

Motion till riksdagen

1988/89:So423

av Carl Bildt m.fl. (m)

Hälso- och sjukvården

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	4
2	Målet för hälso- och sjukvården måste nås	6
2.1	Stora brister i organisationen	6
2.2	Sjukvården inför 1990-talet	7
3	Gör sjukvården bättre	7
3.1	Sjukvården måste förändras	7
3.2	Långa vårdköer	8
3.3	Ett fungerande familjeläkarsystem	9
3.4	Dagmarsystemet	10
3.5	Glesbygdsproblemen	10
3.6	Slå vakt om valfriheten i tandvården	11
4	Riktlinjer för hälso- och sjukvården	12
5	Framtidens problem kräver nya lösningar	13
5.1	En allmän sjukvårdsförsäkring som omfattar alla	13
5.2	Möjlighet att välja sjukhem	14
5.3	Vårdgaranti	15
5.4	Gränslös sjukvård	15
5.5	Legitimerade psykologer och psykoterapeuter bör få anslutning till försäkringen	15
5.6	En effektiv och samordnad rehabilitering	16
5.7	Den medicinsk-tekniska utvecklingen	17
5.8	Allt större rekryteringsproblem i framtiden	17
5.9	Stora fördelar	19
6	Skriv in valfriheten i hälso- och sjukvårdslagen (HSL)	19
7	Återinrätta medicinalstyrelsen	20
8	Återinför en länsläkarorganisation	20
9	Hälso- och sjukvården i krig	21
10	Hemställan	21

1 Sammanfattning

Mot. 1988/89
So423

I Sverige satsas stora resurser på hälso- och sjukvård. Mätt i andel av den samlade produktionen är de större än i de flesta andra länder. Ändå uppvisar den svenska hälso- och sjukvården stora brister. Svårt sjuka får vänta på behandling. Somliga invalidiseras eller t.o.m. avlider i vårdköerna. De flesta svenskar saknar en fast och etablerad kontakt med en egen läkare. Patienterna har liten eller ingen valfrihet.

Valfriheten brister också för de vårdanställda och över huvud taget för dem som är – eller vill vara – verksamma inom vården. Kritiken kommer allt oftare från dessa grupper. I den av statistiska centralbyrån – SCB – och landstingsförbundet 1988 gjorda undersökningen om svenska folkets inställning i dessa frågor var de vårdrkesarbetande avsevärt mera negativa till långtidssjukvården och kvaliteten på omvårdnaden än andra. Arbetsituationen för de anställda är otillfredsställande.

Problemen beror inte, vilket socialdemokraterna vid olika tillfällen velat påskina, på personalen. Sjukvårdspersonalen lägger ner ett skickligt och engagerat arbete och framhålls vid internationella jämförelser många gånger som ett föredöme. Ett omfattande medicinskt kunnande har byggts upp i Sverige liksom en framstående forskning.

Den huvudsakliga anledningen till problemen är i stället vårdens organisation och finansiering i ett politiskt styrt monopol. Vården organiseras i stora enheter, där förändringar ofta går trögt och tungt. Varken patienten eller de vårdanställda har tillräckligt inflytande. Den mångfald och variation som så väl behövs går inte att uppnå under sådana förutsättningar.

Den gammalmodiga strukturen medför att många patienter drabbas av onödigt långa sjukskrivningar och förtidspensionering. Stora resurser förlösas på detta vis i stället för att komma patienterna till nytta i form av snabb behandling. Detta är inhumant.

Sjukvårdssystemet motarbetar på olika sätt patienternas och personalens intressen. Den socialdemokratiska regeringspolitiken har länge inriktats på att slå ut alternativ till den vård som bedrivs i landstingsregi. Patienternas och personalens valfrihet har begränsats, samtidigt som vårdköer ökat, framför allt under senare år.

Vissa typer av skador och sjukdomar som redan nu kan förorsaka t.o.m. fleråriga vårdköer kommer att tillta när antalet mycket gamla blir större. Vidare kommer nya behandlingsmetoder och ny medicinsk teknik med de möjligheter detta skapar att leda till en ytterligare ökad vårdefterfrågan. Om alla de krav som nu ställs på hälso- och sjukvården skall kunna tillgodoses krävs en ökad flexibilitet och öppenhet för nya alternativ.

Med de problem som den felaktiga organisationen och det nu gällande finansieringssystemet medför är inte patienternas krav på en trygg och god vård uppfyllda, trots de entydiga formuleringarna i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

En reformering av systemet för sjukvårdens finansiering, genom införande av en allmän och obligatorisk sjukvårdsförsäkring, ger förutsättningar för att tillgodose kraven. Den politiska styrningen minskar och patientens valfrihet ökar. Den allmänna sjukvårdsförsäkringen skall förvaltas av försäkringskas-

sorna. Därmed skiljs landstingen från större delen av världens finansiering. Försäkringskassorna ges samtidigt en samordnande roll i allt rehabiliteringsarbete.

Mot. 1988/89
So423

Med en allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring stärks patienternas inflytande. Patienterna, inte sjukvårdspolitikerna, avgör då resursernas fördelning. Rätten att välja skall omfatta såväl öppen vård som sjukhems- och sjukhusvård. Frihet för alla praktiker (inklusive sjukgymnaster), verk samma på heltid eller fritid, att vara anslutna till sjukvårdsförsäkringen, ger patienten valfrihet. Patienternas rätt till valfrihet skall skrivas in i HSL. Patienten måste sättas i centrum.

I avvaktan på en sådan allmän obligatorisk sjukvårdsförsäkring, som vi förordar, skall Dagmarsystemet skyndsamt avskaffas. Grunden kan därmed läggas till ett system, där alla får möjlighet till en fast läkarkontakt som innebär trygghet och kontinuitet i vården.

Även etableringsbegränsningsreglerna för privatpraktiserande tandläkare skall skyndsamt upphävas.

För att – också i avvaktan på den av oss föreslagna sjukvårdsförsäkringsreformen – snabbt komma tillrätta med vårdköerna föreslår vi en lagfäst rätt – en vårdgaranti – för svårt sjuka patienter att på landstingets bekostnad bli behandlade inom rimlig tid inom det egna landstinget, av enskilda vårdgivare, inom andra landsting eller, om det skulle behövas, utomlands. En sådan utveckling måste eftersträvas att all inrikes sjukvård blir "gränslös". Patienterna kan då välja vård över hela landet, oavsett bostadsort eller i vilken regi vården ges.

Med gällande riktlinjer för hälso- och sjukvården överbetonas primärvården, vilket medför en kraftig bantning av sjukhusvården. Om man knyter orealistiska förhoppningar till primärvården och förebyggande vårdinsatser gör man emellertid patienterna en otjänst. Förebyggande vård utgör givetvis en nödvändig, mycket viktig del av vårdverksamheten. Men även med maximalt förebyggande vårdinsatser kommer akutsjukdomsfall och svårt lidande alltid att finnas och därmed behovet av betydande resurser i form av bl.a. läns- och länsdelssjukhus. Därför måste riktlinjerna omarbetas så att de överensstämmer med patienternas intresse och verklighetens krav. En översyn och utvärdering av primärvården måste ske.

Sverige har, internationellt sett, få privatpraktiker. Ett av skälen är den generell för låga ersättningstaxan. Denna taxa motsvarar endast en mindre del av landstingens kostnader för motsvarande behandling. En förutsättning för ett familjeläkarsystem är att taxan höjs och följer kostnadsutvecklingen.

