Socialutskottets betänkande 1986/87:37

om resursfördelning m. m. inom hälso- och sjukvården (prop. 1986/87:114)

SoU
1986/87:37

I betänkandet behandlas proposition 1986/87:114 om en särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen för att öka operationskapaciteten inom sjukvården jämte sex motioner som väckts med anledning av propositionen. Utskottet behandlar också ett antal motioner som väckts under den allmänna motionstiden 1987.

Sammanfattning

Utskottet behandlar inledningsvis vissa övergripande sjukvårdspolitiska frågor som aktualiserats i motioner väckta under den allmänna motionstiden. Motionsyrkandena avstyrks. I denna del föreligger åtta reservationer (m+c, m och vpk).

Utskottet behandlar därefter förslagen i proposition 1986/87:114 jämte de motioner som rör i propositionen aktualiserade frågor. Utskottet tillstyrker propositionens förslag och avstyrker motionerna. Häremot reserverar sig utskottets m-, fp- och c-ledamöter. Vpk-ledamoten reserverar sig till förmån för ett eget motionsyrkande. I frågan om en kartläggning av köerna inom vården reserverar sig utskottets m- och fp-ledamöter.

Frågan om thoraxkirurgin behandlas särskilt. Utskottet uttalar med anledning av en motion (c) att det finns skäl för riksdagen att klarlägga sin inställning att det inte bör föreligga några hinder för en utbyggnad av thoraxkirurgin i Umeå. Utskottet understryker samtidigt att kraven på en inte alltför uppsplittrad vård alltjämt måste tillgodoses. Utskottet tar inte ställning till om det fortsatta planeringsarbetet för thoraxkirurgin i Umeå berör villkoren för olika statliga bidrag. Det ankommer på regeringen att i sådant fall aktualisera ärendet hos riksdagen. Vad utskottet anfört föreslås riksdagen ge regeringen till känna. Utskottet avstyrker motionsyrkanden om ytterligare utbyggnad av thoraxkirurgin med hänvisning till pågående utredningsarbete.

Utskottet behandlar slutligen ett stort antal motioner (s, m, fp, c, vpk) om åtgärder för att förbättra läkarförsörjningen m. m.

Utskottet konstaterar att det stora utredningsmaterial som finns liksom också de olika åtgärdsförslagen ger en splittrad bild och att det är svårt att bilda sig en uppfattning om vilka åtgärder som är mest adekvata och om den samlade effekten av olika åtgärder. Utskottet anser att läkarförsörjningsproblematiken nu måste övervägas mera samlat och i ett sammanhang så att det blir möjligt att få en helhetsbild av situationen. Regeringen bör enligt utskottet därför göra en samlad översyn av problematiken kring läkarförsörj-

1 *Riksdagen 1986/87. 12 saml. Nr 37*

ningen och förutsättningslöst överväga olika tänkbara åtgärder. Regeringen bör därefter så snart det kan ske återkomma till riksdagen med förslag. Vad utskottet anfört föreslås riksdagen ge regeringen till känna med anledning av motionerna. S-ledamöterna godtar utskottets yttrande men anser att motionerna bör avslås. Utskottets m-, fp- och c-ledamöter reserverar sig till förmån för ett motionsyrkande (c) beträffande åtgärdsprogram för övrig vårdpersonal.

FEMTE HUVUDTITELN

Propositionen

I proposition 1986/87:114 om en särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen för att öka operationskapaciteten inom sjukvården har regeringen (socialdepartementet) föreslagit riksdagen att till Bidrag för viss operationsverksamhet inom allmän sjukvård för budgetåret 1987/88 anvisa ett reservationsanslag av 70 000 000 kr.

Regeringen har vidare berett riksdagen tillfälle att ta del av vad som i propositionen i övrigt anförs om en särskild ersättning för att öka operationskapaciteten inom sjukvården.

Motioner

Motioner väckta under den allmänna motionstiden 1987

I motion 1986/87:So259 av Nils Carlshamre m. fl. (m) hemställs, såvitt här är i fråga (yrkande 3), att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att nedläggningen av den för de äldre väsentliga slutna somatiska sjukhusvården måste bromsas.

Övriga yrkanden i motionen behandlas av utskottet i andra sammanhang.

I motion 1986/87:So416 av Börje Stensson (fp) och Karl-Göran Biörsmark (fp) hemställs att riksdagen hos regeringen begär åtgärder som innebär att thoraxkirurgi som specialitet kan inrättas vid regionsjukhuset i Linköping.

I motion 1986/87:So418 av Jan Hyttring m. fl. (c) hemställs att riksdagen beslutar begära att regeringen lämnar förslag till läkarrekryteringsfrämjande åtgärder i enlighet med motionen.

I motion 1986/87:So423 av Bengt Westerberg m. fl. (fp) hemställs, såvitt här är i fråga (yrkandena 1 och 3),

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförs om kartläggning av köerna inom sjukvården,

3. att riksdagen hos regeringen begär förslag till åtgärder för att stimulera läkarrekryteringen till läkarglesa områden enligt vad som anförs i motionen.

Yrkande 2 i motionen behandlas av utskottet i betänkandet SoU 1986/87:16.

I motion 1986/87:So426 av Carl Bildt m. fl. (m) hemställs, såvitt här är i fråga (yrkandena 1–4 och 7),

1. att riksdagen hos regeringen begär förslag till reviderade riktlinjer för hälso- och sjukvården med beaktande av den kritik som i motionen anförts mot att i utbyte mot en kraftig expansion av primärvården rusta ned länssjukvården,

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

3. att riksdagen hos regeringen begär förslag till sådan lag 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,

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen i övrigt anförts beträffande möjligheterna att minska patienternas väntetider i behandlingsköer,

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

Yrkandena 5 och 6 i motionen behandlas av utskottet i betänkandet SoU 1986/87:16.

I motion 1986/87:So434 av Rosa Östh (c) och Ulla Tillander (c) hemställs att riksdagen hos regeringen begär att en probleminventering görs och att därefter ett åtgärdsprogram framtas i vad gäller de yrkesområden som i motionen berörts.

I motion 1986/87:So440 av Margó Ingvardsson m. fl. (vpk) hemställs

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att sjukvården också i framtiden skall byggas ut i samhällets regi.

2. att riksdagen hos regeringen begär en översyn av möjligheterna att ta bort avgifter inom vården,

3. att riksdagen hos regeringen begär att överläggningar inleds med Landstingsförbundet i syfte att se över hur en angelägen utbyggnad av vården skall finansieras,

4. att riksdagen hos regeringen begär att en hälsopolitisk plan utformas med utgångspunkt i HS 90.

I motion 1986/87:So447 av John Andersson (vpk) och Margó Ingvardsson (vpk) hemställs att riksdagen hos regeringen begär förslag om att öka tillgången på läkare och annan vårdpersonal i glesbygd enligt motionens förslag.

I motion 1986/87:So448 av Per-Richard Molén hemställs att riksdagen hos regeringen begär förslag om snabba åtgärder för att komma till rätta med glesbygdens läkarförsörjning.

I motion 1986/87:So463 av Ingrid Hasselström Nyvall (fp) och Agne Hansson (c) hemställs att riksdagen beslutar att hos regeringen hemställa om åtgärder som innebär att thoraxkirurgi som specialitet kan etableras inom sydöstra sjukvårdsregionen vid regionsjukhuset i Linköping.

I motion 1986/87:So474 av Bo Finnkvist (s) och Jarl Lander (s) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförts om kvotering av läkare till vårdinrättningar med dålig läkarförsörjning.

I motion 1986/87:So488 av Alf Svensson (c) hemställs att riksdagen hos regeringen begär förslag om att läkare som förbinder sig att upprätthålla tjänst under viss tid i av läkarbrist drabbad region skall få en del av studieskulden avskriven.

I motion 1986/87:So490 av Margareta Andrén m. fl. (fp) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförs om åtgärder för att stimulera läkarrekryteringen till glesbygd.

Motivering till motionen finns i motion 1986/87:Sf349.

Motioner väckta med anledning av propositionen

I motion 1986/87:So131 av Karin Israelsson m. fl. (c) hemställs

1. att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna vad som anförts om inriktningen av åtgärder för att öka operationskapaciteten inom vissa sjukvårdsområden,
2. att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna vad som anförts om thoraxkirurgi i Umeå och Örebro,
3. att riksdagen beslutar avslå förslaget om särskilda riksköer för starr-, höftleds- och kranskärlsoperationer i enlighet med det anförda,

I motion 1986/87:So132 av Margitta Edgren (fp) hemställs att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna att bidraget till sjukvårdshuvudmännen för att öka operationskapaciteten inom sjukvården kanaliseras till regionklinikerna där köer finns, med syfte att inom regionen arbeta fram det för den egna regionen bästa sättet att minska köerna och att en fortlöpande rapportering till riksdagen skall göras.

I motion 1986/87:So133 av Lars Werner m. fl. (vpk) hemställs att riksdagen med anledning av proposition 1986/87:114 som sin mening ger regeringen till känna att en huvudregel för extra statsbidrag till höftleds-, kranskärls- och starroperationer skall vara att operationerna utförs i egen regi.

I motion 1986/87:So134 av Daniel Tarschys m. fl. (fp) hemställs att riksdagen till Bidrag för viss operationsverksamhet inom allmän sjukvård för budgetåret 1987/88 under femte huvudtiteln anvisar ett reservationsanslag av 70 000 000 kr., att användas under de förutsättningar som anges i motionen.

I motion 1986/87:So135 av Mats O. Karlsson (s) och Sven-Gösta Signell (s) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförts om villkoren för den särskilda ersättningen.

I motion 1986/87:So136 av Nils Carlshamre m. fl. (m) hemställs

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att de i motionen anförda kraven för att komma till rätta med sjukvårdens krisartade kösituation måste uppfyllas,

2. att riksdagen, under förutsättning av bifall till yrkande 1, beslutar anvisa det i proposition 114 föreslagna reservationsanslaget.

Utskottet

Utskottet behandlar inledningsvis vissa övergripande sjukvårdspolitiska frågor som aktualiserats i motioner väckta under den allmänna motionstiden. Utskottet behandlar därefter förslagen i proposition 1986/87:114 jämte de motioner som rör i propositionen aktualiserade frågor. Frågan om thoraxkirurgin behandlas särskilt. Slutligen behandlas ett stort antal motioner om åtgärder för att förbättra läkarförsörjningen m. m.

Allmänna sjukvårdspolitiska frågor

I några motioner tas upp frågor om *valfrihet inom vården* och om förhållandet mellan *offentlig och enskild vård*.

I *motion 1986/87:So426 av Carl Bildt m. fl. (m)* hemställs att riksdagen hos regeringen begär förslag till sådan ändring i hälso- och sjukvårdslagen att patienternas valfrihet stärks i enlighet med vad i motionen anförts (*yrkande 7*). I motionen presenteras bl. a. förslag till en ändrad sjukvårdsförsäkring, innebärande att försäkringsersättning betalas till den vårdgivare patienten väljer. Motionärerna anser emellertid att patientens valfrihet också bör stärkas genom att hälso- och sjukvårdslagen kompletteras och preciseras i fråga om rätten att välja vårdgivare och vårdform. En sådan ändring bör enligt motionärerna göras skyndsamt och behöver inte samordnas med den förändring i ersättningssystemet som föreslås.

Utskottet har vid flera tillfällen tidigare behandlat frågor om ökad valfrihet i vården och därvid också redovisat sin syn på privat bedriven hälso- och sjukvård. Utskottet har därvid uttalat sitt stöd för den grundläggande principen att all yrkesmässigt bedriven hälso- och sjukvård skall stå under offentlig insyn, tillsyn och kontroll. Samtidigt har emellertid framhållits att privata vårdinitiativ utgör ett viktigt alternativ och komplement till den offentliga vården (se t. ex. SoU 1983/84:4 y). I proposition 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m. m. uttalade statsrådet Gertrud Sigurdsen (s. 16) bl. a. att den privat bedrivna hälso- och sjukvården, främst genom heltidspraktiserande läkare och sjukgymnaster, är ett värdefullt komplement till den offentliga hälso- och sjukvården. Denna verksamhet borde även fortsättningsvis bedrivas med samhällsstöd via den allmänna sjukförsäkringen. Verksamheten måste dock underordnas kravet på en rättvis fördelning av vårdresurserna så att hela befolkningen får del av en vård på lika villkor.

I betänkandet över nämnda proposition (SoU 1984/85:28) uttalade utskottet bl. a. (s. 10) att fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser enligt utskottets mening måste utgå från hela befolkningens behov av vård. Utskottet anslöt sig därför till vad som anfördes i propositionen om ett offentligt ansvar för hälso- och sjukvården. Utskottet ansåg sig inte kunna

dela motionärernas (m) uppfattning när det gäller finansieringen av hälso- och sjukvården.

I betänkandet SoU 1985/86:16 behandlade utskottet ett motionsyrkande av motsvarande innebörd som det nu aktuella. Utskottet hänvisade därvid till de ovan redovisade uttalandena och avstyrkte motionen.

Utskottet vill för att klargöra sin inställning återge ytterligare några av socialministerns uttalanden om riktlinjer för hälso- och sjukvården i den ovannämnda propositionen 1984/85:181, vilka godkändes av riksdagen (prop. s. 14 f.).

En inte bara formell utan även reell valfrihet för patienten förutsätter ett gemensamt samhälleligt ansvar för en rättvis fördelning av vårdresurserna. Detta gäller såväl mellan olika delar av landet som mellan olika befolkningsgrupper och skilda delar av hälso- och sjukvården. – – –

Den enskildes möjligheter att aktivt efterfråga vård påverkas dels av vårdutbudets omfattning och inriktning, dels av dennes begränsade kunskaper om behandlingsmetoder etc.

Den efterfrågan som finns på sjukvård bygger därför till stor del på beslut som fattas – och bör fattas – av dem som har att tillhandahålla en god professionell vård.

Den avgörande frågan mot denna bakgrund är därför hur tillgängliga resurser för vård skall fördelas för att hela befolkningen skall kunna efterfråga den vård de behöver.

Fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser måste utgå från hela befolkningens behov av vård. Det är t. ex. inte motiverat att använda knappa personella och finansiella resurser för att utöka antalet läkare i ett område med mycket hög läkartäthet när det saknas läkare i många andra områden. Detta gäller även om en ytterligare läkare till det redan läkartäta området kan peka på att även där finns en tillräcklig efterfrågan för att bedriva exempelvis en privatpraktik. Hälso- och sjukvården kan enligt min mening inte styras efter marknadsekonomiska principer. Ett sådant system skulle mer tillgodose de professionella vårdgivarnas möjligheter att välja patienter än befolkningens möjligheter att få den vård de behöver.

Utskottet hyser alltjämt samma principiella uppfattning som kom till uttryck i proposition 1984/85:181. Någon anledning till ändrat ställningstagande har inte framkommit. Motion 1986/87:So426 (m) avstyrks sålunda i nu aktuell del (yrkande 7).

