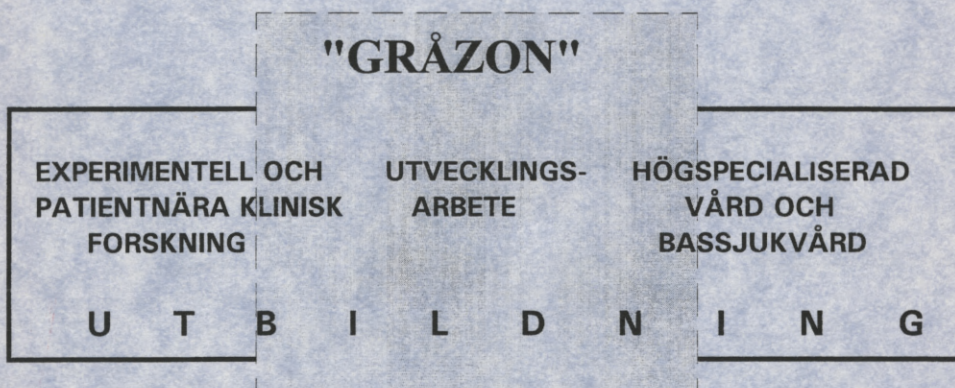

UNIVERSITETSSJUKHUSENS

ROLL OCH STÄLLNING

Rapport från
Gråzons(GZ)gruppen
Maj 1994



*I alla mänskliga verksamheter är det individer
och grupper som påverkar utfallet*

En person från näringslivet

Citat från GZ-gruppens marknadsanalys

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	sid
Sammanfattning	I
1. Inledning/uppdraget	1
2. Synen på universitetssjukhusen	
2.1 Undersökning om förväntningar och attityder	4
2.2 FoUU - en del av sjukvårdssystemet	5
2.3 Forskning värderas högt men finansieringen är oklar	6
2.4 Köp-/säljsystemets negativa effekter var inte avsedda	7
2.5 Kunskaperna om innehållet i FoUU är bristande	7
2.6 Intresset för forskning minskar med ökat avstånd	8
2.7 Behovet av samarbete, information och kommunikation ökar	9
2.8 Universitetssjukhusens organisation upplevs som otydlig	10
2.9 Ny tid - nya krav	11
2.10 Resurser för FoUU måste garanteras	12
3. Universitetssjukhusens roll och uppgifter	13
4. FoUU vid universitetssjukhus	
4.1 Begreppet FoUU	16
4.2 Från forskning till sjukvård	18
4.3 Sjukvårdens förändrade styrsystem och konsekvenserna för universitetssjukhusens FoUU	20
4.3.1 Forskning och utveckling	21
4.3.2 Utbildning	24
4.4 Den kliniska forskningens betydelse för industrin	25
5. Universitetssjukhusens intäkter och kostnader	
5.1 Översikt	26
5.2 Konsekvenser av den ekonomiska utvecklingen	27
5.3 Gråzonens olika komponenter, kostnader och problem	30
5.4 Vissa kostnadsberäkningar	32

6. Universitetssjukhusen styrning och organisation

6.1	Möjliga modeller för styrning/finansiering av universitetssjukhusens FoUU	39
6.1.1	Statliga universitetssjukhus	39
6.1.2	Centralt statligt organ för FoUU	39
6.1.3	Påslag på prestationsbaserad ersättning	40
6.1.4	Regional finansieringsmodell	40
6.2	Organisation och ledning av universitetssjukhusen	42
6.3	Ledarskap för sjukvård och forskning	43

7. Sammanfattande slutsatser och förslag

7.1	Universitetssjukhusens styrkefaktorer och hotbilder	44
7.2	Övergripande ansvarsfrågor	45
7.3	Några huvudfrågor inför framtiden	46

Sammanfattning

Universitetssjukhusen intar en särställning i sjukvården. Deras ställning beror inte på att de svarar för en dominerande roll i sjukvårdsproduktionen storleksmässigt utan för deras unika möjligheter att genom forskning och utveckling bidra till förbättrade metoder för diagnostik och behandling samt att genom utbildning av personal på olika nivåer säkerställa att landet garanteras en hög kompetens inom vården. En viktig orsak till att svensk medicinsk forskning liksom svensk hälso- och sjukvård idag intar en internationellt framskjuten position är enligt mångas uppfattning den starka integreringen av forskning, utveckling, utbildning (FoUU) i hälso- och sjukvården vid våra universitetssjukhus.

I en tid med god ekonomi har detta integrerade system fungerat väl. Den svenska sjukvården genomgår nu stora förändringar. Ett flertal av dessa har lett till att forskning, utbildning och utvecklingsarbete oavsiktligt fått mindre utrymme. Behovet av att klargöra finansieringen och finansieringsansvaret för FoUU är därför stort.

Det finns tecken som tyder på att själva styrkan i systemet - den goda integreringen av olika finansiärers insatser - har blivit systemets svaghet. Den nya tiden ställer nya krav på tydlighet om omfattningen, kostnaderna och resultaten av olika verksamhetsgrenar, vilket i sin tur ställer ökade krav på en skarpare gränsdragning mellan sjukvård, forskning, utveckling och utbildning. GZ-gruppen menar att en tydligare rolluppdelning i princip är positiv vid en strävan att effektivisera och tydliggöra ansvaret i en sådan stor och komplicerad organisation som den universitetssjukhusen utgör. GZ-gruppen ser det dock, mot bakgrund av de erfarenheter som redovisas i rapporten, som nödvändigt att varna för en förenklad och ensidigt positiv syn på effekterna av en alltför långtgående rolluppdelning inom universitetssjukhusen.

Syftet med den integrerade verksamheten vid universitetssjukhusen har varit att uppnå en **helhetssyn, långsiktighet** och ett **nationellt ansvar**. Det finns nu uppenbara risker för att denna målsättning ersätts med en **fragmentering av roller, kortsiktiga budgetorienterade förhållningssätt** och ett **ansvarstagande huvudsakligen för den egna enheten**.

En viktig åtgärd för att motverka detta är att separera och identifiera kostnaderna för FoUU från den konkurrensutsatta vården och etablera ett nytt finansieringssystem för FoUU. Samtidigt är det väsentligt att klargöra vem som i ett marknadsorienterat system tar det ekonomiska ansvaret för den långsiktiga kompetens- och kunskapsuppbyggnaden som universitetssjukhusen svarar för.

I rapporten beskrivs vidare den skiljelinje som föreligger mellan forskning - utvecklingsarbete - sjukvård med avseende på definition, avgränsning, kvantitet och finansieringsansvar. Nationella beräkningar indikerar att de totala FoUU-/merkostnaderna vid universitetssjukhusen, med den omfattning de hade 1990, svarar mot ca 40 procent - eller ca 6 miljarder kronor - av de basintäkter som universitetssjukhusen erhåller med nuvarande prestationsersättningsmodeller. Knappt hälften av dessa merkostnader betalas av staten och externa forskningsfinansiärer. GZ-gruppen vill dock framhålla att det är både ogörligt och otillräckligt att från de beräkningar som gjorts försöka generalisera och ange någon allmän overhead på vårdkostnader som direkt skulle kunna tillämpas för att exakt ange kostnaderna för skiljelinjen vid enskilda universitetssjukhus.

Rapporten redovisar förslag till olika modeller för ansvar och finansiering av FoUU. Modellerna analyseras utifrån universitetssjukhusens framtida roll och uppgifter. Inom ramen för utredningsarbetet har GZ-gruppen låtit genomföra en kvalitativ marknadsanalys av förväntningar och krav från olika aktörer med inflytande på de olika verksamheterna inom universitetssjukhusen. Denna analys, som redovisats i rapporten "Synen på universitetssjukhusen", har distribuerats separat. Undersökningen visar att kunskaperna om universitetssjukhusens och de medicinska fakulteternas verksamhet är bristande och att de inte har lyckats att förklara sin roll inom högspecialiserad vård och FoUU för övriga delar av vårdkedjan.

Enligt GZ-gruppen bör utvecklingskostnaderna finansieras solidariskt av de ansvariga för hälso- och sjukvården. De enskilda landsting/kommuner som driver universitetssjukhus kan inte rimligen bära hela kostnadsansvaret för det utvecklingsarbete som kommer hela hälso- och sjukvården i landet tillgodo. GZ-gruppens samlade slutsats vad gäller ansvaret och finansieringen för hälso- och sjukvårdens FoUU, och därmed för universitetssjukhusen, är därför att detta måste delas mellan staten, ägarlandstingen och övriga landsting. Former för att fördela kostnadsansvaret samt att, som en konsekvens av detta, skapa påverkansformer för alla finansiärer är en akut och angelägen uppgift.

Samlade slutsatser:

GZ-gruppen konstaterar att

- De ansvariga har gjort kraftfulla, målmedvetna och långsiktiga satsningar på såväl FoUU som hälso- och sjukvård i landet under hela efterkrigstiden
- Styrkan i den svenska FoUU-modellen har varit den starka integrationen mellan sjukvård, utbildning, utveckling och forskning.
- Den snabbt ökande kunskapsmassan inom medicin kräver välutvecklade system för att nå snabb tillämpning inom den praktiska sjukvården
- Det finns en gråzon mellan forskning, utvecklingsarbete och sjukvård vars gräns är svår att dra och vars omfattning och kostnader är ogörligt att exakt identifiera

GZ-utredningen har identifierat ett antal faktorer av vital betydelse för sjukvårdens FoUU

- Krav på tydliggörande av kostnadsfördelningen inom svensk sjukvård i kombination med krympta resurser har oavsiktligt minskat resurserna för FoUU i storleksordningen 1,5 miljarder kronor
- Kunskaperna om sjukvårdens FoUU är bristfällig
- Ledarskapet har stor betydelse för integreringen av universitetssjukhusens verksamheter
- Universitetssjukhusen har inte lyckats förklara sin roll inom högspecialiserad vård och FoUU för övriga delar av vårdkedjan
- Ansvarsfördelning mellan sjukvård och FoUU på universitetssjukhusen är idag otydlig

GZ-utredningen har kommit till följande slutsatser

- Fortsatt kraftfull satsning på sjukvårdens FoUU är av avgörande betydelse för kvaliteten av Sveriges framtida sjukvård
- Universitetssjukhusen skall förutom att bedriva bassjukvård vara centra för högspecialiserad vård, kompetensuppbyggnad och kompetensöverföring, utbildning, utveckling och forskning.
- Kommunikation och kunskapsöverföring mellan universitetssjukhusen och övriga sjukvårdsproducenter måste öka
- Betydande resurser satsas på FoUU-verksamheten vid universitetssjukhusen som måste ta ett ökat ansvar för att redovisa såväl verksamhet som resursutnyttjande
- Som en följd av svårigheterna att exakt faställa gråzonens omfattning och kostnader måste samtliga berörda aktörer i samverkan fastställa nivåer och fördelning av FoUU-resurser
- Det är viktigt att alla landsting känner ansvar för utvecklingen av sin verksamhet. Med detta ansvar följer naturligtvis också rätten att påverka inriktningen av sin FoUU-satsning.
- Med ökad engagemang från *alla* landsting kommer vinsterna från FoUU snabbare ut i sjukvården. Därför bör alla landsting i samverkan med universitetssjukhusen ta fram en konkret handlingsplan för regionala FoUU-satsningar

UNIVERSITETSSJUKHUSENS ROLL OCH STÄLLNING

1. Inledning/uppdraget

Det intensiva reformarbete inom hälso- och sjukvården som för närvarande pågår inom landet mot mer marknadsorienterade ekonomiska styrsystem ändrar på ett dramatiskt sätt förutsättningarna för universitetssjukhusen att bibehålla sambanden mellan sjukvård, forskning och utbildning, dvs det triumvirat som utgör grunden för den mycket framgångsrika medicinska utvecklingen i Sverige.

De risker och fördelar de nya styrsystemen kan medföra var temat för en konferens som hölls den 19 april 1993 i Wennergren Center. Initiativet till mötet hade tagits av sjukhusdirektör Jan Lindsten, Karolinska sjukhuset och professor Tore Scherstén, Sahlgrenska sjukhuset. I konferensen deltog sjukvårdsminister Bo Könberg och utbildningsminister Per Unckel. Därutöver deltog representanter från samtliga medicinska fakulteter, universitetssjukhusen, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, SPRI, Läkarförbundet och Kungliga Vetenskapssakademin. Vidare fanns representanter från landsting/kommuner med universitetssjukhus.

Slutsatserna från konferensen kan sammanfattas på följande sätt:

- ☐ Man var positiv till konkurrens på lika villkor mellan universitetssjukhusen och andra sjukvårdsenheter.
- ☐ Universitetssjukhusens struktur med integrerad sjukvård - forskning - utbildning måste bevaras.
- ☐ De kollektiva nyttigheterna kräver en statlig basfinansiering.
- ☐ Universitetssjukhusen får inte bli enheter för enbart högspecialiserad vård; här skall även bedrivas bassjukvård för att garantera utbildningens och forskningens krav.
- ☐ En risk föreligger att olika beställarorgans kortsiktiga upphandling kan äventyra universitetssjukhusens grundstruktur (t ex laboratoriedisciplinerna).

Ovanstående slutsatser krävde ytterligare belysning, särskilt när det gäller att klargöra den s k gråzon som föreligger mellan forskning - utvecklingsarbete - sjukvård med avseende på definition, avgränsning, kvantitet och finansieringsansvar.

Konferensens deltagare enades därför om att för denna uppgift bilda en arbetsgrupp med en person utsedd från varje medicinsk fakultet respektive universitetssjukhus per ort (12 personer). Konferensledningen uppdrog åt byråchef Ewa Ställdal och bitr. förvaltningschef Rune Fransson, båda vid Karolinska institutet, att vara sekreterare för utredningsarbetet.

