

Universitetssjukhusen och de nya ekonomiska styrsystemen - fördelar och risker

En konferens på initiativ av
Sjukhusdirektör Jan Lindsten och professor Tore Scherstén

Wenner-Gren Center den 19 april 1993

Rapportgrupp:

Professor Håkan Eriksson, ordf
Professor Göran Bondjers
Professor Torgny Stigbrand
Byråchef Ewa Ställdal
Professor Åke Wasteson

INNEHÅLL

		Sid
<i>Inledning</i>	Tore Scherstén, <i>professor</i>	1
<i>Universitetssjukhusens roll och betydelse</i>	Bo Könberg, <i>sjukvårdsminister</i>	3
	Per Unckel, <i>utbildningsminister</i>	8
<i>Diskussion</i>		12
<i>Fördelar och risker med "köpsälj" system sett ur sjukvårdens och FOUU-synvinkel</i>	Erling Norrby, <i>professor</i>	15
<i>Hälso- och sjukvårdens framtida finansiering</i>	Bengt Jönsson, <i>professor</i>	17
<i>Diskussion</i>		20
<i>Fördelar och risker med "köpsälj" system sett ur sjukvårdens och FOUU-synvinkel</i>	Anita Aperia, <i>professor</i>	23
	Rein Rooseniit, <i>sjukhusdirektör</i>	26
<i>Diskussion</i>		29
<i>Synpunkter från varje medicinsk fakultet</i>		32
<i>Sammanfattning av konferensen</i>		35
<i>Referenslista</i>		36
<i>Deltagarförteckning</i>		37

Inledning

Tore Scherstén diskuterade inledningsvis förutsättningarna för en bra sjukvård och beskrev olika sätt att höja dess standard. Han betonade att den omorientering mot marknadsanpassad verksamhet som hälso- och sjukvården genomgått under de senaste åren lett till konkurrens både inom och mellan områden och regioner. Som alla förändringsprocesser innebär denna omorientering risker. Han underströk härvid betydelsen av sambanden mellan sjukvård, forskning och undervisning och ansåg att det var den lyckade integreringen mellan dessa som utgjorde basen för den internationellt framgångsrika svenska hälso- och sjukvården. Han framhöll att man nu måste bryta ner dessa tre delar i sina komponenter då finansieringen i de nya ekonomiska styrsystemen för hälso- och sjukvården med all sannolikhet inte kommer att täcka alla delkostnader i de olika verksamheterna.

Universitetssjukhusens roll:

- *Undervisning, innefattande grundutbildning, forskarutbildning, specialistutbildning och AT-utbildning samt utbildning av ledare i olika chefspositioner inom sjukvården*
- *Forskning - denna kan delas upp i grundforskning och klinisk orienterad patientnära forskning. Den lätt identifierbara grundforskningen finansieras via LUA.*
- *Utvecklingsarbete - inom denna del måste man klargöra, dels vilka komponenter som bör finansieras via generella bidrag, dels hur denna kunskap ska föras ut i region- och primärvården på ett effektivt sätt.*
- *Bedömning av extern information. För att forskningen skall kunna bedrivas på ett optimalt och för sjukvården väl anpassat sätt krävs hög kompetensnivå, internationella kontaktytor, samt förmåga att informera hälso- och sjukvården om nya fynd, metoder och frågeställningar.*

Vad gäller sjukvårdssidan?

- *Universitetssjukhusen är slutstationer i vården av komplicerad fall. I denna funktion skall även de udda patientfallen kunna omhändertas inom ramen för en högspecialiserad vård.*
- *Ökade krav på en jämn, hög kvalitet i vården och en försäkring om att denna kan bibehållas. Hur mycket kostar det att åstadkomma detta och hur definieras de olika kostnaderna?*

De merkostnader som är förknippade med utbildning och forskning vid universitetssjukhusen definierades delvis i den sk Sandgrenska utredningen. De totala kostnaderna för verksamheten vid universitetssjukhusen är dock fortfarande inte definierade. Det är väsentligt att tillgängliga resurser vid ett universitetssjukhus används på ett optimalt sätt. Vidare krävs en resurs för att garantera kvaliteten i vården, forskningen och utbildningen - en försäkring för svensk sjukvård.

Syftet med dagens konferens är att:

- *Tydliggöra de problem som universitetssjukhusens olika funktioner forskning, utbildning och sjukvård står inför i samband med införandet av nya ekonomiska styrsystem.*

- *Skapa en idéskiss för hur dessa problem ska kunna lösas i framtiden så att den höga kvaliteten på svensk sjukvård kan upprätthållas och vidareutvecklas.*
- *Försöka definiera och kvantifiera resurskraven för forskning, utveckling och utbildning utöver LUA (gråzonen) vid universitetssjukhusen.*

I detta sammanhang framförde Scherstén möjligheten att man via centrala medel, t ex de s k Dagmarpengarna som disponeras av socialdepartementet, skulle kunna tillskjuta de resurser som krävs för att universitetssjukhusen skall kunna fylla funktionerna som slutstationer i vården och centra för forskning och undervisning.

En skrivargrupp under ledning av Håkan Eriksson hade ombetts att dokumentera dagens inlägg och diskussion.

Universitetssjukhusets roll och betydelse

Sjukvårdsminister Bo Könberg

Jag vill börja med att tacka för att jag har fått möjlighet att delta vid denna konferens. Som alla här närvarande känner till pågår i dag ett intensivt reformarbete inom hälso- och sjukvården, såväl på det lokala och regionala planet som på central nivå. Det är reformer som syftar till många saker - förbättrad tillgänglighet, högre kvalitet i vården och ökad valfrihet för patienten - bara för att ge tre exempel. Den huvudsakliga drivkraften bakom de förändringar som nu pågår är emellertid ambitionen att åstadkomma en bättre fördelning och användning av de resurser som hälso- och sjukvården förfogar över. Ett uttryck för detta är bland annat att man nu i flera landsting infört - eller planerar att införa - finansierings- och ersättningssystem med olika typer av prestationsinslag.

Det är ännu för tidigt att dra några säkra slutsatser av detta senare inslag i det pågående förändringsarbetet. Personligen är jag rätt övertygad om att en sådan förändring är ett steg i rätt riktning. En svaghet i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har varit att vi inte på ett tillfredsställande sätt förmått att - för en given mängd resurser - värdera omfattningen av och inriktningen på den vård som producerats, ett problem som vi i Sverige har delat med andra länder med budgetbaserade hälso- och sjukvårdssystem. När någonting inte fungerat tillfredsställande har lösningen därför nästan alltid formulerats i termer av resursförstärkningar på marginalen. Detta utan att en föregående analys av problemens och bristernas verkliga beskaffenhet gjorts. När man nu i många landsting börjar synliggöra vårdens kostnader så finner man inte sällan att det finns betydande potential för en effektivare och mer produktiv användning av befintliga resurser.

Det nu pågående förändringsarbetet är dock inte alltid enkelt att genomföra. Det finns verksamheter i vården där prestationer inte utan vidare låter sig mätas, värderas och prissättas. Dit hör exempelvis behandlingar inom internmedicinen och psykiatrin. Dit hör också den forskning, det kvalificerade utvecklingsarbete och den utbildning som bedrivs vid våra universitetssjukhus.

Många av de reformverksamheter som nu bedrivs ute i landstingen är mycket genomgripande. Som så ofta när större förändringar genomförs koncentreras uppmärksamheten till de stora dragen och de övergripande linjerna i förändringen. Mindre intresse ägnas inledningsvis åt frågor som inte är av allmän karaktär. När man nu i många landsting genomför förändringar av såväl vårdens finansierings- och ersättningssystem som dess organisatoriska uppbyggnad är det därför kanske förklarligt att den fråga som utgör en del av dagens tema, det vill säga hur man i en mer marknadsinriktad hälso- och sjukvårdsstruktur skall kunna värdera och prissätta forskning, utveckling och utbildningsinsatser inom vården, givits litet utrymme i debatten. Därför tycker jag att det är bra att Karolinska sjukhuset och Sahlgrenska sjukhuset nu har tagit initiativ till denna konferens om universitetssjukhusen och de nya ekonomiska styrformerna. Förhoppningsvis har vi när dagen är slut kunnat belysa flertalet av de frågeställningar som är av intresse i detta sammanhang.

Som jag tidigare nämnde är det inte bara på den regionala och lokala nivån som det genomförs förändringsarbeten inom hälso- och sjukvården med den gemensamma målsättningen att komma tillrätta med olika problem och bister. Detta är ett ämne som jag mycket gärna uppehåller mig vid men tiden medger knappast en fullständig belysning av dessa åtgärder. Därför väljer jag att här kort beröra de viktigaste reformerna. Jag skulle dock vilja inleda med att säga några ord om kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården i Sverige och vår omvärld.

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvårdsändamål uppgick förra året till uppskattningsvis något mer än 130 miljarder kronor. Det motsvarar ungefär 8,8 procent av BNP. I den allmänna debatten framställs denna nivå inte sällan som alltför hög. Hur är det nu med denna sak? Är verkligen den svenska hälso- och sjukvården så dyr som många gör gällande?

Inom OECD finner man att i 10-12 länder är kostnaderna lika höga eller högre än i Sverige. Högre är kostnaderna i Belgien, Canada, Finland, Frankrike, Tyskland, Island och USA. I Norge, Österrike, Nederländerna och Italien ligger kostnaderna på ungefär samma nivå som i Sverige. Det är alltså på det sättet att i nästan hälften av alla OECD-länder är kostnaderna lika höga eller högre än i Sverige.

I Sverige har kostnadernas andel av BNP dessutom minskat något under 1980-talet, medan utvecklingen i de flesta OECD-länder gått i den motsatta riktningen. Exempelvis har i USA kostnaderna stigit mycket kraftigt de senaste åren 1970 - 1980. I dag tar den amerikanska hälso- och sjukvården i anspråk nästan 14 procent av BNP. USA är därvid det enda land med en siffra över 10 %. Då bör man också vara medveten om att c:a 40 miljoner människor i USA saknar sjukvårdsförsäkring.

En internationell jämförelse ger också vid handen att fördelning och användning av hälso- och sjukvårdens resurser sannolikt sker mer jämlikt och effektivt i vårt land än i många andra OECD-länder.

Naturligtvis innebär inte detta att vi i Sverige helt och hållet kan känna oss nöjda med den vård som vi har. Vi måste självklart utveckla hälso- och sjukvården utifrån de speciella förutsättningar som gäller just för vårt land. Ett problem som vi då måste ta itu med - vilket jag nämnde inledningsvis - är den bristande effektivitet och produktivitet som fortfarande finns på en del håll i vården.

Problemen med de långa väntetider som tidigare fanns till vissa typer av behandlingar har dock i stort sett kunnat elimineras genom den särskilda vårdgaranti som regeringen och landstinget införde den 1 januari 1992.

Genom regeringens förslag till nationellt husläkarsystem kommer alla människor som vill att - senast årsskiftet 95/96 - kunna välja sin egen husläkare. Reformen kommer också att bidra till en nödvändig utbyggnad av den i dag alltför svagt utvecklade primärvården.

När det gäller de övergripande problem och frågeställningar med anknytning till hälso- och sjukvården som i dag är föremål för debatt så har regeringen valt att behandla dessa i särskild ordning. För drygt ett år sedan tillsatte regeringen en parlamentarisk kommitté - under ledning av min närmaste man på departementet, statssekreterare Göran Rådö - med uppdrag att dels analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån.

Kommitténs överväganden grundas på en analys och värdering av i första hand tre olika finansierings- och organisationsmodeller. Dessa är - i korthet - en reformerad landstingsmodell, en modell där hälso- och sjukvårdens resurser samlas hos primärvården samt en modell med obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Modellerna skall arbetas fram av en till kommittén knuten expertgrupp. Då ordföranden i denna expertgrupp - professor Bengt Jönsson - är närvarande här i dag och om en stund skall berätta om hälso- och sjukvårdens framtida finansiering, kommer jag inte att närmare behandla de olika tänkbara modellerna i mitt anförande.