I *motion 1986/87:So440 av Margó Ingvardsson m. fl. (vpk)* hemställs att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna att sjukvården också i framtiden skall byggas ut i samhällets regi (*yrkande 1*). Motionärerna anför bl. a. att de alltför knappa resurserna bör användas till en satsning på personalförstärkningar och utbyggnad av uppsökande verksamhet inom vården och att någon utbyggnad av privat vård som vänder sig till socialt redan privilegierade grupper inte bör komma i fråga.

I den ovannämnda propositionen om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården anfördes att hälso- och sjukvården till helt övervägande del bör bedrivas inom den gemensamma sektorn och att hälso- och sjukvården inte kan styras efter marknadsekonomiska principer (prop. s. 136).

Utskottet får även hänvisa till sina uttalanden i betänkandet SoU 1984/85:28, varav framgår att utskottet anser att fördelningen av hälso- och

sjukvårdens resurser måste utgå från hela befolkningens behov av vård.

Med det anförda avstyrker utskottet motion 1986/87:So440 (vpk) yrkande 1.

I *motion 1986/87:So426 (m)* hemställs även att riksdagen hos regeringen begär förslag till sådan lag 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 (*yrkande 3*). Motionärerna ser detta som ett sätt att minska operationsköerna. När det gäller att avgöra vad som kan anses vara "rimlig tid" måste detta, anför motionärerna, bestämmas utifrån medicinska bedömningar på central nivå. Även sociala och humanitära hänsyn måste tas. Enligt motionärerna bör det ankomma på regeringen att pröva utformningen och omfattningen av lagen och skyndsamt förelägga riksdagen förslag i frågan.

Det är enligt utskottet i och för sig mycket angeläget att åtgärder vidtas på många håll för att råda bot på de långa väntetider som i vissa fall råder inom vården. Utskottet är dock inte berett att generellt göra avsteg från den grundläggande principen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att det är landstinget där patienten är bosatt som skall svara för och tillhandahålla den vård som patienten behöver. Utskottet är alltså inte berett att medverka till införandet av en allmän och lagfäst regel för patienter att på det egna landstingets bekostnad få vård hos ett annat landsting eller hos privat vårdgivare.

Det kan tilläggas att i den nu aktuella propositionen 1986/87:114 föreslås – när det gäller operationer av höftleder, grå starr och kranskärl – att patienterna skall få vissa möjligheter att behandlas på annan klinik eller sjukhus och att hemlandstinget skall betala ersättning till ett annat landsting som utför operationen. Utskottet återkommer i det följande till detta förslag. Utskottet vill emellertid påpeka att propositionsförslaget i viss utsträckning tillgodoser syftet med det nu aktuella motionsyrkandet.

Med hänvisning till det anförda avstyrker utskottet motion 1986/87:So426 (m) yrkande 3.

I *motion 1986/87:So440 (vpk)* hemställs vidare att riksdagen hos regeringen begär att överläggningar inleds med Landstingsförbundet i syfte att se över hur en angelägen utbyggnad av vården skall finansieras (*yrkande 3*). Motionärerna anför att en genomgripande satsning för att minska köer, förbättra omvårdnad och nå hälsopolitiska riskgrupper kräver att landstingen tillförs ytterligare resurser.

Hälso- och sjukvårdsberedningen (S 1983:02) utgör ett särskilt organ för överläggningar och samråd mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Till beredningens arbetsområde hör bl. a. förutsättningarna för samordning av den långsiktiga planeringen av hälso- och sjukvården, arbete med läkarfördelningsprogram med de nya förutsättningar som hälso- och sjukvårdslagen ger, vårdpersonalprognoser, utbildnings- och fortbildningsfrågor samt forsknings- och utvecklingsarbete. En särskild arbetsgrupp finns också för långsiktig planering och frågor rörande personalprognoser, läkarfördelningsprogram m. m.

Regeringen har den 7 maj 1987 beslutat att inrätta en ny hälso- och

sjukvårdsberedning med statsministern som ordförande. I beredningen skall dessutom ingå socialministern och utbildningsministern samt representanter för Landstingsförbundet och företrädare för den medicinska sakkunskapen. Den nya hälso- och sjukvårdsberedningen skall ta upp frågor på området som är av stor vikt från nationella utgångspunkter. Avsikten med den nya beredningen är att man skall skapa en bättre framförhållning när det gäller ny kunskap av stor betydelse för människors hälsa och vård och uppmärksamma områden där kunskaps- och resursmässiga skäl talar för en koncentration till något eller några ställen i landet. Beredningen skall behandla frågor om läkarfördelningen och den högspecialiserade vården och då beakta kostnads- och effektivitetsaspekter. Beredningen skall vidare verka för att människors hälsa sätts in i ett bredare välfärdspolitiskt sammanhang. Folkhälsoarbetet är särskilt viktigt mot bakgrunden av behovet att förebygga de stora folksjukdomarna. Tre huvudskäl anges för att hälso- och sjukvårdspolitikens centrala roll i samhället nu ytterligare markeras. Forskningens betydelse för hälso- och sjukvården har ökat på flera viktiga områden, vilket har aktualiserat sjukvårdsorganisationens behov av information och en samordning av tillgängliga resurser så att verksamheten organiseras på det för patienten effektivaste sättet. Vidare har den förebyggande hälso- och sjukvården kommit att prioriteras som ett resultat av HS 90-arbetet. En tredje omständighet är att strukturfrågorna inom den offentliga sektorn fått ökad betydelse.

Regelbundna överläggningar om utvecklingen inom hälso- och sjukvården förekommer vidare inom ramen för de s. k. Dagmaröverenskommelserna. Överläggningar mellan regeringen och bl. a. sjukvårdshuvudmännen bedrivs också i anslutning till överläggningarna om skatteutjämningen.

I den aktuella propositionen 1986/87:114 föreslås inrättande av en särskild arbetsgrupp med företrädare för bl. a. Landstingsförbundet och socialstyrelsen när det gäller utarbetande av riktlinjer för det i propositionen föreslagna statsbidraget. Utskottet återkommer härtill i sin senare behandling av propositionen och dess förslag.

Enligt utskottets mening finns i dag goda möjligheter till regelbundet samråd mellan staten och sjukvårdshuvudmännen när det gäller utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Att även regeringen lägger stor vikt vid samrådsmöjligheterna när det gäller utvecklingen inom hälso- och sjukvården framgår också av den ombildning som nyligen gjorts av hälso- och sjukvårdsberedningen.

Utskottet, som anser att de frågor som tas upp i motionen bör kunna diskuteras inom ramen för de överläggningar som redan förekommer, avstyrker med hänvisning till det anförda motion So440 (vpk) yrkande 3.

I några motionsyrkanden tas upp *primärvårdens och länssjukvårdens utveckling och behovet av vårdplatser* inom den slutna somatiska akutsjukvården.

I den nämnda *motionen So426 (m)* hemställs att riksdagen hos regeringen skall begära förslag till reviderade riktlinjer för hälso- och sjukvården med beaktande av den kritik som i motionen anförs mot att i utbyte mot en kraftig expansion av primärvården rusta ned länssjukvården (*yrkande 1*). Motionärerna är kritiska mot de s. k. HS 90-riktlinjerna med dess starka betoning av

primärvården och anför att regeringen bör förelägga riksdagen ett förslag till reviderade riktlinjer. En närbesläktad fråga tas upp i *motion 1986/87:So259 av Nils Carlshamre m. fl. (m)*. I denna begärs ett tillkännagivande till regeringen om att nedläggningen av den för de äldre väsentliga slutna sjukhusvården måste bromsas (*yrkande 3*). Motionärerna anför att den allra viktigaste vården för alla ålderspensionärer är den slutna somatiska vården. Vidare anförs att det inom akutsjukvården under det senaste decenniet har skett dramatiska förändringar med en kraftig minskning av den slutna vården för yngre och en ökning av sluten vård för äldre. Med hänvisning till den ökande andelen av befolkningen över 75 år och de äldres stora behov av sluten somatisk akutsjukvård anser motionärerna att nedläggningen av fungerande akutsjukhus måste bromsas.

I den förstnämnda motionen (So426) hänvisas till HS 90 eller hälso- och sjukvården inför 1990-talet, dvs. de riktlinjer för hälso- och sjukvårdspolitiken som utskottet bl. a. behandlade i sitt betänkande SoU 1984/85:28 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården. I den proposition som bl. a. låg till grund för utskottets betänkande (prop. 1984/85:181) återfinns olika uttalanden om inriktning mot förebyggande hälsovård och primärvårdens uppgifter. I propositionen betonades att hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga ohälsa skall öka. Primärvården skall enligt propositionen utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården bör genom egna resurser tillhandahålla all sjukvård som inte av medicinska skäl bör vara förlagd till länssjukvården. Primärvården skall tillhandahålla ett brett serviceutbud. Primärvården får, anförs det vidare i propositionen, ett samordningsansvar och skall svara för en stor del av de samhällsinriktade och allmänt förebyggande insatserna. Primärvården skall också ta ansvar för de långtidssjuka och en stor del av psykiatrin. Efter hand som primärvården får ett större ansvar kommer, enligt propositionen, länssjukvårdens platsantal att kunna minska. Det angavs att en omfördelning av resurser kan och bör göras för att uppnå en mera behovsrelaterad fördelning av vårdresurserna. Läns- och regionsjukvården kommer också i framtiden att spela en stor roll när det gäller den specialiserade vården och forsknings- och utvecklingsarbete. Hur omstruktureringen skall utformas avstod socialministern från att precisera. Det angavs att någon enhetlig organisationsmodell inte kan förordas. Tvärtom finns skäl för olika modeller.

Utskottet anförde i betänkandet SoU 1984/85:28 att de i propositionen föreslagna utvecklingslinjerna inte enligt utskottets mening skulle uppfattas så som att akutsjukvården skulle minska i betydelse. Utskottet anförde vidare (s. 9):

Hög kvalitet, stor kapacitet, effektivitet och beredskap skall, enligt utskottets mening, fortfarande utgöra självklara utgångspunkter för läns- och regionsjukvården. En annan sak är att länssjukvårdens vårdplatsantal sannolikt kan även fortsättningsvis minskas i takt med att primärvården inkl. de lokala sjukhemmen byggs ut. Erfarenheterna visar t. ex. att en stor del av medicinklinikernas platser är belagda med patienter som anmälts för långtidssjukvård eller som skulle kunna vårdas med hjälp av hemsjukvård och hemtjänst. Den i propositionen förordade omfördelningen av resurser skall således inte hindra länssjukvårdens kvalitativa utveckling. Det är

tvärtom angeläget att utvecklingen mot nya och förbättrade metoder för diagnostik och behandling fortsätter. Länssjukvårdens roll kommer dock att förändras efter hand i riktning mot mera specialiserad sjukvård, forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskapsförmedling.

Inte heller skall satsningen på förebyggande av sjukdomar och skador ställas i motsats till en god akutsjukvård. Det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet skall på sikt dels åstadkomma en minskning i skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper, dels åstadkomma att människor lever friska längre. De vinster som kan göras gäller livskvalitet. Utskottet är självfallet medvetet om att det oavsett omfattningen av förebyggande åtgärder alltid kommer att finnas ett behov av kvalificerad akutsjukvård. Det är inte frågan om annat än att detta behov skall tillgodoses.

Behovet av god akutsjukvård för de äldre behandlades av utskottet i betänkandet SoU 1984/85:22 (s. 10–11). Utskottet pekade därvid på vikten av att uppmärksamma de äldres behov av en god och snabb akutvård. Utskottet uttalade att tillgången till akutvård är en betydelsefull del av omsorgerna om de äldre. Det krävs både hemtjänst, hemsjukvård och vid behov tillgång till akutvård för att äldre skall kunna ha ett självständigt boende med bibehållen trygghet. Sambandet mellan hemsjukvården och akutsjukvården måste sålunda uppmärksammas och utvecklas.

Vissa studier av utvecklingen inom primärvården och länssjukvården har gjorts under senare tid. Spri har bl. a. redovisat vissa konsekvenser av omfördelningen av resurser från länssjukvård till primärvård (Spri rapport 199, Konsekvenser för länssjukvården av en utbyggd primärvård). Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen också utfört en uppföljning av primärvårdsutvecklingen i landet. Denna redovisas i rapporten Primärvård – omfattning och inriktning 1986 (Socialstyrelsens PM 166/87).

Det finns i sammanhanget också skäl att erinra om den utredning av konsekvenserna av vård- och omsorgssektorns strukturförändring som Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet genomfört (den s. k. konsekvensstudien).

Utskottet gör följande bedömning.

Utskottet vill först erinra om de uttalanden som utskottet gjort tidigare och som redovisas ovan om länssjukvårdens betydelsefulla roll även för framtiden och om att det inte är fråga om annat än att det behov av kvalificerad akutsjukvård som alltid kommer att finnas också skall tillgodoses. Det finns också anledning att understryka att vård på olika nivåer inkl. akut sjukhusvård måste kunna tillhandahållas vid behov för att äldre människor med bibehållen trygghet skall kunna bo kvar i sin invanda miljö och i ett eget boende. Enligt utskottets mening är det självklart att någon omfattande reducering av antalet platser inom den slutna somatiska sjukhusvården inte får ske utan att andra tillfredsställande vårdmöjligheter dessförinnan byggs ut och finns tillgängliga.

En annan sak är att olika rationaliseringsåtgärder från landstingens sida kan göra att antalet vårdplatser på sina håll skärs ned för att möjliggöra en effektivare användning av tillgängliga resurser. Sådana frågor måste avgöras av sjukvårdshuvudmännen själva inom ramen för deras ansvar att erbjuda dem som bor i resp. landstingsområde en god vård.

Utskottet anser emellertid att motionsyrkandena visar på en fråga som är viktig i en tid när resurserna inte räcker till för att uppfylla alla ambitioner som finns. Utvecklingen på området måste följas noga, bl. a. inom ramen för hälso- och sjukvårdsberedningen.

Som framgått ovan är emellertid frågan om primärvården och länssjukvårdens utveckling liksom följderna av vård- och omsorgssektorns strukturförändring redan föremål för åtskillig uppmärksamhet. Något initiativ från riksdagens sida kan därför inte anses erforderligt.

Med hänvisning till det anförda avstyrker utskottet motion So259 (m) yrkande 3 och motion So426 (m) yrkande 1.

I *motion 1986/87:So440 (vpk)* tas upp frågan om *avgifter inom vården*. I motionen hemställs sålunda att riksdagen hos regeringen skall begära en översyn av möjligheterna att ta bort avgifter inom vården (*yrkande 2*). Motionärerna anför att det är nödvändigt att vården finansieras på ett så socialt rättvist sätt som möjligt. Kostnaderna skall inte läggas på dem som är sjuka utan bäras solidariskt.