Till ledamöter i arbetsgruppen har utsetts:

Professor Bertil Hamberger	Medicinska fakulteten, KI
Professor Peter Aspelin	Huddinge sjukhus
Professor Sverker Ljunghall	Medicinska fakulteten, Uppsala
Bitr chefsläkare Elisabeth Olding-Stenkvist	Uppsala Akademiska sjukhus
Professor Göran Berglund	Medicinska fakulteten, Lund
Professor Dag Lundberg	Universitetssjukhuset i Lund
Professor Sten Hellström	Medicinska fakulteten, Umeå
Professor Jan-Erik Damber	Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Docent Eva Haglind (t o m 931207)	Medicinska fakulteten, Göteborg
Professor Lennart Enerbäck (fr o m 931208)	"
Ekonom Jan Hallén (t o m 931207)	Sahlgrenska sjukhuset
Bitr. sjukhusdirektör Dan Wiklund (fr o m 931208)	"
Professor Jan Wålinder	Medicinska fakulteten, Linköping
Bitr. sjukhusdirektör Tore Norén	Universitetssjukhuset i Linköping

Arbetsgruppen utsåg vid sitt första sammanträde professor Bertil Hamberger till ordförande. Arbetsgruppen antog med hänsyn till sin uppgift att belysa den s k gråzonen arbetsnamnet "**GZ-gruppen**".

Det framkom tidigt i utredningsarbetet att några enkla och generella beräkningar över gråzonen inte var möjliga att göra beroende på stora skillnader mellan olika orter och enheter samt det intensiva förändringsarbete som just nu pågår. GZ-gruppen har istället koncentrerat sig på vissa övergripande beräkningar och analyser. Den närmare fördelning av resurser måste ändå fortlöpande prövas i en process där olika delansvariga tar ställning till sina delar, bl a med hänsyn till de behov av FoUU-insatser som den kunskapsintensiva hälso- och sjukvården kommer att kräva i framtiden. Utredningens inriktning har därmed kommit att ändras något i förhållande till det ursprungliga uppdraget.

Arbetet har vidare inriktats mot att utifrån en analys av universitetssjukhusens roll och uppgifter ge förslag till olika framtida modeller för styrning och finansiering av FoUU vid universitetssjukhusen.

Under utredningsarbetets gång har framkommit att synen på och kunskaperna om universitetssjukhusens roll och uppgifter är starkt varierande. Detta har påverkat rapporten såtillvida att vissa avsnitt har gjorts fylliga i avsikt att ge en bred information om universitetssjukhusen inför kommande överväganden om deras framtida roll.

Inom ramen för utredningsarbetet har också en fördjupad kvalitativ marknadsanalys genomförts av konsultbyrån AUGUR Marknadsanalys AB. Analysen har tillfört arbetsgruppen viktiga kunskaper och underlag om samhällets (politiker, näringslivsrepresentanter, sjukhusadministratörer, chefsöverläkare m fl) syn på universitetssjukhusens roll och uppgifter. Denna analys, som redovisats i rapporten "Synen på universitetssjukhusen", har distribuerats separat.

Arbetsgruppen har under utredningsarbetet haft värdefulla kontakter och diskussioner med olika berörda myndigheter och departement, Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000), Universitets- och regionsjukhusens prismodellgrupp, Prioriteringsutredningen, m fl.

Utbildnings- och socialdepartementen har under arbetets gång tillsammans med Landstingsförbundet beslutat anordna en konferens den 16 maj 1994 om Hälso- och sjukvårdens framtida behov av FoUU. Representanter från samtliga landsting, universitetssjukhus, medicinska fakulteter samt berörda myndigheter kommer att inbjudas att delta. GZ-gruppen har uppmanats presentera sin rapport "Universitetssjukhusens roll och ställning" vid denna konferens.

2. Synen på universitetssjukhusen

2.1 Undersökning om förväntningar och attityder

Som redovisas närmare längre fram är universitetssjukhusens verksamhet mångfacetterad med olika delar helt eller delvis integrerade i varandra och med ett flertal aktörer som utförare, beställare och köpare. De olika verksamhetsdelarna har dessutom olika finansiärer. I en tid med god ekonomi har detta system med utbildning, forskning, utvecklingsarbete och sjukvård väl integrerat i universitetssjukhusen fungerat väl.

Den svenska sjukvården står emellertid i dag inför stora förändringar. Ett flertal av dessa har lett till att utrymmet för forskning, utbildning och utvecklingsarbete minskar till förmån. Behovet av att klargöra finansieringen och finansieringsansvaret för FoUU är därför stort.

Det finns tecken som tyder på att själva styrkan i systemet - den goda integrationen av olika finansiärers verksamheter - har blivit systemets svaghet. Den nya tiden ställer nya krav på tydlighet om omfattningen, kostnaderna och resultatet av de olika verksamhetsgrenarna, vilket i sin tur ställer ökade krav på en definitiv gränsdragning mellan sjukvård, forskning, utveckling och utbildning. En sådan gränsdragning är svår - ja rentav omöjlig - att dra varför systemets överlevnad bygger på att finna lösningar för att garantera resurserna för FoUU samtidigt som en fortsatt strukturutveckling av sjukvården kan ske vid universitetssjukhusen.

GZ-gruppen gör den bedömningen att ett nytt system måste motsvara förväntningar och krav från olika aktörer med inflytande på de olika verksamhetsgrenarna inom universitetssjukhusen. Dessa aktörer återfinns på flera nivåer från riksplanet ner till lokala sjukvårdspolitiker, sjukvårdsadministratörer, chefsöverläkare och den vårdsökande allmänheten.

GZ-gruppen har mot denna bakgrund uppdragit åt företaget AUGUR Marknadsanalys AB att genomföra en kvalitativ undersökning om omgivningens syn,

förväntningar och krav på samt kunskaper om universitetssjukhusen. De samlade resultaten redovisas i en rapport mars 1994 "Synen på universitetssjukhusen - En undersökning utförd av AUGUR Marknadsanalys AB på uppdrag av Gråzons(GZ)gruppen." Undersökningsrapporten kan rekvideras från Karolinska institutet, kontorsmaterialförrådet, fax 08-728 64 34. Här ges endast en kort sammanfattning av undersökningsresultaten.

Undersökningen har genomförts genom personliga djupintervjuer. Intervjuerna har följt en intervjuguide som har utarbetats i samråd med GZ-gruppen. Syftet med intervjuguiden är att säkerställa att alla viktiga frågeområden tas upp. Den har mer karaktären av en checklista än ett traditionellt frågeformulär och tillåter därför intervjupersonerna att själva påverka ordningsföljden mellan olika frågeställningar.

Intervjupersonerna är samtliga berörda av frågeställningarna och har kunnat belysa dem ur olika synvinklar. Undersökningarnas resultat baseras på 28 djupintervjuer. I undersökningens urval ingår följande personer

- 3 nationella politiker
- 10 landstingspolitiker, kommunalpolitiker
- 3 personer inom näringslivets top management
- 3 myndighetspersoner
- 7 chefsöverläkare, sjukhusdirektörer
- 2 framtidsforskare

GZ-gruppen vill framhålla att även om urvalet av intervjupersoner är begränsat, så ger resultaten ändå en tidsbild över synen och förväntningarna på universitetssjukhusen. Underlaget utgör, enligt GZ-gruppen, en viktig kunskapsbas inför diskussionen om universitetssjukhusens framtida roll och ställning.

Nedan ges en kortfattad sammanställning av några intervjuresultat med kommentarer från AUGUR.

2.2 FoUU - en del av sjukvårdssystemet

Undersökningen visar på svårigheterna att diskutera FoUU som en isolerad företeelse. FoUU är en del i det totala sjukvårdssystemet. Förutsättningarna för FoUU måste därför diskuteras utifrån sjukvårdens förutsättningar.

Omvärlden är enig om att den svenska hälso- och sjukvårdens internationellt framstående ställning till stor del bygger på den goda integreringen mellan forskning och sjukvård och att denna måste bevaras och utvecklas.

"Det går inte att försumma en av delarna för då kommer inte de andra att fungera. Man kan inte bedriva bra undervisning utan att man har bra sjukvård och man kan inte bedriva forskning utan att man har bra sjukvård. Man kan heller inte bedriva bra sjukvård om man inte har bra forskning"

En riksdagspolitiker

Bilden av att alla delarna bildar en helhet som det är betydelsefullt att bevara är genomgående en uppfattning bland intervjupersonerna.

2.3 Forskning värderas högt men finansieringen är oklar

Den nya tidens kärva ekonomiska klimat har medfört förändrade attityder till FoUU. Ny tid kräver nya styrmedel. 70- och 80-talen betecknas som en generös tid där kraven från huvudmännen var lågt ställda. Idag ser man annorlunda på uppföljningen av ekonomiska medel. I allt högre utsträckning krävs motprestationer i form av delaktighet och insyn i processen. Huvudmännen vill veta att pengarna används på rätt sätt och har avsedd effekt. I undersökningen kan också märkas uppfattningen att garantier och långsiktighet tillhör en förfluten tid.

Flera intervjupersoner framför allt riksdagspolitiker och myndighetspersoner menar att finansieringen av FoUU måste ske utanför köp/sälj för att kunna garanteras en långsiktighet. Det finns en gemensam uppfattning om att klinisk forskning blivit en komplex fråga i ett köp-/säljssystem i ett kärt ekonomiskt klimat. Risken är att klinisk forskning hamnar mellan två stolar - staten å ena sidan och landstingen å andra sidan.

Riksdagspolitiker och myndighetspersoner anser att det måste bildas en frizon för forskningen på så sätt att den finansieras utanför köp/sälj. Idag bör debatten snarare handla om val teknik för detta än betydelsen av forskning för svensk sjukvård.

2.4 Köp-/säljssystemets negativa effekter var inte avsedda

Köp-/säljssystemet i samband med ett kärvt ekonomiskt klimat har givit konsekvenser i form av ett kortsiktigt och produktionsinriktat tänkande. FoUU kräver ett långsiktigt synsätt och risken för en nedrustning av FoUU blir då enligt de intervjuade uppenbar. Ansvariga politiker försvarar systemet och menar att negativa effekter på FoUU inte var avsedda.

"Vi är medvetna om köp-/säljssystemets negativa effekter på FoUU. Det var aldrig tänkt så. Jag tycker att det är viktigt att forskningen och utbildningen inte urholkas. Vi håller på att hitta lösningar för detta. Systemet måste förfinas"

En riksdagspolitiker

Bland de intervjuade riksdagspolitikerna finns en uttalad ambition att övervaka så att inte FoUU urholkas i köp-/säljssystemet.

"Vi kommer att lösa detta, men idag är det ingen som vet tekniken för hur detta skall lösas i Sverige. Vi kommer att lösa detta för vi måste! Det är ett så skrämmande alternativ att vi på ett sådant enormt sätt ska utarma svensk sjukvård, undervisning och i sista hand svensk läkemedelsindustri. Den kommer inte att överleva om vi inte har bra klinisk tillämpad forskning och grundforskning"

En riksdagspolitiker

2.5 Kunskaperna om innehållet i FoUU är bristande

Undersökningen visar att detaljkunskapen om universitetssjukhusens och de medicinska fakulteternas verksamheter är begränsad. Få intervjuade personer kan beskriva beståndsdelarna i FoUU. Universitetssjukhusen måste därför bli mer lyhörda samt kommunicera bättre med sin närmaste omvärld, d v s länssjukvården och huvudmännen. I samband härmed måste universitetssjukhusen kunna presentera ett bra beslutsunderlag för att få sina resursbehov tillgodosedda. Företagarna för universitetssjukhusen, och särskilt de medicinska fakulteterna, brister här.

Köparsjukhusen är positiva till att landstingen ställer högre krav på universitetssjukhusens FoUU. De ser därmed möjligheter till att minska det kommuni-

kationsglapp som de anser råder mellan köparsjukhusen och universitetssjukhusen idag.

De intervjuade beskriver också universitetssjukhusen som arroganta mot sin omvärld. Information från universitetssjukhusen karakteriseras också av att den sker på universitetssjukhusens villkor, vilket innebär att det inte alltid är den information som efterfrågas.

"Universitetssjukhusen har varken en strategi eller ett intresse för att sprida information som vi vill ha. Vi har länge velat ha reda på vad FoUU kostar. Vi sitter och försöker hitta på lösningar hur man ska trygga FoUU men vi har inte fått någon hjälp hittills av universitetssjukhusen själva"

En landstingspolitiker

2.6 Intresset för forskning minskar med ökat avstånd

Intresset för forskning minskar med ökat avstånd. Ju längre intervjupersonerna befinner sig från akademien ju mindre kan de värdera de delar som närmar sig grundforskning och som de har svårt att se nyttan av. Personer som befinner sig nära den akademiska världen betonar däremot vikten av grundforskning. Denna forskning skall finansieras av staten menar man och behöver inte ha en fysisk koppling till universitetsklinikerna. Andra hävdar att den kliniska forskningen kräver fysisk närhet till grundforskning. På en del håll har grundforskningens fysiska närhet till den kliniska forskningen tillmätts så stor betydelse att nya centra för avancerad experimentell forskning byggts inom universitetssjukhusen.

Personer inom länssjukvården och flertalet sjukvårdspolitiker är betydligt mer kritiska till den akademiska världen. De ifrågasätter nyttan med den forskning som sker vid universitetssjukhusen och som enligt flera av dem sker i okontrollerade former. De är tveksamma till värdet av den forskning som bedrivs i förhållande till hur mycket pengar den kostar. Särskilt gäller detta om finansieringen sker med landstingens pengar. Representanter för sjukvården menar också att grundforskning omges av en snobbig attityd som inte hör hemma idag inom sjukvården. Dessutom finns en kritik mot bristande klinisk kompetens hos universitetssjukhusens läkare.