Kommittén skall om ett år presentera resultatet av sitt arbete. Frågan om universitetssjukhusens roll och funktion i den framtida hälso- och sjukvården är starkt avhängig kommitténs förslag om hur vården i sin helhet skall finansieras och organiseras i framtiden. Som alla säkert förstår kan jag i dag inte föregå kommitténs arbete eller närmare kommentera de avvägningar och diskussioner som nu förs mellan kommitténs olika ledamöter, sakkunniga och experter. I detta läge kan jag därför inte - även om jag därmed kanske grusar några förväntningar och förhoppningar - presentera en av regeringen utformad politik som särskilt tar fasta på universitetssjukhusens speciella situation. Vad jag kan förmedla - här och nu - är framför allt mina personliga reflektioner.

Man kan diskutera universitetssjukhusens roll och betydelse utifrån åtminstone två olika perspektiv. Det ena perspektivet utgår huvudsakligen från frågor om verksamhetens innehåll och sjukhusets interna organisation - vad jag vill kalla det inre perspektivet. Utifrån detta perspektiv är det framför allt av intresse att diskutera inriktningen på den forskning, det kvalificerade utvecklingsarbete och den utbildning som bedrivs, hus kompetens skall kunna vidmakthållas och utvecklas, lednings- och samordningsfrågor samt studieorganisatoriska frågor för att ge några exempel. Jag utgår från att utbildningsministern kommer att uppehålla sig vid dessa och närbesläktade frågor.

Mitt perspektiv är därför något annorlunda. Som ansvarig i regeringen för frågor rörande hälso- och sjukvård vill jag i stället se på universitetssjukhusens roll och betydelse utifrån ett yttre, strukturellt betingat perspektiv med fokus på verksamhetens finansiering.

Universitetssjukhusens verksamhet skiljer sig från verksamheten vid andra sjukhus inte bara i det avseendet att man bär ansvaret för forskning, utveckling och utbildning. Också när det gäller de sjukvårdande insatserna föreligger vissa skillnader. Universitetssjukhusen svarar bland annat för stora delar av den högspecialiserade vården. Som exempel kan nämnas benmärgstransplantationer, vård av svåra brännskador samt vissa typer av hjärtkirurgi.

Universitetssjukhusen är också i många avseenden den svenska hälso- och sjukvårdens ansikte gentemot omvärlden. Det är universitetssjukhusen som - framför allt inom ramen för den forskning som här bedrivs - tar hem och vidarebefordrar kunnande från andra länder, anpassar innovationer utvecklade i andra länder efter svenska förhållanden samt, inte minst, vidarebefordrar kunskaper om den svenska hälso- och sjukvården till andra länder.

Ett annat förhållande som gör verksamheten vid universitetssjukhusen speciell är den karaktär som kännetecknar forsknings-, utvecklings- och utbildningsaktiviteterna vid dessa sjukhus. Dessa aktiviteter är närmast att betrakta som kollektiva nyttigheter. Den kunskap och kompetens som genereras vid universitetssjukhusen kommer - förr eller senare - hela hälso- och sjukvården till del. Sett ur detta perspektiv blir det särskilt viktigt att också kostnaderna för dessa aktiviteter fördelas rättvist.

I de landsting som har infört styrsystem i hälso- och sjukvården där ersättning efter prestation kommit att utgöra ett centralt inslag har kostnadsmedvetandet hos enskilda sjukhus och kliniker ökat högst betydligt. För dessa gäller nu att identifiera och i så hög utsträckning som möjligt eliminera "onödiga" kostnader i verksamheten. Detta har bland annat medfört att de interna redovisningssystemen har utvecklats och förfinats. På grundval av denna redovisning kan man utläsa att kostnaderna för olika ingrepp tenderar att vara högre vid universitetssjukhusen än inom sjukvården i övrigt. Man bör dock hålla i minnet att det - på grund av den höga integrationen mellan forskning, utbildning och direkt sjukvård vid universitetssjukhusen - fortfarande är mycket svårt att särredovisa kostnaderna för dessa olika aktiviteter.

Nämnas bör också att arbetet inom DAGMAR 50 har visat att väntetiderna till vissa behandlingar också är längre vid universitetssjukhusen än vid andra sjukhus.

Skälen till de högre kostnaderna för olika ingrepp vid universitetssjukhusen torde framför allt vara att de sjukvårdande aktiviteterna här måste avpassas och anpassas till de forsknings- och utbildningsaktiviteter som bedrivs vid sjukhuset. De sjukvårdande aktiviteterna har i så måtto delvis funktionen av forskningens verkstad, vilket är en förutsättning för att vi skall kunna tillägna oss nya kunskaper och därmed skapa förutsättningar för att utveckla och förbättra hälso- och sjukvården.

Patienturvalet torde - som jag tidigare var inne på - heller inte vara detsamma vid universitetssjukhusen som vid andra sjukhus eftersom en högre andel av mer komplicerade åkommor behandlas vid universitetssjukhusen.

Samtidigt finns naturligtvis krafter som verkar i den motsatta riktningen. Vid universitetssjukhusen har man - i jämförelse med andra typer av sjukhus - i allmänhet tillgång till såväl mer avancerad medicinsk-teknisk utrustning som mer kvalificerad personal, vilket torde skapa förutsättningar för en mer effektiv och därmed i vissa fall också en mindre kostsam behandling.

Bland annat mot bakgrund av vad jag här har anfört bör man överväga hur de sjukvårdande prestationer som utförs vid universitetssjukhusen kan jämföras med sjukvårdande prestationer inom hälso- och sjukvården i övrigt.

Detta är en frågeställning som regeringen lyfter fram bland annat i den forskningsproposition som förelades riksdagen i februari detta år. Här betonas vikten av att nya lösningar prövas för att - inom ramen för de förändrade styrsystemen - garantera fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården. Regeringen kommer självfallet att noga följa utvecklingen inom detta område.

Vi får dock i detta sammanhang inte glömma bort att staten i dag faktiskt ersätter universitetssjukhusen för deras merkostnader för forsknings-, utvecklings- och utbildningsverksamheten. På många håll ifrågasätts emellertid om denna ersättning fullt ut täcker den faktiska kostnaden. I det korta perspektivet är det viktigt att ett utvecklingsarbete kommer till stånd med inriktning att - så långt möjligt - särskilja kostnader för forskning, utbildning och utveckling från andra kostnader. Som jag tidigare nämnde har ett sådant arbete redan inletts på många håll. Det finns dock betydligt mer att uträtta på detta område.

I det lite längre perspektivet är det viktigt att man överväger vilka alternativa möjligheter som finns att finansiera forskning-, utbildning och utveckling vid universitetssjukhusen. Det är framför allt utifrån detta perspektiv som utredningen om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) arbetar.

Det framförs då och då önskemål om att vi skall återgå till den ordning som tidigare rådde när staten innehade huvudmannaskapet för ett par av universitetssjukhusen samt genom olika typer av verksamhetsavtal finansierade delar av driften vid övriga universitetssjukhus. Skälen till att denna ordning kom att avvecklas var bland annat att man ville renodla statens och landstingens roller i hälso- och sjukvården. Dessa strävanden har funnits inom hälso- och sjukvården i över två decennier men kom kanske till starkast uttryck i den proposition om hälso- och sjukvårdslag m m som riksdagen godkände år 1982. Där fastslogs bland annat att landstingen skulle ha ansvaret för vårdens närmare utformning och drift medan riksdag och regering gavs det mer övergripande ansvaret för planering och samordning av hälso- och sjukvården.

Utvecklingen mot allt mindre av statlig reglering av forskning och utveckling har fortgått också på andra områden än hälso- och sjukvården. Det är min uppfattning att denna utveckling varit av godo.

Att i detta läge införa mer av statlig detaljstyrning i hälso- och sjukvården går stick i stäv inte bara mot den nuvarande ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården, för vilken det finns ett brett politiskt stöd, utan också mot regeringens ambition att överföra huvudmannaskapet för vissa statliga universitet och högskolor till annan regi samt öka graden av självständighet för de universitet och högskolor som även framledes kommer att stå under statligt huvudmannaskap.

En annan möjlig finansiering för universitetssjukhusen - som har framförts då och då i debatten - är att knyta dessa närmare till de reguljära universiteten eller inordna dem i en särskild offentligt finansierad sjukhuskedja skild från landstingen. Det är dock tveksamt vilka vinster en sådan förändring skulle ge, förutom att man härigenom skulle kunna bedriva forskning, utbildning och utveckling parallellt med men utanför ett prestationsinriktat ersättningsystem för sjukvården. Det är dock oklart hur man i ett sådant system skulle kunna utforma den närmare finansieringen av de sjukvårdande aktiviteterna vid universitetssjukhusen.

Det har också diskuterats att ge de olika sjukvårdsregionerna ett ökat ansvar för finansiering av forskning och undervisning vid "sina" respektive universitetssjukhus. Ett sätt att åstadkomma detta på är till exempel att regionerna åläggs att bidra med en viss procentuell andel av vad forskningen och utbildningen kostar att bedriva vid sjukhuset.

Jag är övertygad om att i den fortsatta debatten här i dag kommer att ges fler förslag till alternativa möjligheter för finansieringen av forskning, utveckling och utbildning såväl som förslag på hur man kan skapa bättre förutsättningar att inlemma universitetssjukhusens hälso- och sjukvårdande verksamheter i ett mer marknadsorienterat styrsystem.

Oavsett utfallet av den diskussionen som förs här i dag och de aktiviteter som pågår att reformera styrsystemen inom hälso- och sjukvården är det vissa saker som måste slås fast när det gäller universitetssjukhusens framtid.

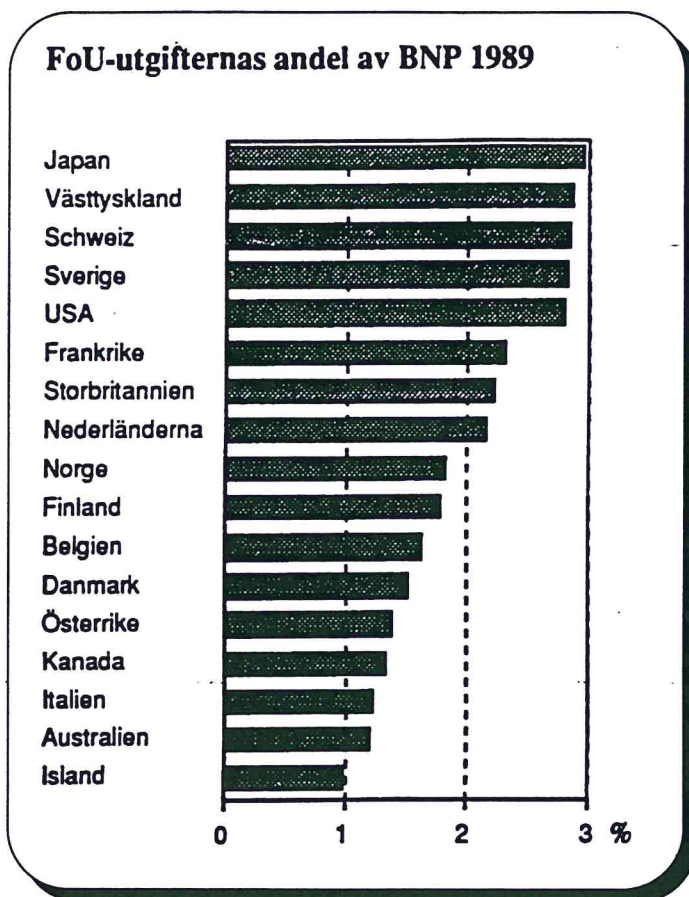
- *För det första är det viktigt att vi - när vi utformar de nya systemen - inte skapar ytterligare gränser och barriärer inom sjukvården. Vad vi behöver är en flexibel gränsöverskridande vård som förmår anpassa sig till de många förändringar som i dag sker i samhället.*
- *Man bör sträva efter att så långt möjligt skapa förutsättningar för att konkurrensutsätta den sjukvård som universitetssjukhusen bedriver. Samma effektivitets- och produktivitetskrav bör ställas på den vård som hälso- och sjukvården i övrigt.*
- *De styrsystem som utformas måste ge förutsättningar för en bra styrning och ledning av universitetssjukhusen. Det är viktigt inte minst för att nya och förändrade utvecklingslinjer och direktiv på forskningens område snabbt skall kunna implementeras.*
- *Styrsystemen måste också möjliggöra en kvalitativ utveckling av forskningen, utbildningen och undervisningen bland annat genom att förutsättningar ges för universitetssjukhusen att knyta den bästa tänkbara kompetensen till sig.*