Bestämmelser om vårdavgifter finns bl. a. i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I 17 § nämnda lag bemyndigas sjukvårdshuvudmännen att besluta om patienternas avgifter för vården, i den mån annat inte är särskilt föreskrivet. Vissa begränsande föreskrifter har utfärdats med stöd av 2 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). Av 2 kap. 1 § nämnda lag framgår att regeringen har möjligheter att begränsa patientavgiften för öppen hälso- och sjukvård, tandvård samt läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som ges av till försäkringen anslutna läkare och sjukgymnaster. Vid sjukhusvård görs i stället avdrag på sjukpenning, om sådan utgår (3 kap. 4 § AFL). I praktiken bestäms storleken av patientavgifter och ersättningen från sjukförsäkringen genom överläggningar mellan Landstingsförbundet och socialdepartementet. Närmare bestämmelser om patientavgifter finns i olika författningar, främst förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring samt läkarvårdstaxan (1974:699) och den s. k. behandlingstaxan (1976:1018).

Utskottet gör följande bedömning.

En grundläggande princip för den svenska hälso- och sjukvården är att den skall finansieras solidariskt av medborgarna genom skatter och socialförsäkringsavgifter eller andra allmänna medel. Även patienterna bidrar direkt med sina patientavgifter. Utskottet har tidigare uttalat att den andel av kostnaderna som betalas av den enskilde genom direkta patientavgifter måste hållas så låg att den inte avhåller någon från att söka behövlig vård (se SoU 1984/85:28 s. 10). De begränsningar som överenskoms med sjukvårdshuvudmännen och som regleras i ovannämnda författning är ett uttryck för detta synsätt. Utskottet vill även erinra om reglerna om s. k. högkostnadsskydd för patienter som ofta behöver läkemedel eller vård.

Med beaktande av det anförda anser utskottet inte att det finns skäl till någon riksdagens åtgärd med anledning av motion So440 (vpk) i här aktuell del (yrkande 2), som alltså avstyrks.

I den nämnda *motionen So440 (vpk)* tas även upp frågan om *en hälsopolitisk plan*. Motionärerna hemställer att riksdagen hos regeringen skall begära att en hälsopolitisk plan utformas med utgångspunkt i HS 90 (*yrkande 4*).

Utskottet behandlade i betänkandet SoU 1984/85:28 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården ett yrkande (vpk) om mål för hälsoarbetet fram till år 2000. Utskottet redovisade därvid uttalanden i den aktuella propositionen 1984/85:181. I propositionen angavs sålunda att det är väsentligt att utjämna skillnaderna mellan olika gruppers möjligheter att få en god vård. Målet är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. En nationell offensiv hälsopolitik mot alkohol, tobak, olämplig kost, påfrestande arbetsförhållanden och arbetslöshet förordades. I propositionen anfördes vidare att underlag för hälsopolitiska program inriktade mot vissa sjukdomar och hälsorisker skall utarbetas på central nivå och att hälsoupplysningen skall intensifieras. Särskilda åtgärder skulle vidtas mot hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och olycksfall. Det konstaterades att sjukvårdens inriktning mot att förebygga ohälsa på sikt bör bidra till en bättre hälsa för hela befolkningen.

Utskottet (betänkandet s. 12) fann det troligt att de i propositionen förordade insatserna på sikt kommer att leda till en bättre folkhälsa och till ökade möjligheter att förebygga för tidig död till följd av sjukdom eller skada. Utskottet fann dock inte att det var möjligt att göra något uttalande om hur långt man kan nå under de närmaste femton åren.

Utskottet behandlade i det nämnda betänkandet även ett yrkande (vpk) om hälsostatistik. I propositionen hade bl. a. föreslagits att statistik skulle tas fram för att skapa en helhetsbild av hälsoutvecklingen inom befolkningen – en folkhälsorapport – och att en sådan folkhälsorapport borde publiceras regelbundet. Rapporten föreslogs innehålla beskrivningar av levnadsvanor av betydelse för hälsan samt hälsorisker, sjuklighet och dödlighet som finns hos befolkningen i olika hänseenden. En bred epidemiologisk bevakning var enligt propositionen nödvändig för att kunna påvisa och mäta effekter av förebyggande insatser. Föredragande statsrådet framhöll dock att det krävs ett betydande utvecklingsarbete innan man kan nå fram till en epidemiologisk bevakning av befolkningens hälsoförhållanden som kan göra anspråk på att täcka flertalet hälsorisker och hälsoproblem. I propositionen uttalades att det ankommer på företrädare för forskning och myndigheter, framför allt socialstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen, SML och SCB att svara för det behövliga utvecklingsarbetet. Utbyggnaden av den samhällsmedicinska verksamheten i landstingen och de yrkesmedicinska klinikerna ansågs utgöra viktiga led i utvecklingen av den epidemiologiska bevakningen.

Utskottet konstaterade (betänkandet s. 29) att det av propositionen framgick att siktet är inställt på att ta fram en statistik om hälsoförhållanden och deras koppling till sociala bakgrundsdata och att den epidemiologiska bevakningen skulle ges en mycket hög prioritet. Utskottet ansåg det dock inte erforderligt med någon åtgärd från riksdagens sida.

Motsvarande synpunkter gör sig enligt utskottets uppfattning gällande även när det gäller den fråga om en hälsopolitisk plan som tas upp i den nu aktuella motionen. Utskottet har ovan redovisat att regeringen nyligen beslutat att ombilda hälso- och sjukvårdsberedningen och att en av dess

främsta uppgifter kommer att vara frågor av betydelse för folkhälsoarbetet. Detta visar enligt utskottet att även regeringen fäster stor vikt vid dessa frågor.

Med hänvisning till vad sålunda anförts avstyrker utskottet motion 1986/87:So440 (vpk) yrkande 4.

Förslaget om en särskild ersättning för att öka operationskapaciteten inom sjukvården

Utskottet övergår nu till att behandla proposition 1986/87:114 och de motionsförslag som rör dessa frågor.

I propositionen redovisas förslag om ett särskilt bidrag till sjukvårdshuvudmännen för att öka kapaciteten att utföra operationer inom sjukvården. Ersättningen, som avses utgå fr. o. m. den 1 juli 1987, beräknas till 70 milj. kr. för andra halvåret 1987. För tiden efter 1987 förutsätts att medel skall lämnas inom ramen för sjukförsäkringsersättningarna till sjukvårdshuvudmännen. I propositionen föreslås sålunda ett nytt reservationsanslag under femte huvudtiteln för budgetåret 1987/88 med benämningen E 23. Bidrag för viss operationsverksamhet inom allmän sjukvård. Förslaget syftar till, enligt vad som anförs i propositionen, att i ett kort perspektiv påskynda sjukvårdshuvudmännens åtgärder för att öka antalet operationer av grå starr, nya höftleder och kranskärlsförträngning. Avsikten är vidare att ersättning skall betalas ut efter riktlinjer som skall utarbetas av en särskild arbetsgrupp inom socialdepartementet med representanter från bl. a. socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Arbetsgruppen skall enligt förslaget också få i uppdrag att följa bidragets utveckling.

I propositionen anförs att ett problem i sjukvården är de långa väntetider som finns på vissa håll i landet, främst till operationer för nya höftleder, mot grå starr och mot kranskärlförträngning. Föredragande statsrådet uttalar att det inte är acceptabelt att människor skall behöva vänta i långa tider på operationer som skulle ge dem möjlighet att leva ett fullvärdigt och självständigt liv. I propositionen anförs vidare att människor som är i behov av denna typ av operationer i princip inte skall behöva vänta mer än den tid som behövs för en effektiv planering av vården. Det påpekas också att sjukvårdshuvudmännen har vidtagit åtgärder för att genom resurstillskott och effektivisering av vården reducera väntetiderna. I propositionen redovisas också olika förklaringar till att köer uppstår eller i vissa fall tillåts uppstå. För att simulera sjukvårdens omstrukturering och få ett effektivare vårdutnyttjande läggs nu förslaget om en särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen fram.

I *propositionen* anförs att ett villkor för att statsbidrag skall kunna utgå är att en överenskommelse träffas med sjukvårdshuvudmännen om riktlinjer för utbetalningen med följande inriktning. Utbetalning av den särskilda ersättningen skall, utöver att vara en stimulans till omorganisation och större effektivitet inom de enskilda landstingen, också möjliggöra en utjämning i väntetider mellan landstingen genom att hela landet görs till ett upptagnings-

område för gråstarrsoperationer, operationer för nya höftleder och kranskärl. Arbetsgruppen avses få i uppdrag att precisera vilka indikationer som skall gälla för att en patient skall komma i fråga för operation och hur prioriteringarna skall göras. Det bör också övervägas hur patienternas frihet att välja vilken klinik och vilket sjukhus som skall utföra operationen skall kunna ökas. Vid vård utom det län där patienten är bosatt bör hemlandstinget betala ersättning till det landsting där ingreppet utförs. Det förutsätts att landstingen kan finna lämpliga former för detta, t. ex. på liknande sätt som vid akut insjuknande i annat landsting än det egna genom ett rikstäckande avtal.

I sammanhanget vill utskottet även redovisa följande åtgärder från *Landstingsförbundet*. Förbundet (styrelsen) beslutade den 5 mars 1987 att till alla sjukvårdshuvudmän gå ut med en rekommendation om särskilda åtgärder för att minska köerna till vissa operationer. Sålunda rekommenderas sjukvårdshuvudmännen dels att snarast pröva möjligheterna att införa resultatlön för att stimulera till ökad produktion, dels att utarbeta aktionsplaner för avveckling av köerna, framför allt till gråstarrs-, höftleds- och kranskärlsoperationer. I sistnämnda fråga betonar Landstingsförbundet vikten av en ökad samverkan mellan landstingen. En redovisning av arbetet med såväl resultatlön som utvecklad regional samverkan bör, anförs det i rekommendationen, lämnas till förbundet senast den 1 juli 1987. Förbundet avser att kontinuerligt följa utvecklingen i landstingen och regionerna.

I *motion 1986/87:So131 av Karin Israelsson m. fl. (c)* hemställs att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna vad som anförts om inriktningen av åtgärder för att öka operationskapaciteten inom vissa sjukvårdsområden (*yrkande 1*). Vidare hemställs att riksdagen beslutar avslå förslaget om särskilda rikskköer för starr-, höftleds- och kranskärlsoperationer i enlighet med det anförda (*yrkande 3*). Motionärerna anför att effektivitet, kompetens och tillgänglighet måste vara viktiga utgångspunkter när det gäller att komma till rätta med brister i operationskapaciteten inom sjukvården. Det måste finnas en organisation som kan möta och tillgodose nya behov, vilka uppkommer genom den medicinska utvecklingen. Enligt motionärerna ligger det i sjukvårdshuvudmännens eget intresse att se till att tillgänglig kapacitet utnyttjas på ett maximalt sätt. Det gäller såväl inomregionalt som i samarbete mellan olika landsting. Motionärerna tillstyrker att 70 milj. kr. ytterligare ställs till förfogande för att öka operationskapaciteten, men anför att den nya resursen bör ställas till sjukvårdshuvudmännens förfogande utan tyngande byråkrati. Motionärerna avvisar därför förslaget om en särskild rikskö och de krångligheter beträffande indikationer, patientens valfrihet, särskilda avtal m. m. som propositionen tar upp och som leder fram till förslaget om en särskild arbetsgrupp.

I *motion 1986/87:So132 av Margitta Edgren (fp)* begärs ett tillkännagivande till regeringen att det föreslagna bidraget till sjukvårdshuvudmännen skall kanaliseras till regionklinikerna där köer finns med syfte att inom regionen arbeta fram det för den egna regionen bästa sättet att minska köerna och att en fortlöpande rapportering skall göras till riksdagen. Motionären anser sålunda att pengarna skall delas ut direkt till dem som har regionansvar för

köerna. Pengarna skall inte vänta på att en central arbetsgrupp skall komma överens om hur de skall användas. Pengarna skall, anför motionären vidare, arbeta på olika sätt i olika regioner utifrån de erfarenheter som finns i varje region. Motionären anför också att det naturligtvis kan innefatta en gemensam kö inom regionen eller mellan regioner om man kommer fram till att det är möjligt och effektivt.

Även i *motion 1986/87:So135 av Mats O Karlsson och Sven-Gösta Signell (båda s)* förespråkas en kanalisering av medlen mera direkt till landstingsområdena och sjukvårdsregionerna. Motionärerna anför sålunda att även fortsättningsvis grunden för sjukvårdens organisation bör vara landstingsområdena och sjukvårdsregionerna, eftersom det inom dessa finns etablerade former för samverkan och patienterna där kan erbjudas vård nära hemorten. Enligt motionärerna bör även för de tre nu aktuella operationsområdena i första hand samma huvudregel gälla. Det väsentliga intresset från regeringens och riksdagens sida med den föreslagna extra ersättningen är att flera operationer utförs inom de tre aktuella områdena. Villkoren för att ersättningen skall utbetalas bör därför enligt motionärerna enkelt kunna knytas till att en sådan ökning åstadkoms. Under vilka former det skall ske bör på sedvanligt sätt överlåtas till sjukvårdshuvudmännen att avgöra.

I *motion 1986/87:So134 av Daniel Tarschys m.fl. (fp)* hemställs att riksdagen skall anvisa det i propositionen föreslagna anslaget om 70 milj. kr. att användas under de förutsättningar som anges i motionen. Motionärerna delar bedömningen i propositionen att patienterna bör få en vidgad valfrihet. Däremot accepterar motionärerna inte de riktlinjer som regeringen föreslår. Motionärerna anför att frågan om de närmare villkoren för fördelning av anslaget skall överlåtas åt en parlamentarisk beredning som skall ersätta den i propositionen föreslagna särskilda arbetsgruppen inom socialdepartementet. Beredningen bör även ges i uppdrag att föreslå ytterligare åtgärder för att minska köproblemen inom sjukvården.

I *motion 1986/87:So136 av Nils Carlshamre m.fl. (m)* begärs ett tillkännagivande till regeringen att de i motionen anförda kraven för att komma till rätta med sjukvårdens krisartade kösituation måste uppfyllas (*yrkande 1*). I motionen hemställs vidare att riksdagen, under förutsättning av bifall till yrkande 1, beslutar anvisa det i proposition 114 föreslagna reservationsanslaget (*yrkande 2*). Motionärerna anför att det nu framlagda förslaget inte sätter patienten i centrum utan förefaller mer ägnat att bygga upp en ny sjukvårdsbyråkrati genom inrättande av en centralstyrd rikskö till de tre aktuella operationstyperna. Motionärerna är kritiska till den föreslagna arbetsgruppens direktiv och till gruppens sammansättning. Enligt motionärernas mening måste följande åtgärder vidtas för att man skall komma till rätta med sjukvårdens krisartade kösituation. Patientens valfrihet måste lagregleras. Hela landet skall utgöra upptagningsområde där patienten kan välja. Behandlingsindikationer skall baseras på den enskilde läkarens bedömning av patienten utifrån nu gällande ansvarsregler. Någon rikskö av den art som skisseras i propositionen skall inte inrättas.

I *motion 1986/87:So426 av Carl Bildt m.fl. (m)*, väckt under den allmänna motionstiden 1987, hemställs bl.a. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts beträffande möjligheterna att

minska patienternas väntetider i behandlingsköer (*yrkande 4*). I denna motion anförs bl. a. att man bättre måste utnyttja tillgängliga resurser som operationssalar och utrustning. Operationsteamen kan lämpligen erhålla prestationsreglerad ersättning. Det är också angeläget med en god samverkan mellan avdelningar som företräder olika specialiteter. Enligt motionärerna måste man inom hälso- och sjukvården tillämpa obyråkratiska och flexibla problemlösningar för att komma till rätta med de akuta obalanserna.

