de blir under ett år, givet de beslut som har tagits om individens rätt till en viss procentsats i inkomstersättning vid sjukdom etcetera. Vad är det som säger att kontantersättningar i storleksordningen ett hundra miljarder kronor per år ska sakna budgettak medan sjukvård i samma storleksordning ska ha ett absolut tak?

Som det är nu tillåter staten att sjukersättningarna rusar i väg med ökning på tio miljarder kronor eller mer om året, men förbjuder varje överskridande inom sjukvården. För denna skillnad finns inget rationellt skäl, särskilt inte som individers behov av sjukpenning visat sig kunna tänjas väl så mycket som behovet av sjukvård (se statistiken över sjukskrivningar i Norrbotten jämfört med Stockholm).

Den pågående debatten om prioriteringar inom sjukvården silar mygg och sväljer kameler. Den diskuterar om urinvägsinfektioner ska behandlas eller ej, men struntar i en ohämmad miljardrullning för i grunden friska människors kontantbidrag.

HANS BERGSTRÖM

© Detta material är skyddat enligt lagen om upphovsrätt