

## **Svar på interpellation 2004:54 av Lars Joakim Lundquist (m) om varför landstinget får sälja privat vård men inte privatägda S:t Görans sjukhus**

Lars Joakim Lundquist har frågat mig följande:

1. Anser du det försvarligt att samtidigt som majoriteten vill förbjuda S:t Görans sjukhus att ta emot ”privatbetalande patienter” att driva Stockholm Care vidare?
2. Anser du att Stockholms läns landsting saknar kontroll över verksamheten hos privata vårdgivare?
3. Anser du att privata landstingsdrivna kliniker riskerar att tappa intäkter och kompetens om det blir ett förbud att operera ”privatbetalande patienter”.

Som svar vill jag anföra följande:

1. Ja. Det finns flera skillnader mellan landstingsägda Stockholms Care AB respektive privatägda S:t Görans sjukhus AB. En del av dessa skillnader är, enligt mitt synsätt, avgörande för var man ska dra gränsen mellan privat respektive offentlig finansiering inom hälso- och sjukvården.

För det första: Utländska patientgrupper som ges vård via Stockholm Care har – till skillnad mot svenska patienter – inte betalat sin vård genom att erlägga skatt i Sverige och omfattas därmed inte av rätten till offentligt finansierad hälso- och sjukvård här. Det rakt omvända gäller för privatbetalande svenska patienter vid S:t Görans sjukhus.

För det andra: Jag är angelägen om att värna principen i svensk hälso- och sjukvård om vård på lika villkor utifrån medicinskt fastställda behov – inte den egna betalningsförmågan. Därför vill jag avtala med S:t Görans om att de enbart ska arbeta åt landstinget och de offentligt finansierade patienterna.

S:t Görans sjukhus arbetar till allt övervägande del åt Stockholms läns landsting och erhåller skattemedel för att ta emot offentligt finansierade patienter och behandla dem efter samma principer som landstingsägda sjukhus. Att S:t Görans dessutom tar emot privatbetalande patienter, av vinstskäl, riskerar emellertid att bryta den viktiga principen att vården alltid ska ges på lika villkor utifrån den enskildes medicinskt bedömda behov. Det finns alltid en uppenbar risk för att den

som betalar privat också ges förtur till behandling framför en patient som ”bara” har offentlig finansiering – trots att dennes medicinska behov är lika stora eller kanske större än den privatbetalandes. I praktiken är det just erbjudande om förtur som oftast gör att någon kan lockas att betala privat eftersom man ju redan har betalat en gång via skattsedeln.

För det tredje: Vad gäller den förhållandevis blygsamma vårdexport till andra länder som sker inom ramen för Stockholm Care, så har landstinget full kontroll över att dessa patienter aldrig går före de svenska patienterna.

Dessutom hänger det primära syftet med vårdexporten inte samman med något vinstsyfte, utan med de nationella intressena om att främja en positiv bild av Sverige utomlands – och i detta fall alldeles särskilt svenska medicinska utvecklings- och forskningsintressen. Good-will-effekten är viktig för Sveriges möjligheter att hävda sig internationellt som framstående nation inom tillämpad medicinsk forskning och sjukvård.

2. Landstinget har enbart kontroll över privata vårdgivare genom det som i avtal överenskomms – företrädesvis vilken produktionsvolym som landstinget beställer och följaktligen betalar för. Däremot saknar landstinget kontroll av driften i övrigt, exempelvis vilka prioriteringar som i praktiken görs mellan patienter med olika slag av finansiering.

3. Landstingsdrivna kliniker påverkas inte alls, eftersom det redan idag är förbjudet för dessa att behandla privat betalande patienter. Undantag gäller som bekant för vårdexport till andra länder, men detta regleras i särskild ordning i lagen om tjänsteexport. Vad gäller privata kliniker så är det troligt att ett intäktsbortfall skulle bli följderna av ett sådant förbud. Något dramatiskt tapp i fråga om kompetens förefaller inte sannolikt med tanke på den relativt ringa del av sjukvården som i dagsläget finansieras med privata medel.

Därmed anser jag interpellationen besvarad.

Ingela Nylund Watz