Samma åtgärder bör vidtas vad gäller privatpraktiserande sjukgymnaster och tandläkare.

Särskilda stimulansåtgärder måste vidtas för att få fler läkare att nyetablera sig i glesbygden. Vi föreslår en särskild förhöjd ersättningstaxa för de första tio åren vid glesbygdsetablering. Taxan bör även därefter vara högre i glesbygd än i landet i övrigt. Vi vill också införa möjligheter till lokaliseringstöd samt öka intagningen av läkarstuderande vid universitetet i Umeå.

Enskilda sjukhem är väl lämpade för åtskilliga patientkategorier, bl.a. för patienter som inte längre behöver vårdas på klinik, för patienter med Alzheimers sjukdom och med åldersbetingade sjukdomar. Patienterna

måste i långt större utsträckning än nu kunna välja att bli vårdade på enskilda sjukhem. Den stadga som gäller för de enskilda vårdhemmen måste ändras så att villkoren för landstingsdrivna och enskilda sjukhem/vårdhem blir likvärdiga.

Vi föreslår vidare att psykoterapeutiska behandlingar skall ersättas inom ramen för den allmänna sjukvårdsförsäkringen så att patienterna inte skall tvingas avstå från behandling av ekonomiska skäl.

För att staten skall få erforderlig medicinsk kompetens till sitt förfogande bör socialstyrelsen delas och medicinalstyrelsen återinrättas. Därigenom skulle staten, på ett bättre sätt än nu, kunna utöva sitt övergripande ansvar för hälso- och sjukvården. Vi föreslår också att en länsläkarorganisation, liknande den som fanns tidigare, återinförs.

Vi lägger slutligen fram förslag som syftar till att komma till rätta med bristerna i beredskapen för hälso- och sjukvården i krig.

2 Målet för hälso- och sjukvården måste nås

2.1 Stora brister i organisationen

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.” Denna målsättning finns inskriven i hälso- och sjukvårdslagen (HSL), där det också sägs att ”hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård”. Vården skall ha god kvalitet, patientens behov av trygghet skall tillgodoses, vården skall vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Den svenska sjukvårdens internationella ställning har försvagats, trots stora insatser och en kunnig, engagerad personal. Den försvagade ställningen beror på brister i riktlinjerna för den framtida hälso- och sjukvården, i vårdens styrning, organisation och struktur samt Dagmarsystemet. Bristerna måste rättas till så att målsättningen och kraven på en god vård i HSL kan uppfyllas.

Sjukvården är uppbyggd av mycket stora enheter. Landstingen har i genomsnitt ungefär 15 000 anställda. Följaktligen är det inte sällan fråga om stordrift.

Det är inte patienterna eller vårdpersonalen som bestämmer. Det gör landstingspolitikerna. Deras roll är långt ifrån entydig: Samtidigt som de skall vara patientföreträdare skall de ansvara för såväl sjukvårdsproduktionen som finansieringen. Att söka förena så olika uppgifter leder bevisligen inte till något gott resultat. Patienterna kommer i kläm.

Varken patienterna eller de vårdanställda har något större inflytande eller några effektiva möjligheter att påverka. Förändringar är svåra att genomföra i stora, byråkratiska organisationer. Likriktning och vad som kan beskrivas som ”en åsikt i taget” gäller.

2.2 Sjukvården inför 1990-talet

Mot. 1988/89
So423

När prioriteringsproblemen ökar blir en förändring av monopolstrukturen allt mer angelägen. Antalet gamla ökar kraftigt och därmed ökar kraven på sjukvården. Det nu tillämpade systemet för sjukvårdens finansiering är ett av de största hindren för en vårdutveckling i de äldres intresse. Dessa synpunkter utvecklas också i en kommittémotion angående vård och omsorg om de äldre (1988/89:So233).

Missbruket av alkohol och narkotika tar redan stora vårdresurser i anspråk och kostar samhället åtskilliga miljarder kronor frånsett ett omätbart lidande för dem som berörs. Minst 20 procent av den slutna akutsjukvårdens platser – 40 procent inom den psykiatriska vården – tas upp av patienter med sjukdomar som direkt eller indirekt beror på drogmissbruk. Dessa frågor utvecklas närmare i en kommittémotion om alkohol- och narkotikapolitiken (1988/89:So207).

Sjukdomar som HIV/AIDS ställer nya krav på sjukvården. HIV/AIDS tas upp särskilt i en kommittémotion (1988/89:So528).

3 Gör sjukvården bättre

Det är nu hög tid att skapa förutsättningar för den sjukvård som krävs i framtiden. Alla undersökningar visar att vi i Sverige är beredda att lägga ner betydande belopp på en god och tillräcklig hälso- och sjukvård. Stora summor satsas. Under ett yrkesverksamt liv betalar en svensk industriarbetare ca en miljon kronor (i dagens penningvärde och med ränta) enbart i landstingsskatt. Till detta kommer lika mycket i sjukförsäkringsavgifter. Vid internationella jämförelser, uttryckta som andel av bruttonationalprodukten, ligger Sveriges sjukvårdskostnader högt.

Hälso- och sjukvårdens andel i procent av BNP 1985 (*1986, **1987)
(Källa: Sprifakta 1988/89 samt SCB)

USA*	10,9
SVERIGE**	9,2
VÄSTTYSKLAND	9,2
FRANKRIKE	8,6
HOLLAND	8,5
DANMARK ¹	7,0
FINLAND	6,9
ENGLAND* ¹	6,9
JAPAN	6,8
NORGE	6,6

¹ exklusive sjukhem

3.1 Sjukvården måste förändras

Trots de resurser som satsas på sjukvården i Sverige finns det mycket som borde vara bättre. Framför allt i tre avseenden uppvisas brister som gör att Sverige i internationella jämförelser hävdar sig dåligt.

Det första är att många svårt sjuka på flera håll i vårt land får vänta för länge på behandling och vård. Många förtvylade patienter invalidiseras och t.o.m. dör under väntetiderna. Andra måste vårdas i sina hem trots att

möjligheterna till fungerande vård där är uttömda med oro för både patienten och anhöriga som följd.

Det andra är att de flesta svenskar – i motsats till vad som är fallet i flertalet andra väst-europeiska länder – inte har en fast och etablerad kontakt med en egen läkare. Läkarens uppgift är bl.a. att vara patientens rådgivare. Då är det speciellt viktigt att kunna vända sig till en person man själv har valt och som man känner förtroende för.

Det tredje är bristen på valmöjligheter. Inte minst för de äldre är det tryggt att veta att man kan välja t.ex. det sjukhem som passar bäst. Det vore också en trygghet för patienterna att kunna välja sjukhus eller klinik. Valfriheten innebär också en betydande kvalitetsgaranti, eftersom patienten då kan välja bort sådan vård som passar honom eller henne mindre väl.

Det är angeläget att förändringar snarast kommer till stånd i sjukvårdens struktur, organisation och finansiering som innebär att målet för sjukvården, så som det finns uttryckt i IISL, verkligen uppnås.

3.2 Långa vårdköer

Trots att Sverige är bland de länder i världen som satsar mest på sjukvården är köerna långa inom flera viktiga områden. De medför stort mänskligt lidande och är inte värdiga ett välfärdssamhälle. Svårt sjuka människor tvingas i många fall vänta mycket länge på sin behandling. Förhållandena varierar från landsting till landsting, men oavsett var man bor skapas en oro och otrygghet hos många människor. De långa vårdköerna kan aldrig accepteras. De strider också mot hälso- och sjukvårdslagets krav.