Universitetssjukhusens roll och betydelse

Utbildningsminister Per Unckel

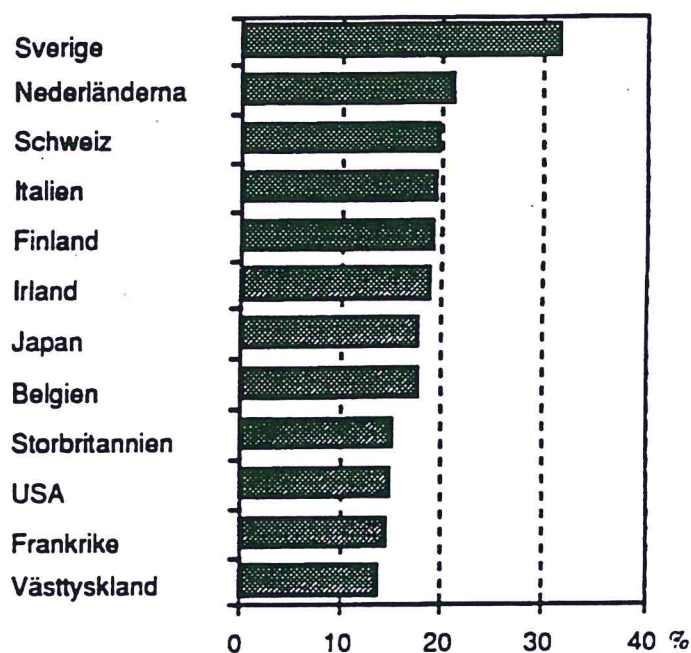
Jag kommer i detta anförande diskutera universitetssjukhusens roll utifrån utbildningsdepartementets perspektiv. Inledningsvis vill jag beskriva några iakttagelser:

- *Ett av de viktigaste problemen i Sverige idag är att vi utbildar för få akademiker. Med akademiker i detta sammanhang avser jag personer som har en högskoleutbildning om minst 3 år. För att kunna bibehålla kompetensen och svara för vidareutvecklingen krävs ett ökat inslag av akademiker inom industri, näringsliv och samhället i övrigt.*
- *FoUU-kostnaderna i Sverige är cirka 2.8% av BNP. Detta placerar Sverige i en tätgrupp internationellt vad gäller den andel av statsbudgeten som utnyttjas till forsknings- och utvecklingsarbete.*



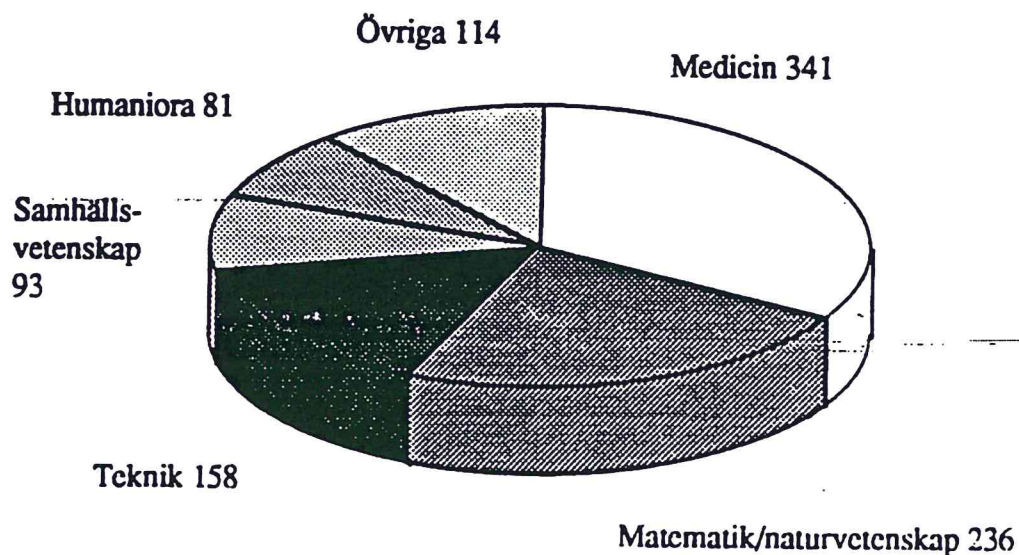
- *30% av statens resurser till forskning satsas i Sverige på universiteten, vilket är högt i en internationell jämförelse. Det är min uppfattning att Sveriges satsning på universitet och högskolor vad gäller FoU är en korrekt satsning och att den har givit ett mycket bra utbyte.*

Universitets- och högskolesektorns andel av FoU-utgifterna 1989



Vad beträffar forskarutbildningsaktiviteten mätt i antal doktorsexamina föreligger stora variationer mellan olika fakultetsområden. Som framgår av nedanstående bild är det framför allt inom medicinsk, matematisk/naturvetenskaplig och teknisk fakultet som disputationens frekvensen är hög.

Fördelningen av antalet doktorsexamina efter fakultet läsåret 1989/90



I den forskningspolitiska propositionen har jag fört fram två huvudutmaningar

- *Koncentrerade forskningssatsningar inom strategiska områden dvs förstärkningar inom forskningsområden där Sverige är bra*
- *Ett förstärkt samspel mellan universitet och högskolor å ena sidan och näringslivet och samhället i övrigt å den andra dvs ett förbättrat kunskapsflöde*

Till dessa kommer ytterligare utmaningar i form av:

- *Krav på ökad förnyelseförmåga och ökad rörlighet inom forskningen vid universitet och högskolor*
- *Ökat antal doktorander - i princip en fördubbling fram till år 2000*
- *Vidgad internationell samverkan*

Som ett mycket väsentligt tillskott för att möjliggöra att svara mot dessa utmaningar kommer de medel som ställs till förfogande i samband med avvecklingen av löntagarfonderna. Via dessa kan koncentrerade satsningar av en mycket stor omfattning göras.

Jag vill framhålla några specialakttagelser kring medicinsk forskning:

- *Stödet till medicinsk forskning har idag en ansevärd storlek och resursandelen relativt till andra områden är mycket stor. Denna satsning har hittills visat sig vara rätt. Satsningen har givit en betydande avkastning av de resurser som satsats.*
- *En hygglig uppskattning är att cirka 80 % av LUA-medel går till forskningsverksamhet.*
- *Svensk medicinsk forskning är av hög kvalitet och har en internationellt framstående position.*
- *Det föreligger en nära relation mellan universitet och högskolor och användare och industrin inom den medicinska verksamheten. Läkemedelsindustrins forskningsintensitet är en viktig nationell tillgång. Erfarenheter från samarbetet mellan UoH och industrin inom det medicinska området bör kunna överföras och utnyttjas som en modell även inom andra industri- sektorer.*

Nedan presenteras en jämförelse mellan FoU-intensitet i läkemedelsindustrin och andra branscher inom industrin 1989.

Bransch	FoU-utgifter i % av förädlingsvärdet	FoU-årsverken i % av totala årsverken
Läkemedel	41,8	28,6
Transportmedelsindustrin	19,7	8,9
Elektroindustrin	19,6	8,3
Instrumentfabriker	17,1	8
Maskinindustrin	10,3	5,4
Kemikalie-, gödselmedels- och plastindustrin	6,3	5

Vilket framtida scenario står den medicinska forskningen och utbildningen i Sverige inför? De nya styrsystemen och prioriteringarna inom hälso- och sjukvården ändrar också förutsättningarna för forskning och undervisning vid universitetssjukhusen. Man bör diskutera och överväga hur huvudmannaskapet för den sjukvårdsanknutna delen av medicinsk forskning och undervisning bör organiseras. Mot bakgrund av genomförda och pågående utredningar kan förändringar bli aktuella i framtiden.

Mina bedömningar:

1. Statsmakterna planerar ej några mer genomgripande förändringar vad gäller medelstilldelningen till forskning och undervisning inom det medicinska området

- De förändringar som sker inom universitetsvärlden med en ökad frihet och minskad detaljstyrning skapar möjligheter för högskolan att bestämma sin egen profil och omfattning av utbildningen. Universitets- och sjukvårdshuvudmännen kommer att bestämma dimensioneringen. Styrning från statsmakterna kommer endast att gälla vissa utbildningar.
- Konsekvenserna av ett EG-inträde på den medicinska utbildningen och forskningen kommer att bli betydande. Bland annat måste den svenska utbildningen anpassas till EGs krav.
- Vårdhögskolornas relation till medicinska fakulteten och landstingen kommer att förändras. Den utredning som nyligen lämnat sitt betänkande fick direktiv att pröva de mest komplicerade konstruktionerna för att nå fram till nya lösningar. En lösning kan vara att ge vårdhögskolorna en mångfacetterad organisation/struktur.

2. Medicinsk forskning och utbildning förblir ett prioriterat område från statsmakternas sida. Då löntagarfonderna avses att utnyttjas för satsningar på den bästa forskningen i Sverige är bedömningen den att medicinsk forskning kommer att hävda sig väl.

3. Huvudmannaskapsfrågan. Bedömningen är att vi går mot ett mer mångfacetterat sjukvårdssystem. Det viktigaste är att det finns bra sjukvårdshuvudmän att sluta avtal med vad gäller FoU. Huvudmannaskapet skall inte vara avgörande för det stöd som verksamheten kommer att få. Istället skall kvaliteten i forskningen, utbildningen och utvecklingsarbetet vara av avgörande betydelse.

4. De landsting som har förmånen att knyta ett universitetssjukhus till sig bör bidra med en del av resurserna till dettas verksamhet på grund av de fördelar det innebär för det aktuella landstinget. Staten förväntar sig resursengagemang från landstingen i motsvarande grad som statens.

Det är min förhoppning att Ni deltagare i denna konferens ska komma till regeringen med konkreta förslag till förbättringar av befintliga system.

Diskussion

Rolf Zetterström (KVA) bad Bo Könberg kommentera huvudmannaskapsfrågan. Han poängterade att Könberg avvisat ett statligt huvudmannaskap. Han frågade om man på regeringsnivå diskuterat möjligheten av att inrätta stiftelser för universitetssjukhusen. Han refererade härvid till den ställning Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus hade haft när det existerade. Han framhöll att stiftelsebildningen gav större flexibilitet och vissa fördelar framför landstingshuvudmannaskap.

Han ställde även en fråga till Per Unckel. Han fann det glädjande att man konkret diskuterar hur forskningen ska kunna bidra till utvecklingen av svensk industri. Han påpekade att avkastningen av de många forskningsprojekt som resulterat i innovationer i form av t ex framgångsrika läkemedelsprodukter ej i någon större omfattning återgått till de institutioner där arbetet utförts och upptäckterna skett. Han undrade härvid om den typ av bolagsbildning som presenteras i forskningspropositionen skulle kunna lösa detta problem. Han framhöll slutligen betydelsen av ökade satsningar på samspelet mellan universitet och företag för en framgångsrik utveckling av svensk forskning och industri.

Bo Könberg redovisade att olika typer av huvudmannaskap för sjukvården diskuterats och hänvisade till den utredning som Bengt Jönsson för närvarande arbetar med. Han höll med om att flexibiliteten säkerligen varit något större inom Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus. Han framhöll dock att man ökat möjligheterna för enskilda sjukvårdsenheter att ta egna initiativ genom att man har avvecklat de politiska styrelserna. Han ansåg vidare att om man i en framtid skulle komma fram till att landstingen bör avskaffas kan man mycket väl diskutera stiftelser som en form att driva universitets- sjukhus.