Utskottet gör följande bedömning.

Det finns flera orsaker till varför en bristsituation eller kö kan uppkomma inom hälso- och sjukvården. Ett skäl kan vara den snabba och ibland språngvisa utveckling som sker inom ett medicintekniskt område. Behandlingar och undersökningar som tidigare varit komplicerade och smärtsamma kan som ett resultat av utvecklingen göras på ett enklare och mera skonsamt sätt. Detta möjliggör ibland att nya patientkategorier kan komma i fråga för vård. När ny teknik införs och kunskapen om denna sprids ökar plötsligt efterfrågan och kan inte omgående tillgodoses. Vissa väntetider måste dock i princip anses godtagbara. En kö kan behövas för att sjukvårdens resurser skall kunna utnyttjas effektivt.

Påfallande långa väntetider har dock under senare tid kunnat noteras inom vissa medicinska verksamhetsområden och då särskilt när det gäller operationer för grå starr och höftleder samt kranskärlsoperationer. Inom många landsting har åtgärder vidtagits. och ytterligare insatser och förstärkningar planeras för att väntetiderna skall kunna nedbringas. Regeringen har nu föreslagit ett särskilt stimulansbidrag till sjukvårdshuvudmännen för detta arbete. Utskottet anser att detta är en riktig åtgärd och en viktig markering av hur statsmakterna ser på problemet med de långa väntetiderna för operation. Utskottet vill emellertid betona att det omedelbara ansvaret för att komma till rätta med de långa väntetiderna på vissa områden inom vården åvilar och även fortsättningsvis måste åvila resp. sjukvårdshuvudman samt sjukvårdsregionerna. Det nya statsbidraget fritar inte sjukvårdshuvudmännen från deras ansvar utan skall endast vara en stimulans för att påskynda en angelägen utveckling. Bidraget får dock inte disponeras så att det ensidigt gynnar sjukvårdshuvudmän som har en otillräckligt utbyggd operationskapacitet.

Inrättandet av ett särskilt statsbidrag har med hänsyn till den rådande kösituationen ansetts angeläget. Regeringen har därför för avsikt att låta en särskild arbetsgrupp inom socialdepartementet med företrädare för bl. a. socialstyrelsen och Landstingsförbundet utarbeta de närmare förutsättningarna för utbetalning av det föreslagna bidraget. I några motioner, däribland motionerna So134 (fp) och So136 (m), har uttryckts kritik mot den föreslagna gruppens sammansättning. I motion So134 har även föreslagits en parlamentarisk beredning. Enligt utskottet är det angeläget att riktlinjer snabbt kan tas fram för statsbidragets användning. Utskottet har därför ingen erinran mot det i propositionen förutskickade beredningssättet.

I propositionen har vidare föreslagits att hela landet skall göras till upptagningsområde för de tre aktuella operationstyperna och att enhetliga

kriterier tas fram när det gäller indikationer för operation och för hur prioriteringarna skall göras. Flera motioner är kritiska häremot.

Utskottet vill för sin del understryka att förslagen inte får leda till ökad byråkrati och krångel. Uppgifter som bäst kan skötas av resp. sjukvårdshuvudman bör inte centraliseras.

I propositionen anförs att arbetsgruppen också bör överväga hur patienternas frihet att välja vilken klinik och vilket sjukhus skall kunna ökas. Patienter som får vård inom ett annat landsting än där de är bosatta avses kunna få vården betald av det egna landstinget. Detta ser utskottet som en klar förbättring. Utskottet delar bedömningen i propositionen att landstingen måste åstadkomma lämpliga former för detta.

Utskottet vill slutligen erinra om att resurserna för diagnostik när det gäller kranskärlsoperationer utgör ett av de områden där det råder långa väntetider. Utskottet ser för sin del inget hinder emot att de föreslagna medlen kan användas även för sådana ändamål.

Utöver det nu anförda föranleder de i propositionen angivna villkoren för det nya statsbidraget inte några uttalanden från utskottets sida. Med hänvisning till det anförda avstyrker utskottet motionerna So131 (c) yrkandena 1 och 3, So132 (fp), So134 (fp), So135 (s), So136 (m) samt So426 (m) yrkande 4.

I *motion 1986/87:So133 av Lars Werner m.fl. (vpk)* tillstyrks propositionsförslaget men hemställs att riksdagen med anledning av proposition 1986/87:114 som sin mening ger regeringen till känna att en huvudregel för extra statsbidrag till höftleds-, kranskärls, och starroperationer skall vara att operationerna utförs i egen regi.

Utskottet anser inte att det finns skäl att föreskriva att det föreslagna statsbidraget endast skall kunna utgå till vårdinsatser som meddelas inom den offentligt bedrivna vården, vilket skulle kunna försvåra en förutsättningslös prövning av vilka åtgärder som kan bidra till att förbättra dagens kösituation. Utskottet vill betona att vad det här är fråga om är att avhjälpa ett akut sjukvårdsbehov, inte om synen på hälso- och sjukvården i ett vidare samhällsperspektiv. Med det anförda avstyrker utskottet motion 1986/87:So133 (vpk).

Utskottet tillstyrker den i propositionen föreslagna medelsanvisningen.

I *motion 1986/87:So423 av Bengt Westerberg m.fl. (fp)* hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförs om kartläggning av köerna inom sjukvården (*yrkande 1*). Motionärerna anför att socialstyrelsen tidigare redovisade uppgifter om kösituationen men att denna redovisning inte längre görs därför att statistiken ansågs vara av låg kvalitet. Motionärerna anser att det dock behövs en central sammanställning av kösituationen inom sjukvården. Man hänvisar till ett löfte av socialministern i december 1986 om att en undersökning inletts och anser att, när denna kartläggning är färdig, regeringen bör redovisa resultaten för riksdagen.

För att komma till rätta med den rådande kösituationen pågår i dag på flera håll ett omfattande inventeringsarbete. Som framgår av ett särskilt avsnitt nedan arbetar bl. a. socialstyrelsen och Landstingsförbundet med att ta fram

underlag och göra bedömningar när det gäller kranskärlssjukvårdens utbyggnad. Som underlag för Landstingsförbundets rekommendation till sjukvårdshuvudmännen om särskilda åtgärder för att minska köerna i vården har Landstingsförbundet tagit fram uppgifter när det gäller kösituationen och behovet av ögonoperationer. En särskild arbetsgrupp inom hälso- och sjukvårdsberedningen arbetar också för närvarande med att analysera och ta fram material om kösituationen när det gäller grå starr. Materialet är avsett att utgöra underlag för bedömningar i samband med det föreslagna anslaget om ett särskilt bidrag till operationer. Arbetsgruppen avser sedan att gå vidare med att ta fram material om kösituationen när det gäller höftleder. Inom ett flertal enskilda landsting pågår också ett omfattande inventeringsarbete.

Utskottet kan sålunda konstatera att ett omfattande arbete pågår i fråga om inventering av köerna inom vården. Enligt utskottet får motionen därigenom anses tillgodosedd. Motion So423 (fp) yrkande 1 avstyrks sålunda.

Thoraxkirurgi

I några motioner tas särskilt upp frågan om behovet av en utbyggd thoraxkirurgi.

I *motion 1986/87:So131 av Karin Israelsson m. fl. (c)* hemställs att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna vad som anförs om thoraxkirurgi i Umeå och Örebro (*yrkande 2*). Motionärerna konstaterar att kranskärlsoperationer i dag utförs på ett begränsat antal sjukhus med stora resurser. Enligt motionärerna är det angeläget att öka såväl kapaciteten totalt som tillgängligheten genom att skapa thoraxkirurgiska möjligheter i första hand i Umeå och i andra hand i Örebro.

I *motion 1986/87:So416 av Börje Stensson och Karl-Gösta Biörsmark (båda fp)* hemställs att riksdagen hos regeringen skall begära åtgärder som innebär att thoraxkirurgi som specialitet kan inrättas vid regionsjukhuset i Linköping. Motionärerna anför bl. a. att det är angeläget att regionsjukvården utvecklas lika över hela landet och anser det därför vara en riktig åtgärd att en thoraxkirurgisk specialitet etableras vid regionsjukhuset i Linköping.

Även i *motion 1986/87:So463 av Ingrid Hasselström Nyvall (fp) och Agne Hansson (c)* hemställs att riksdagen beslutar att hos regeringen begära åtgärder som innebär att thoraxkirurgi som specialitet kan etableras inom sydöstra sjukvårdsregionen vid regionsjukhuset i Linköping.

Utskottet har vid flera tillfällen tidigare behandlat frågan om en utbyggnad av thoraxkirurgin, senast i betänkandet SoU 1985/86:16. Utskottet hänvisade därvid till pågående utredningsarbete inom socialstyrelsen och till att frågan också bereddes inom Landstingsförbundet och avstyrkte bl. a. mot den bakgrunden de då aktuella motionerna (betänkandet s. 14–15).

Fullständig thoraxkirurgisk verksamhet bedrivs för närvarande vid fyra regionsjukhus, nämligen vid lasarettet i Lund, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, Karolinska sjukhuset i Stockholm samt Akademiska sjukhuset i Uppsala. Patienter från Umeåregionen hänvisas – enligt avtal mellan

berörda sjukvårdshuvudmän – till Akademiska sjukhuset i Uppsala. Patienter från sydöstra sjukvårdsregionen, dvs. bl. a. Linköping, hänvisas till lasarettet i Lund.

Socialstyrelsen presenterade i skriftserien Socialstyrelsen redovisar 1983:5 ett principprogram för thoraxkirurgi under 1980-talet som underlag för sjukvårdshuvudmännens planering och beslut inom området. Programmet baserades bl. a. på en av socialstyrelsen publicerad expertrapport, Thoraxkirurgisk verksamhet 1981–1985, samt på remissyttranden över denna. Socialstyrelsen förklarade i programmet att det mot bakgrund av då tillgängligt fakta- och prognosmaterial inte fanns skäl för ytterligare centrum för fullständig thoraxkirurgisk verksamhet i Sverige. Emellertid förklarade socialstyrelsen att man avsåg att göra en ny samlad översyn av thoraxkirurgin i mitten av 1980-talet.

Socialstyrelsen har därefter uppdragit åt en expertgrupp inom byrån för läns- och regionsjukvård på styrelsen att ta fram ett nytt underlag för utvecklingen av kranskärlssjukvården i landet inför 1990-talet. Expertgruppens bedömningar har presenterats i skriftserien Socialstyrelsen redovisar 1986:14 (Kranskärlssjukdom – operation, dilatation, trombolys).

Expertutredningens arbete begränsades till utredning och behandling av patienter med sjukdom i hjärtats kranskärl, eftersom endast denna del av thoraxverksamheten ansågs ha genomgått större förändringar sedan socialstyrelsens föregående utredning. Dessutom är denna sjukdom den helt dominerande när det gäller vården av patienter med hjärt- och kärlsjukdomar. Experterna överlämnade våren 1986 sin rapport till socialstyrelsen som ställde sig bakom expertutredningens bedömningar av det framtida behovet av omhändertagande av patienter med kranskärlssjukdom.

Den framlagda rapporten redovisar ett utbyggnadsbehov för kranskärlskirurgin från nuvarande ca 2 000 operationer (motsvarande 250 operationer per miljon invånare) till ca 6 500 interventioner – operationer + ballongdilatationer (motsvarande 800 ingrepp per miljon invånare). En så kraftig utbyggnad får genomgripande konsekvenser för hela den svenska hälso- och sjukvården. Vissa frågor av avgörande betydelse för planeringen av utbyggnaden återstod fortfarande att utreda.

Landstingsförbundet och socialstyrelsen har hösten 1986 tillsatt en gemensam utredning (Kranskärlssjukvårdens utbyggnad i Sverige, KRUS) för att bl. a. lösa en rad kvarstående frågor främst på utredningssidan samt vissa utbildnings- och kompetensfrågor. Utredningen skall vara slutförd vid halvårsskiftet 1987.

Den 5 februari 1987 beslutade Landstingsförbundet (styrelsen) att utfärda en rekommendation till Västerbottens läns landsting att i samarbete med landstingen i norra sjukvårdsregionen planera för en thoraxkirurgisk klinik vid regionsjukhuset i Umeå. Sammantaget gjorde styrelsen den bedömningen att behoven i framtiden av thoraxkirurgi blir av sådan omfattning att en viss spridning av resurserna är försvarlig. Med hänvisning till bl. a. de höga konsumtionstalen i norra regionen och den planering som pågått i Umeå har styrelsen ansett det rimligt att den femte thoraxkirurgiska kliniken i riket förläggs till Umeå. Vid samma tillfälle beslutade Landstingsförbundets styrelse att rekommendera landstingen och medlemskommuner dels att

tidigare rekommenderade upptagningsområden tills vidare skall gälla, dels att beslut om utbyggnad av kranskärlskirurgi på ytterligare orter fattas först efter förbundsstyrelsens ställningstagande till det pågående utredningsarbetet (bl. a. KRUS-utredningen).

Den 23 februari 1987 vände sig Västerbottens läns landsting till regeringen i en skrivelse med begäran om att regeringen skulle föreskriva att nämnden för undervisningssjukhusens byggande (NUU) bör medverka i planeringsarbetet för den blivande thoraxkirurgiska kliniken i Umeå. Enligt vad som anfördes i skrivelsen var det angeläget att planeringssamråd omedelbart kunde upptas med NUU i enlighet med gällande s. k. läkarutbildningsavtal (LUA). Från NUU hade dock framförts att nämnden av formella skäl inte aktivt kunde medverka i det aktuella planeringssamarbetet. Förbundets skrivelse remitterades till NUU och socialstyrelsen. Dessa liksom socialdepartementet har därefter förklarat att något formellt hinder inte föreligger för upptagande av planeringssamråd.

Utskottet har ovan redovisat att regeringen den 7 maj 1987 beslutat att inrätta en *ny hälso- och sjukvårdsberedning*. Denna skall enligt vad som anförs i beslutet bl. a. uppmärksamma den högspecialiserade vården och områden där kunskaps- och resursmässiga skäl talar för en koncentration till något eller några ställen i landet.

När det gäller bakgrunden till den nuvarande indelningen i sex sjukvårdsregioner och koncentrationen av vissa medicinska specialiteter till vissa av regionerna kan följande redovisas.