Attityderna till forskning blir mer positiva ju närmare sjukvården forskningen befinner sig. Den forskning som närmar sig medicinskt utvecklingsarbete upplevs vara lättare att begripa resultaten av samt vilken effekt som den kan ha på den övriga sjukvården. Det blir lättare att engagera sig och därmed ökar motivationen att finansiera den. Representanter från länssjukvården och flera landstingspolitiker prioriterar därför den forskning som är nära knuten till sjukvården och som på kort sikt kan visa på positiva resultat.

"Universitetssjukhusen har gått på myten om sin egen förträfflighet. De har glömt bort att det finns en omvärld och att vi ställer krav som vi förväntar oss att de uppfyller"

En tjänsteman i samverkansnämnd

2.7 Behovet av samarbete, information och kommunikation ökar

Undersökningen visar att intervjupersonerna har en homogen bild av vilka funktioner universitetssjukhusen bör svara för. De är överens om rollen på ett övergripande plan men detaljerna kan skilja sig mellan de olika aktörerna. Den roll man är överens om är följande:

- * ansvara för långtidsutbildning av personal
- * driva den medicinska utvecklingen framåt
- * bedriva klinisk forskning
- * svara för kunskapsöverföring
- * bedriva högspecialiserad vård

dessutom nämns:

- * vara motor för den övriga sjukvården
- * agera som moraliska förebilder

Det finns överlag en stark kritik från köparsjukhusen till universitetssjukhusens agerande vilket har försvårat samarbetet. Chefsöverläkarna efterfrågar förutom respekt och lyhördhet för länssjukvården att universitetssjukhusen öppnar sig för sina kollegor vid länssjukhusen att delta i ronder, patientsamråd, hospitera, m m.

Den minskade rörligheten inom läkarkåren understryker vikten av kunskapsutbyte och kunskapsöverföring mellan universitetssjukhusen och länssjukhusen. Intervjupersoner inom vården pekar på att det är mindre vanligt att klinikchefer har ett förflutet inom regionsjukvården nu än tidigare. Därmed är erfarenheterna av forskning mindre bland länssjukvårdens läkare vilket ytterligare förstärker behovet av samarbete och ökad rörlighet.

2.8 Universitetssjukhusens organisation upplevs som otydlig

I undersökningen kan man märka att det krävs betydande insikter för att en intervjuperson överhuvud taget ska uppfatta att det är två olika huvudmän, staten och landstinget, som har sin verksamhet förlagd till universitetssjukhuset. För de flesta intervjupersoner så innefattar begreppet universitetssjukhus enbart utbildning och högspecialiserad vård.

Universitetssjukhuset är med andra ord ansiktet utåt och den medicinska fakulteterna är för de flesta anonyma enheter inom universitetssjukhusets ram. Från spridda håll finns det t o m en uppfattning att de medicinska fakulteterna skulle kunna särskiljas från universitetssjukhusen. Man menar att kritiken som de har mot de medicinska fakulteterna därmed inte skulle belasta universitetssjukhusen. Kommunikation och information mellan universitetssjukhus och huvudmän måste väsentligt förbättras om universitetssjukhusen skall kunna vara ledande kunskapscentrum i framtiden och integreringen av sjukvård, utbildning, forskning och utveckling bibehållas.

Det finns en klassisk uppfattning att staten ska svara för grundforskning och utbildning. Kostnaden för verksamheten som finns mellan grundforskning och klinisk forskning skall delas mellan staten och sjukvårdshuvudmännen medan sjukvårdshuvudmannen ensam är ansvarig för utvecklings- och uppföljningsarbetet.

I realiteten har sjukvårdshuvudmännen under många år betalat mycket av den kliniska forskningen menar vissa av de intervjuade. Detta förhållande har blivit allt tydligare i och med köp-/säljsystemets införande. Uppfattningen att sjukvårdshuvudmännen tar en stor del av statens ansvar för att bibehålla en hög nivå på universitetssjukhusens FoUU delas av samtliga sjukvårdspolitiker och myndighetspersoner.

"Det minsta staten ändå måste göra är att konstatera att de här nya köp-/sälj-systemen har klarlagt att landstingen under många år har burit ett stort ansvar för finansieringen av svensk medicinsk forskning"

En myndighetsperson

2.9 Ny tid - nya krav

Synen på universitetssjukhusen har förändrats över tiden sett från köparsjukhusens perspektiv. Man anser att universitetssjukhusen har tärt på ett förtroendekapital genom att inte ha en öppen attityd till samarbete med länssjukvården. Sannolikt har oklarheter om vem som gör vad, vilka resultat som presteras och slutligen vem det är som betalar vad bidragit till situationen.

De nya kraven kan sammanfattas enligt följande:

- * universitetssjukhusen kompetens måste göras tydlig
- * köparsjukhusen kräver ökat samarbete, lyhördhet och förståelse från universitetssjukhusen
- * en kombination av vetenskaplig kompetens och klinisk kompetens efterfrågas
- * det måste sättas press på forskarna
- * universitetssjukhusens undervisningsroll måste få en ny innebörd

Huruvida inställningen till FoUU blir positiv eller negativ från omvärlden framöver beror till stor del på hur de medicinska fakulteterna och universitetssjukhusen agerar i en ny tid.

"Jag tror att universitetssjukhusen måste gå vidare och försöka ta reda på vad mina uppdragsgivare och omgivningen är intresserade av att få från vårt universitetssjukhus. Man måste ha ett flöde av kunskap fram och tillbaka. Universitetssjukhuset kan inte bara utbilda och sedan inte bry sig om, utan de måste tillsammans med de olika sjukhusen bygga upp något gemensamt som har med utveckling, forskning och kanske kursverksamhet kring nyheter o s v att göra, och vara beredda att fara ut och tala om det"

Chefsläkare

2.10 Resurser för FoUU måste garanteras

Många menar att det inte är tillräckligt med ökad kommunikation mellan universitetssjukhus och länssjukvård utan att det krävs ett politiskt beslut för att resurser för FoUU vid universitetssjukhusen skall garanteras. Annars kommer FoUU att bedrivas alltför godtyckligt av sjukvårdshuvudmännen utifrån deras ekonomiska situation.

Alla säger att de vill värna om forskning, utbildning och utveckling. Men det leder ingen vart om man bara säger det. Det måste till politiska beslut för att det skall få genomslagskraft.

En myndighetsperson

3. Universitetssjukhusens roll och uppgifter

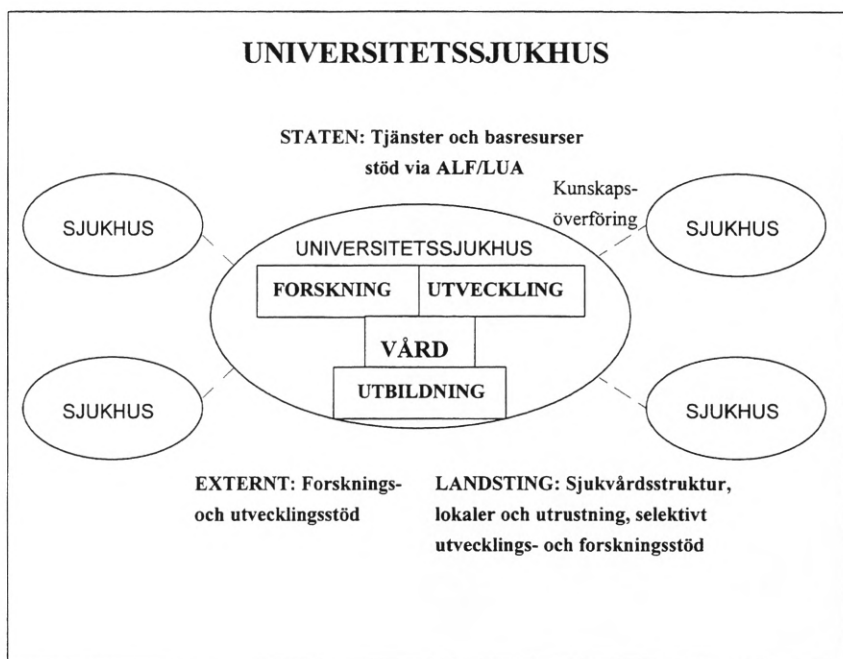
Universitetssjukhusen intar en särställning i sjukvården. Där fullgörs såväl hög-specialiserad sjukvård som ren bassjukvård samt utbildning och forskning - allt integrerat. Som universitetssjukhus - och här menas inte en byggnad utan en organisation - inberäknas i denna rapport endast de sjukhus som har fasta forskningsresurser i form av professurer m m. Dessa enheter är

- ☐ Malmö allmänna sjukhus
- ☐ Universitetssjukhuset i Lund
- ☐ Sahlgrenska sjukhuset
- ☐ Universitetssjukhuset i Linköping
- ☐ Huddinge sjukhus
- ☐ Karolinska sjukhuset
- ☐ Akademiska sjukhuset i Uppsala
- ☐ Norrlands universitetssjukhus

Naturligtvis bedrivs forsknings- och utvecklingsarbete även vid andra sjukhus och flera principiella resonemang i denna rapport är också tillämpliga för dessa sjukhus. FoUU-verksamheten vid dessa enheter måste också värnas och ges förutsättningar att utvecklas i samverkan med universitetssjukhusen som enligt GZ-gruppen också i framtiden bör utgöra naven i utvecklingen av högspecialiserad vård, forskning och utbildning.

Svensk medicinsk forskning liksom svensk hälso- och sjukvård anses av många sedan länge inta en internationellt framskjuten ställning, mycket tack vare det unika integrerade systemet inom hälso- och sjukvården. Staten betalar ersättning till landstingen för det intrång utbildning och forskning gör i hälso- och sjukvården. Denna samverkan mellan stat och landsting regleras dels i centrala avtal (ALF/LUA-avtal), dels närmare i lokala samarbetsavtal mellan berörda universitet och landsting/kommuner. Principiellt har avtalen en likartad uppbyggnad men den mer detaljerade regleringen av fördelning av forskningstid m m varierar mellan de olika orterna.

I nedanstående figur beskrivs mycket schematiskt det medicinska utbildnings- och forskningssystemet och dess olika komponenter.



Nedan redovisas kortfattat verksamhetsuppgifterna .

- ❑ **Utbildning**, innefattande grundutbildning av skilda kategorier, forskarutbildning, AT-utbildning och specialistutbildning, fort- och vidareutbildning samt utbildning av ledare i olika chefspositioner inom sjukvården.
- ❑ **Forskning**, innefattande experimentell klinisk forskning och patientnära forskning för produktion av ny kunskap.
- ❑ **Utvecklingsarbete**, innefattande framtagande av ny metodik, teknologivärdering, evaluering av medicinska metoder, kunskapsöverföring till hälso- och sjukvården som helhet
- ❑ **Långsiktig kompetens- och kunskapsuppbyggnad** för nationella behov innefattande bl a specialistutbildning samt fortbildning av redan färdiga specialister
- ❑ **Högspecialiserad vård, sista utpost i vården, speciell jour och beredskap, prevention, bassjukvård**

Inom ramen för alla universitetssjukhusets uppgifter ingår kvalitetssäkring.

Nedan beskrivs universitetssjukhusens åtagande fördelade på olika aktörer. Av denna sammanställning framgår vilken stor och komplex organisation som ett universitetssjukhus utgör, och de därmed sammanhängande svårigheterna att tydligt särredovisa innehållet i och omfattningen av de olika verksamhetsgrenarna samt att entydigt klargöra styrning och ansvar.

Åtagande	Beställare/finansiär	Betalform
Sjukvård		
Länsdelssjukvård	Ägarlandsting	Anslag alt prestationsers.
Länssjukvård	Ägarlandsting	Anslag alt prestationsers.
Regionsjukvård	Ägarlandsting, Övr landsting i regionen	Anslag alt prestationsers. Prestationsersättning
Rikssjukvård	Patientens hemlandsting	Prestationsersättning
Klinisk undervisning		
Grundutbildning läkare m fl	Staten	Högskoleanslag, ALF/LUA
Vidareutbildning läkare	Ägarlandsting	Anslag
Övriga yrkesutbildningar	Ägarlandsting	Anslag
Internutbildning	Ägarlandsting	Internbudget
Forskning/utveckling		
Forskning, forskarutbildning	Staten	Högskoleanslag, ALF/LUA, extern finansiering
Metodutveckling, över- byggande forskning	Staten och landsting	Högskoleanslag, ALF/LUA, anslag
Läkemedelsprövning mm	Företag	Avtalsersättning
Produkt-/kvalitetskontroll	Ägarlandsting	Internbudget
<i>Högskole- anslag:</i>	<i>Anslag för forskning/forskarutbildning samt för grundläggande högskoleutbildning som anvisas högskolorna direkt från staten</i>	
<i>ALF/LUA:</i>	<i>Anslag från staten till landsting/kommuner som driver universitets sjukhus avsedda att täcka de merkostnader som följer av att utbildning och forskning bedrivs vid dessa sjukhus</i>	
<i>Prestations- sättning:</i>	<i>Ersättning till universitetssjukhusen för utförd vård enligt erfastställda principer som i konkurrenssyfte normalt är jämförbara med de principer som gäller för övriga sjukhus</i>	

4. FoUU vid universitetssjukhus

4.1 Begreppet FoUU

Med begreppet FoUU menas som tidigare nämnts Forskning, Utveckling och Utbildning. Det finns anledning att klara ut några av dessa begrepp eftersom en viktig del i de kommunikationsproblem som finns mellan universitetssjukhusen och omvärlden grundar sig på missförstånd om vad skilda parter menar med olika begrepp.

Forskning är att söka ny kunskap. Detta allmänna begrepp överfört till det medicinska området kan innefatta flera begrepp:

Grundforskning är den forskning som sker oberoende av eventuell framtida tillämpning. Forskningen sker kring basala mekanismer och syftar enbart till att öka förståelsen för biologiska strukturer och funktioner. Grundforskning har således inget förutbestämt nyttovärde och betydelsen av grundforskning kan ofta inte förutses vare sig beträffande tillämpningen eller tidpunkten när observationen i fråga passar in i ett större sammanhang. Trots detta har grundforskningen påfallande ofta lett till diagnostiska och terapeutiska framsteg. I medicinska sammanhang är grundforskning praktiskt taget alltid experimentell.