Per Unckel tog upp frågan vilket behov vi som representanter för forskning och utbildning har av en uppbackning från sjukvården. Han framhöll att avtalen ska vara så utformade att det blir bäst för FoU. Detta kan ske i olika former. Vad gäller sjukvården ansåg att den kan få ha en friare - "frivolare" - utformning.

Vad gäller samarbetet mellan forskande enheter och industri underströk han vikten av att fastslå att ett sådant samarbete ej får hota universitetens själ eller äventyra deras primära verksamhet i form av forskning och utbildning. Universiteten är inga företag och skall så aldrig bli. Vad gäller samarbetet mellan universiteten och företagen underströk han vikten av att människor rör sig mellan de olika världarna och att universitetslärare gärna "spenderar" tid inom industrin. Detta är det bästa sättet att svara för kompetensutveckling och kunskapsöverföring.

Erling Norrby ansåg att man inte behöver nya resurser för att garantera universitetssjukhusens status utan att man på ett mer effektivt sätt måste utnyttja tillgängliga resurser. Han betonade att utöver LUA-medel tillför landstingen andra resurser som möjliggör bl a implementering av nya metoder. Han frågade om landstingen känner sitt ansvar för detta även inom ramen för de nya ekonomiska styrsystemen. Han markerade att ett nationellt, statligt åtagande är ett alternativ till den nuvarande finansieringen via landstingen. De medel som krävs för FoUU måste under alla omständigheter tillföras utanför köpa-sälj systemet. Han ansåg att man borde föra principiella diskussioner kring hur den resurs som utgår centralt, de s k Dagarmedlen, skall fördelas på bästa sätt. Det är angeläget att medel för forskning, undervisning och utveckling först säkras därefter kan man diskutera konkurrens inom köpa-säljssystem.

Bo Könberg höll med om att vi måste separera kostnaderna för FoUU från rena sjukvårdskostnader och därefter öppna konkurrensen på lika villkor mellan universitetssjukhus och andra sjukvårds-

enheter. Han ansåg att detta var lättare inom områden där det fanns ett stort landsting som inom sig rymde ett universitetssjukhus. Det var svårare med ett litet landsting med ett universitetssjukhus som sedan servade flera andra landsting. Han pekade också på svårigheten att utnyttja de medel som fördelas via Socialdepartementet. Han underströk betydelsen av att renodla penningströmmarna till FoUU respektive hälso- och sjukvård. Han pekade också på att utrymmet inom de statliga medel som tillförs landstingen kommer att sjunka från 7 till 3 miljarder kronor per år när vissa avgifter tas bort i systemet. Detta medför att han ställde sig tveksam till att överföra medel för FoUU-ändamål från socialdepartementet till universitetssjukhusen .

Jan Lindsten påpekade att den minskad makt för politiker som Könberg tidigare nämnt inte medför någon speciellt ökad makt för verksamhetsföreträdarna. Han underströk att en decentralisering även kräver en centralisering. Som exempel pekade han på prissättningen inom de s k DRG-systemet. Han informerade om att sjukvården inom Stockholms läns landsting ska spara 15-20 % på ett år. Denna besparing är så omfattande att en strukturrationalisering är nödvändig.

En annan faktor som på ett påtagligt sätt kommer att påverka verksamheten vid universitetssjukhusen är de nio beställarstyrelser som helt bestämmer var vård ska köpas inom landstinget. Med denna organisation finns möjligheten att dessa styrelser kan gå samman och slå ut hela enheter inom enskilda sjukhus genom att lägga ut beställningar av vård utanför universitetssjukhusen.

Slutligen framhöll han att det är mycket viktigt att garantera bredden av sjukvårdsverksamheten inom universitetssjukhusen i samband med diskussioner om strukturförändringar.

Per Unckel betonade vikten av att en förändring av sjukvården inte kan styras av FoUU. Först måste sjukvårdsorganisatoriska förändringar genomföras därefter får nödvändiga korrigeringar göras för att garantera ett upprätthållande av omfattning och kvalitet på FoUU-verksamheten.

Bo Könberg kommenterade de drastiska besparingar Lindsten redovisat med att ange att under 1991 var besparingarna cirka 0.3% och under 1992 2% och betonade att mycket svåra uppgifter väntar sjukvårdshuvudmännen i framtiden. Möjligen kan det nya köpa-sälj systemet i sjukvården påverka utvecklingen i positiv bemärkelse. Ett sätt att klara förväntade besparingar är att lägga ner ett akutsjukhus. Det är svårt att undvika att köpa-sälj systemen drabbar universitetssjukhusen. Det är svårt att hitta ett regelsystem som härvid garanterar bredden vid dessa. Det är väsentligt att sjukvårdsadministratörerna har god insikt och visar ett gott omdöme så att inte nedskärningar på sikt kommer att hämma FoUU-verksamheten vid universitetssjukhusen.

Jan Lindsten såg tre olika former för ekonomisk styrning av sjukvården

- *Via priser, dvs-den verksamhet-som-är billigast är den-som-får uppdragen*
- *Ett system med definierade beställare som styr utvecklingen*
- *Via en koncernledning för övergripande beslut om strukturrationaliseringar*

Tore Scherstén ansåg att helt fria patientströmmar skulle kunna korrigera flera av de problem som framförts i diskussionen. Detta skulle vidare garantera en hög kvalitet på vården då patienterna väljer de enheter där vårdkvaliteten är som högst. Detta kan indirekt påverka fördelningen av resurser.

Göran Holm följde upp frågan om kvaliteten i sjukvården med att framföra en rädsla för att denna kommer att försämrans i de nya systemen. Han frågade hur staten ska kunna kontrollera att landstingen lever upp till sitt kvalitetsansvar.

Per Unckel ansåg att man måste låta konkurrensen verka, att sedan utvärdera effekterna och korrigera de skevheter som uppstår. Han ansåg också att det var bättre att använda beteckningen *sjukvårdshuvudmän* än *landsting* för de som är ansvariga för sjukvården .

Han betonade vidare att sex medicinska fakulteter inte är ett heligt tal. Antalet kommer framgent att styras av kvalitetskriterier. Om vi skall bryta ner system skall vi också vara beredda att ompröva en fakultets existens.

Bo Könberg kommenterade frågan om de fria patientströmmarna med att peka på motsatsställningen mellan å ena sidan beställarstyrelsernas krav på att hålla budget å andra sidan det fria patientvalet. Det finns stora problem förknippade med att låta prissättningen vara helt fri. Om vi lyckas separera kostnaderna för sjukvård och FoUU kan man mycket väl ha fria patientströmmar. Då kommer universitetssjukhusen att visa om man klarar av en öppen konkurrens.

Fördelar och risker med "köpa-sälj" system sett ur sjukvårdens och FoUU-synvinkel

Professor Erling Norrby

All forskning, undervisning och utveckling utgår från patienten. De förändringar som följande pågår inom hälso- och sjukvården har sitt ursprung i två skilda skeenden.

- *Resultaten av forskning och utvecklingsarbete leder till nya förutsättningar för verksamheten*
- *Ändrade organisatoriska förutsättningar syftande till att skapa bättre ekonomiska incitament för verksamheten ex införande av sk husläkarsystem*

En fördubbling av den medicinska kunskapen sker vart sjunde år. Nya genomgripande metoder av stor betydelse för sjukvården har framkommit under den senaste perioden. Som exempel härpå kan nämnas:

- *Molekylärgenetik som används brett både som diagnostiska terapeutiska metoder*
- *Fosterdiagnostik*
- *Transplantationsteknologi - ex xenotransplantation, vilken innebär helt nya förutsättningar att behandla en rad sjukdomar.*

Denna utveckling kan medföra att avancerad terapi blir tillgänglig för ett fåtal och samtidigt bidrar till nya sjukvårdskostnader. Men den kan också leda till rationaliseringsvinster genom att nya diagnostiska metoder kan möjliggöra säkrare diagnoser och därmed mer logisk terapi.

Icke invasiva metoder i form av ultraljud, PET, MR, datortomografi, laserkirurgi och titthålskirurgi leder till kostnadsbesparingar i form av minskade vårdtider och förkortade sjukskrivningar. Slutsatserna är att utvecklingen förutom att den ger en större rationalitet i behandlingen också kan medföra betydande kostnadsreduktioner. En central fråga gäller balansen mellan kostnadsfördyringar pga tillgång på ny avancerad diagnostik och terapi och de ovannämnda potentiella kostnadsreduktionerna.

Det finns flera organisatoriska förändringar som påverkar utvecklingen inom universitetssjukhusen bl a det nya köp/säljssystemet, privatiseringen, husläkarsystemet, och den sk ädelreformen. Nya synsätt har kommit in inom hälso- och sjukvården. Dessa innebär bl a ett betonde av preventionen och mer utvecklad primärvård. Samtidigt går det inte att planhushålla fram kvaliteten i patienternas livssituation.

Även undervisningen påverkas av dessa organisatoriska förändringar och kräver ett vägval mellan å ena sidan vardagsproblemen ur sjukvårdssynpunkt å andra sidan den högspecialiserade sjukhusvården. Målet för utbildningen måste vara att få fram studenter som kan dra slutsatser på

egen hand och utvecklas till självständiga läkare. Detta mål motverkas om patienterna flyttas till de enheter som ligger utanför universitetssjukhusen och de enda patienter som kommer att finnas vid dessa enheter är de med speciella sjukdomar och speciella vårdbehov. Hur garanterar vi att lärarkvaliteten hålls uppe i dessa förändrade system? Möjligen får man se till att skapa kontakter mellan husläkare och universitetssjukhusen på ett sätt som garanterar ett adekvat patientmaterial för medicine studerande.

Sammanfattningsvis vill jag framhålla att vi i landet har sex kraftfulla kunskapscentra där sjukvård, undervisning och forskning bedrivs på ett integrerat sätt. 25% av alla läkare avlägger idag doktorsexamen, vilket är internationellt unikt. Vi har anledning att vara stolta över detta och det är en nationell angelägenhet att garantera att denna situation bibehålls. Alla landsting även de som inte har universitetssjukhus har glädje av de innovationer och den metodutveckling som sker inom dessa enheter. Det är ett gemensamt nationellt ansvar att tillse att ovannämnda organisatoriska förändringar inom hälso- och sjukvården inte hotar universitetssjukhusens ställning som kunskapscentra. Utvecklingen inom dessa kommer i sin tur att garantera kvaliteten och de ekonomiska vinsterna i vården för samtliga landsting i landet.

Hälso- och sjukvårdens framtida finansiering

Professor Bengt Jönsson

Inledningsvis vill jag peka på problemen i dagens statsfinansiella situation.