I proposition 1980/81:9 redovisades *riktlinjer för regionsjukvårdens innehåll, omfattning och organisation*. En ändrad indelning i sjukvårdsregioner (från sju till sex) föreslogs. I propositionen lades vidare fram förslag till ändring av den då gällande sjukvårdslagen. Innebörden av förslaget var att regeringen skall få föreskriva att riket skall delas in i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner. Vidare föreslogs att landstingskommuner skall samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård. Motsvarande bestämmelser har sedan förts över även till den nu gällande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

När det gällde koncentration av vissa medicinska specialiteter anförde föredragande statsrådet, dåvarande sjukvårdsministern Elisabet Holm, att specialiseringen inom länssjukvården inte borde drivas alltför långt. Hon anförde vidare att det var viktigt att en noggrann avvägning sker mellan regionsjukvårdens och länssjukvårdens resurser. I vissa fall ansåg hon det nödvändigt med ett relativt stor patientunderlag för att vidmakthålla och utveckla kunnandet inom den högspecialiserade vården. En samverkan mellan flera landsting kan vara nödvändig för att inte splittra resurserna, anfördes det också. Införande av nya specialiteter får inte heller leda till splittring på alltför många kliniker. Föredraganden uttalade uppfattningen att så långt möjligt eftersträva sammanhållna kliniker.

Statsrådet Holm ansåg det nödvändigt att koncentrera antalet enheter för barnkirurgi och transplantationskirurgi till fyra platser i landet. Hon delade därvid regionsjukvårdsutredningens och flertalet remissinstansers uppfattning. Samma ansågs gälla för thoraxkirurgi. Operativ behandling av vissa

medfödda och komplicerade hjärt- och kärlsjukdomar hos barn ansågs böra koncentreras till en eller två platser. Där behövdes dock viss ytterligare utredning. Föredraganden ansåg vidare i enlighet med vad regionsjukvårdsutredningen föreslagit att den högspecialiserade brännskadevården borde koncentreras till två platser och i första hand organiseras inom ramen för plastikkirurgi. Resurser för vård av vissa infektionssjukdomar, särskilt tropiska infektionssjukdomar, samt specialkoagulationslaboratorier borde finnas på högst tre platser, medan andra typer av högspecialiserad vård, t. ex. dövpsykiatri borde kunna ha hela landet som upptagningsområde.

I propositionen hemställdes att riksdagen skulle dels godkänna de förordade riktlinjerna för den framtida regionsjukvården, dels anta det framlagda förslaget till lag om ändring i sjukvårdslagen.

Vid sin behandling av propositionen gjorde utskottet inte några direkta uttalanden om hur vissa medicinska specialiteter skulle lokaliseras. Man ansåg dock att de beräkningar som återfanns i propositionen om behovet av vårdplatser borde läggas till grund för den framtida utformningen av regionsjukvården (SoU 1980/81:6 s. 12). När det i övrigt gällde riktlinjerna anförde utskottet att de i propositionen förordade riktlinjerna inte föranlett någon erinran från utskottets sida (betänkandet s. 20). Utskottet hemställde därefter bl. a. att riksdagen med bifall till propositionen skulle godkänna de föreslagna riktlinjerna för den framtida regionsjukvården (hemställan p. 10, betänkandet s. 21). Riksdagen följde utskottet i denna del (rskr. 1980/81:123).

Utskottet gör nu följande bedömning.

Under senare tid har omfattande landvinningar gjorts inom thoraxkirurgin. Nya diagnostiska metoder, nya behandlingsformer och nya kirurgiska tekniker har utvecklats. Socialstyrelsen har i en expertrapport nyligen gjort bedömningar om thoraxkirurgins kommande utvecklingsbehov. Ytterligare utredningsarbete pågår emellertid alltjämt. I detta arbete är även Landstingsförbundet engagerat. Landstingsförbundet har nyligen i en rekommendation föreslagit en utbyggnad av thoraxkirurgin i Umeå.

I proposition 1980/81:9 om riktlinjer för regionsjukvården anfördes bl. a. mot bakgrund av att det för att kunnandet inom den högspecialiserade vården skall kunna vidmakthållas och utvecklas är nödvändigt med ett tämligen stort patientunderlag samt att koncentrera antalet enheter för bl. a. thoraxkirurgi till fyra platser i landet.

De i propositionen framlagda riktlinjerna godkändes sedermera av riksdagen.

Mot bakgrund av de tidigare gjorda uttalandena anser utskottet att det finns skäl för riksdagen att nu klarlägga sin inställning att det inte bör föreligga hinder för en utbyggnad av thoraxkirurgin i Umeå. Det kunskapsunderlag som nu finns visar entydigt på att det både finns behov av och underlag för en utbyggnad av thoraxkirurgin. Utskottet vill samtidigt understryka att kraven på en inte alltför uppsplittrad vård alltjämt måste tillgodoses. Utskottet tar inte ställning till om det fortsatta planeringsarbetet för thoraxkirurgin i Umeå berör villkoren för olika statliga bidrag. Det ankommer på regeringen att i sådant fall aktualisera ärendet hos riksdagen.

Vad utskottet nu anfört med anledning av motion 1986/87:So131 (c) yrkande 2 i här aktuell del bör ges regeringen till känna.

När det gäller den fortsatta utbyggnaden av thoraxkirurgin och då till andra orter som Linköping och Örebro får utskottet hänvisa till det pågående utredningsarbetet inom socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Utskottet anser att resultatet av detta arbete bör avvaktas innan ytterligare ställningstaganden görs i frågan om den vidare utbyggnaden av thoraxkirurgin. Med det anförda avstyrker utskottet motion 1986/87:So131 (c) i denna del, So416 (c) och So463 (fp, c).

Läkarförsörjning m. m.

Utskottet har vid åtskilliga tillfällen behandlat frågan om läkarförsörjningen i landet och därvid konstaterat att det – trots att olika åtgärder vidtagits under årens lopp för att få till stånd en jämnare fördelning av vårdresurserna, särskilt i fråga om läkartillgången – fortfarande är svårt att rekrytera läkare till mindre attraktiva verksamhetsområden och orter och att det därför fortfarande råder en både verksamhetsmässig och geografisk snedfördelning av läkarresurserna.

Läkarförsörjningsfrågan behandlades senast av utskottet i betänkandet SoU 1985/86:1o och i yttrandet SoU 1986/87:1y till socialförsäkringsutskottet. Utskottet återkommer härtill i det följande.

Motionerna

I *motion 1986/87:So418 av Jan Hyttring m. fl. (c)* hemställs att riksdagen beslutar begära att regeringen lämnar förslag till läkarrekryteringsfrämjande åtgärder i enlighet med motionen. Motionärerna föreslår bl. a. öronmärkning av läkartjänster i landsorten som motiverar högt prioriterad rekrytering. Där bör färdiga specialister anställas med kontrakt på 4–5 år. Specialisten bör enligt motionärerna kunna få sin studieskuld minskad med visst belopp varje år, men om kontraktet bryts utan acceptabla skäl bör avkortning av studieskulden inte komma i fråga. När kontraktstiden gått ut bör, anförs det också, en ny bedömning göras om tjänsten på nytt bör prioriteras för kontraktsmetoden.

I *motion 1986/87:So423 av Bengt Westerberg m. fl. (fp)* hemställs att riksdagen hos regeringen skall begära förslag till åtgärder för att stimulera läkarrekryteringen till läkarglesa områden enligt vad som anförs i motionen (*yrkande 3*). Motionärerna anser att den regionala fördelningen inte förbättrats nämnvärt efter genomförandet av den s. k. Dagmarreformen. Motionärerna anser vidare att man bör iaktta återhållsamhet med nya läkartjänster så länge det är brist på läkare. Enligt motionen måste man också vidta positiva åtgärder för att stimulera läkarförsörjningen i läkarglesa områden. Motionärerna pekar på möjligheten att ge privatläkare som etablerar sig i läkarglesa områden ett särskilt investeringsstöd, en högre ersättning från sjukförsäkringen och en möjlighet till avskrivning av studieskulden.

I *motion 1986/87:So426 av Carl Bildt m. fl. (m)* hemställs om ett tillkännagivande till regeringen om åtgärder från sjukvårdshuvudmännens sida i syfte att åstadkomma en bättre läkarförsörjning i glesbygd (*yrkande 2*). Enligt motionen måste i första hand stimulanser av skilda slag införas för att åstadkomma en jämnare fördelning av läkarresurserna. Sjukvårdshuvudmännen måste visa stor återhållsamhet med att inrätta nya tjänster. Fritidspraktikerförbudet måste upphävas och fritidspraktiker fritt få ansluta sig till sjukförsäkringen. Man föreslår bl. a. också en högre taxa för privat läkarpraktik i glesbygd. Vidare föreslås lokaliseringsbidrag vid etablering av läkarpraktik i regionalpolitiska stödområden och i andra områden där glesbygdsstöd kan utgå. Specialistkompetenta läkare måste enligt motionärerna ges förbättrade möjligheter till fortbildning och efterutbildning. Man anför också att det behövs en ökad intagning av studerande vid läkarlinjen i Umeå.

I *motion 1986/87:So447 av John Andersson och Margó Ingvardsson (båda vpk)* hemställs att riksdagen hos regeringen skall begära förslag om att öka tillgången på läkare och annan vårdpersonal i glesbygd i enlighet med motionens förslag. Motionärerna föreslår bl. a. ett slags "finnbygdsstipendium" för att finansiera studier och uppehälle under studietiden mot att vederbörande förbinder sig att jobba ett visst antal år i områden där det är brist på läkare. En viktig del skall då vara att rekryteringen till utbildningen sker lokalt så att människor med rötter i glesbygden kommer i fråga i första hand. Motionärerna föreslår också att i vidareutbildningen till specialist i allmänmedicin skall införas ett obligatoriskt praktikår i glesbygd. Tjänstgöringsår i glesbygd bör räknas som särskilt meriterande. Även i denna motion föreslås en utökning av läkarutbildningen i Umeå.

I *motion 1986/87:So448 av Per-Richard Molén (m)* hemställs likaledes att riksdagen hos regeringen skall begära förslag om snabba åtgärder för att komma till rätta med glesbygdens läkarförsörjning. Motionären föreslår bl. a. ändrat skattesystem och flera läkarutbildningsplatser i Umeå.

I *motion 1986/87:So474 av Bo Finnkvist och Jarl Lander (båda s)* begärs ett tillkännagivande till regeringen om vad som anförs i motionen om kvotering av läkare till vårdinrättningar med dålig läkarförsörjning. Motionärerna anför att det enda som i dag återstår att pröva är någon form av kvotering. Regeringen bör ta upp förhandlingar med Landstingsförbundet och läkarnas organisationer så att i varje fall nyutbildade läkare åläggs att tjänstgöra vid vårdinrättningar med dålig läkarförsörjning.

I *motion 1986/87:So488 av Alf Svensson (c)* hemställs att riksdagen hos regeringen begär förslag om att läkare som förbinder sig att upprätthålla tjänst under viss tid i av läkarbrist drabbad region skall få en del av studieskulden avskriven. Även i *motion 1986/87:So490 av Margareta Andrén m. fl. (fp)* hemställs om ett tillkännagivande till regeringen om åtgärder för att stimulera läkarrekryteringen till glesbygd. Motivering till motionen finns i motion 1986/87:Sf349 av samma motionärer. Även dessa motionärer föreslår bl. a. nedskrivning av studieskulden för läkare. Detta bör gälla även privatpraktiserande läkare.

I en motion tas upp situationen för även annan vårdpersonal än läkare. I *motion 1986/87:So434 av Rosa Östh och Ulla Tillander (båda c)* hemställs att

riksdagen hos regeringen begär att en probleminventering görs och att därefter ett åtgärdsprogram framtas i vad gäller de yrkesområden som berörs i motionen. Motionärerna tar upp situationen för bl. a. sjuksköterskor inom psykiatri och diagnostisk radiologi och personalen inom social omsorg.

Utredningar m. m.

Som framgått ovan behandlade *utskottet* problemen med läkarförsörjningen förra året i betänkandet SoU 1985/86:16. Därvid redovisades bl. a. preliminära resultat av en s. k. läkarbemanningsundersökning som gjorts av socialstyrelsen i samarbete med Landstingsförbundet. Vidare redovisades att socialdepartementet i samråd med Landstingsförbundet tillsatt en arbetsgrupp med uppgift att studera läkarförsörjningen i Jämtlands län. Det erinrades också om att en översyn av läkarnas vidareutbildning pågick, av vilken resultatet aviserats till slutet av 1986. Utskottet, som avstyrkte de då aktuella motionerna, gjorde följande bedömning (SoU 16 s. 30 f.).

Läkarvakanser och köer inom vården är problem som gäller såväl resursfördelningen mellan regioner som inom en region. Samhället har en skyldighet att förse hela befolkningen med en god hälso- och sjukvård. En sådan kräver också god tillgång på kvalificerade läkare och annan sjukvårdspersonal. Den ojämna fördelning som nu råder är en allvarlig orättvisa och kan i längden inte accepteras.

Som framgått av den lämnade redovisningen är emellertid läkarförsörjningsproblemen redan väl uppmärksammade av såväl regeringen som sjukvårdshuvudmännen. Utredningsarbete pågår på olika områden för att analysera situationen och finna lämpliga åtgärder. Mot bakgrund av det arbete som pågår anser utskottet det dock inte erforderligt med något initiativ från riksdagens sida – – –

Den tidigare nämnda *läkarbemanningsundersökningen* har nu bearbetats färdigt och föreligger i socialstyrelsens PM-serie (PM 134/1986). Rapporten har överlämnats till hälso- och sjukvårdsberedningen som ett underlag för beredningens fortsatta ställningstaganden beträffande läkarplaneringen.

Läkarbemanningsstudien genomfördes den 25 september 1985. Av rapporten framgår att antalet läkarbefattningar för vidareutbildade läkare inom den offentliga hälso- och sjukvården var 12 800. Härav fanns cirka två tredjedelar vid kliniker och ungefär en tredjedel vid öppenvårdsenheter. Av totalt ca 12 800 inrättade befattningar för vidareutbildade läkare var 1 200 befattningar eller 9,4 % helt vakanta. Under treårsperioden 1982–1985 ökade antalet inrättade befattningar för vidareutbildade läkare inom den offentliga vården med ca 2 800 befattningar. Den årliga ökningen låg på drygt 900 befattningar, motsvarande en ökningstakt på omkring 9 % per år. Jämfört med perioden 1979–1982, då antalet befattningar ökade med ca 5 % per år, har ökningstakten under den senaste treårsperioden varit betydligt högre. Den största ökningen har varit inom den slutna vården. Antalet befattningar har ökat snabbare än tillskottet av nya läkare. Härigenom har vakansläget 1985 försämrats i förhållande till 1982. Antalet helt vakanta befattningar var år 1985 9,4 % av antalet inrättade befattningar mot 7,9 % år 1982. Vakanserna har framför allt ökat inom den slutna vården.

Tillgången på läkare har ökat starkt under de senaste årtiondena. År 1960

fanns ca 6800 läkare. I slutet av år 1985 fanns över 22000 läkare, inkl. AT-läkare. Med nuvarande utbildningskapacitet beräknas totalantalet examinerade läkare komma att uppgå till ca 30000 år 2000. Av läkarbemanningsundersökningen framgår att antalet läkare ökat med drygt 2000 personer eller ca 12 % under perioden 1982–1985. Det ökade läkarantalet har medfört en genomsnittligt sett ökad läkartäthet. Variationerna här är dock stora mellan enskilda landsting. Jämfört med tidigare undersökningar uppvisar de landsting som förut hade höga vakanssiffror fortfarande ett högt vakansläge. Generellt sett har glesbygdslänen alltjämt en sämre vakanssituation än övriga områden.