Kranskärlsoperationer är ett område där snabb behandling kan vara av direkt livräddande betydelse. Så sent som sommaren 1988 påpekade Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka att väntetiderna fortfarande var besvärande långa för undersökning och behandling. Det är en följd av att nyskapade resurser – till stor del genom enskilda initiativ – inte tillkommer så snabbt som borde kunna ske. Den starka politiska styrningen och den tröga organisationen har lagt hinder i vägen.

Det är inte bara hjärtsjuka som får vänta oacceptabelt länge. Också patienter i väntan på cancerbehandlingar, höftleds- eller ögonoperationer och dialyser utsätts för väntetiderna. Det gäller också reumatiker, personer med ryggbesvär eller andra smärtsamma, arbetshindrande eller invalidiserande åkommor.

Att förhindra för tidig död och långt lidande är av största betydelse för den enskilde. Det går inte att värdera. Kortare sjukskrivningstider och mindre komplikationer inom själva vården sparar mycket lidande. Också för samhällsekonomin innebär det fördelar i form av minskade kostnader för sjukpenning- och förtidspensionsutbetalningar.

I långtidsutredningen 1987 påpekade landstingsförbundet att det skulle kosta 950 miljoner kronor årligen att arbeta bort vårdköerna inom den kvalificerade sjukvården. Den summan skall ställas i relation till sjukvårdshuvudmännens omfattande satsningar på områden utanför hälso- och sjukvården samt till den andel av BNP – 9,2 % – som sjukvården tar i anspråk.

För att snabbt komma till rätta med vårdköerna föreslår vi en vårdgaranti – att varje patient skall tillerkännas en laglig rätt att komma under behandling i rimlig tid. Kan inte det egna landstinget klara detta skall patienten ha rätt att bli behandlad inom ett annat landstingsområde, av privat vårdgivare eller, om så bedöms lämpligt, utomlands, på det egna landstingets bekostnad.

I avvaktan på en sådan lag har de moderata företrädarna i landstingen föreslagit att principerna för denna vårdgaranti snarast skall tillämpas. Det har också varit möjligt att genom olika satsningar, bl.a. med enskilda initiativ, beta av vårdköer. Så har t.ex. Malmöhus läns landsting genom samarbete med enskilda läkare kunnat göra en betydande ökning av antalet kranskärloperationer. Man har också genom samordningar på länsdelslaxaretten kunnat nedbringa väntetiderna för ögon- och höftledsoperationer till de lägsta i landet.

Längre fram i motionen föreslår vi att en allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring införs som verkligen gör det möjligt för patienterna att själva välja vårdgivare och vårdform. En sådan innebär en genomgripande förändring av vårdens struktur och innebär att sjukvårdens anpassning till nya behandlingsmetoder och ny efterfrågan kommer att kunna ske snabbare.

3.3 Ett fungerande familjeläkarsystem

Till skillnad från vad som är vanligt i flera länder i Västeuropa saknar de flesta svenskar en fast, etablerad läkarkontakt. Sverige har också mycket få yrkespraktiserande privatläkare. Medan bl.a. Danmark, England, Holland, Schweiz och Canada har fungerande familjeläkarsystem tack vare sina praktiker saknas detta i Sverige.

Ett sådant system skulle ge en mängd fördelar. Mindre läkarmottagningar i enskild regi – även distriktsköterskemottagningar – innebär att vården kan ges närmare patienterna. Det ger en verkligt decentraliserad vård med små enheter. Privatpraktiker stannar vanligen lång tid på den plats de etablerat sig. De lär känna sina patienter väl och det blir en förtroendefull relation patient – läkare. Patienten sätts i centrum. Den egna läkaren blir patientens konsult och hjälper till med vidare kontakter inom sjukvården, t.ex. med insatser som kräver sjukhusvård.

Med en allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring skulle den öppna vården utanför sjukhus även i Sverige till stor del kunna ske genom privatpraktiker. Dessa skulle i större utsträckning kunna ta över verksamheten vid befintliga vårdcentraler och öppna mottagningar i anslutning till sjukhusen. En möjlighet är att den befintliga personalen erbjuds att ta över.

En förutsättning är att dagens alltför låga taxesättning rättas till. Trots betydande kostnadsökningar för lokaler och personal har sjukförsäkringens ersättningstaxor till anslutna läkare och sjukgymnaster endast höjts obetydligt. Taxesättningen har allvarligt släpat efter kostnadsutvecklingen. Taxorna måste generellt höjas och tillåtas följa kostnadsutvecklingen. Även psykologer bör omfattas av försäkringen. En sådan satsning på privatpraktiserande läkare, sjukgymnaster och psykologer skulle, förutom stora fördelar för patienterna, medföra betydande besparingar för landstingen, eftersom privatpraktikervård i små enheter kostar betydligt mindre än motsvarande

landstingsvård. Därmed får den specialiserade sjukhusvården ett ökat utrymme.

Mot. 1988/89
So423

3.4 Dagmarsystemet

Dagmarsystemet bör skyndsamt avskaffas. När det infördes 1985 gav det landstingen möjlighet att politiskt styra nyetableringen av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. Det fråntog offentliganställda läkare och sjukgymnaster rätten att på sin fritid meddela vård med ersättning från sjukförsäkringen. Den ekonomiska styrningen lades i landstingens händer.

När tusentals fritidspraktiker – läkare och sjukgymnaster – ströks från försäkringskassornas förteckning förlorade patienterna en betydande vårdresurs. För många människor tillgodosåg dessa praktiker behovet av fritt läkarval i den öppna sjukvården till en för alla överkomlig patientavgift. Redan det första året bortföll 83 500 besökstillfällen. Dagmarsystemet är ineffektivt och till förfång för patienterna. Trots att det är inne på sin tredje tvåårsperiod kan inga nämnvärda resultat påvisas i fråga om en jämnare läkarfördelning över landet. Detta var det främsta motivet för systemets tillskyndare. Tvärtom har landstingen på många sjukhusorter tvingats anställa fler läkare i och med att fritidspraktikers vårdinsatser försvunnit. Detta har försvårat rekryteringen av läkare till glesbygden.

Dagmarsystemet har allvarligt begränsat patienternas valfrihet, genom att i icke oväsentlig utsträckning beröva dem dispositionsrätten över sina sjukförsäkringspengar. Den patient som vill gå till en privatläkare eller sjukgymnast som ej fått rätt att verka inom sjukförsäkringen, måste betala hela vårdkostnaden själv. Det är en orättvis sjukvårdspolitik, som inskränker de mindre välbeställda patienternas valfrihet. Utanför storstadsområdena är en fritidspraktiserande specialist ofta patienternas enda möjlighet att välja specialist, eftersom det kanske inte finns underlag på orten för en heltidspraktik.

Moderata samlingspartiet har den bestämda uppfattningen att sjukförsäkringspengarna skall följa patienten. Patienten, inte sjukvårdspolitikerna, skall avgöra vem som skall tillföras ersättning från sjukförsäkringen. Ersättningen skall gå till den läkare, sjukgymnast och i framtiden också den sjuksköterska eller psykolog som patienten väljer att gå till. Alla praktiker, yrkespraktiker såväl som fritidspraktiker, skall ha rätt att vara anslutna till sjukförsäkringen och etablera sig fritt. Sjukvårdspolitiken skall slå vakt om patienterna, inte om byråkratiska regelsystem.