Grundforskning inom det medicinska fältet bedrivs huvudsakligen inom de prekliniska institutionerna och knappast inte alls inom universitetssjukhusen. Sjukhusens forskning utgår från kliniska problem. Däremot sker ett intensivt utbyte av metodik mellan preklinisk och klinisk.

Klinisk forskning är forskning som sker utifrån en klinisk frågeställning. Sådan forskning kan vara rent experimentell, eller utgå från patientmaterial, såsom studier av patienters undersökningsresultat, reaktion på försök eller behandling eller genomgång av journalmaterial eller register.

Experimentell forskning är forskning oberoende av den kliniska handläggningen, kräver ofta laboratoriemiljö och metodologi från biomedicinsk grundvetenskap samt ibland djurförsök, och består av observationer utifrån största möjliga kontroll av försökssituationen. För framtagande av nya behandlingsmetoder för våra folksjukdomar krävs en satsning på experimentell

forskning för att förstå sjukdomsorsaker och sedan utveckla och pröva nya metoder på människa. De flesta nya behandlingar har kommit och kommer att utvecklas genom kombination av experimentell och patientnära forskning.

Patientnära forskning är forskning som bedrivs på patienter eller på prover från patienter.

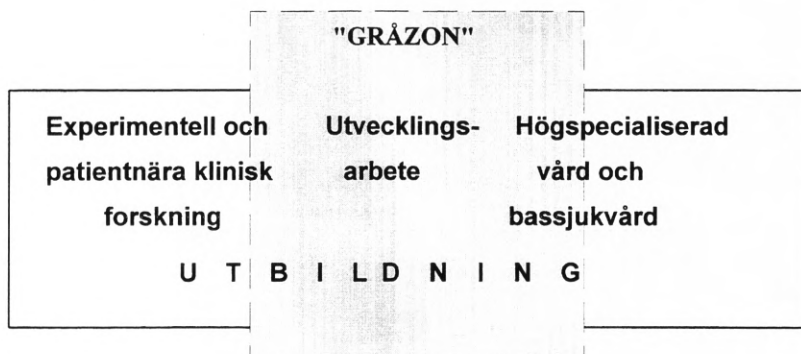
Utvecklingsarbete är sådan verksamhet som inte till sin natur är nyskapande, dvs undersökaren avser inte att finna helt ny kunskap utan strävar mera efter att förbättra etablerade rutiner. Till denna rubrik kan således hänföras arbete rörande metod- och produktutveckling och utvärdering av etablerad klinisk praxis samt kunskapsöverföring.

Kvalitetssäkring är nivån under utveckling och innefattar åtgärder inom den etablerade rutinen som syftar till att säkerställa att det kliniska arbetet sker enligt beprövad erfarenhet och ger önskvärda resultat.

Utbildning vid universitetssjukhusen omfattar allt från kortare yrkesutbildningar, över längre utbildningar och kvalificerad fortbildning och vidareutbildning till forskarutbildning

Gråzonen är den del av FoUU-verksamheten och vården som utan skarpa gränser finns mellan ren sjukvård och statligt finansierad FoUU. Den innefattar bl a högspecialiserad vård, sista utpost i vården inkludera speciell jour/beredskap, specialistutbildning, vidareutbildning, utvecklingsarbete och klinisk forskning.

Nedanstående figur illustrerar de flytande gränserna och sambanden mellan forskning - utveckling - vård inom den sk gråzonen.



4.2 Från forskning till sjukvård

Senare års framsteg inom biomedicinsk forskning, främst molekylärbiologi, cellbiologi, kemi och immunologi har lett till en snabb idémässig och metodologisk utveckling inom klinisk forskning och till ett närmande mellan grundvetenskap och klinisk forskning. Detta utökade och nära samarbete mellan grundforskare och kliniska forskare har bl a lett till att forskningsframsteg numera snabbt kan överföras till klinisk tillämpning. Såväl gränserna mellan grundforskning och klinisk forskning som mellan klinisk forskning och utvecklingsarbete förskjuts kontinuerligt och kräver nya organisatoriska och ekonomiska lösningar. Detta kan naturligtvis övergångsvis skapa oklarheter och problem ur ekonomisk och administrativ synpunkt men dessa måste överbryggas om inte forskningens utveckling skall hämmas.

Ett exempel på sambandet mellan forskning och praktisk tillämpning inom hälso- och sjukvården redovisas nedan.

Exempel 1: Vaccination förhindrar förekomsten av allvarlig infektionssjukdom

*Utvecklingen av vaccin mot infektionssjukdomar och införande av obligatorisk/frivillig ympning med dessa vacciner har inneburit att vissa infektionssjukdomar mer eller mindre utrotats. Genom vaccination mot poliovirus har många barn och vuxna besparats livslånga lidanden och handikapp. Det sker ett kontinuerligt och intensivt forsknings- och utvecklingsarbete för att finna vacciner mot alla livshotande infektionssjukdomar. Ett aktuellt exempel på detta är framtagandet av ett vaccin mot *Hemophilus influenzae* typ B (Hib). Hib-infektioner orsakar hjärnhinneinflammationer (meningit) och struplocksinflammation (epiglottit) hos barn med i vissa fall dödlig utgång. Dödligheten vid Hib-meningit är cirka 5 procent. I Finland genomförde man ett Hib-vaccinationsprogram 1986. Från 30 Hib-meningit-insjuknade barn, i åldern 0-4 år, sjönk antalet till inga rapporterade fall 1991.*

Forskningen kring och utvecklandet av vaccin mot svåra infektionssjukdomar leder till minskad dödlighet och lidande. Samhällsekonomiskt innebär detta avsevärda besparingar.

Det finns andra mycket slående exempel på hur grundforskning får genomslag i praktisk sjukvård genom att personer med olika kompetens kan samarbeta. Många menar att tiden från grundläggande upptäckter till kliniska tillämpningar inom många områden kommer att bli förkortad och grundforskningsresultat snabbare kan komma den praktiska sjukvården tillgodo. Detta gäller inte minst upptäckter med stöd av genteknologiska och molekylärbiologiska metoder.

Exempel 2: Bestämning av lämplig givare vid organtransplantation

Ett av huvudproblemen vid organtransplantation är den s k avstötningsreaktionen. I transplantationens barndom var denna avstötning det största kliniska problemet med dödsfall, stort lidande för patienter, stora kostnader för avstötningsbehandling och ibland en förnyad transplantation.

Tack vare grundforskning inom genteknologi och immunologi har man lyckats få fram en metod som på två timmar avgör om givare och mottagare passar immunologiskt. Metodens säkerhet gör att man även när det gäller obesläktade givare nästan med 100 procents säkerhet kan välja en lämplig givare.

Dessa framsteg inom genteknologi och grundforskning betyder att man idag med obesläktade givare har samma låga avstötningsrisk som tidigare gällde för syskongivare. Detta har inneburit ett betydligt mindre lidande för patienterna och stora kostnadsbesparingar i sjukvården.

Överföring av FoU-kunskap

Patientnära forskning och utvecklingsarbete är en viktig länk i kedjan från basal upptäckt, som ibland initieras av kliniska iakttagelser, till klinisk applikation. Om länken inte fungerar kan vetenskapliga landvinningar inte komma patienterna tillgodo. Forskningen är därför i regel knuten till undervisningssjukhusens högspecialiserade vård. Forskarna måste tjänstgöra i kliniskt arbete för att upprätthålla sin kompetens. En del forskare har akademiska kombinationstjänster men många upprätthåller vanliga läkartjänster vid undervisningssjukhusen och fungerar som en länk mellan experimentalforskarna och patienterna.

De som får sin utbildning vid universitetssjukhusen fungerar som bärare av ny kunskap till andra delar av hälso- och sjukvårdsorganisationen. Det gäller de

som genomgår grundläggande utbildning och framförallt de som genomgår fort- och vidareutbildning. Kunskapsöverföringen sker också i andra former; genom att individer byter anställning mellan universitetssjukhus och andra sjukhus, genom konferenser och symposier, genom konsultationer och samråd i enskilda fall, etc.

Exempel 3: Säkrare och billigare behandling av pulsåderbråck

Operation av pulsåderbråck syftar till att förhindra att detta spricker, ett tillstånd som obehandlat leder till 100 % dödlighet. Den vanliga operationen innebär att en sjukligt förändrad kroppspulsåder ersätts med konstgjort vävnad, s k graft. Denna operation är omfattande med viss dödlighet och lång sjukhusvistelse. Nyligen har s k transfemoral behandling introducerats vid universitetssjukhusen i Sverige vilket innebär att graftet som ersätter pulsådern införes via ett blodkärl i låret och fästes på insidan av kroppspulsådern ovanför respektive nedanför den sjukliga förändringen.

Komplicerad metodik av denna typ utvecklas och utvärderas vid universitetssjukhusens högspecialiserade enheter och förs sedan i tillämpliga delar ut i länssjukvården. Metoden innebär således att en stor operation med intensivvårdsvistelse och lång sjukhusvistelse samt med viss dödsrisk konverteras till ett litet ingrepp, där patienten kan skrivas ut efter ett par dagar.

4.3 Sjukvårdens förändrade styrsystem och konsekvenserna för universitetssjukhusens FoUU

Stora förändringar har gjorts i hälso- och sjukvårdens styrsystem och struktur under de senaste åren. Bl a har uppdelning gjorts på beställare och utförare. De ekonomiska styrsystemen har förändrats från att vara anslagsbaserade till att vara prestationsrelaterade. Akutsjukvården har genomgått genomgripande förändringar på kort tid.

Antalet vårdplatser vid akutsjukhusen har minskat avsevärt. Detta har kunnat ske genom förkortade vårdtider och genom ökad öppenvård. Vården av gamla samt kroniskt sjuka har dessutom överflyttats från akutsjukhus till vårdhem eller annan kommunal service (ÄDEL-reformen). Medelvårdtiden för

inneliggande patienter har minskat kraftigt. Förändringarna har haft till följd att patientomsättningen och vårdtyngden ökat dramatiskt vid sjukhusen.

Det är realistiskt att förutse en fortsatt reduktion av den sjukhusanknutna akut-sjukvården till förmån för öppenvård, t ex dagkirurgi. I samband härmed är det nödvändigt att klargöra universitetssjukhusens behov av bassjukvård för att kunna fungera som länk mellan FoUU och vård.

Förändringsarbetet inom hälso- och sjukvården är även inriktat på att separera ansvaret för finansiering och beställning från ansvaret att producera och tillhandahålla vård. Beställarrollen utövas i de flesta fall av politiska styrelser medan organisationen av producentsidan varierar. Gemensamt för utvecklingen är dock att politikernas inflytande över driftfrågorna minskar.

Nya ersättningssystem har införts som inte har tagit hänsyn till universitetssjukhusens speciella kostnadsbild, vilket innebär att viss kostnadskrävande vård och laboratorieverksamhet inte kommit att bli finansierad.

I de nya systemen är därför universitetssjukhusens speciella profil, med stor andel högspecialiserad vård och kvalificerad laboratorieverksamhet, viktig att analysera så att inte FoUU-medel måste tas i anspråk för vårdkostnader eller att viktig vård- och laboratorieverksamhet slås ut. Sådant arbete pågår i olika delar av landet men har nått olika långt. Här pågår dessutom gemensamma nationella översyner.

4.3.1 Forskning och utveckling

För en framgångsrik medicinsk forskning krävs idag tillräckligt stora forskargrupper - en kritisk massa - vilket uppnås genom att sammanföra kompetens från olika basala och kliniska områden i centra eller nätverk. Sådana forskningscentra eller nätverk byggs nu upp vid flertalet av universitetssjukhusen i samarbete mellan berörda landsting och universitet. Såväl nationella som internationella erfarenheter talar entydigt för att högspecialiserad FoUU-verksamhet, med bl a krav på bred kompetens och dyrbar utrustning, måste koncentreras till ett fåtal universitetssjukhus för att såväl bli slagkraftig som ekonomisk möjlig.

Idag kan man notera oroande tendenser till utspridning av FoUU-resurser och högspecialiserade vårdresurser - tung apparatur, komplicerade diagnostiska och

terapeutiska åtgärder - inom hälso- och sjukvårdssystemet som helhet som varken ur ekonomisk eller medicinsk synpunkt är effektiv eller rimlig. Den marknadsorienterade konkurrensen stimulerar till en sådan splittring och måste balanseras av andra krafter som ser till helheten och den samlade kostnadseffektiviteten. Den typ av regional samverkan som diskuteras i syd- och västregionerna kan vara en intressant lösning för att säkerställa långsiktighet och helhets-syn.

För ett bibehållande och fortsatt utveckling av den höga kvaliteten inom svensk hälso- och sjukvård är det viktigt att den medicinska forskningen ges optimala förutsättningar att utvecklas i nära samverkan med hälso- och sjukvården. Det är här viktigt att påpeka att landets sjukvårdsenheter kommer att spela olika roller i forsknings- och utvecklingsprocessen. Det gäller såväl enheter inom länssjukvården som de universitetssjukhus som avses i denna rapport.

Den kunskapsutveckling som finns inom den biomedicinska forskningen kommer att få mycket långtgående positiva följder för den praktiska sjukvården. I takt med den snabbt ökade kunskapen om molekylära verkningmekanismer i cellen sker en motsvarande kunskapsökning inom de kliniska tillämpningarna av grundvetenskaplig molekylärbiologi, neurobiologi, läkemedelsforskning, m m vilket leder till nya synsätt på och metoder för diagnostik och behandling av olika sjukdomstillstånd och får konsekvenser för det förebyggande arbetet. Ny diagnostik och nya behandlingsmetoder som grundas på dessa basvetenskapliga framsteg kan förutses utvecklas explosionsartat den närmaste tioårsperioden.