Den ovannämnda arbetsgruppen inom socialdepartementet med uppgift att analysera läkarförsörjningen i Jämtlands län överlämnade i början av juni 1986 till hälso- och sjukvårdsberedningen *rapporten Läkarförsörjning i Jämtlands län*. Rapporten är tryckt och ingår i den s. k. Ds-serien (Ds S 1986:9). Bakgrunden till att Jämtlands län valts för en analys är att detta län i princip redan har en sådan sjukvårdsstruktur som ligger i linje med de av riksdagen 1985 antagna utvecklingslinjerna för hälso- och sjukvården (prop. 1984/85:181, SoU 28, rskr. 400), dvs. en struktur med en koncentration av länssjukvården och en utbyggd decentraliserad primärvård som i huvudsak bygger på allmänläkarinsatser. Det har mot denna bakgrund ansetts angeläget att Jämtlands läns landsting får arbeta med tillfredsställande läkarförsörjning.

I rapporten beskrivs läkarsituationen på nationell nivå och i Jämtlands län. Vidare beskrivs rekryteringsåtgärder som vidtagits inom Jämtlands län men också inom andra närstående glesbygdslän ävensom andra insatser för en förbättring av läkarrekryteringen. I rapporten läggs också fram förslag till olika försöksåtgärder.

Arbetsgruppen har föreslagit att utredningsarbetet skall fortsätta med en uppföljning och utvärdering av försöksverksamheterna och framläggande av eventuella, slutgiltiga förslag. När det gäller åtgärder på längre sikt har arbetsgruppen tagit upp bl. a. frågor om läkarnas vidareutbildning, forsknings- och utvecklingsarbete, regionalpolitiska åtgärder och olika personalsociala åtgärder. Sålunda har arbetsgruppen bl. a. föreslagit att staten låter utreda möjligheterna att avskriva delar av studieskulderna vid tjänstgöring i glesbygd. Arbetsgruppen har också föreslagit att berörda arbetsmarknadsparter diskuterar förbättring av arbetstids- och tjänstgöringsförhållanden etc. för läkare i glesbygd, möjligheterna till studieresor och olika ekonomiska stimulansåtgärder. Därvid nämns bl. a. mer differentierad och individuell lönesättning. När det gäller åtgärder på kort sikt föreslås bl. a. en nationell kampanj för att manifestera en gemensam uppfattning om primärvårdens och allmänmedicinens betydelse och om vikten av att särskilt uppmärksamma glesbygdens läkarproblem. Vidare föreslås ett antal försöksprojekt som berör Jämtland.

Landstingsförbundets styrelse beslutade i början av juni 1986 i enlighet med vad som utlovats vid förbundskongressen tidigare samma år om en *rekommendation* till landstingen om åtgärder för att förbättra läkarförsörjningen. Enligt rekommendationen skall det totala antalet nya tjänster inom landstingen begränsas till högst 300 per år. Varje huvudman föreslås få öka

sin andel av antalet inrättade tjänster med högst 3 % årligen. Regionlandstingen får öka med endast 1 %. Begränsningen skall bestå till dess att antalet helt vakanta tjänster understiger 5 %, dvs. har halverats. Förslaget förutsätter ett solidariskt handlande. Begränsningen av antalet nya tjänster får inte kringgås genom att huvudmännen exempelvis anställer fler läkare på vikariat.

Sveriges läkarförbund har i en *utredningsrapport* 1986 lämnat en rad förslag till stimulansåtgärder för rekrytering av läkare till glesbygd. Läkarförbundet ser de nuvarande rekryteringssvårigheterna som ett allvarligt problem, både med hänsyn till läkarnas arbetsmiljö och från samhällsekonomisk synpunkt. Förbundet behandlar i utredningen olika aspekter på rekryteringsproblematiken och lämnar en rad förslag till åtgärder. Sålunda föreslås åtgärder på det familjesociala området, i fråga om arbetstider och tjänstgöringsförhållanden, utbildning och forskning och när det gäller ekonomiska stimulanser av olika slag. Bland de sistnämnda kan nämnas bl. a. avskrivning av studieskulder för läkare i glesbygd, större utrymme för individuell lönesättning och höjning av nyetableringstaxor för privatpraktiserande läkare.

Som framgått ovan behandlade *utskottet* läkarförsörjningsfrågan även i ett yttrande till socialförsäkringsutskottet i höstas (SoU 1986/87:1y). Därvid redovisades också de ovan behandlade olika initiativen och utredningsrapporterna. Utskottet gjorde även då bedömningen att läkarförsörjningsfrågorna på olika sätt var föremål för uppmärksamhet från såväl regeringen som sjukvårdshuvudmännen. Även socialstyrelsen och Landstingsförbundet var engagerade i den utredningsverksamhet som pågick. Utskottet ansåg det – i likhet med bedömningen i SoU 16 – inte då erforderligt med något initiativ från riksdagens sida. Utskottet avstyrkte därför de då aktuella motionerna.

Socialförsäkringsutskottet instämde i sitt betänkande SfU 1986/87:1 i socialutskottets bedömning. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1986/87:9).

Efter utskottets senaste behandling av läkarförsörjningsfrågan kan bl. a. följande rapporter, utredningsförslag m. m. redovisas.

I november 1986 beslutade *hälso- och sjukvårdsberedningen* att tillsätta en grupp för att planera och leda en *kampanj* för primärvårdens och allmänmedicinens betydelse och om glesbygdens läkarproblem. Bakom kampanjen står socialdepartementet, socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund. Kampanjens mål är en bättre läkarfördelning såväl mellan olika medicinska verksamheter som mellan olika geografiska regioner. Glesbygdens problem skall uppmärksammas speciellt. Arbetsgruppen har under början av år 1987 hållit en hearing om glesbygdsläkarnas och allmänläkarnas situation. Man har också genomfört ett antal studiebesök. Till hösten planeras en kampanj i form av artiklar i tidskrifter med avsikt att stimulera till debatt, inte minst bland unga läkare. Arbetsgruppen fortsätter sitt arbete.

Hälso- och sjukvårdsberedningen gjorde i november 1986 också följande *uttalande om läkarförsörjningen*. Bakom uttalandet stod socialministern, socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund.

Beredningen anser att den snedfördelning av läkare som finns i landet och svårigheterna att besätta läkartjänster, framför allt i vissa skogs- och glesbygdslandsting, är djupt otillfredsställande.

Beredningen uppmanar därför hälso- och sjukvårdshuvudmännen att vid inrättandet av nya befattningar för vidareutbildade läkare och även i övrigt vid anställning av läkare värna om utbyggnaden av primärvården samt att iaktta stor restriktivitet när det gäller nya läkarresurser inom den slutna somatiska korttidsvården, särskilt i de sjukvårdsområden där tillgången på läkare är god.

Beredningen understryker betydelsen av att hälso- och sjukvårdshuvudmännen solidariskt samverkar till en jämnare läkarfördelning i landet i syfte att underlätta läkarrekryteringen för de underförsörjda områdena.

Beredningen avser att – i enlighet med förslag i den ovan nämnda Jämtlandsrapporten – återkomma med förslag för att nå en mer balanserad läkarfördelning i landet och att underlätta rekryteringen av läkare till såväl geografiskt som verksamhetsmässigt underförsörjda områden.

Hälso- och sjukvårdsberedningen tillsatte även i november 1986 en särskild *arbetsgrupp* med uppdrag att analysera problem inom *radiologin* och ge förslag till åtgärder som snabbt kan vidtas för att förbättra kapaciteten inom det området. Detta skedde mot bakgrund av de ökade kraven på diagnostik av hjärtsjukdomar och för utbyggnad av mammografiverksamheten. Arbetsgruppen redovisade i en rapport i början av 1987 olika förslag. I rapporten togs bl. a. upp frågor om adekvat utnyttjande av radiologisk service, resursutnyttjande, ändrad arbetsfördelning, organisatoriska åtgärder m. m.

De mera långsiktiga frågorna rörande radiologin bereds av en arbetsgrupp under socialstyrelsens ledning.

I januari 1987 gjorde hälso- och sjukvårdsberedningen ett särskilt uttalande av innebörden att socialstyrelsen bör vara mer restriktiv med *dispenser* till läkare som inte vill fullgöra sin allmäntjänstgöring *på s. k. AT-block*. Det finns 990 AT-block över hela landet. Avsikten är att läkare för att få sin legitimation skall tjänstgöra i ett sådant block enligt schema i två år och då få praktik från olika grenar av sjukvården. Av olika skäl tillsätts inte samtliga dessa block, och det är huvudsakligen glesbygden som drabbas. Ett av skälen till detta är att ca 150 läkare varje år fått dispens från AT-blocktvånget. Hälso- och sjukvårdsberedningen motiverade sitt uttalande med att färre dispenser bör göra det lättare för glesbygdslandstingen att få läkare.

Som framgått ovan har regeringen nyligen beslutat om en ombildning av hälso- och sjukvårdsberedningen. En av beredningens huvuduppgifter avses bli att behandla frågor om läkarfördelningen.

Socialstyrelsen har i en särskild rapport redovisat nuläget och i vissa fall utvecklingen av läkarnas yrkesverksamhetsgrad, medicinska verksamhetsområde och planer i vad gäller framtida specialistkompetens. Rapporten, *Läkaranmälan 85*, ingår i socialstyrelsens PM-serie, PM 152/86. Av rapporten framgår bl. a. följande.

De yrkesverksamma läkarnas fördelning inom hälso- och sjukvården har varit relativt stabil under perioden 1979–1985. Ungefär 85 % av läkarna finns på sjukhus och vårdcentraler, 5 % finns inom företagshälsovården, 5 % i privat praktik och 5 % inom forskning och undervisning. Läkartätheten – räknat i antalet yrkesverksamma legitimerade läkare per invånare – har ökat

i alla sjukvårdsområden de senaste åren. Spridningen mellan olika sjukvårdsområden i läkartäthet har dock ökat något mellan 1979 och 1985.

Över hälften av arbetstiden går i genomsnitt åt till sluten vård för samtliga läkare på sjukhus och vårdcentraler. Denna andel har ökat från 53 % år 1979 till 57 % år 1985. Tidsåtgången för öppenvården var dock densamma både 1979 och 1985, nämligen 30 %. Läkarna vid sjukhusen ägnar numera en mindre del av sin tid åt öppenvård jämfört med tidigare. Detta sammanhänger med öppenvårdens utbyggnad vid vårdcentraler som skett under senare år. Av den totala arbetstiden för läkare vid sjukhus/vårdcentral gick år 1985 87 % till sjukvårdsarbete, 5 % till forskning och utveckling, 5 % till administration samt 3 % till undervisning. Den vanligaste frånvaroorsaken för läkare vid sjukhus och vårdcentraler är ledighet som kompensation för jour och beredskap (0,39 frånvarodagar per vecka i genomsnitt). Andra vanliga frånvaroorsaker är sjukdom/graviditet/föräldraledighet (0,24 dagar per vecka) och kurs/kongress/studier (0,28 dagar per vecka).

Av de ca 18 000 läkare som hösten 1985 huvudsakligen arbetade på sjukhus och vårdcentraler eller motsvarande inom den offentliga hälso- och sjukvården drev vid undersökningstillfället nästan 9 % fritidspraktik vid sidan av. Arbetet i fritidspraktiken utgjorde 1 % av allt arbete som utfördes av läkare på sjukhus och vårdcentraler. Antalet läkare som huvudsakligen ägnar sig åt privatpraktik har på senare år ökat något och var år 1985 ca 1 000. De privatpraktiserande läkarnas arbetstid utgör ungefär 6 % av den sammanlagda arbetstiden för läkare inom privat praktik och offentlig hälso- och sjukvård vid sjukhus/vårdcentraler. De huvudsakligen privatpraktiserande läkarna var år 1985 i samma utsträckning som tidigare koncentrerade till storstadslänen.

Socialstyrelsen överlämnade i januari 1987 ett förslag till *läkarfördelningsprogram* för perioden 1988–1989 till hälso- och sjukvårdsberedningen. Förslaget redovisas i socialstyrelsens PM 162/87. I rapporten föreslår socialstyrelsen bl. a. att hälso- och sjukvårdsberedningen skall uppmana sjukvårdshuvudmännen att vidta ansträngningar för att fullt ut utnyttja FV-blockstilldelningen framför allt inom de prioriterade områdena allmänmedicin, långvårdsmedicin/medicinsk rehabilitering, psykiatri samt inom röntgendiagnostik och övriga laboratoriespecialiteter, samtidigt som återhållsamhet iakttas med viss annan vidareutbildning. I rapporten föreslås vidare att hälso- och sjukvårdsberedningen uppmanar sjukvårdshuvudmännen att vid inrättandet av nya befattningar för vidareutbildade läkare och även i övrigt vid anställning av läkare värna om utbyggnaden av primärvården samt iaktta stor restriktivitet när det gäller nya läkarresurser inom den slutna somatiska korttidsvården – dock med beaktande av de problem som finns inom röntgendiagnostik och vissa övriga laboratoriespecialiteter – särskilt i de sjukvårdsområden där tillgången på läkare är god.

Landstingsförbundet (styrelsen) beslutade i mars 1987 att gå ut med en *rekommendation* till alla hälso- och sjukvårdshuvudmän om särskilda åtgärder för att minska köerna till vissa operationer. Denna har redovisats under det avsnitt ovan som behandlar regeringens förslag om en särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen (se s. 14). Som framgår därav har Landstingsförbundet rekommenderat sina medlemmar att snarast pröva

möjligheterna att införa resultatlön för att stimulera till ökad produktion.

När det gäller frågan om avskrivning av studieskulder för läkare kan redovisas att den sittande *studiemedelskommittén* (U 1985:09) också har att se över bl. a. återbetalnings- och avskrivningsfrågan i hela dess vidd. Ett betänkande från utredningen har aviserats till hösten 1987.

När det gäller frågan om ett ökat antal platser för *läkarutbildning i Umeå* behandlades denna fråga av utbildningsutskottet nyligen i dess betänkande UbU 1986/87:18. Utbildningsutskottet hänvisade därvid till socialutskottets redovisade material och uttalande i SoU 1986/87:1y. Utbildningsutskottet ansåg inte att det då fanns underlag för något uttalande om läkarutbildningens dimensionering och lokalisering när det bl. a. gällde Umeå. Utskottet förutsatte att riksdagen skulle föreläggas förslag beträffande förändringar i läkarutbildningens dimensionering och lokalisering för det fall att konsekvenserna av de aviserade förslagen om läkarfördelning m. m. samt den vidare beredningen av framtaget material om läkartillgången ger anledning till detta. De då aktuella motionsyrkandena avstyrktes. Riksdagen följde utskottet (rskr. 1986/87:157).

Det kan också erinras om att läkarnas *specialistutbildning* m. m. är föremål för en särskild översyn av utredningen (1985:01) om läkarnas specialistutbildning. Utredningen beräknas avsluta sitt arbete under 1987.

