

Motion till riksdagen

1989/90:Sf4

av Sten Svensson m.fl. (m)

med anledning av skr. 1988/89:153 med redogörelse för en överenskommelse om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1990

Sammanfattning

I skrivelsen redogör regeringen för en överenskommelse med sjukvårdshuvudmännen om en fortsättning på det s.k. Dagmarsystemet. Detta har bl.a. lett till minskad valfrihet för medborgarna när det gäller sjukvården, allt längre köer till nödvändiga operationer, en svällande byråkati och minskad effektivitet kombinerat med ökade kostnader.

I motionen föreslås därför att Dagmarsystemet i stället för att fortsättas genom nya överenskommelser snarast avskaffas. I stället bör en allmän och obligatorisk sjukvårdsförsäkring som följer den enskilde medborgaren införas.

Finansieringen skulle förbli gemensam och solidarisk men valet bli patientens.

Skrivelsen

De nuvarande reglerna om ersättningar till sjukvårdshuvudmän m.m. – det s.k. Dagmarsystemet – infördes 1984. I proposition 1983/84:190 motiverades de nya principerna för sjukvårdsersättningen med att de skulle underlätta statsmakternas och sjukvårdshuvudmännens gemensamma strävan att säkerställa en vård och omsorg som svarar mot befolkningens behov och att den även skulle främja ett effektivt utnyttjande av vårdresurserna.

Det uppställda målet skulle uppnås genom att det allmänna statsbidraget till den psykiatriska vården och de försäkringsersättningar som utgick till den öppna sjukvården skulle omvandlas till schablonberäknade allmänna sjukersättningar. Schablonberäkningen grundades på en fördelning per invånare inom sjukvårdsområdet. Det nya systemet skulle enligt proposition 1983/84:190 underlätta det offentliga totalplanering, dvs. även den fria sjukvården i form av privatpraktiker, fritidspraktiker och läkarhus skulle omfattas av denna planering. Genom att frångå de tidigare principerna om prestationsbunden sjukvårdsersättning förespeglade propositionen att man skulle uppnå en "mer behovsanpassad sjukvård". I skrivelsen 1988/89:153 definieras vad som avses med behovsanpassade kriterier på följande sätt:

"De fördelningskriterier som valts som grund för den behovsbaserade resursfördelningen är olikheter i befolkningens dödlighet, sjukfrånvaro och

förtidspensionering samt antalet ensamboende äldre. Den behovsbaserade fördelningen innebär i första hand att sjukvårdsområden med en relativt sett hög andel arbetare och lägre tjänstemän erhåller en större ersättning än vad som annars skulle varit fallet. Genom att införa en behovsbaserad fördelning av sjukvårdsersättningarna uppnås således väsentliga fördelningspolitiska effekter. Sjukvårdshuvudmännen ges ökade förutsättningar att anpassa hälso- och sjukvårdens resurser till den ojämna fördelningen av behoven.”

Att de förändringar av ersättningsprinciperna inom sjukvårdsersättningen som är en konsekvens av Dagmaröverenskommelsen bottnar i ett utomordentligt grumligt tänkande framgår av de refererade synpunkterna i proposition 1983/84:190 och skrivelse 1988/89:153. Att en schablonersättning som i huvudsak baseras på invånarantalet inom sjukvårdsområdet sämre tillgodoser människors önskemål om och behov av vård än vad prestationsbundna ersättningar gör är självklart. Så stiger t.ex. sjukvårdsbehovet snabbt ju äldre patienten blir. I realiteten fördubblas det för vart femte åldersår. Vården av en 80-åring kostar 16 gånger mer än vården av en 60-åring. Detta innebär att fördelningen mellan landstingen på ett helt annat sätt skulle ha anpassats till åldersstrukturen i landstingen med en prestationsersättning och med av oss tidigare föreslagna stimulanser för läkare som etablerar sig i underförsörjda områden. Såväl målet om en god sjukvård för alla som de anförda fördelningsmässiga strävandena motverkas i hög grad av 1984 års nya ersättningsprinciper.

Moderata samlingspartiet varnade vid riksdagsbehandlingen av Dagmarförslaget för de svåra konsekvenser för svensk sjukvård som systemet skulle leda till. Att följderna blivit ännu allvarligare än vad vi då fruktade framgår av det senaste halvårets larmrapporter, inte minst från den kvalificerade akutsjukvården. Vårdköer har blivit ett kännetecken för svensk sjukvård, trots de stora resurser som satsas på sjukvården och de extra medel som tillskjutits för att avhjälpa bristerna på de hårdast drabbade områdena. Några få exempel visar hur allvarlig situationen är. För kärllransoperationer får patienter vänta nära åtta månader i Bohuslän och drygt sju månader i Göteborg. Det är åtta och en halv månaders väntetid för starroperationer i Värmlands län och nära åtta månader i Jämtlands län. Patienter som skall operera höftleder får vänta upp till 15 månader i Södermanlands län och drygt nio månader i Östergötlands län. De höftledsoperationer som inte kunnat utföras vid Karolinska sjukhuset – inte på grund av brist på personal och operationskapacitet utan på grund av bristande budgetmedel för inköp av höftledsprotoser – klagör tydligt att en planhushållande styrning av en så betydelsefull sektor som sjukvården skapar problem som liknar dem som kännetecknar Östeuropas havererade ekonomier. Detta borde, enligt vår mening, inte kunna accepteras i ett land som säger sig värna välfärden. Det s.k. Dagmarsystemet måste därför snarast avskaffas och ersättas med en allmän obligatorisk sjukvårdsförsäkring.