Detta ställer i sin tur krav på att kliniska forskare har nära kontakt med både forskare vid prekliniska grundforskningsinstitutioner och enheter inom universitetssjukhusen där tekniker och instrument inom genteknologin, immunologin, biokemin, bildanalys och andra angränsande områden finns representerade. Det är givet att sådan kompetens måste finnas samlad vid sådana enheter med en viss minsta kritiska massa av forskare för att kunna vara framgångsrik. Sådana kliniska forskningscentra som här avses bör därför koncentreras till universitetssjukhusen. Med denna utveckling får universitetssjukhusen en allt viktigare roll vad gäller kunskapsöverföring från grundvetenskap till klinisk verksamhet genom att högt kvalificerad teknologi där ges en direkt koppling till patientvård och patientmottagning.

En vidareutveckling av svensk hälso- och sjukvård kräver fortsatt stora forsknings- och utvecklingsinsatser om dess internationellt framskjutna position skall kunna bibehållas. De förändrade systemen för sjukvården utgör ett allvarligt hot mot den kliniska forskningen om inte finansieringen av FoUU kan garanteras.

En viktig åtgärd är att separera och identifiera kostnaderna för FoUU från den konkurrensutsatta sjukvården och etablera ett nytt finansieringssystem för FoUU. Samtidigt är det väsentligt att klargöra vem som i ett marknadsorienterat sjukvårdssystem tar det ekonomiska ansvaret för den långsiktiga kompetens- och kunskapsuppbyggnaden som universitetssjukhusen idag svarar för.

Det är vidare viktigt att klargöra vem som är beställare/finansiär av FoUU. I en marknadsanpassad ekonomisk modell tillåts vårdgivare att köpa medicinsk service även från fristående producenter utanför sjukhusen. Dessa privata laboratorier kan hålla låga priser till följd av en hårt specialiserad verksamhet utan ansvar för forsknings- och utvecklingsarbete. En sådan utveckling leder till nedrustning av kompetensen vid universitetssjukhusens kliniska laboratoriespecialiteter.

Farhågor finns vidare att en krympande ekonomi kommer att leda till en fortsatt minskad benägenhet att remittera patienter till sjukhus utanför det egna landstingsområdet, framför allt till universitetssjukhusen. Detta kan leda till att patienterna får en kvalitetsmässig sämre vård när den utförs på hemmasjukhus eftersom varje doktor då ser färre patienter med den aktuella sjukdomen. För universitetssjukhus kan konsekvensen bli att underlag för kontrollerade kliniska studier försvåras om patientunderlaget blir alltför begränsat. Även specialistvård samt utbildning av specialister påverkas negativt av en minskad koncentration av ovanligare diagnoser.

Av socialutskottets betänkande 1992/93:25 samt prioriteringsutredningens delbetänkande framgår även vikten av en kritisk granskning av beställare - utföraremodellens inverkan på den kliniska forskningen. Man anser att det är angeläget att tillräckliga medel avsätts för forsknings- och utvecklingsarbete inom ramen för de förändrade styrsystemen. För att sjukvården skall kunna bedrivas rationellt krävs att de metoder som används i större utsträckning genomgår vetenskaplig utvärdering ifråga om effektivitet och kostnader.

Socialutskottet konstaterar att den tillämpade kliniska medicinska forskningen är ett gemensamt ansvar för staten och sjukvårdens huvudmän. Utskottet anser att denna forskning måste öka och ges ökat stöd. Vidare anges att regeringen bör överväga och eventuellt utreda lämpliga former för förstärkning av resurserna för samt finansiering av detta angelägna forskningsområde.

4.3.2 Utbildning

Utvecklingen har lett till svåra problem också för utbildningen, bl a beroende på svårigheterna att ge utrymme för kliniska utbildningsmoment i den slutna vården. Det är viktigt att även utbildningens behov beaktas vid utformningen av hälso- och sjukvårdsorganisationen så att dessa uppgifter också i framtiden kan vara väl integrerade med vårdverksamheten vid universitetssjukhusen. Denna integrering är en förutsättning för en fortsatt positiv utveckling av sjukvården.

Systemet för tilldelning av resurser till grundläggande högskoleutbildning har också reformerats. En övergång har skett från ett resurs- och kostnadsbaserat till ett mål- och resultatorienterat system. Förändringsinriktningen är densamma som pågående utveckling inom hälso- och sjukvården. Inom ramen för ett utbildningsuppdrag reglerar regeringen ramarna för den verksamhet en högskola skall bedriva och de ersättningar som kan påräknas. Där anges högsta antal helårsstudenter och helårsprestationer som kan ge ersättning under perioden samt den högsta ersättningen för dessa, ett takbelopp. Högskolan planerar själva sina kurser samt dimensioneringen av dessa.

Det nuvarande systemet för utbildning av vårdpersonal har byggt på att sjukhus, läkarmottagningar och vårdcentraler regelmässigt har meddelat klinisk undervisning utan särskild ekonomisk kompensation. I en mättad arbetsmarknadssituation och när vårdproducenterna får betalt för utförda vårdprestationer blir intresset begränsat för att avsätta tid och resurser för medverkan i klinisk utbildning. Det är mer attraktivt att anställa färdigutbildad och erfaren personal.

En bestämmelse i sjukvårdshuvudmännens antalet AT-block (allmäntjänstgöring) samt tjänster för ST (specialistutbildning). Den svåra ekonomiska situationen samt strukturförändringarna inom hälso- och sjukvården har lett till att utrymmet för AT och ST minskar. Detta kan leda till en obalans mellan omfattningen av grundutbildningen och möjligheterna att få fortsatt utbildning fram till specialistexamen, vilket kan komma till uttryck i form av stigande arbetslöshet

bland nyexaminerade läkare. En sådan trend har redan visat sig främst på universitetsorterna. GZ-gruppen vill framförallt peka på problemet att ingen i de nya systemen har ansvar för att analysera och tillgodse de nationella behoven av specialistutbildade läkare.

4.4 Den kliniska forskningens betydelse för industrin

Utformningen av ett nytt sjukvårdssystem påverkar även förutsättningarna och konkurrenskraften för den svenska industrin. Den svenska läkemedelsindustrins framträdande position idag grundar sig på den goda kliniska forskning som bedrivits inom svensk sjukvård under lång följd av år. Innovationer i samverkan med svensk sjukvård har utgjort grunden för världsledande företag och har bidragit till att stärka landets internationella konkurrenskraft. Klinisk forskning och utveckling samt kliniska prövningar i samarbete med sjukvården är en avgörande konkurrensfaktor för den svenska industrin. Det är sannolikt att förutsättningarna även för industrin kan komma att försämrats i samband med att kostnaderna blir fullt synliga och därmed måste finansieras fullt ut i marknadsorienterade system i sjukvården. Det är därför väsentligt att även väga in industrins intressen i de nya sjukvårdssystem för att garantera utrymme för klinisk forskning, utveckling och kliniska prövningar.

Den expanderande läkemedelsindustrin har anmält ett ökat behov av forskarutbildade för olika funktioner inom industrin. De medicinska fakulteterna uppvisar samtidigt, inte minst på den kliniska sidan, stora svårigheter att av ekonomiska skäl upprätthålla den nuvarande volymen. Antalet tjänstutrymmen riskerar, på grund av kraftigt ökade kostnader för sådana tjänster under senare år, att minska vid samtliga medicinska fakulteter i landet.

Enligt GZ-gruppens uppfattning är det i samband härmed angeläget att påpeka rimligheten av att industrin i större utsträckning deltar i finansieringen av FoU. Från statens sida kommer ytterligare resurser att anvisas för FoUU genom bland annat löntagarfondsmedel. I flera fall förutsätter resurstillskotten samverkan med industrin.

5. Universitetssjukhusens intäkter och kostnader

5.1 Översikt

Hittills har i huvudsak endast berörts universitetssjukhusens roll och uppgifter. För den fortsatta diskussionen är det nödvändigt att också i absoluta och relativa tal ge en uppfattning om storleken på universitetssjukhusens intäkter och kostnader och deras relation till de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i landet.

De direkta kostnaderna för den svenska hälso- och sjukvården uppgick 1990 till ca 115 miljarder kronor (*HSU 2000*). De landstingsfinansierade kostnaderna för vård och viss FoUU-verksamhet vid landets 8 universitetssjukhus har för samma år av GZ-utredningen beräknats till knappt 15 miljarder kronor. De svarade därmed för ca 13 procent av de samlade vårdkostnaderna i landet. Universitetssjukhusens betydelse ligger således inte i att de svarar för en dominerande roll i vårdproduktionen storleksmässigt utan för deras unika möjligheter att genom forskning och utveckling bidra till förbättrade metoder för diagnostik och behandling samt att genom utbildning av olika personalgrupper och på olika nivåer säkerställa att landet garanteras en hög kompetens inom vården.

Vid sidan av de anslags- eller prestationsbaserade intäkterna för den vård som bedrivs vid universitetssjukhusen finansieras universitetssjukhusens FoUU-verksamhet av andra källor. Nedan visas översiktligt den samlade finansieringen av universitetssjukhusen 1990, dvs innan nu pågående ekonomiska reformer påbörjades.

VERKSAMHET

KOSTNADER

<i>Basal- och högspecialiserad vård samt viss FoUU-verksamhet finansierad av direkta landstingsmedel</i>	<i>14,5 miljarder kr</i>
<i>ALF-medel från staten för FoUU-verksamhet</i>	<i>1,1 miljarder kr</i>
<i>Högscoleanslag för FoUU-verksamhet</i>	<i>0,7 miljarder kr</i>
<i>Externa medel för FoUU-verksamhet</i>	<i>0,7 miljarder kr</i>
TOTALT	17,0 miljarder kr

Av sammanställningen framgår att utöver de direkta vårdintäkterna och de FoUU-medel som 1990 fanns inom landstingens anslagsmedel disponerade universitetssjukhusen anslag för FoUU-verksamhet från staten och externa finansierare om ca 2,5 miljarder kr. De senare motsvarar ett tillskott till de landstingsfinansierade medlen för vård och viss FoUU om ca 17 procent. Den andel av landstingsmedlen som har använts till FoUU har inte kunnat fastställas i detalj.

Universitetssjukhusens intäkter för 1993 är p g a av organisatoriska och andra förändringar inte helt jämförbara med 1990 års intäkter och den av GZ-gruppen uppfattade krympning av resurser som skett mellan dessa år därför svår att kvantifiera exakt. De lokala variationerna är stora samtidigt som förändringar sker i snabb takt. När det gäller produktionen har antalet intagningar och antalet öppenvårdsbesök under denna tidsperiod ökat medan antalet vård dagar minskat ganska påtagligt. Att det vid universitetssjukhusen skett en betydande reell resursminskning och en påtaglig produktionsökning ur vårdsynpunkt under senare år torde vara ostridigt och stöds av olika undersökningar.

5.2 Konsekvenser av den ekonomiska utvecklingen

De ekonomiska reformer som genomförts under senare år inom sjukvårdsområdet har inneburit att de anslagsbudgetar som tidigare funnits har ersatts med någon form av system med ersättning för vårdprestationer samtidigt som de totala resurserna för vården har krympt genom besparingar. Dessa besparingar är betingade av landstingens eller kommunernas kärva ekonomi.

Inom vissa landsting har särskilda anslagsmedel anvisats för den FoUU-verksamhet som tidigare har finansierats inom anslagsbudgetarna för vård. I andra fall har detta inte skett. Utvecklingen befinner sig på olika stadier inom landet och förutsättningarna är varierar mellan universitetssjukhusen.

FoUU-verksamhetens omfattning är naturligtvis en fråga om ambitioner som måste bli föremål för politiska ställningstaganden såväl på nationell nivå som på kommunal nivå. Sådana beslut måste så långt som möjligt fattas på grundval av en förståelse om sambanden mellan FoUU-verksamhetens omfattning och inriktning och kvaliteten på den framtida hälso- och sjukvården i landet. GZ-utredningen vill ge underlag för att fördjupa diskussionen kring dessa frågor utan att göra anspråk på att täcka hela detta komplexa problemområde.

GZ-gruppens allmänna utgångspunkt, som också har starkt stöd i de intervjuer bland beslutsfattare som redovisas på annat håll i denna rapport, är att åtminstone en bibehållen nivå på FoUU-verksamheten är önskvärd och nödvändig för att säkerställa universitetssjukhusens framtida roll som kompetenscentra och motorer i den fortsatta utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvården. Med hänsyn till den starkt växande kunskapsmassan inom det medicinska området och den snabba utveckling som sker internationellt hävdar många att en oförändrad nivå på FoUU-insatserna de facto innebär att Sverige halkar efter i utvecklingen och att det redan finns tecken på att så skett under senare år.

Ett bibehållande av FoUU-resurserna på tidigare nivå innebär att betydande resurser skulle avsättas för FoUU. GZ-gruppen vill även på denna punkt tydligt klargöra sin åsikt, nämligen att universitetssjukhusen måste kunna visa och i sak säkerställa ett effektivt utnyttjande av dessa resurser. I samband med att styrningen och ansvaret för FoUU-frågorna klargörs skapas också bättre förutsättningar för en redovisning av resultat och resursanvändning.

De negativa effekter på FoUU-verksamheten som nu kan noteras på alla håll i landet är enligt resultaten från den marknadsundersökning GZ-gruppen gjort egentligen inte avsedda. De är istället effekter av bristande insikt om sambanden mellan olika komponenter i universitetssjukhusens integrerade verksamhet eller brister i de nya ekonomiska styrsystemen inom sjukvården.

De avsedda effekterna av pågående reformarbete kan schematiskt åskådliggöras på följande sätt.