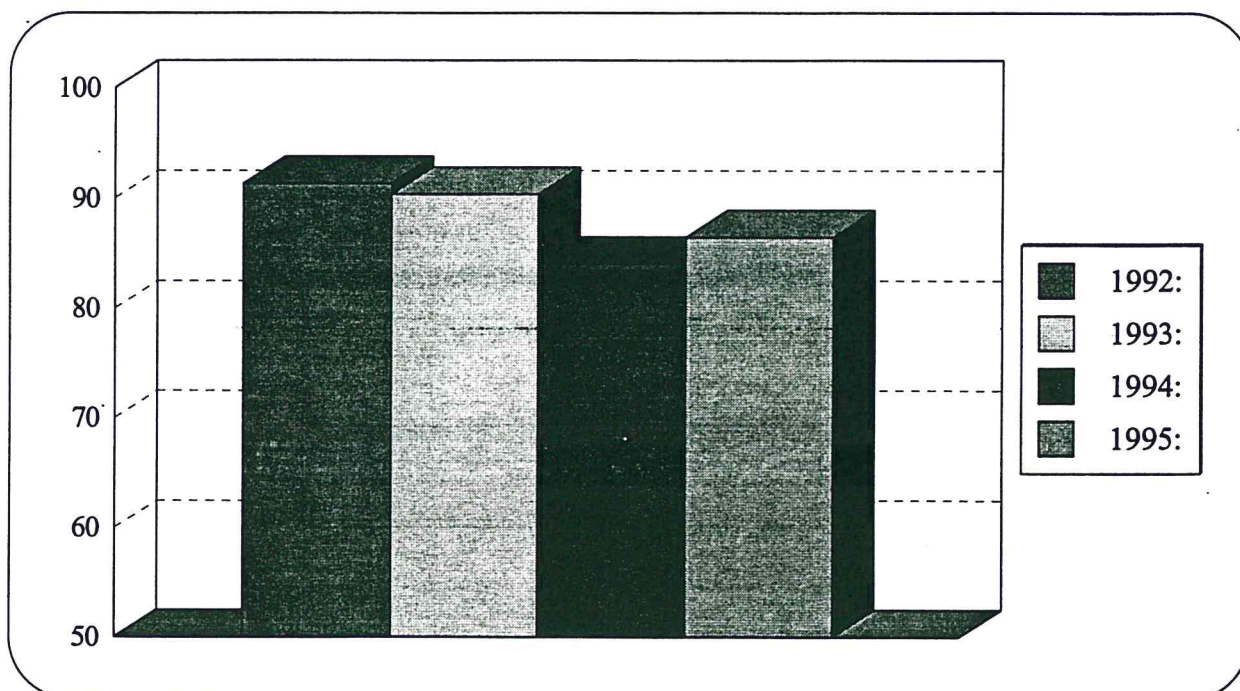
Budgetunderskott och statsskulden

	1973	1993
Budgetunderskott		
Miljarder kronor	6,2	200
Andel av BNP	3%	15%
Statsskulden		
Miljarder kronor	43	960
Andel av BNP	21%	66%

Cirka 90% av sjukvården är offentligt finansierad samtidigt som Sverige i år får ett budgetunderskott på 200 miljarder kronor. Den ackumulerade statsskulden kommer därmed att uppgå till 960 miljarder kronor. Bara räntorna på statsskulden är lika stora som de totala offentliga utgifterna för hela hälso- och sjukvården.

Landstingens skatteinkomster kommer att minska under 90-talet. För närvarande utgör dessa inkomster 80 - 90 miljarder per år. Utvecklingen är mycket problematisk då vare sig staten eller landstingen har några reserver att kompensera det förväntade underskottet med.

Landstingens skatteutveckling 1992 -95 i miljarder kronor i löpande priser



Källa: Landstingens ekonomi, Landstingsförbundet, Feb -93.

Även i andra länder är den offentliga finansieringen av sjukvården dominerande.

Offentliga sjukvårdsutgifter i procent av totala 1970, 1980 och 1990

Land	1970	1980	1990
USA	37	42	42
Japan	70	71	72
Europa (i)	74	75	73
Europa (u)	78	85	83
OECD medelvärde	70	76	76

Ökad privat finansiering inte är någon lösning på de aktuella problemen i Sverige. Det är sannolikt nödvändigt med en fortsatt hög finansiering via offentliga medel.

Det är viktigt att skilja mellan privata och kollektiva nyttigheter inom sjukvården. Privata nyttigheter är de vårdåtgärder som direkt berör individerna. Kollektiva nyttigheter utgörs av insatser för folkhälsa, nationell kvalitetskontroll, utbildning och forskning. Dessa bör:

- *Anslagsfinansieras via statsbudgeten*
- *Produktionen separerad från finansieringen*
- *Delegering av anslagsfördelningen*

Som exempel kan nämnas det sätt som forskningsråden finansierar forskningen.

Universitetssjukhusens uppgifter:

- *Vård - privat vara*
- *Utbildning - semikollektiv vara*
- *Forskning - kollektiv vara*

Tre möjliga finansieringsmodeller av hälso- och sjukvården enligt expertgruppen för HSU 2000 (SOU 1993:38)

Organisation Huvudman	Integrerad modell	Primärvårds- modell	Försäkrings- modell
Landsting	X		
Kommuner		X	
Staten			X

Dessa utgör tre renodlade modeller med tre finansiärer för att undvika blandformer som skapar oklarheter.

Finansiering av den reformerade landstingsmodellen

Alternativ 1: Landstingsskatt, inga statsbidrag, interkommunal skatteutjämning.

Alternativ 2: Statlig finansiering genom befolkningsbaserad ersättning. Riksdagen bestämmer sjukvårdskostnadernas höjd. Landstingen får koncentrera sig på att använda resurserna på bästa sätt.

Obligatorisk försäkringsmodell

- Statlig "sjukvårdsskatt"/statsbudget
- Central fond (avsättning för framtida utgifter)
- Staten avgör totalkostnad och försäkringsvillkor
- (Tilläggsförsäkringar och utträde)
- Patientavgifter

I en obligatorisk försäkringsmodell skall staten avgöra totalkostnad och försäkringsvillkor, men det kan vara möjligt att teckna tilläggsförsäkringar respektive begära utträde ur systemet. Patientavgifter skall kunna inkluderas i detta system. Det är viktigt att få en balanserad utveckling av kostnaderna över tiden, varför det krävs en finansiell utjämning över konjunkturcykeln.

Slutsats: Oavsett vilken modell som väljs för finansiering av sjukvården måste en renodling av rollerna ske och finansieringen separeras från produktionen.

Diskussion

Nils Stormby ansåg att vi har en framförhållning på två år. Därefter kan vi bara gissa. Den situation som i dag råder är helt unik - vi sitter i ett nätverk som styrs internationellt. Vad som skulle behövas är olika typer av konsekvensanalys kring olika möjliga framtidsscenario.

Det finns en motsatsställning mellan dels behovet av integrering dels behovet att skilja upp olika komponenter inom hälso- och sjukvården. Han bad **Bengt Jönsson** att utveckla samspelet på "verksamhetsgolvet".

Bengt Jönsson visade en bild av olika köpare av sjukvård från Karolinska sjukhuset 1990

- Stockholm Läns Landsting (SLL) 75,2 %
- Sjukförsäkring (Dagmar) 9,1 %
- Statens bidrag 7,2 %
- Utomlänspatienter 3,7 %
- Enskilda (patientavgifter) 1,4 %
- Övrigt 3,5 %

Internationella studier visar att universitetssjukhusen är konkurrenskraftiga om särkostnaderna tas bort och att de under dessa förhållanden ej är mindre kostnadseffektiva än andra sjukvårdsenheter.

Vilken mix som universitetssjukhusen ska ha vad gäller olika finansieringskällor för att vara mest optimalt måste utredas. I dag sitter universitetssjukhusen väl tungt i rutinsjukvård.

Han såg inget motsatsförhållande i att vara producent av både FoUU och sjukvård så länge som man lär sig att hålla isär de olika rollerna och använda olika typer av ersättningssystem i ett totalt perspektiv. Sjukhusen måste få utvecklas och kunna påverka mixen av olika finansieringskällor. Ett problem är att styr- och redovisningsinstrumenten inom hälso- och sjukvården är dåliga.

Anita Aperia ansåg att sjukhusen i dag har en hög medvetandegrad om olika kostnader. Hon ställde sig tveksam till ett alternativ där primärvården är både köpare och producent av sjukvård samt efterlyste ett klagörande av husläkarens roll i ett sådant system.

Bengt Jönsson pekade på olika sätt att komma till rätta med denna problematik exempelvis genom att från början dela upp budgeten. Utgångspunkten är dock att kommunerna ej ska vara ägare av sjukhus och samtidigt köpa sjukvård enligt modell 2. En separering är härvid nödvändig mellan finansiering och produktion av vård.

Tore Scherstén undrade om man diskuterat hur primärvården ska kunna köpa sjukvård på rätt nivå när den medicinska utvecklingen går mycket snabbt. Hur ska man klara kompetensfrågorna inom primärvården? Kan inte ett system där primärvården gör upphandlingen av sjukvårdstjänster hämma den medicinska utvecklingen?

Bengt Jönsson ansåg det helt klart att primärvården får en mycket central framtida roll. Det krävs stor kompetens inom primärvården. Den stora frågan är om det är möjligt att driva en kompetensutveckling inom primärvården så att denna kan uppfylla de krav som ställs mot bakgrund av den

snabba medicinska utvecklingen. Olika intressenter har olika uppfattning i denna fråga. Han ansåg att detta främst var ett managementproblem.

Bengt Fagrell efterlyste en prioriteringsdiskussion inom det förslag som Bengt Jönssons arbetsgrupp planerar. Han pekade på att husläkarsystemet förväntades minska kostnaderna för högspecialiserad vård samt den totala sjukvårdskonsumtionen. Själv hade han inte sett något internationellt exempel på en sådan utveckling. Han frågade hur man resonerar kring prioriteringarna av olika patientgrupper. Han ifrågasatte om man skall satsa på förebyggande hälsovård. Själv framhöll han att man borde prioritera de mest sjuka. Han påpekade också att universitetssjukhusen har högre kostnader på grund av att man behandlar svårare och mer komplicerade sjukdomsfall.

Bengt Jönsson informerade om att den s k prioriteringsutredningen kommer med ett separat betänkande. Han underströk att man försöker göra prioriteringarna tydliga. Vad gäller sjukvårdsresurserna till olika områden är detta en mycket svår fråga. Det är omöjligt att utarbeta en allmängiltig formel för kvantitering av vårdbehov inom olika grupper, enbart baserad på ålder och kön. Man måste skilja ut vad som är rutinsjukvård, vad som är annan typ av vård och vad som är FoUU.

Bertil Olsson undrade varför gruppen avvisat modeller med konkurrerande försäkringsbolag.

Bengt Jönsson ansåg att det inte finns ett tillräckligt stort befolkningsunderlag för att man ska få en riktig konkurrens. För detta krävs områden med minst 500 000 invånare för att skapa en tillräcklig riskspridning. Försäkringspremien ska betalas av det offentliga. Internationella erfarenheter har visat att det är lättare att screena ut de patientgrupper som har stora vårdbehov än att effektivisera vården och att detta i en konkurrenssituation kommer att påverka försäkringsbolagens inställning till dessa försäkringstagare.

Ulla-Britta Winroth ansåg att inga av de system som gruppen presenterat ger svar på dagens fråga rörande universitetssjukhusens roll och betydelse. Hur mycket skall landstingen avsätta för FoUU? Kommer gruppen att beröra detta i sitt slutgiltiga utredningsförslag?

Bengt Jönsson pekade på två resursströmmar i alla sina modeller

- *Kollektiva varor dvs forskning och utveckling som finansieras av staten*
- *Sjukvården*

Hur stora dessa resursslåg ska vara kommer gruppen inte att ta ställning till. Det viktiga är att det finns en ström av pengar för att finansiera sjukvården. Extra subventioner från staten skall inte förekomma i framtiden.

Tor Scherstén framhöll vikten av att de kollektiva varorna finansieras av staten. Han ansåg också att det var synd att gruppen inte kommer att ta ställning till storleken av den kollektiva varan.

Sven Lindstedt pekade på att universitetssjukhusen är stora, har hög kompetens och därigenom bör kunna vara kostnadseffektiva än vad mindre sjukvårdsenheter är. Det intressanta är inte att fastställa är hur stor en statlig subvention bör vara utan hur universitetssjukhusen skall kunna konkurrera på lika villkor med andra sjukvårdsproducenter. Han såg som ett av de största problemen att man hela tiden interfererar med organisationen, att universitetssjukhusen utsätts för illojal

konkurrens och att politiker styrs av faktorer som lokalpatriotism etc. Han ställde också frågan om universitetssjukhusen verkligen är en dyr organisation.

Bengt Jönsson refererade till studier som genomförts framförallt i USA men även i Sverige och som visar att universitetssjukhusen ej är dyrare än andra sjukhus för en given vara ex en gallstensoperation. Problemet är istället att sjukvården är mer avancerad vid universitetssjukhusen, ex utförs operationer under svårare förutsättningar än vid mindre sjukhus.

Han ställde också frågan om man ska finansiera FoUU-verksamheten via de vinster som görs i ett köpa-sälj system. Gruppen tror inte på detta utan arbetar med att definiera de grundläggande investeringarna för att kunna upprätthålla en hög sjukvårdskvalitet. Man måste skapa förutsättningar för att kunna bedriva en grundläggande forskning som inte omedelbart kommer vården till del. Denna forskningsverksamhet måste finansieras via staten. Vi behöver kartlägga olika möjligheter att finansiera de skilda delarna av FoUU.