Människors behov måste styra vilken sjukvård som skall erbjudas. En god hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen uppnås säkrast genom en allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring som följer patienten. Avgiften bör, liksom den landstingsskatt som den delvis ersätter, tas ut efter förmåga. På så sätt ges producenterna – vare sig dessa finns inom den offent-

liga eller den privata vården – signaler om vilken vård och vilka vårdresurser som erfordras.

Patientens frihet att själv välja läkare eller sjukvårdsinrättning bör vara en självklarhet. Om det egna landstinget inte kan ge vård i tid står patienterna i dag mestadels utan varje form av skyddsnet. En mycket liten grupp patienter med stark ekonomi kan kanske erhålla privat kvalificerad vård, men huvudparten hänvisas till vårdkön. För dessa kan hälsoproblemen förvärras och många invalidiseras, tvingas till förtidspensionering eller t.o.m. dö medan de står i vårdkön. Kostnaderna för sjukpenning och förtidspensionering blir många gånger väsentligt högre än vad operationen eller behandlingen skulle ha kostat. Kostnaderna för såväl den enskilde som den offentliga sektorn mångdubblas.

En allmän och obligatorisk sjukvårdsförsäkring som tillförsäkrar den enskilde vård, där vård står att erhålla, kan bidra till att återge vår sjukvård dess effektivitet och höga anseende för god, kvalificerad vård. De vattentäta skotten mellan sjukvårdens finansiering och finansieringen av sjukpenning och förtidspension skulle försvinna. För att skapa flexibilitet i vården bör givetvis hindrande faktorer som etableringskontroller för läkare och tandläkare m.m. samtidigt avskaffas liksom den s.k. R-listan, som bestämmer var högkvalificerad vård skall få tillhandahållas.

I avvaktan på att vårt förslag om en allmän och obligatorisk sjukvårdsförsäkring blir verklighet bör en vårdgaranti införas. 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 eller nödvändigt, utomlands.

Mot bakgrund av vad som ovan anförts angående vår inställning till etableringskontroll av läkare, tandläkare och sjukgymnaster, avvisar vi de i skrivelsen beskrivna skärpta reglerna vid överlåtelse av praktiker.

När det gäller den psykoterapeutiska verksamheten vidhåller vi vår i andra motioner tidigare framförda uppfattning att psykologisk och psykoterapeutisk behandling, i likhet med vad som är fallet i flera länder, skall ersättas via den allmänna försäkringen. Sådan ersättning bör kunna ges till legitimerade psykologer och psykoterapeuter för behandling efter remiss från läkare.

Landstingsmonopolet och Dagmarsystemet har i Sverige åstadkommit stängda vårdavdelningar, orimliga köer till angelägna operationer för de svårast sjuka och stora problem med s.k. klinikfärdiga patienter. Det har medfört ett politikerstyrt sjukvårdssystem med bristande förmåga till anpassning till patienternas skiftande sjukvårdsbehov. Ett organisatoriskt system som så flagrant visat sin oförmåga måste avskaffas, ju förr dess bättring.

Hemställen

Med hänvisning till det anförda hemställs

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att Dagmarsystemet snarast bör avskaffas,
2. att riksdagen hos regeringen begär förslag till en allmän obligatorisk sjukvårdsförsäkring i enlighet med vad som i motionen anförts,
3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att – i av-

vaktan på den av oss föreslagna sjukvårdsförsäkringen – en vårdgaranti införs i enlighet med vad som i motionen anförts,

Mot. 1989/90
Sf4

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att lands-
tingsgränserna bör avskaffas så att patienterna fritt kan välja läkare
och sjukhus,

5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att etable-
ringskontrollen för läkare och sjukgymnaster avskaffas,

6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att privat-
praktiserande legitimerade psykoterapeuter och psykologer skall er-
sättas inom sjukförsäkringssystemets ram i enlighet med vad som i
motionen anförts.

Stockholm den 4 oktober 1989

Sten Svensson (m)

Gullan Lindblad (m)

Görel Bohlin (m)

Charlotte Cederschiöld (m)

Hans Dau (m)

Ingvar Eriksson (m)

Karin Falkmer (m)

Margit Gennser (m)

Ann-Cathrine Haglund (m)

Ingrid Hemmingsson (m)

Bertil Persson (m)

Inger René (m)

Mona Saint Cyr (m)

Per Stenmarck (m)

Karl-Gösta Svenson (m)

Ingegerd Troedsson (m)

Göran Åstrand (m)