Experimentell klinisk forskning och patientnära forskning	Utvecklingsarbete	Högspecialiserad vård och bassjuk- vård	Avsedd besparing genom effek- tivisering och minsk- ning
--	--------------------------	--	---

Den verkliga effekten, fortfarande schematiskt beskriven, har kommit att bli följande

Experimentell klinisk forskning och patientnära forskning	Utvecklingsarbete	Högspecialiserad vård och bassjukvård	Verklig besparing
Besparing	Besparing	Besparing	

En del av den upplevda rationaliseringseffekten är skenbar och utgörs av undanträngd FoUU-verksamhet. Vårdens krav upplevs i det korta perspektivet som mer definitiva och prioriterade.

Ambitionen för den integrerade verksamheten vid universitetssjukhusen har varit **helhetssynen, långsiktigheten** och det **nationella ansvaret**. Den renodling av roller som skett inom ramen för de nya ekonomiska styrsystemen inom hälso- och sjukvården, och som varit eftersträvad som en del av styrsystemet, innebär att dessa synsätt inte kommer att gälla på samma sätt som tidigare.

I stället riskerar man att det uppkommer en fragmentering av roller, kortsiktiga budgetorienterade förhållningssätt och ett ansvarstagande huvudsakligen för den egna enheten. Att t ex bära merkostnaden för en AT-läkare eller en läkare under specialistutbildning, som på sikt kommer att vara verksam på andra enheter i landet, blir inte lika angeläget i detta perspektiv. Inte heller att stå för utvecklingskostnader för nya behandlingsmetoder, som kan utnyttjas av alla, men som måste finansieras inom ramen för en enda enhets intäkter blir lika motiverat vid ett sådant synsätt.

Den eftersträlvade tydligheten är enligt GZ-gruppen nödvändig och som princip positiv. **GZ-gruppen ser det emellertid, mot bakgrund av de erfarenheter som redovisats, som nödvändigt att varna för en alltför förenklad och ensidigt positiv syn på effekterna av en långtgående rolluppdelening inom universitetssjukhusen.** Här finns uppenbara risker för suboptimering såväl ur ett tidsperspektiv - kortsiktiga budgeteffekter contra kvaliteten på sikt - som när det gäller det nationella ansvaret - ingen vill finansiera utbildningsinsatser för individer som inte tillhör den egna organisationen. Den mest långtgående farhågan är att läkare och annan personal vid universitetssjukhusen genom en fortsatt stark renodling av roller också skall delas upp i kategorier för forskning och

utbildning respektive för vård och den starka och för utvecklingen så viktiga integrationssyn som har gällt ända ner på individnivå skall brytas.

5.3 Gråzonens olika komponenter, kostnader och problem

De mycket komplexa samband mellan forskning, utveckling, utbildning och olika former av vård som råder vid universitetssjukhusen, och som utgör själva kärnan i det system som universitetssjukhusen utgör, kan något förenklat sägas innehålla följande huvudkomponenter.

- Grundläggande högskoleutbildning
- Forskning/forskarutbildning
- Utvecklingsarbete
- Långsiktig kompetens- och kunskapsuppbyggnad, fort- och vidareutbildning
- Högspecialiserad vård, sista länken i vårdkedjan
- Bassjukvård, specialistvård och kvalitetssäkring motsvarande den verksamhet som bedrivs inom länsdelssjukhus, länssjukhus eller regionsjukhus

De två första punkterna - grundläggande högskoleutbildning samt forskning-/forskarutbildning - är i första hand ett **statligt ansvar** även om just inom vårdområdet en del av ansvaret för den grundläggande utbildningen, framförallt den kortare, åvilar landstingen. Det gäller t ex sjuksköterskeutbildning och laboratorieassistentutbildning. Intresset från skilda kliniker att medverka i grundutbildning har alltid varit stort och ansetts som viktigt, stimulerande och utvecklande. En del av intäkterna för insatserna har således varit immateriella, de övriga har rymts inom anslagsramarna. Det är f n oklart vad de verkliga kostnaderna för grundutbildningen kommer att bli när de nya ekonomiska styrsystemen är fullt genomförda. Om alla medverkande fullt ut skall kompenseras för intäktsbortfall i vården kommer sannolikt inte befintliga utbildningsresurser att räcka till.

Den forskning som bedrivs inom universitetssjukhusen - experimentell, klinisk, patientnära eller vad den kallas - finansieras till stor del av direkta högskolemedel, av externa forskningsmedel samt av de s k ALF-medel som staten anvisar universitetssjukhusen för FoUU-verksamheten. Totalt rör det sig om närmare tre miljarder kronor som via dessa källor tillförs universitetssjukhusen för forskning. Det är troligt, även om det inte har varit möjligt för GZ-gruppen att beräkna omfattningen, att också rena forskningskostnader i enskilda fall har finansierats av de landstingsmedel som utgjort rambudgetar för vårdverksamhe-

ten. Det kan t ex gälla vissa laboratorieundersökningar, röntgenundersökningar, extra vård dagar, tid för landstingsanställda läkare och övrig personal, m m som föranletts av forskningsintressen men som inte debiterats forskningsmedlen.

De nya ekonomiska styrsystemen innebär att forskningskostnader synliggörs och att finansieringsansvaret överflyttas på enskilda forskare. Det är ur system-synpunkt positivt med en sådan utveckling men man måste samtidigt konstatera att om detta sker snabbt och utan att någon är beredd att kompensera forskarna för de ökade kostnader kan man riskera en mycket snabb och selektiv reducere-ring av den patientnära forskningen, som ofta kräver tillgång till ovan nämnda typ av resurser.

Det finns många som omvänt hävdar, att delar av utrymmet och resurserna för forskning har tagits i anspråk för sjukvård och att forskningen vid undervis-ningsjukhusen alltmer har trängts undan av sjukvården. Professorer, lektorer och andra forskare har t ex inte kunnat ägna sig åt forskning inom ramen för de kombinationstjänster de har. De ALF-medel som anvisats landstingen har ba-kats in i sjukvårdsbudgetarna hävdar man.

Det är uppenbart att de vitt skilda ståndpunkter, som olika personer kan inta när det gäller dessa frågor, delvis hänger samman med den otydliga gränsdragning-en mellan forskning, utvecklingsarbete och högspecialiserad vård. GZ-gruppen har inte vid sina översiktliga analyser och beräkningar funnit stöd för den all-männa uppfattning bland landstingsföreträdare, som framkommer i AUGUR-rapporten, att landstingen skulle ha finansierat forskning i stor utsträckning vid universitetssjukhusen. Såsom forskning här definieras har staten och övriga forskningsfinansiärer enligt GZ-gruppen i allt väsentligt tagit sitt finansierings-ansvar. Staten har inte trots det statsfinansiella läget aviserat någon avsikt att krympa utrymmet för forskning utan snarare, bl a genom löntagarfondsfinansie-rade stiftelser, satsa ytterligare resurser på medicinsk forskning och på vård-forskning.

Medan forskning och grundläggande utbildning av vissa långtidsutbildade kate-gorier således allmänt betraktas som kollektiva nyttigheter för vilka staten har huvudansvar är utvecklingsarbete, långsiktig kompetens- och kunskapsupp-byggnad inklusive fort- och vidareutbildning, högspecialiserad vård, kvalitets-säkring och bassjukvård ansedda som ett **ansvar för sjukvårdshuvudmännen.**

Gränserna mellan viss forskning och utvecklingsarbete kan i många fall vara flytande och inte heller när det gäller universitetssjukhusens utvecklingskostnader har GZ-gruppen funnit det möjligt att göra några beräkningar av generellt värde. Det torde dock röra sig om relativt omfattande kostnader som enligt GZ-gruppen utgör en stor del av den s k gråzonen.

Under senare år har nedskärningar i universitetssjukhusens rambudgetar inneburit att avsevärda resurser också för dessa nyttigheter skurits bort. Dessa medel måste enligt GZ-gruppen återföras om inte FoUU-systemet skall rubbas och länken mellan klinisk forskning och den rena sjukvården brytas. I samband härmed måste medlen särredovisas för att undvika att de används för ren sjukvård.

En annan tung del av gråzonkostnaderna är sådana vårdkostnader (s k ytterfall), normalt starkt koncentrerade till universitetssjukhusen och vissa regionsjukhus, som inte kompenseras i nu gälland ersättningssystem (DRG eller motsvarande). Den underkompensation för dessa kostnader som universitetssjukhusen kan drabbas av kan leda till att utrymmet för FoUU minskas. Universitetssjukhusens kostnader för de dyraste patienterna är mycket stora och i nyligen presenterat SPRI-material visas bl a att 5 procent av patienterna står för 25 procent av kostnaderna. Det arbete som nyligen redovisats i två SPRI-rapporter (Nr 366 1993 och 369 1994) samt den arbetsgrupp som redovisar kostnader för universitets- och regionsjukhusens prisbild ger en relativt god uppfattning om de speciella vårdkostnader som universitetssjukhusen har. Dessa kostnader bör rimligtvis direkt finansieras av patientens hemlandsting genom modifieringar i ersättningssystemen och vi har valt att i den fortsatta diskussionen om finansieringen exkludera de direkta vårdkostnaderna med hänvisning till prisgruppens rapport.

5.4 Vissa kostnadsberäkningar

GZ-gruppen har analyserat ett antal beräkningar som gjorts vid skilda kliniker eller enheter vid universitetssjukhus. Exempel på några sådana beräkningar redovisas i detta avsnitt. GZ-gruppen har också tagit del av vissa motsvarande internationella skattningar.

GZ-gruppen har därvid blivit övertygad att det skulle vara ogörligt att från de beräkningar som gjorts försöka generalisera och ange någon allmän overhead på vårdkostnaderna som direkt skulle kunna tillämpas för att finansiera gråzon-

en eller FoUU-kostnader vid universitetssjukhusen. Hela systemet är f n i förändring och varken basen eller FoUU-verksamheten ligger fast från år till år i denna process. Huvuddragen i utvecklingen samt de strukturella skälen till de uppkomna problemen uppfattas dock likartat såväl inom landet som utomlands i de länder där samma fenomen har uppstått. GZ-gruppen anger dock, trots här redovisad osäkerhet, vissa intervall inom vilka gråzonkostnaderna faller för att ge en uppfattning om problemens storlek.

Stockholms- och Göteborgsberäkningar

Vid de beräkningar som gjorts i Stockholm, baserade på enkäter till skilda kliniker, konstaterades att variationen mellan kliniker är mycket stor, dels beroende på olika klinikers forskningsaktivitet, dels på olika klinikers sätt att bedöma och identifiera kostnaderna. **Detta stöder GZ-gruppen i uppfattningen att FoUU-medel inte bör fördelas schablonmässigt utan efter FoUU-aktivitet eller prioriteringar.** Från Stockholms sida har man för överskådlighetens skull valt att presentera resultatet från en tänkt genomsnittsklinik vid Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus.

En genomsnittsklinik fick enligt enkäterna i genomsnitt under 1993 ett FoUU-anslag på 5 miljoner kr som täckte ca 60 procent av FoUU-kostnaden om 9 miljoner kr. Högskoleanslag och externa FoUU-medel har här exkluderats.

Beräkning av FoUU-kostnader vid universitets- och regionsjukhus - exklusive statligt och externt finansierad FoUU-verksamhet - har i Göteborg gjorts genom en fördjupad och relativt omfattande studie inom kirurgkliniken vid Sahlgrenska sjukhuset. Vid kliniken har kostnaderna för tre huvudområden analyserats;

- * Postgraduateutbildning, dvs det som ibland kallas subspecialiseringsutbildning eller "lasarettutbildning. Viss specialistutbildning ingår i underlaget
- * Regionvård - sista utpost i vården
- * "Kommunal forskning", dvs utveckling och därtill viss relaterad forskning

För kirurgkliniken beräknades de totala kostnaderna för de tre områdena till drygt 31 miljoner kronor.

Lundamodellen

I samband med att anslagen till sjukvårdsdistrikten i Malmöhus läns landsting för om 1992 skulle fördelas efter invånarnas behov stod det också klart att Lunds sjukvårdsdistrikts särskilda kostnader som region-/universitetssjukhus måste definieras. Om inte hänsyn togs till förekomsten av landstingsfinansierad FoUU skulle nämligen en fördelning av budgetmedel med utgångspunkt enbart i landstingsinnevånarnas behov fått mycket negativa konsekvenser för Universitetssjukhuset i Lund. Dessutom skulle budgetmedlen till övriga sjukvårdsdistrikt blivit orimligt höga.

Det hade i landstinget sedan länge varit känt och accepterat att Lunds sjukvårdsdistrikt, till skillnad från övriga sjukvårdsdistrikt, hade särskilda kostnader för forskning och kringkostnader föranledda av region-/universitetssjukhusets särskilda krav. Vad som dock inte var känt var dels storleken av dessa kostnader, dels hur dessa kostnader fördelades.

Samtliga kliniker fick i uppdrag att försöka bedöma sina respektive FoUU-kostnader/merkostnader. De flesta klinikerna valde att genomföra retrospektiva klinikenkäter. Några kliniker valde dock att göra prospektiva studier. Metodmässigt hade det varit bättre att göra prospektiva mätningar över en längre tid men tyvärr medgav inte tidsramen detta. Av de erhållna svaren att döma var emellertid inte någon metod att föredra framför någon annan.

Det förelåg stora svårigheter att på ett helt gemensamt sätt kunna särskilja kostnader för statlig forskning och utbildning från landstingets s k merkostnader. Det konstaterades att det fanns en stor gemensam "gråzon" mellan forskning, utvecklingsarbete, produktkontroll m m vilket försvårade specificering av de olika delarna. Det gjordes dock allvarliga försök att trots detta separera de olika kostnaderna.