Ulf Smith pekade på det styrsystem som i dag finns inom sjukvården med en ersättning per prestation s k DRG och frågade om det inte finns en stor risk att kvaliteten i verksamheten kan bli lidande inom ett sådant system. Han frågade vilka former för kvalitetskontroll som arbetsgruppen diskuterar.

Bengt Jönsson ansåg att ett köpa-sälj system stimulerar kvaliteten i verksamheten. I varje sjukvårdssystem finns behov av kunskap om den sjukvård som produceras dvs en kvalitetskontroll.

Medicinska metoder under utveckling bör koncentreras till undervisningssjukhusen. Han beskrev kontinuiteten i metodutvecklingen från grundforskning ---> via ett mellanläge där metoder prövas ut på patienter ----> till en överföring i rutinsjukvården. Det är viktigt att klargöra när en metod eller ny teknologi är klar att överföras i rutinsjukvården och härvid ersättas via sjukförsäkringssystemet. Ett ansvar för detta åvilar på universitetssjukhusen. Den centrala frågan är att avgränsa gråzonen i ett köpa-sälj system.

Holger Pettersson underströk att det svåraste är finansieringen av verksamheten inom gråzonen dvs det som ligger mellan ren forskning och ren sjukvård. Det finns olika stort intresse från olika stora landsting att finansiera denna utvecklingsdel. Han uttryckte tveksamheter vad beträffar Per Unckels syn att sjukvårdshuvudmännen bör ta ett nationellt, finansiellt ansvar för utvecklingskostnaderna. De landsting som ej har ett universitetssjukhus kan inte på ett tydligt sätt se vad de själva får ut av att bidra till FoUU-kostnaderna. Därför bör staten även ta ett övergripande ansvar för finansieringen av en del av verksamheten inom de s k gråzonen.

Bengt Jönsson ansåg att man för att eliminera riskerna med landstingens varierande intresse måste låta de kollektiva nyttigheterna även innefattande utvecklingsarbete finansieras via staten.

Tore Scherstén ansåg att det är rimligt att regionerna bidrar med en motprestation för det FoUU-arbete som bedrivs vid universitetssjukhusen och som i förlängningen kommer alla landsting till del.

Fördelar och risker med "köpa-sälj" system sett ur sjukvårdens och FoUU-synvinkeln

Professor Anita Aperia

I grunden finns en positiv inställning till DRG-systemet och den renodling detta innebär mellan producent- och beställarroller. Detta system har lett till ett större kostnadsmedvetande inom klinikerna och samtidigt ökat politiskt medvetande om sjukvårdsprioriteringarna. På samma gång har marginalerna för annan verksamhet försvunnit i och med införandet av DRG.

Ett viktigt problem med DRG-systemet är hur FoUU skall finansieras. Den centrala frågan är hur stor den tilläggsbudget ska vara som finansierar forskning och utvecklingsarbete och hur denna finansiering ska ske. Jag anser att alla landsting bör bidra till denna.

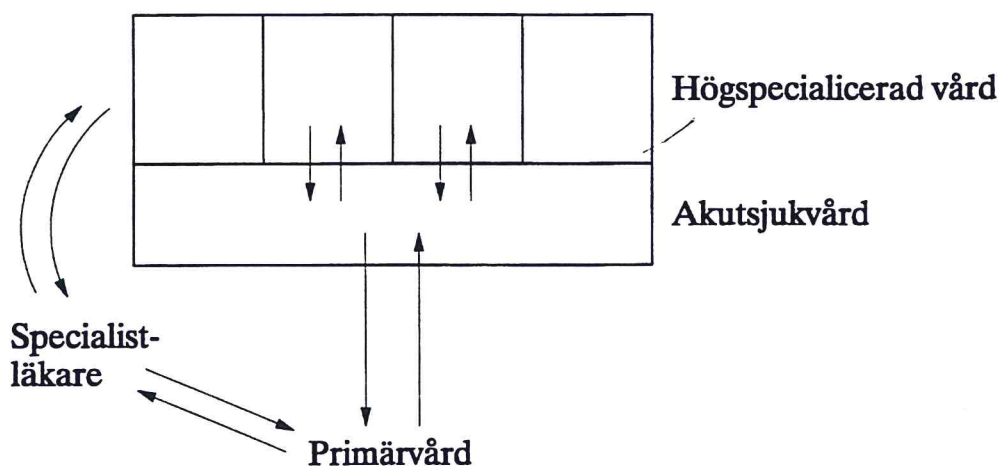
Universitetssjukhusens funktion:

- *Undervisa blivande läkare*
- *Bedriva medicinsk forskning och utvecklingsarbete*
- *Förmedla kunskap till övriga inom sjukvården*
- *Bedriva forskarutbildning*

för detta krävs

- *Personella och ekonomiska resurser*
- *En lämplig sjukvårdsstruktur*
- *Integrering med basala forskningsinstitutioner*
- *Gott samarbete med primärvården*

Universitetssjukhusets struktur



Integreringen av sjukvård, forskning och utbildning inom ramen för universitetssjukhusen har givit svensk sjukvård dess höga internationella ställning. Det måste alltid finnas ett utbyte av information och patienter mellan den högspecialiserade vården inom ett universitetssjukhus/akutsjukvård och primärvården. Det är således mycket väsentligt att akutsjukvård kan bedrivas inom ett universitetssjukhus.

Konsekvenser om universitetssjukhusen frångår akutsjukvården

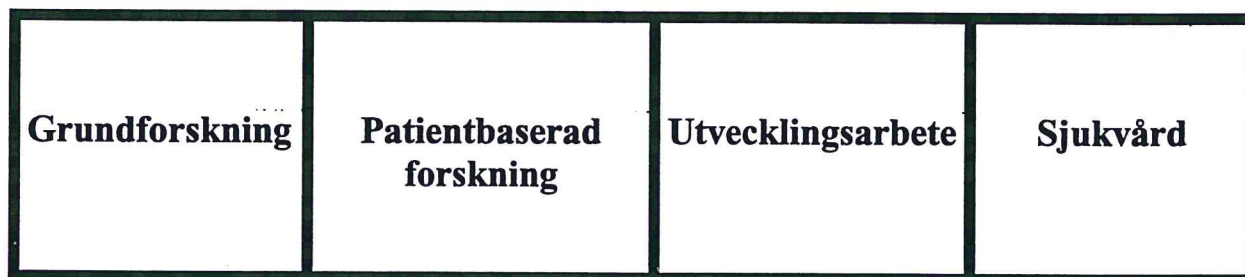
1. *Sämre förmedling av kunskaper till primärvården*
2. *Forskningsbetingelserna kring de stora folksjukdomarna försämras avsevärt*
3. *Sämre utbildning av läkare*
4. *Försämrade förhållanden kring forskarhandledning*
5. *Synen på den svårt sjuka patienten försämras*
6. *Sämre rekrytering*

Undervisning av medicine studerande innebär ett intäktsbortfall på grund av:

- *Färre poliklinikbesök*
- *Längre operationstider*
- *Längre rondtider*
- *Längre vårdtider*

Varför bör då undervisning av medicine studerande i huvudsak vara lokaliserad till undervisningssjukhus? Främst därför att läkaryrket i alla sammanhang är ett akademiskt yrke. Utbildningen skall förmedla ett biomedicinskt och kliniskt synsätt. Detta ska speciellt beaktas i samband med införandet av det nya husläkarsystemet. Hur skall dessa konkurrensutsatta läkare få tid att undervisa medicine studerande när deras verksamhet skall vara intäktsfinansierad. Är det rimligt att begära av en forskarutbildad husläkare att fullgöra 25-30% undervisning inom ramen för hans/hennes tjänst. Det rimligaste är att skapa kombinationstjänster där en del av husläkarens lön kommer via intäktsfinansiering, en annan via en statlig finansiering.

Forskningskedjan:



De olika momenten i denna kedja hänger samman och genom att kunna röra sig mellan de olika områdena kan i många fall sjukvården göra betydande vinster sjukvårdsmässigt. För att exemplifiera betydelsen av en sammanhängande process redovisades utvecklingen av sjukdomens diabetesnefropati .

Hur stort är då behovet av extrainkomster för FoUU och hur skall dessa inkomster skapas? Det är väsentligt att FoUU-delen inte utsätts för sparbetning.

Karolinska institutet har tagit initiativ till olika enkäter för att där kvantitera nedanstående kostnader:

- *Intäktsbortfall*
- *Ökade vårdkostnader*

Bearbetningen av dessa enkäter är ännu ej klar, men preliminära uppgifter ger vid handen att det rör sig om cirka 30% fördyring.

Det är väsentligt att alla sjukvårdshuvudmän bidrar till denna finansiering inte enbart de som har universitetssjukhus inom sina landsting.

Fördelar och risker med "köpa - sälj" system sett ur sjukvårdens och FoU-synvinkeln

Sjukhusdirektör Rein Rooseniit

Jag avser att kortfattat beskriva de nya marknadsekonomiska systemens effekter på sjukvården.

För 10-15 år sedan förelåg en förtroendekris i svensk sjukvård vilken karaktäriserades av:

- *Galopperande sjukvårdskostnader*
- *Ökade väntetider*
- *Ineffektivitet i verksamheten*

Detta ledde till nya synsätt inom den offentliga verksamheten, både på mikronivå och makronivå och tog sig uttryck i:

- *att riva de gamla klinikgränserna*
- *att se över arbetsinnehåll och scheman*
- *att stimulera arbete över disciplingränserna*

Dessa förändringar har bl a ägt rum beroende på att man satt patientens intresse i förgrunden på ett sätt som man även tidigare bekänt sig till men inte lyckats genomföra. 1960- och 70-talen innebar stora fackliga förändringar vilka innebar att personalens intressen sattes i förgrunden.

De ovan beskrivna förändringarna har förstärks via insatser på riksplanet:

- *Skapa förutsättningar för valfrihet*
- *Skapa vårdgaranti*
- *Diskutera konkurrensinslag inom sjukvården*
- *Öka incitamenten för produktivitetsökning*

Effekterna av detta har blivit:

- *Vårdköerna har försvunnit*
- *Produktiviteten har ökat*
- *Fokus på kvalitetsfrågor*
- *Patienterna går inte de vägar som bestämdes av politiker på 60- och 70-talet*

Medaljens baksida:

- *Man har ej orkat ta fulla konsekvenserna av valfrihetsreformen. Denna syftade till ett bättre nationellt resursutnyttjande vilket dock den politiska kraften ej orkat med. Ett av de största hoten är att politikerna inte lyckas nå enighet kring att ta fulla konsekvenserna av valfrihetsreformen och ta tag i strukturfrågorna och avveckla övertalighet. Istället återgår man till gamla styrformer.*
- *Olika innebörd i begrepp som används inom marknadsekonomiska resonemang försvårar en distinkt debatt i dessa frågor. Ett annat språkbruk borde ha använts när "marknadsekonomin" infördes inom sjukvården. Effekterna av ett gemensamt språkbruk har inneburit att det marknadsekonomiska systemet råkat i vanrykte bl a på grund av bankkrisen och fastighetskrisen. Detta i sin tur har bidragit till en ökad risk för att man återvänder till en anslagsfinansiering. Dessa risker är stora på grund av de sammanhållsekonomiska problemen vi ser i dag.*

I boken "Sveriges systemskifte i fara" påpekas att varje förändring är förenad med olika risker. Vid varje förändring sker ett antal misstag, dels oundvikliga dels undvikbara. De sistnämnda vad gäller hälso- och sjukvården hade kunnat undvikas om beslutsunderlagen varit bättre. Förändringarna genomförs i ett alltför högt tempo än vad som är önskvärt och vad som skett om ett tillräckligt beslutsunderlag funnits.

Ibland är hastigheten i reformarbetet bättre än inriktningen. Detta skapar problem som kan komma att påverka landstingssjukhusen.

Områden där misstag skett är bl a prissättningen och sättet för upphandlingen av tjänster.

Prissättning: Med hög hastighet har ett system med schabloniserad prissättning genomförts. Denna prissättning har mest präglats av trender och är förenad med ganska stora risker.