3.5 Glesbygdproblemen

En jämn fördelning av läkarresurserna kan inte åstadkommas genom regleringar och förbud. I stället måste olika slag av stimulanser användas.

Fritidspraktikerförbudet måste upphävas. Fritidspraktikerna måste åter få rätt att ansluta sig till sjukförsäkringen. Då minskar det eventuella behovet av nya tjänster på orter med t.ex. läns- och regionsjukhus, vilket underlättar för huvudmännen att hålla nere antalet nya tjänster. Därmed ökar också patienternas möjligheter till fritt läkarval. På orter med glesare läkartäthet kan en rätt till fritidsetablering förbättra situationen, till gagn inte minst för

gamla, handikappade och barnfamiljer. Möjligheterna att få hembesöksverksamhet på allt fler orter ökar.

Också andra åtgärder krävs för att förbättra läkarrekryteringen till glesbygd.

Större flexibilitet i fråga om anställningsförhållanden och verksamhetsinriktning skulle underlätta etableringar. Alternativa tjänstgörings- och verksamhetsformer bör kunna erbjudas. Det kan ske antingen direkt vid en landstingskommunal vårdcentral eller genom inrättande av privatpraktik. Landstingen bör också kunna erbjuda läkare att arrendera en vårdcentral eller att kombinera landstingsanställning med fritidspraktik eller företagshälsovård.

Vi föreslår vidare:

- Vid nyetablering av privat läkarpraktik i glesbygd skall medges en högre taxa, t.ex. under en tioårsperiod. Även därefter bör läkartaxan i glesbygd ligga högre än för landet i övrigt.
- Inom ramen för de sammanhållna länsanslagen för regionalpolitiska ändamål skall det göras möjligt att lämna lokaliseringsbidrag vid etablering av läkarpraktik i de regionalpolitiska stödområdena och andra områden där glesbygdssöd kan utgå.
- Specialistkompetenta läkare i glesbygd måste få bättre möjligheter till fort- och efterutbildning. Dessa läkare, landstingsanställda såväl som privatpraktiserande, måste ges möjlighet till ett rikt vetenskapligt och kollegialt umgänge.
- Läkare utbildade i Umeå förlägger i betydande utsträckning sin vidare yrkesverksamhet i Norrland. Därför har vi redan tidigare föreslagit en ökad intagning vid läkarlinjen i Umeå, t.ex. med 20 studerande, till vilket förslag regeringen först nu anslutit sig.

Dessa förslag är ägnade att lösa problemen med bl.a. höga investeringskostnader och högre fasta kostnader under den första tiden. Den differentierade taxan gör att nyetablering kommer att te sig mera lockande i glesbygd än i välförsörjda områden. Också andra, mera allmänt inriktade åtgärder skulle förbättra situationen. Det gäller exempelvis en bättre skattepolitik med ett lägre skattetryck och skatt efter försörjningsbörd. Det gäller också en annan inriktning på familjepolitiken med ökad valfrihet för föräldrarna. Olika familjesociala frågor såsom möjlighet att välja önskad boendeform och möjlighet för make/maka att få arbete eller utbildning måste också lösas.

3.6 Slå vakt om valfriheten i tandvården

De flesta vuxna svenskar väljer privat tandvård. Undersökningar tyder på att kostnaderna för privat tandvård är betydligt lägre än folktandvården. Ändå möter den privata tandvården betydande hinder i form av en ersättningstaxa som inte tillåtit följa kostnadsutvecklingen.

I samband med tandvårdsförsäkringens tillkomst garanterades att privat-tandläkartaxan skulle följa kostnadsutvecklingen i folktandvården. Så har inte blivit fallet, vilket minskar de reella intäkterna och möjligheterna till nyinvesteringar och till att upprätthålla vårdkvaliteten. Ytterst hotas patienternas möjligheter att välja tandläkare.

Även inom tandvården måste taxor och avgifter sättas så att patienterna garanteras en god vård och en verklig möjlighet att välja mellan olika vårdgivare på samma ekonomiska villkor. Den rätten bör skrivas in i såväl hälso- och sjukvårdslagen som tandvårdslagen. I samband därmed bör barn och ungdomar få rätt att omfattas av tandvårdsförsäkringen. Därmed tillåts ett fritt val för alla mellan folk- och privattandvården.

För de privatpraktiserande tandläkarna gäller också regler för etableringsbegränsning som har likhet med Dagmarsystemet. Dessa begränsningsregler bör omedelbart upphävas, även för speciallisttandläkare.

4 Riktlinjer för hälso- och sjukvården

De nu gällande riktlinjerna för hälso- och sjukvården (HS-90) innebär en kraftig satsning på förebyggande åtgärder. Hälso- och sjukvård skall i långt större utsträckning än tidigare tillgodoses inom primärvården. Primärvården skall enligt HS-90 byggas ut kraftigt på bekostnad av läns- och länsdelssjukvården. HS-90 förutsätter en betydande neddragnings av läns- och länsdelssjukvårdens platsantal, ca 550 platser per år. Det innebär att läns- och länsdelssjukvårdens totala vårdplatsantal åderläts med 25% från 1980-talets mitt till slutet av 1990-talet. Speciellt hårt drabbas länsdelssjukhusen.

Vi har sedan förslaget utarbetades i början av 1980-talet och då det förelades riksdagen våren 1985 riktat kraftig kritik mot denna utveckling. Moderata samlingspartiets företrädare i landsting och riksdag har således aldrig godkänt riktlinjerna. Allt fler sjukdomar och sjukdomstillstånd upptäcks och efterfrågan på specialiserad hälso- och sjukvård stiger i takt med de medicinskt-tekniska framstegen. Inte minst de handikappade är beroende av en väl fungerande sjukhusvård. Det stigande antalet äldre ställer också stora krav på kvalificerade sjukvårdsresurser.

Vi avvisar därför regeringens angrepp på läns- och länsdelssjukvården, uttryckt i bilaga 7 till budgetpropositionen, s. 68: "I ett 90-talsperspektiv måste frågan om organisationen av akutsjukhusen med full service 24 timmar om dygnet och alla dagar i veckan bli föremål för särskilda överväganden. Ur kvalitets- och säkerhetssynpunkt torde inte patientunderlaget räcka till för att nuvarande antal enheter skall kunna upprätthållas. Detta gäller i synnerhet vid en fortsatt minskning av antalet vårdplatser i en oförändrad akutvårdsorganisation, -- --"

Den specialiserade sjukvården vid läns- och länsdelssjukhusen kan inte i någon betydande utsträckning ersättas av primärvård. Den förebyggande verksamheten i primärvården är viktig. Men i första hand måste man där ägna sig åt sjukvård. Då kan resurserna utnyttjas bättre. Verksamheten måste bli mer effektiv och kvaliteten höjas. Först då kan läns- och länsdelssjukvården avlastas.

I somliga områden är primärvården så utbyggd att en fortsatt utbyggnad bör anstå i avvaktan på en utredning om vad primärvården där kan prestera. Alternativa huvudmannaskap, prestationsersättningar m. m. måste prövas i syfte att effektivisera verksamheten och höja servicenivån.

Regeringen bör förelägga riksdagen förslag till reviderade riktlinjer för hälso- och sjukvården med beaktande av vad vi här framfört.