Resultatet av undersökningen visade att klinikernas FoUU-kostnader/merkostnader i grova drag användes till följande:

- ☐ klinisk forskning i bemärkelsen sökande efter kunskap inom hälso- och sjukvården

- ❑ sista utpost i vårdkedjan med krav på dels att vidmakthålla kompetensen, dels att alltid vara tillgänglig genom jour och beredskap
- ❑ konsulter (telefon-, forsknings-, operations, m fl) åt läkare inom och utom Malmöhus läns landsting
- ❑ vidareutbildning i form av specialistutbildningar av läkare, sjuksköterskor, m fl som efter färdig utbildning ofta går till läns- och länsdelssjukhus i regionen
- ❑ utveckling av medicinska behandlingsmetoder och utrustning
- ❑ uppföljning av medicinska behandlingsresultat ("produktkontroll") och metodutveckling för detta ändamål

Ovanstående uppgifter genererar jämfört med andra sjukhus än region-/universitetssjukhus högre totala lönekostnader (fler läkare och annan personal, jour och beredskap, m m), ökad förbrukning av materiel, fler laboratorieanalyser och röntgenundersökningar, större övriga driftkostnader, ökade hyreskostnader till följd av fler och särskilt anpassade lokaler, ökade utrustnings- och investeringskostnader.

Resultatet av undersökningen blev att klinikernas samlade merkostnader beräknades till 187 miljoner kr i 1990-års nivå. Det gjordes olika alternativa beräkningar för att få en skattning av relevansen i det framlagda resultatet. Av dessa kontrollberäkningar drogs slutsatsen att undersökningens resultat föreföll rimligt. Det kan i detta sammanhang vara intressant att peka på en av kontrollberäkningarna. Den statligt finansierade forskningstiden är i Lund per läkare och vecka 2,2 timmar medan den landstingsfinansierade forsknings- och utvecklingstiden är 2,8 timmar. Om samma relation skulle gälla vid jämförelse mellan ALF-bidraget 1990 (148 miljoner kr) och ett merkostnadsbidrag skulle det senare uppgå till 188 miljoner kr - alltså nästan exakt lika stort som framkom av undersökningen.

Det merkostnadsbidrag som Lunds sjukvårdsdistrikt slutligen erhöll som särskilt anslag blev dock något lägre. I de bedömningar som gjordes inför den verkliga beräkningen av merkostnadsbidraget antogs att resultatet skulle bli någonstans mellan en och två gånger det statliga ALF-bidraget.

Under 1992 och 1993 var bidraget från Malmöhus läns landsting ca 85 % av de totala merkostnaderna. Resterande ca 15 % ersattes från södra sjukvårdsregio-

nen genom högre priser på tjänster och produkter som köptes från Lund. Fr o m 1994 har landstingen i södra sjukvårdsregionen kommit överens om att solidariskt finansiera hela merkostnadsbidraget mot att priserna är desamma i hela regionen. Övriga landsting i regionen lämnar 1994 ett bidrag på ca 32 miljoner kr. Beloppet överensstämmer med de högre kostnader som landstingen tidigare fick betala genom högre priser.

Samtidigt fick regionen också möjligheter att ta del av den landstingsfinansierade kliniska forskningstiden som utgör en del av det totala merkostnadsbidraget. Forskningstiden är konkurrensutsatt och endast förbehållen offentligt anställda läkare i södra sjukvårdsregionen exklusive Malmö kommun. Samma kvalitetsmässiga krav som tidigare är ställt på ansökningarna till den landstingsfinansierade forskningstiden.

Sammanfattande bedömningar för gråzonen som helhet

Dessa översiktliga nationella beräkningar indikerar att de totala FoUU-/merkostnaderna vid universitetssjukhusen, med den omfattning de hade 1990, uppgår till ca 40 procent - eller ca 6 miljarder kronor - av de basintäkter som universitetssjukhusen erhåller med nuvarande prestationsersättningsmodeller. Knappt hälften av dessa merkostnader betalas av staten och externa forskningsfinansiärer. Det är angeläget för GZ-gruppen att återigen betona att de uppgifter som här redovisas som gruppens bedömningar för universitetssjukhusen som grupp inte kan överföras till enskilda universitetssjukhus och framförallt inte till enskilda kliniker där variationerna enligt GZ-gruppens undersökningar är oerhört stora.

På nationell basis motsvarar således de skattningar som gjorts, att de resurser, utöver den rena intäktsfinansieringen och den statliga och externa FoUU-finansieringen, som skulle behöva disponeras för att inte utrymmet för FoUU skulle reduceras vid universitetssjukhusen totalt uppgår till ca 3 - 3,5 miljarder kronor. Delar av dessa medel har genom särskilda beslut inom vissa landsting redan avsatts för FoUU. Genom förfinade och till verkligheten bättre anpassade prestationsersättningssystem bör väsentliga delar av de merkostnader som är knutna till universitets-/regionsjukhusens särskilda vårdprofil kunna bli täckta. Den skapade prismskillnaderna har påtalat brister i nuvarande system och redovisat förslag till justeringar. Andra kostnader kan eventuellt bli täckta genom nya former för

finansiering av lön för personer under fort- och vidareutbildning. En sådan form är s k ryggsäckar, dvs delar av lönen följer med individen till utbildningsenheten. En återstående del som i första hand avser utvecklingskostnader och vidare- och fortbildningskostnader är inte finansiellt täckta i nuvarande system.

F n tycks det som om den brist som föreligger för en med tidigare oförändrad nivå för FoUU-verksamheten vid universitetssjukhusen uppgår till ca 1,5 - 2,0 miljarder kronor. Detta är huvudsakligen medel som tidigare funnits inom landstingens anslag till universitetssjukhusen.

De slutsatser som här redovisats om kostnaderna och finansieringen av FoUU-verksamheten och vården, inklusive gråzonen däremellan, kan schematiskt åskådliggöras på följande sätt:

Ca 15 -20 procent av basintäkterna Huvudsakligen statlig/extern finan- siering	FORSKNING/FORSKARUTB GRUNDLÄGGANDE HÖGSKOLEUTBILDNING	FoUU
Ca 20 - 25 procent av basintäkterna Gemensam lands- tingsfinansiering via anslag el pres- tationsersättning	UTVECKLINGSARBETE KOMPETENSUTVECKLING ÖVR UTBILDNING SISTA UTPOST I VÅRDEN PREVENTION	
Basintäkter för universitetssjukhu- sen Huvudsakligen prestationsbaserad intäktsfinansiering	HÖGSPECIALISERAD VÅRD KVALITETSSÄKRING BASSJUKVÅRD	Ytterfall Vård Basvård
Omfattning/huvud- saklig finansiär	Universitetssjukhusens uppgifter	FoUU/Vård

6. Universitetssjukhusens styrning och organisation

6.1 Möjliga modeller för styrning/finansiering av universitetssjukhusens FoUU

6.1.1 Statliga universitetssjukhus

Denna tidigare modell utvecklades helt i Sverige för drygt 10 år sedan då landstingen blev ensamt ansvariga för hälso- och sjukvård. I ett nytt system där marknadskrafterna får ett allt starkare inflytande på sjukvården skulle statliga universitetssjukhus kunna garantera FoUU på ett säkert sätt under förutsättning att staten är beredd att skjuta till en basal FoUU-finansiering utöver den man skjuter till idag. Statens intresse eller förutsättningar att i nuvarande statsfinansiella läge satsa stora centrala resurser framstår emellertid inte som realistiska.

Samtidigt kan landstingens benägenhet att upphandla sjukvård från statens sjukhus bli en stor osäkerhetsfaktor som skulle kunna äventyra tillgången till lämpligt patientmaterial för klinisk forskning. Den genomgång av finansieringen som gjorts i denna rapport har givit vid handen att sjukvårdshuvudmännen satsat betydande belopp på FoUU, speciellt på universitetssjukhusen, men att dessa satsningar legat inbakade i en rambudget och därför inte varit fullt synliga. Intresset från landstingen att fortsatt satsa resurser FoUU skulle sannolikt minska vid ett statligt huvudmannaskap. Under förutsättningen att landstingen består som huvudansvariga för sjukvården förefaller det därför idag inte som realistiskt att föreslå att universitetssjukhusen skall återgå till statligt huvudmannaskap.

6.1.2 Centralt statligt organ för FoUU ("Centralt NUTEK")

Det finns synpunkter att ansvaret för FoUU inom hälso- och sjukvård skulle kunna förläggas till ett centralt statligt organ som efter ansökan från sjukhus och forskare tilldelas medel för FoUU. Verksamheten blir till sin uppbyggnad liknande övriga statliga råd/sektorsorgan.

Avgränsningen till Medicinska Forskningsrådet och SBU kan bli svår vid en sådan lösning. En stor organisation för hantering och bedömning av dessa

ansökningar måste byggas upp. Man kan dessutom ifrågasätta om stora delar av utvecklingen av FoUU verkligen är betjänt av en stor central organisation som till och med kan verka hämmande på utvecklingen. Erfarenheterna från den numera avvecklade NUU-nämnden ger inte heller stöd för ett nytt centralt styrande organ och GZ-gruppen vill därför inte stödja bildande av ett "centralt NUTEK" för sjukvårdens FoUU.

I speciella fall kan nationell överblick krävas. Det kan vara fördelning av uppgifter eller resurser som inte kan eller bör begränsas regionalt. Berörda regioner är naturliga parter i en sådan samverkan där också staten skulle kunna ha en roll via befintliga organ.

6.1.3 Påslag på prestationsbaserad ersättning (DRG el motsv)

Denna modell bygger på att universitetssjukhusen har en annan kostnadsbild som slår igenom i all sjukvårdsproduktion. Universitetssjukhusen skulle därför ha ett annat pris per producerad sjukvård vilket inom t ex DRG innebär att poängpriset skulle ligga högre generellt för universitetssjukhus. Detta system tillämpas i USA där en nationell organisation (PROPAC) följer kostnader och årligen reviderar rekommenderad ersättning till icke universitetssjukhus och universitetssjukhus. Det finns mycket som talar för att universitetssjukhusen skulle vinna på att ha ett enhetligt system för beskrivning av sin sjukvårdsproduktion (DRG eller liknande), framförallt för att kunna jämföra sin produktion och för att vårdkostnader och ytterfallskostnader skulle bli tydliga för de som förhandlar om den högspecialiserade sjukvården.

Medan de speciella sjukvårdskostnaderna för universitetssjukhusen kan debiteras i detta system kan ersättning för FoUU vara mindre lämpligt eftersom FoUU inte direkt följer sjukvårdskostnader. FoUU-satsningar blir i detta system ottydliga för beställarna både från landstingen och staten och GZ utredningen vill därför inte rekommendera att FoUU ersätts via påslag på sjukvårdsproduktionen.

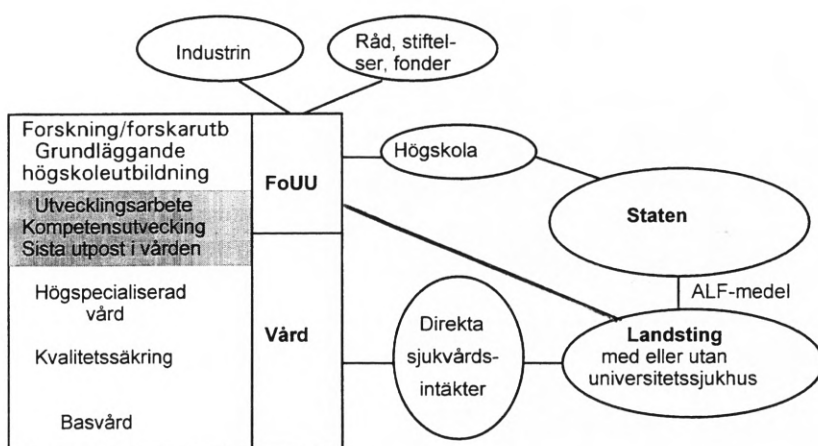
6.1.4 Regional finansieringsmodell

Samtliga landsting bedriver viss FoUU-verksamhet. De största kostnaderna och den högsta aktiviteten finns vid landets universitetssjukhus, även om region-

sjukhusen i varierande omfattning har FoUU-verksamhet. I de nya ekonomiska styrsystemen förefaller det dock inte rimligt att vissa landsting skall stå för universitetssjukhusens samtliga FoUU-kostnader medan andra landsting enbart skall kunna dra nytta av dessa genom att utnyttja den medicinska kompetensen samt rekrytera medarbetare som är välutbildade. Ur denna aspekt är det således som tidigare påpekats rimligt att alla landsting solidariskt bidrar med FoUU-medel för att täcka universitetssjukhusens högre kostnader för undervisning och utvecklingsarbete.

Att alla landsting anslagsmässigt deltar i finansiering av ett FoUU-anslag är också tilltalande ur den högspecialiserade sjukvårdens synpunkt. Idag förhandlar flera landsting med olika universitetssjukhus för att se var man billigast kan köpa regionvård. På detta sätt försöker man att få en billig regionvård, vilket innebär att man inte deltar i finansieringen av utvecklingskostnader. Om kostnaderna för FoUU betalas ut skilt från patientavgift, blir systemet mera rättvist. Det är ju genom en intensiv FoUU som behandlingsmetoder kan utvecklas och nyheterna snabbt överförs till patienterna. Under det sista decenniet har rotationen av läkare mellan olika sjukhus minskat och risken att nya framsteg inte når ut till alla patienter ökar.

Det är viktigt att alla landsting känner ansvar för utvecklingen av sin verksamhet. Med detta ansvar följer naturligtvis också rätten att påverka inriktningen av sin FoUU-satsning. Med ökad engagemang från *alla* landsting kommer vinsterna från FoUU snabbare ut i sjukvården. **GZ-gruppen vill därför förorda en regional styrnings-/finansieringsmodell (figur).**



6.2 Organisation och ledning av universitetssjukhusen

Inom många landsting pågår flera diskussioner om hur universitetssjukhusen skall organiseras och ledas. GZ-gruppen ser det som mycket angeläget att dessa diskussioner pågår och utmynnar i konkreta förslag till lösningar. Nuvarande organisation med dubbla huvudmannaskap och många övriga intressenter leder enligt GZ-gruppen till en oklar ansvarsfördelning som på sikt är hindrande för universitetssjukhusens utveckling.