1. *Ej förenligt med medicinsk etik då dessa ekonomiska styrmekanismer har en mycket stark genomslagskraft.*
2. *Kan leda till diagnosglidning.*
3. *Inga prissättningsformer kan skapas som ej tar hänsyn till tjänsternas faktiska kostnad. Då produktkalkylerna är dåliga är priset på tjänsten oprecis.*
4. *Man beaktar ej resultatet av den behandling man ger en patient dvs resultatkvaliteten.*
5. *Modellerna beaktar ej universitetssjukhusens uppgift och då inte bara vad gäller FoUU utan även kostnader i form av ständig jour och beredskapsverksamhet.*

Jag anser att de kollektiva nyttigheterna skall finansieras via basfinansiering av stat och landsting annars kommer systemet leda till en kompetensuttuning.

Konkurrens: Konkurrens i sig är ett incitament för effektiv verksamhet och kan verka vitaliserande men idag verkar konkurrensen som ett självändamål.

Förutsättningarna för framgångsrik konkurrens

- *Att känna till spelreglerna för olika aktörer från början*
- *Att ha en hygglig acceptans av spelreglerna inom sjukvårdsorganisationen*
- *Att konkurrensspelet måste bedrivas på lika villkor*

Samtliga dessa tre punkter är i dag behäftade med allvarliga brister, exempelvis via beställarsystemet.

- Landstingen har ingen erfarenhet att upphandla sjukvårdstjänster utan endast av att upphandla material.
- Är det rimligt att upphandla dessa tjänster från organisationer där landstingsanställda har stora intressen. Detta är ej konkurrensneutralt då dessa enheter arbetar på marginalen. Vem har ansvaret om en entreprenör gör konkurs? Är det rätt upphandla tjänster från privata organisationer exempelvis laboratoriemedicinska enheter där entreprenören själv kan välja de enklaste och billigaste proverna men ej de kunskapskrävande sällsynta och dyra proverna samt inte heller bidra till forskning och utveckling.

Detta i sin tur medför en stor risk för en utarmning av kompetens och kunnande inom universitetssjukhusen.

Akademien och sjukvården inom ett universitetssjukhus måste utvecklas tillsammans och synkront. Det finns en stor risk med ett delat huvudmannaskap. Jag anser att sjukvård och forskning måste utvecklas parallellt ej efter varandra som Per Unckel anser.

Varför inte pröva ett förslag från Göteborg om ett fördjupat samarbete mellan medicinsk och odontologisk fakultet och sjukvården inom ramen för en fristående och självständig organisation?

Diskussion

Jan Lindsten inledde med att beskriva ett mycket sällsynt fall med en patient med isolerad mitokondrierubbning. Resultaten av den kostsamma och långvariga utredningen har medfört att man har kunnat klarlägga en rad andra sjukdomstillstånd. Han ställde frågan vem som idag skulle betala för hennes vård och utredning. Vilka DRG finns det som täcker denna typ av patienter? Han ställde vidare en fråga rörande strukturen inom sjukvården. Vem tar ansvar för att det finns medicinsk service och att det sker utveckling inom denna disciplin?

Tore Scherstén påpekade risken för upphandling av personer som konkurrerar med sig själva i en offentlig situation. Som ett exempel på detta angav han extraknäckande patologer. Han ställde vidare frågan om konferensdeltagarna upplevde en risk med den strukturförändring i form av beställarstyrelse som införs. Hur skulle det vara möjligt att renodla spelreglerna för olika konkurrenter?

Göran Holm ansåg att utvecklingen vad gäller laboratoriemedicinen är riskabel. Det finns flera oroande rapporter som pekar på att laboratorier avskiljs från den patientnära forskningen. Han undrade hur man skall kunna garantera en viss laborativ minimiverksamhet för att i sin tur garantera forskning och utvecklingsarbete.

Nils Stormby såg sig själv som motståndare till dem som både var offentliganställda och drev privat verksamhet. Han underströk samtidigt att man måste röja i hela problemet "fritidspraktiker" men då gäller det alla. Vågar man göra detta? Han pekade bl a på exemplen med kliniska provningar som bedrivs utan huvudmannens kännedom.

Han underströk också att viss forskning och utvecklingsarbete även bedrivs inom privata laboratorier.

Arne Johansson trodde att det kommer att bli besvärligt med köpa-sälj systemet under en lång tid framåt även om situationen är speciell för Stockholms läns landsting.

På grund av den ekonomiska krisen och det förhållandet att sjukvården är en viktig arbetsgivare finns en risk för regionala hänsyn med stöd till den egna sjukvården för att bibehålla arbetsplatserna dvs av andra skäl än rent sjukvårdsmässiga.

Han ansåg det ej självklart att alla universitetssjukhus ska ha all form av verksamhet. Det är fullt rimligt att vissa tjänster kan köpas utifrån och prissättningen är ett medel att reglera graden av konkurrens. Det är inte självklart att alla sjukhus i framtiden skall ha all utrustning och äga densamma.

Universitetssjukhusen måste marknadsföra sig mer offensivt. Vidare måste man se vilken verklighet vi kommer att arbeta under i framtiden. Exempelvis är det inte självklart att små lasarett upphandlar tjänster från de stora universitetssjukhusen utan istället vänder sig mot större sjukvårdsenheter utomlands.

Jan Lindsten ifrågasatte hur den medicinska kompetensen skall garanteras om universitetssjukhusen konkurreras ut.

Dag Lundberg ansåg att det ej är acceptabelt att läkare i offentlig verksamhet samtidigt arbetar inom privatvården då detta bl a kan leda till att forskningsaktiviteten minskar.

Tore Scherstén ansåg att mycket talar för att dessa problem skulle kunna lösas om vi hade en statlig basfinansiering för grundforskning och utvecklingsarbete.

Sven Lindstedt pekade på vikten av en länk mellan laboratorier och den kliniska forskningen. Han hänvisade till att ett av de primära skälen till att professorer inrättats i kliniska laboratediscipliner var att stärka detta samband. Han informerade också om att priserna vid privata laboratorier med god standard och laboratorierna vid undervisningssjukhus är ungefär lika om de får konkurrera på lika villkor. Han underströk också att man måste slå fast att den lekstuga i form av pseudokonkurrens för konkurrensens egen skull som i dag finns ej borde tillåtas.

För närvarande bedrivs en okritisk upphandling. Exempel på detta finns även utanför laborieverksamheten t ex ögonsjukvården i Stockholm där kataraktkirurgi upphandlas till ett högre pris än sjukhusens.

Lennart Enerbäck ansåg att det går lätt att identifiera konkurrerande verksamheter. Historiskt fördes laboratiemedicinen i ett större perspektiv ut från universitetssjukhusen till regionvården för att garantera närhet och konsultationer. Denna ursprungliga funktion har nu glömts bort och patologpreparat skickas kors och tvärs i Sverige för utvärdering. Det är dock rimligt att universitetsklinikerna tar tillbaka en del av denna verksamhet om den nya metodologin med dithörande samlad kompetens ska kunna utnyttjas på ett effektivt sätt som kommer alla inom vården till del.

Ulla-Britta Winroth framhöll att hon som politiker har svårt att gå in i diskussion i dessa frågor. Förändringshastigheten i processen är för hög. Det är hopplöst att veta vad man skall börja diskutera om de ekonomiska frågorna, främst på grund av en bristande kompetens. Hon såg det därför som mycket positivt att man under de senaste fyra till fem åren börjat kunna diskutera vad olika saker kostar. Hon ställde sig positiv till DRG-systemet som en utgångspunkt. Hon ansåg att man är tvungen att acceptera några års turbulens för att till slut få ett välfungerande system.

Jan Holmgren kommenterade upphandlingsproblematiken med att understryka med att man måste rensa bort avarter av den typ som det innebär att vissa sätter upp enkla lönsamma analyser och lämnar de dyra jourtunga proverna till den offentliga sjukvården. Det krävs en klarare redovisning av kostnaderna för forskning, utveckling och sjukvård.

Ett större problem i köpa-sälj är hur man ska skapa ett incitament till att sprida kunskap på ett kollegialt sätt. Enda lösningen är att ta fram särresurser för detta ändamål. Det vore en dröm om detta kunde finansieras på marginalen inom det stora universitetssjukhuset. Han ansåg dock att detta inte är möjligt. Vi måste renodla de olika delarna var för sig.

Nils Stormby ansåg att diskussionen lät som om allt som görs har tagits fram inom universitetssjukhusen. Detta är ett grundläggande fel.

Kunderna har en uppfattning om hur service fungerar. När det inte fungerar beror det på en inkompetent upphandling. Det är bra att sjukhuslaboratorierna vaknar upp. För att lösa kvalitetsfrågan vad gäller privatlaboratorierna får dessa sätta upp en finansiell garanti.

Ulf Smith tog upp den generella frågan kring kvaliteten i verksamheten. Han pekade på att det är så lätt att i en konkurrenssituation främst se till priset och härvid nagga kvaliteten i kanten. Man borde försöka få en affiliering av de privata vårdgivarna till universitetssjukhusen av den typ som i dag finns i Kanada.

Åke Wasteson framhöll att han ej var en anhängare av ett utvecklat marknadssystem inom hälso- och sjukvården. Han ville särskilt lyfta fram vad dessa förändringar innebär för utbildningen. Han underströk att utbildningen förutom att bibringa kunskaper även bibringar förebilder och attityder vilket är mycket viktigt. Han framförde en oro för att man nu håller på att skapa felaktiga förebilder för framtidens läkare. Han ställde frågan - vad får våra studenter för attityder? Han markerade att det inte bara är att "springa efter pengapåsen" eller låta sjukvården styras av någon sorts "handelskiosk-mekanism". Han ansåg att detta inte är bra i det långa loppet utan snarast lite simpelt.

Rolf Zetterström ansåg att man inom den kliniska medicinen försummat att studera långtidseffekterna av vissa behandlingsåtgärder. Han pekade på att man regelbundet måste kunna återse sina patienter för att kunna värdera vårdinsatsen. Det är omöjligt att göra detta inom primärvården. Han frågade vem det är som betalar denna "produktkontroll" inom slutenvården. Denna är helt nödvändig om vi ska ha en kvalitetsgaranti.

Synpunkter från varje medicinsk fakultet

Lund

Betonade konferensens betydelse. Man ansåg att fakultet och landsting har allting att vinna på en samverkan. Man måste härvid övertyga landstingen om värdet av universitetssjukhusens verksamhet. Man anser att staten ej givit speciellt god draghjälp i detta avseende. Man ansåg att den rena grundforskningen utgjorde en kollektiv nytthet som alla landsting borde bidra till. Man lyfte upp frågan hur man ska se på begreppet LUA/ALF-delen i detta sammanhang. Bör man lägga över denna helt på fakulteten? Slutsatsen är att det är viktigt med en samordning mellan universitetssjukhusen och fakulteterna.

Linköping

Betonade samverkan mellan UoH och landstingen. Det är viktigt att övertyga olika myndigheter om den kollektiva nyttan och det gemensamma ansvaret. Man måste också se till vilka ideal vi ska förmedla till framtidens läkare och identifiera kostnaderna härför. Kostnadsmedvetenheten är viktig men det är inte bara en fråga om dollar. Vidare framhölls att vi varit dåliga med marknadsföring *vis a vi* landsting och andra myndigheter och att denna måste förbättras.

Göteborg

Man ansåg att en fortsatt utveckling kräver en basfinansiering - ett försäkringssystem för att garantera kvaliteten i systemet och undervisningssjukhusens kostnader. Om fria patientströmmar kan åstadkommas bör konkurrensen ske via kvalitet. Detta förutsätter att kraft finns för att lägga ner icke effektiva enheter. I dag finns det en överproduktionskapacitet inom sjukvården. Man uttryckte förhoppningen om att medvetenheten om detta skall öka.