5 Framtidens problem kräver nya lösningar

Mot. 1988/89
So423

5.1 En allmän sjukvårdsförsäkring som omfattar alla

Svensk sjukvård befinner sig vid ett vägskal. Dagens organisation, struktur, finansiering och höga grad av politisk styrning kommer ytterligare att befästa problemen om inget görs. Köerna kommer att bli längre, skatterna allt högre. Missnöjet kommer att bli alltmer uttalat bland patienter och personal.

Det finns mot denna bakgrund anledning att i stället välja en väg, som ingalunda är ny och oprövad, men som ändå inte praktiserats i Sverige. Länder som Schweiz och Västtyskland lade grunden för ett allmänt sjukförsäkringssystem under andra halvan av 1800-talet. Dessa länder har en sjukvård som uppfyller höga krav på kvalitet, samtidigt som man kunnat undvika åtskilliga av de problem vi känner till i Sverige.

Finansieringen och produktionen av sjukvård måste skiljas åt. Det skall ske på ett sätt som garanterar patienternas valfrihet.

Vi föreslår att en större del av sjukvården skall finansieras av en allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Följande principer ligger bakom detta förslag:

- Sjukvårdsförsäkring skall ge alla rätt till valfrihet och till sjukvård utan att det kostar den enskilde något extra. Sjukvårdsförsäkring skall ersätta landstingsskatten som den viktigaste finansieringskällan.
- Avgiften till sjukvårdsförsäkring tas ut i förhållande till inkomsten - precis som landstingsskatten. Den som inte kan betala skatt skall inte heller betala försäkringsavgift men ändå ha full rätt till förmånerna. Därmed bygger sjukvårdsförsäkring på principen "vård efter behov, betalning efter förmåga".
- Sjukvårdsförsäkring förvaltas av försäkringskassan men följer patienten, oavsett om hon anlitar landstingets vård eller privat vård. Till skillnad från i dag kan därmed alla, även de betalningssvaga, få valfrihet. Finansieringen är gemensam, men valet den enskildes.
- Sjukvården kan därmed också göras gränslös. Valet av sjukvård behöver inte begränsas till upptagningsområden eller landstingsområde. Den enskilde får själv möjlighet att välja.

Sjukvårdsförsäkring medför att alla får rätt att välja en egen läkare eller sjukgymnast. Etableringshindren avvecklas. Även distriktssköterskor och legitimerade psykologer och psykoterapeuter bör ingå i försäkring. De långtidssjuka får rätt att välja sjukhem eller långvårdsklinik. Också den specialiserade sjukvården vid sjukhus och kliniker bör omfattas av försäkring.

Den allmänna obligatoriska sjukvårdsförsäkring kommer att begränsa den politiska planeringen och styrningen. Därmed kan också nyckfulla omkastningar i sjukvårdspolitiken undvikas. Det blir i fortsättningen patienten, som i sitt val av sjukvård gör de nödvändiga prioriteringarna.

Den politiska planeringen kan i stället inriktas på de områden där den är nödvändig. Det gäller t.ex. mycket kvalificerad vård där resurserna ständigt måste finnas, trots att utnyttjandet sker mera sällan. Även rena hälsoaspek-

ter, såsom vaccinationsprogram, HIV-spårning och epidemiologi, gör planering oundviklig.

Mot. 1988/89
So423

Sjukvårdsförsäkringen och rätten till det egna läkarvalet är inget nytt och främmande system. I Västeuropa var det en av de första viktiga, sociala reformerna. Internationella erfarenheter tyder också på att detta finansieringssystem bäst tillgodoser patienternas behov och ger en snabb anpassning efter förändringar i värdefterfrågan. I följande tabell visas antal kranskärlsoperationer samt skattetryck i % av BNP.

Kranskärlsoperationer per miljoner invånare I, skattetryck i procent av BNP II, samt sjukvårdssystem 1985 (*1986) III

(Källa: Kranskärlssjukvårdens utbyggnad i Sverige, KRUS, utgiven av Landstingsförbundet och Socialstyrelsen, maj 1987)

	I	II	III
Västtyskland	487*	37*	
Holland	470	45	Allmän
Schweiz	370	32	sjukvårds-
Belgien	350	47	försäkring
Österrike	284*	42*	
Sverige	275*	52*	Politiskt
Norge	200	50	styrda
Storbritannien	169	39	system

Tabellen är intressant. För de år uppgifterna visar har länder med någon form av allmän sjukvårdsförsäkring gjort en snabbare anpassning till det ökade behovet av kranskärlsoperationer än Sverige och andra länder med politiskt styrda system. De förra länderna har också lägre skattetryck. Det finns anledning att dra lärdom av dessa länders erfarenheter.

5.2 Möjlighet att välja sjukhem

Många långtidssjuka behöver – och kommer att behöva – den vård och omvårdnad som sjukhemmet ger. Möjligheterna att välja mellan olika sjukhem med olika inriktning och utformning är i dag mycket små. I allmänhet hänvisas patienten till ett visst sjukhem. Antalet enskilda sjukhem är litet, trots att de mestadels erbjuder såväl en god vård som en hemliknande atmosfär.

Många som arbetar inom den offentliga sjukvården har synpunkter på hur vården skulle kunna förbättras. De skulle gärna vilja pröva dessa genom att öppna ett eget sjukhem. Men möjligheterna till detta är utomordentligt begränsade med dagens sjukvårdsfinansiering. Existerande enskilda sjukhem lever under mycket osäkra förhållanden, eftersom landstinget kan vägra att förnya kontrakten eller bara skriver kontrakt på ett år i taget.

Det finns också exempel på att landsting vägrar att "sända" patienter till enskilda sjukhem, trots att de har lägre kostnader än landstingets egna sjuk- eller vårdhem.

Samtidigt beläggs ett stort antal sjukhussängar – inte minst vid medicinklinikerna – av patienter som inte längre behöver klinikernas resurser. Dessa patienter borde, både för att få bättre vård för egen del och för att lämna

sjukhusplatsen till patienter som behöver den bättre, vårdas på annat sätt. Här skulle flera enskilda sjukhem kunna göra betydande insatser. Också för patienter med Alzheimers sjukdom och andra åldersrelaterade sjukdomar skulle sådana sjukhem kunna ha stor betydelse.

Ett hinder är stadgan om enskilda vårdhem m. m. Reglerna i denna stadga innebär att vårdhemmen inte får ta emot samma patientgrupper som landstingen. Stadgan bör skyndsamt ändras så att denna diskriminering upphör.

En allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring skulle få stor betydelse för de enskilda sjukhemmen. Den kan ge patienten möjlighet att på lika villkor välja mellan landstingsdrivna sjukhem och enskilt, stiftelse- eller kanske rörelsedrivna sjukhem. Fler alternativa små sjukhem skulle uppstå om de slapp beroendet av landstingens osäkra välvilja. Det avgörande förettsenkilt sjukhems existens skulle bli att patienterna fick en god vård, trivdes där och sökte sig dit.

Den som själv vill starta ett sjukhem skulle få betydligt bättre möjligheter att göra det. De enskilda hemmen har ofta en stor kontinuitet bland personalen och har lätt att fylla vakanser. Detta innebär fördelar för vårdkvaliteten och stärker patientens ställning.

5.3 Vårdgaranti

Den av oss föreslagna förändringen av sjukvårdsfinansieringen bör fullt utbyggd omfatta även sjukhusvård. Också mera omfattande behandlingar skulle komma att ersättas från sjukvårdsförsäkringen. Detta skulle få stor betydelse för kvaliteten i vården och för de patienter som annars riskerar att få utstå långa väntetider på grund av otillräckliga resurser i det egna landstinget. I stället skulle operationer med hjälp av sjukvårdsförsäkringen kunna ske privat eller vid ett annat landstingssjukhus. För patienten skulle, oavsett dennes inkomst, kostnaden alltid bli låg och densamma som vid det egna landstinget.