Utskottets bedömning

Utskottet vill inledningsvis erinra om hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) målsättningsparagraf enligt vilken målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (2 §). För att detta mål skall kunna uppfyllas måste vårdresurserna fördelas rättvist över hela landet och vara tillgängliga för var och en oberoende av var man bor i landet. För att hälso- och sjukvårdens mål skall uppfyllas förutsätts också en god kontinuitet i vården och att den enskilde kan få erforderlig behandling när han behöver det och utan alltför långa väntetider. Trots att olika åtgärder vidtagits under årens lopp råder det fortfarande stora problem när det gäller att rekrytera vårdpersonal och framför allt läkare till mindre attraktiva verksamhetsområden och orter. Detta är förhållanden som inte i längden kan accepteras.

Läkarförsörjningsfrågan har ofta uppmärksammats av utskottet, och utskottet har vid flerfaldiga tillfällen betonat att man måste komma till rätta med problemet. Som framgått av den ovan lämnade redovisningen har under den senaste tiden läkarförsörjningsproblematiken uppmärksammats i en rad olika utredningar, rapporter, uttalanden osv. I dessa och även i de nu aktuella motionerna läggs fram en rad olika förslag. Dessa berör egentligen många ansvarsområden och därmed även flera av regeringens departement och riksdagens utskott. Ett omfattande erfarenhetsmaterial finns också i de redovisade utredningarna och rapporterna.

Det stora materialet liksom också förslagen ger emellertid en splittrad bild, och det är svårt att bilda sig en uppfattning om vilka åtgärder som är mest adekvata och om den samlade effekten av olika åtgärder. Utskottet anser mot denna bakgrund att läkarförsörjningsfrågan nu måste övervägas mera samlat och i ett sammanhang så att det blir möjligt att få en helhetsbild av situationen. Enligt utskottets mening bör därför regeringen göra en samlad

översyn av problematiken kring läkarförsörjningen och förutsättningslöst överväga olika tänkbara åtgärder. Det omfattande kunskapsmaterial som föreligger bör kunna bilda utgångspunkt för dessa överväganden. Regeringen bör därefter så snart det kan ske återkomma till riksdagen med förslag om åtgärder.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motionerna So418 (c), So423 (fp) yrkande 3, So426 (m) yrkande 2, So447 (vpk), So448 (m), So474 (s), So488 (c) och So490 (fp) bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

I motion 1986/87:So434 (c) tas särskilt upp frågan om situationen för även annan vårdpersonal, särskilt i fråga om sjuksköterskor inom psykiatri och diagnostisk radiologi ävensom personal inom social omsorg.

Vad utskottet ovan uttalat om angelägenheten av att komma till rätta med bristen på läkare inom olika verksamhetsområden och på olika orter gäller givetvis även andra personalkategorier. När det gäller personal inom radiologin har ovan redovisats arbetet av en grupp inom hälso- och sjukvårdsberedningen. Socialstyrelsen är också engagerad i ett kartläggningsarbete på detta område. Utskottet, som i och för sig delar uppfattningen i motionen att det är angeläget att komma till rätta med brister på de angivna områdena, anser dock inte att det för närvarande erfordras något initiativ från riksdagens sida i denna del. Utskottet avstyrker därför motion 1986/87:So434 (c).

Hemställan

Utskottet hemställer

1. beträffande *ändring i hälso- och sjukvårdslagen*
att riksdagen avslår motion 1986/87:So426 yrkande 7,
2. beträffande *vård i samhällets regi*
att riksdagen avslår motion 1986/87:So440 yrkande 1,
3. beträffande *lagfäst rätt till vård inom annat landsting m. m.*
att riksdagen avslår motion 1986/87:So426 yrkande 3,
4. beträffande *överläggningar med Landstingsförbundet*
att riksdagen avslår motion 1986/87:So440 yrkande 3,
5. beträffande *utvecklingen inom primär- och länssjukvård m. m.*
att riksdagen avslår motion 1986/87:So259 yrkande 3 och motion 1986/87:So426 yrkande 1,
6. beträffande *vårdavgifter*
att riksdagen avslår motion 1986/87:So440 yrkande 2,
7. beträffande *hälsopolitisk plan*
att riksdagen avslår motion 1986/87:So440 yrkande 4,
8. beträffande *vissa villkor för statsbidrag*
att riksdagen avslår motion 1986/87:So131 yrkandena 1 och 3, motion 1986/87:So132, motion 1986/87:So134, motion 1986/87:So135, motion 1986/87:So136 och motion 1986/87:So426 yrkande 4,
9. beträffande *operationer i offentlig regi*
att riksdagen avslår motion 1986/87:So133,

10. beträffande *medelsanvisningen*
att riksdagen med bifall till propositionen till *Bidrag för viss operationsverksamhet inom allmän sjukvård* för budgetåret 1987/88 anvisar ett reservationsanslag av 70 000 000 kr.,

11. att riksdagen beslutar att vad som i övrigt anförts i propositionen inte skall föranleda något riksdagens uttalande,

12. beträffande *kartläggning av köer*
att riksdagen avslår motion 1986/87:So423 yrkande 1,

13. beträffande *thoraxkirurgi i Umeå*
att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So131 yrkande 2 delvis som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

14. beträffande *fortsatt utbyggnad av thoraxkirurgin*
att riksdagen avslår motion 1986/87:So131 yrkande 2 delvis, motion 1986/87:So416 och motion 1986/87:So463,

15. beträffande *läkarförsörjningen*
att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So418, motion 1986/87:So423 yrkande 3, motion 1986/87:So426 yrkande 2, motion 1986/87:So447, motion 1986/87:So448, motion 1986/87:So474, motion 1986/87:So488 och motion 1986/87:So490 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

16. beträffande *åtgärdsprogram för viss vårdpersonal*
att riksdagen avslår motion 1986/87:So434.

Stockholm den 19 maj 1987

På socialutskottets vägnar

Daniel Tarschys

Närvarande: Daniel Tarschys (fp), John Johnsson (s), Göte Jonsson (m), Ulla Tillander (c), Anita Persson (s), Blenda Littmarck (m), Gunnar Ström (s), Per Arne Aglert (fp), Ann-Cathrine Haglund (m), Yvonne Sandberg-Fries (s), Rosa Östh (c), Inga Lantz (vpk), Ingrid Andersson (s), Claes Rensfeldt (s) och Maud Björnemalm (s).

Reservationer

1. Ändring i hälso- och sjukvårdslagen (mom. 1 i hemställan)

Göte Jonsson, Blenda Littmarck och Ann-Cathrine Haglund (alla m) anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som börjar på s. 5 med "Utskottet har" och slutar på s. 6 med "yrkande 7." bort ha följande lydelse:

Den som vänder sig till hälso- och sjukvården bör enligt utskottet ha frihet att själv välja vårdform och vårdmiljö. Alternativa vårdformer bör därför uppmuntras. Utbyggnaden av den öppna vården bör till stor del kunna ske genom privatpraktiker. Dessa bör också kunna ta över verksamhet vid redan befintliga vårdenheter, vilket skulle innebära betydande besparingar för

landstingen. Det skulle inte minst skapa bättre ekonomiskt utrymme för den specialiserade slutna vården, som främst måste drivas i landstingens regi. Det är enligt utskottet viktigt att patienter på lika villkor kan välja mellan t. ex. landstingsdrivna sjukhem och enskilda, stiftelse- eller kanske rörelsedrivna sjukhem. Detta kan åstadkommas genom att sjukförsäkringen görs om i enlighet med vad som förordas i motion So426 (m). Sannolikt skulle då flera alternativa sjukhem kunna uppstå. Det avgörande för skilda sjukhems existens bör vara att patienterna trivs där och söker sig dit. Utskottet anser det viktigt att de sjuka får rimlig möjlighet att välja mellan olika vårdalternativ med olika inriktning och olika utformning.

Mot denna bakgrund anser utskottet det angeläget att sådana ändringar kommer till stånd i hälso- och sjukvårdslagen att patienternas valfrihet stärks. Regeringen bör snarast framlägga erforderliga lagförslag härom för riksdagen.

Vad nu anförts med anledning av motion 1986/1987:So426 (m) yrkande 7 bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 1 bort hemställa

1. beträffande *ändring i hälso- och sjukvårdslagen*

att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So426 yrkande 7 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

2. Vård i samhällets regi (mom. 2 i hemställan)

Inga Lantz (vpk) anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som börjar på s. 6 med "I den" och slutar på s. 7 med "yrkande 1." bort ha följande lydelse:

Enligt utskottet finns det många allvarliga brister när det gäller människors möjlighet till en god omvårdnad. Om människor skall få en dräglig tillvaro på våra sjukhus krävs på många håll både avsevärda personalförstärkningar och en satsning på förbättrad utbildning av personalen. Utskottet delar bedömningen i motionen att de knappa resurser som i dag står till buds främst bör användas till satsningar på kraftiga personalförstärkningar och på en utbyggnad av den uppsökande verksamheten inom vården. I likhet med motionärerna anser utskottet att någon utbyggnad av den privata vården som vänder sig till socialt redan priviligierade grupper inte bör komma i fråga. Det är angeläget att vården finansieras på ett så socialt rättvist sätt som möjligt och att kostnaderna för hälso- och sjukvården bärs solidariskt. Mot denna bakgrund anser utskottet att sjukvården också i framtiden skall byggas ut i samhällets regi.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motion 1986/87:So440 (vpk) yrkande 1 bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 2 bort hemställa

2. beträffande *vård i samhällets regi*

att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So440 yrkande 1 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

3. Lagfäst rätt till vård inom annat landsting m. m. (mom. 3 i hemställan)

Göte Jonsson, Blenda Littmarck och Ann-Cathrine Haglund (alla m) anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som på s. 7 börjar med "Det är" och slutar med "yrkande 3." bort ha följande lydelse:

Utskottet anser det angeläget att åtgärder vidtas på olika områden för att komma till rätta med köerna inom hälso- och sjukvården. Utskottet delar den bedömning som görs i motion So426 (m) att patienter som inte inom rimlig tid kan beredas nödvändig behandling inom det egna landstinget bör ha rätt att bli behandlade inom ett annat landstingsområde eller av privat vårdgivare på det egna landstingets bekostnad. Detta bör komma till uttryck såsom en lagstadgad rättighet för patienterna. Det bör enligt utskottet ankomma på regeringen att pröva utformningen av en sådan lag och skyndsamt förelägga riksdagen förslag i frågan.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motion So426 (m) yrkande 3 bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 3 bort hemställa

> 3. beträffande *lagfäst rätt till vård inom annat landsting m. m.*
>
> att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So426 yrkande 3 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

4. Överläggningar med Landstingsförbundet (mom. 4 i hemställan)

Inga Lantz (vpk) anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som på s. 8 börjar med "Enligt utskottets" och slutar med "yrkande 3." bort ha följande lydelse:

Utskottet anser i likhet med motionärerna att regeringen snarast bör inleda överläggningar med Landstingsförbundet hur en angelägen utbyggnad av hälso- och sjukvården bör finansieras. Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motion So440 (vpk) yrkande 3 bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 4 bort hemställa

> 4. beträffande *överläggningar med Landstingsförbundet*
>
> att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So440 yrkande 3 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

5. Utvecklingen inom primär- och länssjukvård (mom. 5 i hemställan)

Göte Jonsson, Blenda Littmarck och Ann-Cathrine Haglund (alla m) anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som börjar på s. 10 med "Utskottet vill" och slutar på s. 11 med "yrkande 1." bort ha följande lydelse:

De nu gällande riktlinjerna för hälso- och sjukvården innebär en kraftig

satsning på förebyggande vård. Behovet av hälso- och sjukvård skall i långt större utsträckning än tidigare tillgodoses inom primärvården. Erfarenheterna har emellertid enligt utskottets mening visat att möjligheterna att behandla och att bota sjukdom inom primärvården är begränsade. Det är därför enligt utskottet inte heller möjligt att i någon betydande utsträckning ersätta kvalificerad sjukvård vid läns- och länsdelssjukhus med primärvård. Den bör ha i uppgift att avlasta länssjukvården och att remittera patienter dit. Primärvård kan utgöra ett alternativ till länssjukvården endast i de gränsskikt där länssjukvårdens kvalificerade insatser inte behövs.

Utskottet delar den bedömning som görs i motion So426 (m) att de gällande riktlinjerna för hälso- och sjukvården bör omprövas. Regeringen bör sålunda förelägga riksdagen ett förslag till reviderade riktlinjer för hälso- och sjukvården med beaktande av vad utskottet ovan har anfört.

När det gäller den slutna somatiska akutsjukvården utgör denna den allra viktigaste vården för alla ålderspensionärer. Enligt Spri har befolkningen över 75 år kraftigt ökat sin andel av vårddagarna i somatisk akutsjukvård. Det finns ingen anledning att anta att antalet akutfall eller inläggningar kommer att minska. Åldersgruppen över 75 år kommer i stället att öka. Det är mot denna bakgrund angeläget att bromsa den nedläggning av fungerande akutsjukhus som för närvarande pågår. En utbyggnad kan t. o. m. vara motiverad på flera platser i landet. Den slutna somatiska akutsjukvården är och kommer i framtiden att vara samhällets viktigaste stöd för de äldre som vill bo hemma så länge som möjligt.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motionerna So426 (m) yrkande 1 och So259 (m) yrkande 3 bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 5 bort hemställa

> 5. beträffande *utvecklingen inom primär- och länssjukvård m. m.* att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So426 yrkande 1 och motion 1986/87:So259 yrkande 3 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

6. Motiveringen till mom. 5 i hemställan

Inga Lantz (vpk) anser att det avsnittet i utskottets yttrande på s. 10 som börjar med "En annan" och slutar med "god vård." bort utgå.

7. Vårdavgifter (mom. 6 i hemställan)

Inga Lantz (vpk) anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som på s. 11 börjar med "En grundläggande" och slutar med "alltså avstyrks." bort ha följande lydelse:

Enligt utskottet är det nödvändigt att vården finansieras på ett så socialt rättvist sätt som möjligt. Kostnaderna skall inte läggas på dem som är sjuka utan bäras solidariskt av alla. En väg att öka inkomsterna inom sjukvården, utan skatte- och avgiftshöjningar för den enskilde, är att ålägga det som uppenbarligen förorsakar stora sjukvårdskostnader skyldighet att direkt svara för del av dessa. När det gäller sjukdom och ohälsa finns massiv

dokumentation som visar att alkohol, tobak, trafik och brister i arbetsmiljön åsamkar sjukvården mycket stora vårdkostnader.

Mot denna bakgrund anser utskottet att regeringen bör göra en översyn av möjligheterna att ta bort avgifter inom vården. Regeringen bör därefter återkomma till riksdagen med förslag i frågan.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motion So440 (vpk) yrkande 2 bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 6 bort hemställa

6. beträffande *vårdavgifter*

att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So440 yrkande 2 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

8. Hälsopolitisk plan (mom. 7 i hemställan)

Inga Lantz (vpk) anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som på s. 12 börjar med "Motsvarande synpunkter" och slutar på s. 13 med "yrkande 4." bort ha följande lydelse:

Utskottet gör nu följande bedömning.