Karolinska institutet

Man beskrev en speciell grupp för klinisk forskning den s k KIKA-gruppen, dess funktioner och sammansättning. Man diskuterade beteckningen "gråzon" och ansåg att denna var en olycklig benämning på något viktigt och att det var bättre att använda begreppet "patientnära FoUU". Denna innebär en utveckling av kvaliteten inom vården. För utveckling och kvalitet behövs konkurrens. Kontinuiteten i sjukvårdens arbete behövs vidare. Bryts denna omöjliggörs en överföring av FoUU-kunskap till vården. Man informerade om att resultaten av de enkäter som genomförts hittills pekar mot att merkostnaderna för FoUU ligger på cirka 30 %. Man underströk vidare att kommunikationen mellan verksamhet - administration - politiker måste förbättras. KI har tagit fram ett program för detta där begreppet klinisk forskning beskrivs. Informationen sker främst till landstingspolitiker.

Lars-Åke Flood betonade att när Stockholms-modellen infördes var det uppenbart att FoU måste finansieras på ett annat sätt. I dag finns ingen återvändo. Sjukvården och FoU finansieras på olika sätt. Konkurrensneutraliteten måste beaktas utan att vi hamnar i ett alltför komplicerat system. Inom Stockholms läns landsting har ingen förordat en nedskärning av FoUU med anledning av systemförändringen. Han diskuterade universitetssjukhusets roll och framhöll att detta skall bedriva såväl FoUU som sjukvård. Vad beträffar detta sistnämnda kan det ibland vara knepigt vad gäller de

udda fallen. Detta är främst en effekt av att universitetssjukhusen förutom denna roll även fungerar som regionsjukhus. Han ansåg att det är en lång väg fram till dess vi kan fastställa vad som ska finansieras av DRG och vad som ligger inom tillägget via "försäkringsavgiften".

Uppsala

Ett bra samarbete föreligger mellan fakulteten och landstinget. För närvarande tävlar man bara om priset ej om kvalitet. Ett ökat inslag om regionens ansvar kan ses exempelvis samarbete inom utbildning bl a specialistutbildningen. Det är viktigt att det regionala ansvaret synliggörs. Avtalstiderna för upphandling bör förlängas. Vidare viktigt att se hur universitetssjukhusen behandlar varandra och härvid inte försöker att skinna varandra.

Umeå

Umeå universitetssjukhus har en annorlunda situation än övriga sjukhus genom att laboriemedicinen ej är konkurrensutsatt. Däremot finns konkurrensutsatt regional verksamhet exempelvis inom onkologin. Man ställde sig positiv till det förslag som framförts av Tore Scherstén angående basfinansiering. Man betonade också att man önskar se över andra aspekter på kopplingen FoUU och sjukvården och hur man ska kunna knyta ihop de olika verksamheterna på ett bra sätt.

Tore Scherstén sammanfattade följande tyngdpunkter i diskussionen:

- *En positiv syn på marknadsutvecklingen inom sjukvården*
- *Konkurrens bra om den sker på lika villkor*
- *Positiv till pluralism*
- *Kollektiva nyttigheter måste särfinansieras*
- *Lika behandling av samtliga universitetssjukhus vilket leder till krav på centrala beslut om hur gråzonen skall finansieras. Det är viktigt att denna post dimensioneras och definieras.*

Han ställde en konkret fråga om det fanns resonans för tillsättandet av en fakultetsövergripande grupp för att klargöra "gråzonen" med avseende på:

- *Avgränsning*
- *Definition*
- *Kvantitet*

Han formulerade ett konkret förslag enligt följande:

- *En arbetsgrupp bildas med en representant från varje medicinsk fakultet respektive universitetssjukhus per ort (12 personer).*
- *Ett sekretariat knyts till gruppen.*
- *Ordförandeskap och sekretariat är förlagda till Stockholm.*

En bred uppslutning för detta förslag fanns.

Holger Pettersson ansåg att om man nu var överens mellan fakulteter och landsting så borde man gå ut med ett generellt dokument som kan spridas brett massmedialt.

Jan Lindsten avslutade konferensen med att uppmana varje fakultet att skicka in namn på representanter i arbetsgruppen (medicinsk fakultet bör samordna valen av representanter med universitetssjukhusen) med till Jan Lindsten. Han ansåg att diskussionen har varit mycket konstruktiv och givande och tackade föredragshållare och deltagarna för deras insatser.

Sammanfattning av konferensen

Diskussionspunkter:

- *Övergripande frågor rörande hälso- & sjukvårdens finansiering och organisation utifrån tre möjliga modeller*
 - reformerad landstingsmodell
 - primärvårdsmodell
 - obligatorisk sjukvårdsförsäkring
- *Avgränsning, definition och kvantifiering av universitetssjukhusens uppgifter (vård, utbildning, forskning och utvecklingsarbete)*
- *Huvudmannaskap samt driftsformer - hur kan universitetssjukhuset beredas större inflytande i dessa frågor*
- *Sjukvårdsekonomiska utgångspunkter och härtill kopplade strukturella åtgärder (antal akutenheter, koncentration av FOUU-aktiviteterna etc)*
- *Fördelning av uppgifter mellan olika vårdnivåer i hälso- och sjukvårdssystemet*
- *Vem tar ansvar för den långsiktiga kompetens- och kunskapsutveckling som universitetssjukhusen idag svarar för i ett marknadsorienterat sjukvårdssystem?*
- *Vilka attitydskapande effekter får ett marknadsorienterat sjukvårdssystem på framtidens sjukvårdspersonal?*

Slutsatser:

- *Medicinsk forskning och utbildning förblir ett av statsmakterna prioriterat område och några planer på mer genomgripande förändringar vad gäller medelstilledningen till det medicinska området finns ej.*
- *Universitetssjukhusens struktur med integrerad sjukvård - forskning och utbildning måste bevaras*
- *Universitetssjukhusen får ej bli enheter för enbart högspecialiserad vård. Här skall även bedrivas bassjukvård för att garantera utbildningens och forskningens krav*
- *En risk föreligger att beställarstyrelsers kortsiktiga upphandling kan äventyra universitetssjukhusens grundstruktur (ex de medicinska laboratedisciplinerna)*
- *Genrellt positiv inställning till konkurrens på lika villkor mellan universitetssjukhusen och andra sjukvårdsenheter*
- *Positiv till pluralistiska sjukvårdssystem*
- *De kollektiva nyttigheterna kräver en statliga basfinansiering*
- *En fakultetsövergripande grupp tillsätts med uppgift att klargöra den s k "gråzon" som föreligger mellan grundforskning - utvecklingsarbete - sjukvård med avseende på avgränsning, definition och kvantitet. Konkret innebär förslaget att:*
 - *En arbetsgrupp bildas med en representant från varje medicinsk fakultet respektive universitetssjukhus per ort (12 personer).*
 - *Ett sekretariat knyts till gruppen.*
 - *Ordförandeskap och sekretariat är förlagda till Stockholm.*
 - *Gruppen skall arbeta skyndsamt*

Referenslista

1. Lindsten, J. *Så kan forskning och utbildning finansieras i ett köp-sälj system*. Läkartidningen 88 (1991) 3976.
2. Luft, R. och Lindsten, J. *Universitetssjukhuset - en akademi*. Läkartidningen 90 (1993) 111-117
3. Lundqvist, G. och Osterman, P.O. *Universitetssjukhuset - önskad utveckling?* Läkartidningen 90 (1993) 550 - 555.
4. Scherstén, T. *Universitetssjukhuset - problem och utvägar*. Läkartidningen 90 (1993) 547 - 549.
5. Westling, H. *Samlat ansvar - minskat revir*. Läkartidningen 90 (1993) 460 - 461.
6. Goldstein, J.L. *On the Origin and Prevention of PAIDS (Paralyzed Academic Investigator's Disease Syndrome)*. J. Clin. Invest. 78 (1986) 848 - 854.
7. Eriksson, H. och Ställdal-Lindqvist, E. *Minnesanteckningar från ett Idéseminarium rörande resurser för forskning, utveckling och undervisning i en landstingsbudget*. Rapport Karolinska sjukhuset. 1991-02-21.
- 8 . Sandgren, L. *Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet*. SOU 1989:29

Deltagarförteckning

Initiativtagare

Sjukhusdirektör Jan Lindsten, Karolinska sjukhuset
Professor Tore Scherstén, Sahlgrenska sjukhuset

Föredragshållare

Sjukvårdsminister Bo Könberg
Utbildningsminister Per Unckel
Professor Erling Norrby, Karolinska institutet
Professor Bengt Jönsson, Handelshögskolan i Stockholm
Professor Anita Aperia, Karolinska institutet
Sjukhusdirektör Rein Rooseniit, Sahlgrenska sjukhuset

Rapportörer

Professor Göran Bondjers, Göteborg
Professor Håkan Eriksson, Karolinska institutet
Byråchef Ewa Stålldal, Karolinska institutet
Professor Åke Wasteson, Linköping
Professor Torgny Stigbrandt, Umeå

Medicinska fakulteten i Göteborg

Professor Lennart Enerbäck, patologiska inst.
Professor Anders Hamberger, prodekanus
Professor Jan Holmgren, inst. för medicinsk mikrobiologi
Professor Olle Isaksson, medicinska inst.
Professor Ulf Smith, medicinska inst.
Professor Birgitta Strandvik, pediatrika inst. II

Medicinska fakulteten i Linköping

Kanslichef Inger Sandström
Professor Jan Wålinder, prodekanus

Medicinska fakulteten i Lund

Professor Sven-Erik Bergentz, dekanus
Professor Per Belfrage, prodekanus
Professor Karl-Erik Andersson, inst för klin farmakologi
Kanslichef Sten Wennerström

Medicinska fakulteten, Karolinska Institutet

Professor Bengt Samulesson, rektor
Professor Peter Aspelin, inst för radiologi, HS
Professor Göran Holm, inst för medicin, KS

Medicinska fakulteten i Umeå

Professor Jan-Erik Damberg, inst. för urologi
Professor Sten Hellström, inst. för öron-, näsa, hals
Avd.dir Svante Lampa

Medicinska fakulteten i Uppsala

Professor Hans Ulfendahl, dekanus
Professor Henry Johansson, prodekanus

Universitetssjukhusen

Sjukhusdirektör Birgitta Böhlin, Huddinge sjukhus
Divisionschef Lars Collste
Divisionschef Folke Sjöqvist, Huddinge sjukhus

Chefläkare Marc Bygdeman, Karolinska sjukhuset
Divisionschef Bengt Fagrell, Karolinska sjukhuset

Bitr sjukhusdirektör Tore Norén, Linköping
Centrumchef Erling Karlsson

Chefläkare Dag Lundberg, Lund
Stf chefläkare Holger Pettersson
Controller Christer Sjöberg

Sjukvårdsdirektör Olle Östman, Malmö
Divisionschef Lasse Tejler
Ekonomichef Christer Jarbo

Ek. konsult Mats Lindqvist, Norrlands universitetssjukhus

Bitr sjukhusdirektör Birgitta Brånedal-Sund, Uppsala
Chefläkare Per Olof Osterman
Bitr chefläkare Elisabet Olding Stenkvis

Sjukvårdspolitiker

Landstingsråd Bertil Olsson, Bohuslandstinget
Britt-Marie Lundqvist (s), Malmö
Kommunalråd Nils Stormby (m), Malmö
Per Ericson (m), Uppsala
Anders Toll (s), Uppsala
Ulla-Britta Winroth (s), HSN

Socialstyrelsen

Professor Sven Dahlgren

Landstingsförbundet

Utredare Kerstin Sjöberg

Svenska Läkaresällskapet

V ordf Kerstin Hagenfeldt
Sokr Lars-Ove Farnebo
Bitr sokr Nina Rehnqvist

SPRI

Göran Berleen
Helene Svensson

Sveriges Läkarförbund

Överläkare Inge Hesselius
Utredare Per Bengtsson

Övriga

Sjukvårdsdirektör Kaj Essinger, HSN-staben
Lars-Åke Flood, FoUU-kansliet, HSN
Rune Fransson, Centrala förvaltningen, KI
Bengt Jeppsson, Samverkansnämndens kansli i Lund
Christina Kärvinge, Socialdepartementet
Ingvar Lennerfors, Centrum för bioteknik, NOVUM
Rolf Zetterström, Kungl Vetenskapsakademien