I väntan på denna förändring skall patienternas intressen tillgodoses genom en vårdgaranti: Svårt sjuka patienter som inte kan få vård i rimlig tid inom det egna landstinget skall ha rätt att få vård på landstingets bekostnad privat, vid ett annat landsting eller, om så är lämpligt, utomlands.

5.4 Gränslös sjukvård

Vi anser som tidigare nämnts också att en gällande sjukvårdsorganisation bör förändras i syfte att medge en "gränslös" sjukvård över hela landet. Patienter skall i sitt val av sjukvård inte vara begränsade till det "egna" landstinget eller till det "egna" upptagningsområdet. En på så vis gränslös sjukvård har under föregående mandatperiod överenskommit mellan de borgerligt styrda Malmöhus läns landsting och Malmö kommun.

5.5 Legitimerade psykologer och psykoterapeuter bör få anslutning till försäkringen

Regeringen har ställt sig kallsinnig till framställningar från patientorganisationer, myndigheter och utövare om en vidgning av rätten till ersättning via

försäkringskassan till att också omfatta psykologer och psykoterapeuter.

Vi anser att psykologisk och psykoterapeutisk behandling, i likhet med vad fallet är i flera andra länder, skall ersättas via den allmänna försäkringen. Sådan ersättning bör kunna ges till legitimerade psykologer och psykoterapeuter för behandling efter det att läkare ställt diagnos.

För den som söker psykoterapeutisk behandling är tillvägagångssättet ofta komplicerat. Ett stort antal svenskar skulle kunna få hjälp för psykiska eller psykosomatiska besvär på psykoterapeutisk väg. Eftersom psykoterapi normalt inte ersätts via den allmänna försäkringen blir kostnaden för patienten hög. Ofta kan den uppgå till 400 – 500 kronor per vecka, i många fall återkommande under flera år. Det finns olika sätt att få täckning för kostnaderna. Dessa sätt kan vara byråkratiska och komplicerade för den enskilde individen. En liten grupp patienter har också möjlighet att via vissa landsting och kommuner få ersättning för sina kostnader. I annat fall är psykoterapi endast förbehållen patienter med god ekonomi.

De flesta landsting har bristande psykologresurser för bl.a. psykometriska undersökningar och väntetiderna för sådana undersökningar är mycket långa. Detta medför ofta onödigt långa sjukskrivningar och inte sällan fel behandling av patienterna. Vid en utvärdering av psykometriskt utredningsarbete vid den allmänna rehabiliteringskliniken vid S:t Sigfrids sjukhus i Växjö framgick för något år sedan att man vid en psykometrisk undersökning funnit en annan diagnos än den som patienten vårdats för i 43 procent av fallen. Privatpraktiserande psykologer borde därför ges möjlighet att arbeta inom socialförsäkringens ram.

5.6 En effektiv och samordnad rehabilitering

Genom den av oss föreslagna allmänna sjukvårdsförsäkringen skulle en effektiv och samordnad rehabilitering underlättas. Den stora vinsten med detta är ett minskat mänskligt lidande. Till detta kommer att den allmänna försäkringens och samhällets kostnader vid långtidssjukdom och förtidspensionering kan minska. Därmed frigörs stora resurser – kanske upp till sju miljarder kronor i dagens penningvärde, enligt en beräkning till ESO-gruppen 1987 – för angelägna vårdändamål.

Möjligheten att nå dessa stora fördelar underlättas om försäkringskassorna står för både sjukpenning- och sjukvårdsförsäkring. Utbetalande myndighet ges därmed ett ansvar för en snabb rehabilitering. En fortsatt, utökad finansiering via landstingen ger inte de nödvändiga förutsättningarna för detta.

En effektiv, samordnad rehabilitering är viktig, inte minst för att förbättra situationen för dem som är eller annars skulle bli handikappade. De många samhällsorgan som är engagerade i en rehabilitering har ofta en bristfällig samordning. Det ger en tröghet i processen som är ett allvarligt hot mot en framgångsrik rehabilitering. Långa sjukskrivningar eller en redan erhållen förtidspension minskar patientens motivation för rehabilitering och ökar risken för passivisering. Försäkringskassorna bör ges en samordnande roll i rehabiliteringsarbetet.

5.7 Den medicinsk-tekniska utvecklingen

Mot. 1988/89

So423

För att kunna följa den medicinsk-tekniska utvecklingen ställs stora krav på en flexibel organisation. Att detta kräver en annan, modernare finansieringsform har visats av flera exempel. Det är t.ex. bekant att den nuvarande finansieringen gör att introduktionen av behandlingar som är bättre för patienten och som kanske dessutom ger samhällsekonomiska vinster fördröjs därför att landstingen vill hålla kostnaderna för nya investeringar nere.

Detta förhållande påvisades bl.a. i ESO-rapporten Integrering av sjukvård och sjukförsäkring (Ds F 1987:11). Också senare rapporter visar att kostnaderna för en snabb vårdinsats mer än väl kan uppvägas av minskade kostnader för sjukskrivning och förtidspensionering. Ny medicinsk teknik och nya behandlingsmetoder framställs ofta som en orsak till allt mer ökande vårdkostnader och ökad efterfrågan på vård i framtiden. I det sammanhanget läggs tyvärr ofta inte tillräckligt stor vikt vid fördelarna för patienterna och den samhällsekonomiska vinsten med en snabbt insatt vård och en snabb rehabilitering. I motsats till den av oss förordade allmänna sjukvårdsförsäkringen missgynnar den nuvarande ordningen såväl patienten, personalen, den medicinska utvecklingen som den totala samhällsekonomin.

Kritiker anser också att en sådan allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring som vi vill införa ökar de ekonomiska belastningarna för samhället. Som visats är så inte fallet. Om sjukvårdens problem kunde lösas med enbart ökande resurser borde Sverige inte ha några problem. Räknat som andel av BNP ligger Sverige bland dem som satsar mest i Europa. I stället kan man konstatera att andra länder har mindre problem, därför att resurserna satsas effektivare och kommer till bättre användning tack vare ett modernare, mer patientinriktat sätt att fördela dem. I stället för en politisk resursfördelning har man valt en sjukvårdsförsäkringsmodell som ger patienten större inflytande.

I detta sammanhang kan bortses från USA, som inte har en sjukvårdsförsäkring som omfattar alla. Den starka kostnadsstegringen i USA beror vidare på en säregen skadeståndsrätt, som gör att kostnaderna för ansvarsförsäkringar blir mycket höga – för gynekologer t.ex. kan den årliga försäkringskostnaden uppgå till 100 000 dollar.

Den av oss föreslagna sjukvårdsförsäkringen är inte ett s.k. öppet försäkringssystem. Den bygger istället på samma principer som (vuxen)tandvårdsförsäkringen. Alla är försäkrade. Patienten betalar samma avgift för samma vård, oberoende av om det är en offentlig eller privat vårdgivare. Ersättningen till vårdgivaren från försäkringen sker efter en fastställd taxa.