Utskottet delar motionärernas uppfattning att regeringen bör ta initiativ till utformandet av en hälsopolitisk plan. En sådan plan bör ha sin utgångspunkt i HS 90 och de utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården som riksdagen godkänt (SoU 1984/85:28, rskr. 400). Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 7 bort hemställa

7. beträffande *hälsopolitisk plan*

att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So440 yrkande 4 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

9. Vissa villkor för statsbidrag (mom. 8 i hemställan)

Göte Jonsson, Blenda Littmarck och Ann-Cathrine Haglund (alla m) anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som börjar på s. 16 med "Det finns" och slutar på s. 17 med "yrkande 4." bort ha följande lydelse:

När det gäller de krav som måste uppfyllas för att man skall kunna komma till rätta med sjukvårdens krisartade kösituation vill utskottet understryka vikten av att patienternas valfrihet kan förstärkas. Utskottet anser vidare att hela landet skall utgöra upptagningsområde där patienten kan välja. I vad gäller vårdresurserna skall enskild vård ingå och utnyttjas. Privata initiativ bör enligt utskottet uppmuntras i syfte att öka vårdutbudet.

Ett annat sätt att minska väntetiderna i operationsköerna är att bättre utnyttja tillgängliga resurser. Det är inte ovanligt att schemalagda operationer endast pågår vardagar mellan kl. 08.30 och kl. 16.00, dvs. under vanlig kontorstid, eller ännu kortare tid. Det finns sjukhus där man opererar endast fem, sex timmar måndag–torsdag och tre timmar på fredagar. Ju större sjukhuset är, desto lägre är utnyttjandegraden. Om sjukvårdshuvudmännen

låter läkare och annan erforderlig personal utnyttja operationssalar och utrustning under icke ordinarie arbetstid förbättras resursutnyttjandet. Operationsteamen kan lämpligen erhålla prestationsrelaterad ersättning. Entreprenadavtal bör prövas.

Utskottet är inte berett att tillstyrka propositionens förslag att preciserade indikationer skall gälla för att en patient skall komma i fråga för operation. Utskottet anser tvärtom att det är den enskilde läkarens bedömning som måste gälla. Det är den enskilde läkaren som har det medicinska ansvaret för sin patient, och bedömningen förutsätter ett samspel mellan läkaren och patienten. Läkarens medicinska ansvar får inte neutraliseras. Bedömningar av patienter baseras ofta på olika faktorer som kan bilda en psykosomatisk helhetsbild som centralt utformade indikationer inte förmår fånga in. Utskottet vill i sammanhanget erinra om att det redan nu finns specialistföreningar för varje specialitet som stöd för läkarna. Detta stöd får inte ersättas av vårdpolitiska eller administrativa bedömningar.

Beträffande rikskö eller inte anser utskottet att det är patientens och inte centralt placerade byråkraters val som skall vara vägledande. De patienter, som inte inom rimlig tid erhåller vård inom det egna landstinget, skall informeras om vilka vårdresurser som står till buds i landet i övrigt. Patienten skall då i samråd med sin läkare träffa ett val, och sjukvårdshuvudmannen skall se till att patientens önskemål tillgodoses. Genom en sådan ordning elimineras behovet av en byråkratiskt styrd rikskö. Effekten bör bli att patienterna väljer vård där kön är kortast.

Utskottet vill slutligen erinra om att kösituationen även då det gäller vissa andra specialiteter än de tre i propositionen avhandlade är besvärande för många patienter. Det är enligt utskottet angeläget att detta vägs in vid en bedömning av behovet av en förbättrad hälso- och sjukvård.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motionerna So131 (c) yrkandena 1 och 3, So132 (fp), So134 (fp), So135 (s), So136 (m) samt So426 (m) yrkande 4 bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 8 bort hemställa

> 8. beträffande *vissa villkor för statsbidrag*
> att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So131 yrkandena 1 och 3, motion 1986/87:So132, motion 1986/87:So134, motion 1986/87:So135, motion 1986/87:So136 och motion 1986/87:So426 yrkande 4 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

10. Vissa villkor för statsbidrag (mom. 8 i hemställan)

Daniel Tarschys och Per Arne Aglert (båda fp) anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som börjar på s. 16 med "Det finns" och slutar på s. 17 med "yrkande 4." bort ha följande lydelse:

Tiotusentals patienter i Sverige tvingas vänta alltför länge på att få vård, vilket skapar både mänskligt lidande och samhällsekonomiska förluster. Enligt utskottet är det bra att regeringen nu föreslår åtgärder inför köproblemet. Utskottet delar den bedömning som görs i propositionen att patienternas valfrihet bör stärkas. Utskottet är däremot inte berett att utan

vidare godkänna de andra villkor som regeringen föreslår i propositionen. När det gäller tanken att hela landet skall vara ett enda upptagningsområde och att enhetliga indikationer för att en patient skall komma i fråga för operation medför detta enligt utskottet en alltför stark centralstyrning av sjukvården. Detta skulle kunna leda till en ny form av köer bestående av patienter som inte endast måste vänta på operation utan därtill nödgas köa för att få plats i den allmänna rikskön. Utskottet är därför inte berett att acceptera de riktlinjer som regeringen föreslår. Ytterligare dröjsmål med aktiva insatser mot sjukvårdsköerna kan emellertid inte accepteras. Frågan om de närmare villkoren för fördelning av anslaget bör enligt utskottets mening i stället överlåtas åt en parlamentarisk beredning. Denna bör sålunda ersätta den i propositionen föreslagna särskilda arbetsgruppen inom socialdepartementet. Beredningen bör även ges i uppdrag att föreslå ytterligare åtgärder för att minska köproblemen inom sjukvården.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motionerna So131 (c) yrkandena 1 och 3, So132 (fp), So134 (fp), So135 (s), So136 (m) samt So426 (m) yrkande 4 bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 8 bort hemställa

> 8. beträffande *vissa villkor för statsbidrag*
>
> att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So131 yrkandena 1 och 3, motion 1986/87:So132, motion 1986/87:So134, motion 1986/87:So135, motion 1986/87:So136 och motion 1986/87:So426 yrkande 4 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

11. Vissa villkor för statsbidrag (mom. 8 i hemställan)

Ulla Tillander och Rosa Östh (båda c) anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som börjar på s. 16 med "Det finns" och slutar på s. 17 med "yrkande 4." bort ha följande lydelse:

Människor med starr-, höftleds- eller kranskärlsproblem har rätt att snabbt få adekvat behandling och vård när de tekniska och medicinska möjligheterna står till förfogande. Landstingen har i sin utveckling av sjukvården skapat en ökad kapacitet inom dessa områden, men ändå kvarstår köproblemen. Utskottet tillstyrker i och för sig att 70 milj. kr. ytterligare ställs till förfogande för att öka operationskapaciteten, även om detta tillskott måste anses vara marginellt.

När det gäller att komma till rätta med brister i operationskapaciteten inom sjukvården måste enligt utskottet effektivitet, kompetens och tillgänglighet vara viktiga utgångspunkter. Sjukvården måste organiseras så att den kan möta och tillgodose nya behov, vilka uppkommer genom den medicinska utvecklingen.

En idéfattig och centralistisk syn på köproblem i samhället leder ofta de politiska tankarna till hur man skall organisera kön och inte till hur man skall avhjälpa bristen. Förslaget om en rikskö till de nu aktuella operationerna är ett sådant exempel. Utskottet är inte berett att tillstyrka förslaget om en särskild rikskö och de krångligheter beträffande indikationer, patientens valfrihet, särskilda avtal m. m. som propositionen föreslår och som leder

fram till förslaget om en särskild arbetsgrupp. Sjukvården är inte betjänt av ny byråkrati, utan det arbete som inletts för ökad effektivitet på kliniknivå måste i stället få fortgå utan centralt pålagd byråkrati. Enligt utskottet är det viktigt att den nya resursen ställs till sjukvårdshuvudmännens förfogande utan tyngande byråkrati.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motionerna So131 (c) yrkandena 1 och 3, So132 (fp), So134 (fp), So135 (s), So136 (m) och So426 (m) yrkande 4 bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 8 bort hemställa

8. beträffande *vissa villkor för statsbidrag*

att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So131 yrkandena 1 och 3, motion 1986/87:So132, motion 1986/87:So134, motion 1986/87:So135, motion 1986/87:So136 och motion 1986/87:So426 yrkande 4 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

12. Operationer i offentlig regi (mom. 9 i hemställan)

Inga Lantz (vpk) anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande på s. 17 som börjar med "Utskottet anser" och slutar med "1986/87:So133 (vpk)." bort ha följande lydelse.

Utskottet tillstyrker bifall till propositionen men vill med anledning av motion So133 (vpk) tillägga att en huvudregel för extra statsbidrag för operationer inom de föreslagna områdena bör vara att operationerna utförs i offentlig regi. I de fall där en jämförelse gjorts mellan privata alternativ och offentliga har det visat sig att det är förmånligast för sjukvårdshuvudmännen att utföra operationerna i egen regi. En viktig anledning till att sådan verksamhet blir billigare är att sjukvården kan utnyttja fasta resurser i form av operationslokaler, vårdplatser och personal. Ytterligare anslag behövs då bara för att täcka kostnaderna för extra resurser.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motion 1986/87:So133 (vpk) bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 9 bort hemställa

9. beträffande *operationer i offentlig regi*

att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So133 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

13. Kartläggning av köer (mom. 12 i hemställan)

Daniel Tarschys (fp), Göte Jonsson (m), Blenda Littmarck (m), Per Arne Aglert (fp) och Ann-Cathrine Haglund (m) anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som börjar på s. 17 med "För att" och slutar på s. 18 med "avstyrks sålunda." bort ha följande lydelse:

Utskottet gör följande bedömning:

Enligt utskottet är det viktigt att en inventering görs av kösituationen och att statistik upprättas för köer inom sjukvården. Utskottet delar sålunda

motionärernas bedömning att det behövs en central sammanställning av kösituationen inom sjukvården. En sådan bör komma till stånd skyndsamt. När kartläggningen är färdig bör regeringen för riksdagen redovisa resultaten av undersökningen.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motion 1986/87:So423 (fp) yrkande 1 bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 12 bort hemställa

12. beträffande *kartläggning av köer*

att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So423 yrkande 1 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

14. Läkarförsörjningen (mom. 15 i hemställan)

John Johnsson, Anita Persson, Gunnar Ström, Yvonne Sandberg-Fries, Ingrid Andersson, Claes Rensfeldt och Maud Björnemalm (samtliga s) anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande på s. 30 som börjar med "Vad utskottet sålunda" och slutar med "till känna." bort ha följande lydelse:

Vad utskottet nu anfört bör ges regeringen till känna.

Motionerna So418 (c), 423 (fp) yrkande 3, So426 (m) yrkande 2, So447 (vpk), So448 (m), So474 (s), So488 (c) och So490 (fp) påkallar med hänsyn härtill inte någon riksdagens åtgärd. De avstyrks sålunda.

dels att riksdagen under mom. 15 bort hemställa

15. beträffande *läkarförsörjningen*

a) att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

b) att riksdagen avslår motion 1986/87:So418, motion 1986/87:So423 yrkande 3, motion 1986/87:So426 yrkande 2, motion 1986/87:So447, motion 1986/87:So448, motion 1986/87:So474, motion 1986/87:So488 och motion 1986/87:So490,

15. Åtgärdsprogram för viss vårdpersonal (mom. 16 i hemställan)

Daniel Tarschys (fp), Göte Jonsson (m), Ulla Tillander (c), Blenda Littmarck (m), Per Arne Aglert (fp), Ann-Cathrine Haglund (m) och Rosa Östh (c) anser

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som på s. 30 börjar med "Vad utskottet ovan" och slutar med "1986/87:So434 (c)." bort ha följande lydelse:

På senare tid talas det allt oftare om "kriser" inom sjukvården, om långa vårdköer, brist på utbildad personal osv. Det finns enligt utskottets mening flera tendenser som ter sig starkt oroande med tanke på framtida ansvarstagande för hälso- och sjukvården. I det här sammanhanget är det enligt utskottet viktigt att uppmärksamma sjuksköterskornas situation, eftersom denna yrkesgrupps kunnighet och kompetens är av helt avgörande betydelse

för vårdens kvalitet och vårdarbetets effektivitet. Inom flera områden råder det brist på personal. Det råder också problem när det gäller rekryteringen till sjuksköterskeutbildningen och till gymnasieskolans vårdlinje, den främsta rekryteringsbasen för vidare vårdutbildning. Utskottet menar att man måste se med stort allvar på utvecklingen inom vårdområdet. Det finns därför enligt utskottet anledning att nu göra en probleminventering för att sedan ett åtgärdsprogram skall kunna utarbetas. Det bör ankomma på regeringen att se till att en sådan inventering skyndsamt kommer till stånd.

Vad utskottet sålunda anfört med anledning av motion 1986/87:So434 (c) bör riksdagen ge regeringen till känna.

dels att utskottet under mom. 16 bort hemställa

16. beträffande *åtgärdsprogram för viss vårdpersonal*

att riksdagen med anledning av motion 1986/87:So434 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

Innehållsförteckning

Sammanfattning ... 1
Propositionen ... 2
Motioner ... 2
Motioner väckta under den allmänna motionstiden 1987 ... 2
Motioner väckta med anledning av propositionen ... 4
Utskottet ... 5
Allmänna sjukvårdspolitiska frågor ... 5
Förslaget om en särskild ersättning för att öka operationskapaciteten inom sjukvården ... 13
Thoraxkirurgi ... 18
Läkarförsörjning m. m. ... 22
Motionerna ... 22
Utredningar m. m. ... 24
Utskottets bedömning ... 29
Hemställan ... 30
Reservationer ... 31
1. Ändring i hälso- och sjukvårdslagen (mom. 1 i hemställan) av m 31
2. Vård i samhällets regi (mom. 2 i hemställan) av vpk ... 32
3. Lagfäst rätt till vård inom annat landsting m. m. (mom. 3 i hemställan) av m ... 33
4. Överläggningar med Landstingsförbundet (mom. 4 i hemställan) av vpk ... 33
5. Utvecklingen inom primär- och länssjukvård (mom. 5 i hemställan) av m ... 33
6. Motiveringen till mom. 5 i hemställan av vpk ... 34
7. Vårdavgifter (mom. 6 i hemställan) av vpk ... 34
8. Hälsopolitisk plan (mom. 7 i hemställan) av vpk ... 35
9. Vissa villkor för statsbidrag (mom. 8 i hemställan) av m ... 35
10. Vissa villkor för statsbidrag (mom. 8 i hemställan) av fp ... 36
11. Vissa villkor för statsbidrag (mom. 8 i hemställan av c) ... 37
12. Operationer i offentlig regi (mom. 9 i hemställan) av vpk ... 38
13. Kartläggning av köer (mom. 12 i hemställan) av fp, m ... 38
14. Läkarförsörjningen (mom. 15 i hemställan) av s ... 39
15. Åtgärdsprogram för viss vårdpersonal (mom. 16 i hemställan) av fp, m, c ... 39