GZ-gruppen har redan tidigare avvisat tanken på att staten skulle gå in och driva universitetssjukhusen. Av olika propositioner och utredningar från statsmakterna framgår att staten eftersträvar en mångfald i huvudmannaskap för att stimulera konkurrens och befrämja kvalitet. Detta gäller även inom hälso- och sjukvårdens område. Rent allmänt är grundsynen att staten inte skall ha ett driftansvar för verksamhet som inte är ren myndighetsutövning om det inte finns särskilda skäl som talar för detta. Utvecklingen går mot att pröva förutsättningar att överföra vissa offentliga vårdinrättningar till stiftelser, offentliga eller privata bolag, m m.

På motsvarande sätt kan man på principiella grunder ifrågasätta landstingen som direkt driftansvariga för universitetssjukhusen efter införandet av de nya köp-/säljsystemen. Berörda politiker kommer att representera såväl kunderna, patienterna, som ägarna av universitetssjukhusen och köparna av vård. En sådan blandad roll främjar inte tydliga ansvarsförhållanden.

Ett överförande av universitetssjukhusen i stiftelse- eller bolagsform t ex skulle kunna vara en form för att tydliggöra ansvarsfrågorna och också stärka de sammanhållande krafterna i den komplexa organisation som universitetssjukhusen utgör. I en sådan organisations ledning skulle universitetssjukhusens huvudintressenter - universiteten och högskolorna, ägarlandstingen, övriga landsting, köparsjukhus, industrin - kunna ges inflytande i lämplig form.

GZ-gruppen har inte sett som sin huvuduppgift att studera organisationen och ledningen av universitetssjukhusen och avstår därför från konkreta förslag angående dessa frågor. Oklarheterna i ansvarsförhållandena i nuvarande organisation har dock blivit så uppenbara under utredningsarbetets gång att GZ-gruppen vill förorda att dessa frågor analyseras vidare i annat sammanhang.

6.3 Ledarskap för sjukvård och FoUU

Universitetssjukhusens anpassning till köp- och sälj samt ett allt kraftigare krav på effektivisering, besparing och nedskärning leder till att trycket på de enskilda klinikerna ökar. I ett sådant läge ökar också kraven på ledarskap.

GZ-gruppen är av den uppfattningen att den viktiga samverkan mellan FoUU och sjukvård bäst kan befrämjas om ansvaret kan förenas i ledarskapet. Chefsöverläkarreformen ger chefsöverläkaren en mycket stark ställning vad beträffar rekrytering och verksamhetsinriktning. Det finns ett flertal exempel på att en separering av funktionerna som chefsöverläkare och professor fått en negativ effekt på en kliniks FoUU-aktivitet.

För en framgångsrik FoUU-verksamhet är det därför vitalt att universitetsklinikernas ledare har en stark förankring i FoUU-arbete. Detta kan uppnås t ex genom att chefsöverläkaren är professor eller har en gedigen vetenskaplig kompetens och förmåga att kraftfullt driva FoUU-frågor såväl när det gäller rekrytering av personal som vid driften av kliniken.. Det är av yttersta vikt att den så viktiga helhetssynen bevaras där beslut rörande den rena sjukvårdsverksamheten vid universitetssjukhusen alltid måste fattas med beaktande av forskningens och utbildningens behov och vice versa. I annat fall är det stor risk att sjukvårdsproduktion prioriteras på bekostnad av FoUU.

7. Sammanfattande slutsatser och förslag

7.1 Universitetssjukhusens styrkefaktorer och hotbilder

GZ-gruppen har i sitt utredningsarbete identifierat följande bild av universitetssjukhusen som utgångspunkt för bedömningar och förslag för framtiden.

Universitetssjukhusens styrkefaktorer

Några styrkefaktorer i det tidigare systemet har varit

- ☐ att ansvariga har gjort kraftfulla, målmedvetna och långsiktiga satsningar på såväl FoUU som hälso- och sjukvård i landet under hela efterkrigstiden,
- ☐ att kommunikationen och samverkan mellan högskolan, staten och berörda landsting/kommuner har fungerat väl,
- ☐ att läkare vid undervisningssjukhus deltar i vården samtidigt som de också undervisar och forskar,
- ☐ att det har funnits en välfungerande personrörlighet mellan universitetssjukhusen och övriga sjukhus,
- ☐ att kunskapsöverföringen till länssjukvården fungerat effektivt, bl a beroende på att en hög täthet av forskarutbildade läkare ger förutsättningar för en effektiv kedja av observation - forskning - metodutveckling - överföring i rutinsjukvård,
- ☐ att Sverige har goda befolknings- och sjukdomsregister och en befolkning som känt stark solidaritet att medverka i populationsinriktad forskning.

Universitetssjukhusens hotbilder

De svagheter i nuvarande system, som samtidigt utgör ett hot mot universitetssjukhusen, är bl a

- ☐ att universitetssjukhusen inte har lyckats kommunicera sin roll i högspecialiserad vård och FoUU till övriga delar av vårdkedjan
- ☐ att rörligheten bland läkare minskat

- ❑ att andelen forskarutbildade läkare i ledande ställning minskar samtidigt som meritvärdet av akademiska meriter tycks minska generellt
- ❑ att delat ledarskap hotar integreringen av FoU och sjukvård
- ❑ att bristande koncentration av FoUU-resurser och högspecialiserad har lett till en splittring av resurser
- ❑ att bristen på konkurrensneutralitet hotar FoUU-verksamheten
- ❑ att den delade ansvarsfördelningen i form av flera huvudmän leder till oklar ansvarsfördelning och brist på helhetssyn

7.2 Övergripande ansvarsfrågor

GZ-gruppens samlade slutsats vad gäller ansvaret och finansieringen för hälso- och sjukvårdens FoUU, och därmed för universitetssjukhusen, är att detta måste delas mellan staten, ägarlandstingen och övriga landsting. Samtliga utövar sitt inflytande i olika former. Därtill kommer att vissa externa intressenter - t ex organisationer, stiftelser, industrin - indirekt via forskningsbidrag och uppdragsverksamhet också får ett inflytande över verksamheten.

Generellt kan sägas att styrningen av universitetssjukhusen är oerhört komplex splittrad och att denna splittring snarast ökat under senare år. Samtidigt har också kortsiktigheten ökat i och med olika ansvariga fokuserat sig på sin del. Behovet av att stärka långsiktigheten och helhetssynen är uppenbar och de olika ansvariga har här olika roller.

Det finns en bred uppfattning att kunskapsmassan inom det medicinska området, genom den samlade forskning som görs internationellt, kommer att öka dramatiskt under det kommande decenniet och att Sverige riskerar att inte hänga med i denna utveckling. Det kommer att uppstå ett kunskapsgap mellan kunskapen i frontlinjen och den kunskap som den praktiska hälso- och sjukvården vilar på.

GZ-gruppen har i enlighet med sitt uppdrag sökt kartlägga FoUU-verksamheten vid våra universitetssjukhus, bl a vad gäller innehåll och ungefärlig tidigare omfattning. Det är GZ-gruppens bestämda uppfattning att enbart ett återskapande av de resurser som tidigare funnits, i huvudsak inom anslagsramarna för vården, för FoUU är otillräckligt för att möta den närmaste framtidens behov av kun-

skap. **Staten** har här ett huvudansvar för att identifiera och säkerställa hälso- och sjukvårdssektorns, inklusive industrins, behov av forskare, forskarutbildning och övrig högre utbildning inom hälso- och sjukvård

Sjukvårdshuvudmännen har huvudansvaret när det gäller övriga delar av FoUU och detta bör läggas fast tydligt, kanske i hälso- och sjukvårdslagen, om inte FoUU-verksamheten i brist på klara ansvarsförhållanden skall komma till korta. Här har enligt GZ-gruppens mening universitetssjukhusens ägarlandsting fått bära en alltför stor börda för uppgifter som måste anses vara gemensamma och nationella. Övriga landsting/kommuner måste ta ett ökat ansvar för dessa frågor, också finansiellt. Detta kräver samtidigt att dessa landsting också ges ett rimligt inflytande på skilda delar av universitetssjukhusens verksamhet. Formerna för samverkan mellan universitetssjukhusen respektive köparlandsting och köparsjukhus blir framgent en huvudfråga för universitetssjukhusen.

När det gäller de delar inom gråzonen som avser vård - ytterfall, sista utpost i vårdkedjan, extrakompetens med jour och beredskap i sub-specialiteter, avancerad laboratorieverksamhet, m m - är det GZ-gruppens uppfattning att dessa kostnader skall betalas av patienternas hemlandsting och att det här är en fråga om att snabbt utveckla ersättningssystemen samtidigt som försiktighet måste iakttas vid införandet av nya system där så inte skett så att inte trubbigheter i systemen får dramatiska genomslag i verksamheten. De prissättningsprinciper som idag tillämpas i en skenbar marknadssituation innebär, inte minst inom laboratoriedisciplinerna, att utvecklings- och beredskapskostnader inte täcks och därför heller inte kan finnas kvar. GZ-gruppen bedömer att de översyrer och diskussioner som pågår, t ex i prissättningsgruppen, bör kunna leda till nödvändiga revideringar i befintliga system men arbetet brådskar.

7.3 Huvudfrågor inför framtiden

I detta kapitel vill GZ-gruppen lyfta fram ett begränsat antal frågor, som bör besvaras som ett avstamp för den fortsatta processen. En del frågor måste ges ett snabbt svar, medan andra måste utredas vidare, i syfte att ge underlag för ställningstagande.

Det mest basala problemet för universitetssjukhusen idag förefaller vara **kommunikationsproblem**, i meningen att omvärlden uppfattar slutenheten, bristen på delaktighet, språkbarriärer mellan exempelvis forskare och politiker. Men

det finns också förväntningar om att universitetssjukhusen ska aktivera sig mer i kompetensöverföringen till andra vårdenheter. Det finns tecken på en ömsesidig misstro mellan kunderna och säljarna. Dessa problem måste finna sina lösningar på regional nivå. Därför föreslår GZ-gruppen att respektive undervisningssjukhus tillsammans med landstingen i respektive region under 1994 diskuterar och tar fram en konkret handlingsplan för hur en tillfredsställande samverkan ser ut.

Marknadsanpassningen av sjukvården innebär bl a ökad rörlighet bland kunderna, prisanpassningar och allmänt ökade inslag av konkurrens och valfrihet. För att skapa konkurrensneutralitet måste vi lösa det **prissättningsdilemma** som universitetssjukhusen har. Många av de tjänster som efterfrågas inom exempelvis gråzonsområdet, liksom den FoUU som leder till minskad efterfrågan av tjänster, kan inte prissättas genom några säljbara produkter. Den lösning som i viss mån tillämpats för att finansiera sådan produktion har varit att ta ut ett högre pris, ofta på rutinproduktionen. Det innebär att viss del av kostnaden redan idag bärs av landstingen generellt. För att uppnå konkurrensneutralitet bör gråzonskostnaderna lyftas ut och tydliggöras.

Organisationen och ansvarsfördelningen av den samlade verksamheten vid universitetssjukhusen är idag otydlig och motverkar inte sällan effektivitet. Det är därför vara angeläget att stimulera nya organisatoriska lösningar som inte motverkar samverkan inom verksamheter som är så ömsesidigt beroende av varandra. I samband härmed är det väsentligt att ta tillvara inflytande från "regionlandstingen".

När det gäller den centrala frågan om **inflytandet över FoUU-verksamheten** är frågan känslig, eftersom den fria forskningen så långt som möjligt måste bevaras, även om externt inflytande sker på forskningsprogrammen. De risker som finns med en alltför stor kortsiktighet när det politiska inflytandet ökar vid en landstingsfinansierad forsknings- och utvecklingsverksamhet, borde kunna undvikas om de olika aktörerna klargör sina respektive roller. Risken för önskade konflikter minskar om politikerna anger hälsoproblemområden och sjukvårdspolitiska mål medan FoU-ansvariga väljer metoder för genomförandet av forskning och utvecklingsarbete.

Inom Sverige finns också problem med **otillräcklig kompetensutveckling**, bl a beroende på en minskad rörlighet på arbetsmarknaden och en tendens till minskad efterutbildning av läkare. Detta har frammanats av framför allt av den eko-

nomiska åtstramningen och lagstiftningar inom det arbetsrättsliga området. För att bibehålla den generellt goda standard som finns vid våra sjukhus bör vi hitta stimuleringar för att öka kompetensöverföringen mellan olika sjukhus.

Den samlade kunskapsmassan i världen har ökat påtagligt och kommer att fortsätta öka. Detta leder till en relativ okunskapstillväxt och ett **kunskapsgap**, såvida inte satsningar sker för att hålla ställningarna. Det är därför osannolikt att dagens insatsnivå för utveckling och kompetensspridning kan vara tillräcklig. Som GZ-gruppen ser det måste ansvaret för att följa utvecklingen bäras av såväl staten som landstingen, för vilka de totala kostnaderna kommer att öka om ambitionen är att Sverige inte ska tappa mark relativt omvärlden.

Det finns också farhågor för ett mer omedelbart **resursproblem när det gäller FoUU** i storleksordningen 1,5 - 2,0 miljarder kronor som hänger samman med landstingens pågående besparingar och införandet av nya ekonomiska styrsystem. Här är det fråga om att värna ett system präglad av helhetssyn, långsiktighet och nationellt ansvar som snabbt riskerar att bytas mot ett fraktionerat system präglad av kortsiktigt budgettänkande också när det gäller FoUU.