5.8 Allt större rekryteringsproblem i framtiden

Under de närmaste åren kommer personalbehovet inom sjukvården att fortsätta att öka. Det beror inte minst på att antalet invånare som är 80 år och äldre kommer att stiga kraftigt fram till sekelskiftet. Konkurrensen om personalen beräknas samtidigt bli allt hårdare.

Många sjuksköterskor och annan vårdpersonal överväger på grund av otillfredsställande arbetsförhållanden att lämna vården, trots att de i grunden är positiva till sitt yrke. De anser bl.a. att ansvaret är för stort i förhållande till

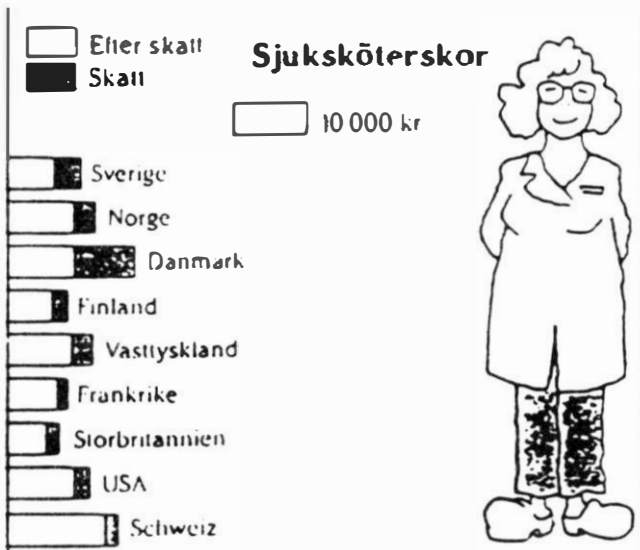
lönen, att möjligheterna att påverka arbetet är små och att uppskattning av arbetet från arbetsgivarens sida saknas.

Mot. 1988/89
So423

Vårdens styrning och organisation – i huvudsak ett offentligt arbetsgivarmonopol – måste förändras. Naturligtvis går det att göra stora förbättringar redan inom nuvarande vårdorganisation. Landstingen måste vidta en rad åtgärder. Men det gäller också att ta till vara nya resurser, inte minst enskilda insatser.

Genom att vården nära nog är ett offentligt monopol har personalens löner halkat efter och fått en felaktig struktur. En svensk sjuksköterska har lägre lön än sina kollegor i många andra länder, där den totala satsningen på hälso- och sjukvård är lägre än i Sverige. Speciellt tydligt blir detta när jämförelsen gäller lönen efter skatt.

Sjuksköterskelöner före och efter skatt i ett antal länder
(Källa: Näringslivets ekonomifakta.)



Trots det senaste höga löneavtalet kommer reallönen att vara oförändrad eller sjunka som följd av skatte- och inflationsutvecklingen. Endast ett sänkt skattetryck kan ge vårdpersonalen en verklig löneökning. Höjda landstingsskatter förvärrar problemen ytterligare.

Fler arbetsgivare behövs i vården. Det betyder ökad konkurrens, fler möjligheter till intressanta och stimulerande arbetsuppgifter och högre reallöner. En mångfald olika idéer och förslag kan då prövas i verkligheten. Anställda inom den offentliga vården bör få möjlighet att öppna eget och konkurrera på lika villkor. Det skulle innebära en betydande framgång i fråga om jämställdhet och rättvisa för de många, framförallt kvinnor, som arbetar i den offentliga vården. Små arbetsplatser ger ofta en ökad trivsel och ett större utrymme för personligt engagemang och nya idéer.

Även andra förändringar måste göras. Arbetsorganisationen måste effektiviseras och anpassas bättre såväl till patienternas som personalens önske-

mål. En ökad satsning på flexibla arbetstider är nödvändig. Sådana förändringar går oftast lättare att genomföra.

Ofta saknas idag möjligheter till utveckling och avancemang inom vården. Den som vill gå vidare måste inte sällan bli lärare eller administratör.

Arbetsmiljön kan förbättras. Inom bl a hemtjänst, hemsjukvård och långvård är tunga patientlyft och annat hårt fysiskt arbete ett hot mot personalens hälsa. Inom hemtjänsten måste personalutbildningen förbättras. Nya idéer och tankar måste släppas fram.

För dessa åtgärder bör bl.a. en förändrad vårdfinansiering vara en viktig grund. Inte minst därför att den medger en fri etableringsrätt, som innebär att vårdpersonalen kan välja mellan flera olika arbetsgivare. Det ger möjlighet att pröva nya idéer och skapar ett antal små arbetsplatser där personalen direkt kan påverka arbetets innehåll - och miljö. Löner och andra arbetsvillkor får en bättre utveckling i ett sådant system. Beträffande utbildningsfrågor inom hälso- och sjukvården hänvisas till kommittémotionen 1988/89:Ub810.

5.9 Stora fördelar

Fördelarna med de av oss föreslagna åtgärderna är flera:

- Valfriheten ökar och patientens ställning blir starkare.
- Alternativa vårdformer skapar konkurrens, vilket ökar kvaliteten inom vårdsektorn.
- Mer och bättre vård kan ges till en given, låg kostnad för patienten.
- Sjukvårdspersonal kan välja mellan arbete i offentlig vård eller enskild vård och mellan arbete som egna företagare eller som anställda.
- Landstingen avlastas till förmån för den högspecialiserade sjukvården.
- Eftersom både sjukpenning och sjukvård betalas av försäkringskassan leder systemet till en effektiv och samordnad rehabilitering.
- Den medicintekniska utvecklingen gagnas.
- Förutsättningarna ökar för att lösa framtida rekryteringsproblem och klara vården av det ökande antalet äldre i samhället.

Genom en förändrad vårdfinansiering går det att få ut mer vård för knappa resurser. Därmed förhindras en utveckling där den öppna vårdens utbyggnad sker på bekostnad av hälsan för de patienter som bäst behöver sjukhusens resurser. Vårt förslag om en allmän och obligatorisk sjukvårdsförsäkring främjar patienternas valfrihet och möjligheterna för en snabb och adekvat vård.

6 Skriv in valfriheten i hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Förutom att patientens ställning stärks genom den förändrade vårdfinansieringen måste HSL:s kravparagraf ändras. Kraven på valfrihet för patienten tillgodoses inte av svepande formuleringar. De bör preciseras och kompletteras i fråga om rätten att välja vårdgivare och vårdform. En sådan förändring av HSL måste göras skyndsamt och behöver inte samordnas med en förändring av vårdfinansieringen. Riksdagen bör hos regeringen begära förslag till förändrad lagstiftning med denna innebörd.

7 Återinrätta medicinalstyrelsen

Mot. 1988/89
So423

Ansvarfördelningen för hälso- och sjukvården är oklar på central nivå. Ett antal olika organ har utformat praxis och arbetsrutiner så att ansvarsgränserna blivit diffusa. Det gäller relationerna mellan socialdepartementet, socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Därtill kommer t.ex. Spri, hälso- och sjukvårdsberedningen, samt andra mer eller mindre permanenta arbetsgrupper under regeringen.

Ett annat organ, som är en fristående myndighet under regeringskansliet, är Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, som bl.a. självständigt skall utvärdera metoder och införa ny teknik/metodik och utgöra en medicinsk expertfunktion. Denna beredning arbetar inom socialstyrelsens medicinska verksamhetsområde. Dubbelarbete förekommer. Den oklara ansvarsfördelningen genom olika "ad hoc-organ" på central nivå har minskat socialstyrelsens möjlighet att leva upp till sin roll som expertmyndighet. Aids-delegationen är ett annat exempel.

Det är angeläget att den medicinska kompetensen återupprättas och att hälso- och sjukvården klart byggs på medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet. Med tanke på den snabba medicinska och medicinsk-tekniska utvecklingen är behovet av en särskild medicinalstyrelse större nu än när socialstyrelsen för 20 år sedan övertog den dåvarande medicinalstyrelsens uppgifter. Ett speciellt skäl är dessutom nödvändigheten av en bättre organisation för hälso- och sjukvården i krig, till vilket vi återkommer nedan.

8 Återinför en länsläkarorganisation

Länsläkarorganisationen upphörde efter ett riksdagsbeslut med anledning av proposition 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation. Länsläkarorganisationen hade som främsta funktion den regionala tillsynen över hälso- och sjukvården. Dessutom låg ett antal andra viktiga uppgifter på länsläkarorganisationen. De hade en viktig rådgivande och förebyggande funktion. Genom möjlighet till lokalkännedom och informella kontakter kan tendenser till missförhållanden fångas upp på ett tidigt stadium.

Fördelningen av tillsynsuppgifterna mellan socialstyrelsen, länsstyrelsen och landstingskommunerna har inte fungerat på ett tillfredsställande sätt. Vi har tidigare kritiserat att de fyra läkartjänster för socialstyrelsens tillsyn som beslutet förutsatte ännu inte tillsatts. Landstingen får själva utöva tillsynen över sina egna institutioner. Detta är inte tillfredsställande. Enligt vår mening skall den statliga tillsynen utövas av statliga organ.

En läkarorganisation, i huvudsak motsvarande den gamla länsläkarorganisationen, bör återinrättas. Den centrala tillsynen måste förläggas närmare människorna för att stärka den enskilde patientens ställning, dvs på läns- eller sjukvårdsregionnivå. Det kan vara lämpligt att denna tillsyn omfattar såväl privat som offentlig vård. Omfattningen i relation till andra funktioner måste prövas.

9 Hälso- och sjukvården i krig

Mot. 1988/89
So423

Hälso- och sjukvården är en utomordentligt viktig del av totalförsvaret. I 1987 års försvarsbeslut påpekades att man redan 1982 hade konstaterat att hälso- och sjukvården var en av de svagaste länkarna i totalförsvaret.

Hälso- och sjukvården i krig har nyligen varit föremål för utredning av riksrevisionsverket. I november 1988 genomfördes en offentlig utskottsutfrågning av försvarsutskottet och socialutskottet. Brister i beredskapsplaneringen och beredskapslagringen konstaterades. Dessa ansågs bero på svårigheten att få till stånd beslut, vilket i sin tur sågs som en följd av den strukturella uppbyggnaden.

Enligt vår mening är det av stor vikt att så snart som möjligt komma tillrätta med problemen. Detta är en viktig uppgift för en återinförd medicinalstyrelse.

I avvaktan på återinrättandet av medicinalstyrelsen kan ett mer preciserat ansvar läggas på socialstyrelsen, som ges i uppdrag att förhandla direkt med sjukvårdshuvudmännen. Det är praktiskt att koppla samman detta med förhandlingar om den ordinarie verksamheten i stället för att gå omvägen via statens förhandlingsnämnd.

Den delade finansieringen av beredskapslagringen försvårar enligt vår mening genomförandet. Därför bör det ankomma på statsmakterna att helt svara för finansiering. Vi avvisar en tvångslagring av läkemedel hos läkemedelsföretagen, vilket socialstyrelsen föreslagit. En sådan strider mot konstitutionell praxis och är olämplig från näringsfrihetssynpunkt.

I socialdepartementets utredning angående socialstyrelsens roll i sammanhanget anges att ambitionen bör vara att minska antalet mer eller mindre permanenta beredningar och delegationer inom departementet. Den särskilda beredningen inom socialdepartementet för hälso- och sjukvårdens beredskap bör därför avskaffas. Ett sammanhållet ansvar skall ligga inom en återinrättad medicinalstyrelse. Dessutom måste särskilda åtgärder vidtagas så att ett fullgott personalplaneringssystem omedelbart byggs upp.

10 Hemställan

Med hänvisning till det anförda hemställs

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av en utvärdering av primärvården,
2. att riksdagen hos regeringen begär förslag till en sådan lag, i motionen kallad "vårdgaranti", som innebär att patienter som inte inom rimlig tid kan få behandling inom det egna landstinget skall ha rätt till behandling inom ett annat landstingsområde eller hos privat vårdgivare på det egna landstingets bekostnad,

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av en generell taxehöjning för yrkespraktiker inklusive privatpraktiserande sjukgymnaster,¹]

[att riksdagen hos regeringen begär skyndsamt förslag som innebär att Dagmarsystemet avskaffas till förmån för ett system för ersättningar från sjukförsäkringen med generellt fri etableringsrätt för

privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster och fri anslutningsrätt för fritidspraktiker,¹⁾

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av en sådan differentiering av läkartaxan att den stimulerar etablering i glesbygd,¹⁾

[att riksdagen beslutar att bidrag ur de sammanhållna länsanslagen för regionalpolitiska ändamål skall kunna användas för att understödja etablering i glesbygd,²⁾

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om höjning av tandvårdstaxan samt riktlinjer för tandvården,¹⁾

[att riksdagen beslutar att skyndsamt upphäva etableringsbegränsningsreglerna för privatpraktiserande tandläkare inklusive specialisttandläkare,¹⁾

3. att riksdagen hos regeringen begär förslag till reviderade riktlinjer för hälso- och sjukvården med beaktande av vad i motionen anförts,

[att riksdagen hos regeringen begär en utredning av ett sådant finansieringssystem för hälso- och sjukvården som syftar till att en större del av kostnaderna ersätts av en allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring i enlighet med vad i motionen anförts,¹⁾

4. att riksdagen hos regeringen begär förslag till skyndsamt översyn av stadgan för enskilda vårdhem m.m. i syfte att ge dem möjlighet att ta emot samma patientgrupper som landstingets vårdhem,

[att riksdagen hos regeringen begär förslag som syftar till att legitimerade psykologer och psykoterapeuter får rätt att ansluta sig till den allmänna sjukförsäkringen,¹⁾

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att de allmänna försäkringskassorna bör ges en samordnande roll i allt rehabiliteringsarbete.¹⁾

5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om åtgärder från sjukvårdshuvudmännens sida i syfte att åstadkomma en bättre personalförsörjning,

6. att riksdagen hos regeringen begär förslag till sådan ändring i hälso- och sjukvårdslagen att patienternas valfrihet stärks i enlighet med vad i motionen anförts,

7. att riksdagen hos regeringen begär förslag till återinrättande av en medicinalstyrelse,

8. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av att återinföra en länsläkarorganisation, samt

9. att riksdagen som sin mening ger regering till känna vad i motionen anförts om hälso- och sjukvården i krig.

Mot. 1988/89
So423

Stockholm den 18 januari 1989

Carl Bildt (m)

Lars Tobisson (m)

Anders Björck (m)

Görel Bohlin (m)

Rolf Dahlberg (m)

Gunnar Hökmark (m)

Arne Andersson (m)
i Ljung

Ingegerd Troedsson (m)

Bo Lundgren (m)

Rolf Clarkson (m)

Ann-Cathrine Haglund (m)

Gullan Lindblad (m)

Sonja Rembo (m)

¹ 1988/89:Sf237

² 1988/89:A 410

