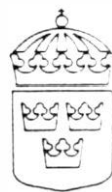


Motion till riksdagen

1989/90:Sf276

av Sten Svensson m.fl. (m)

Obligatorisk sjukvårdsförsäkring, m.m.



Mot.
1989/90
Sf276

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Planstyrningens kris	2
2.1 Stora problem trots goda förutsättningar	2
2.2 De onödiga vårdköerna	3
2.3 Valfriheten är begränsad	5
2.4 Dagmarsystemet hindrar i stället för att hjälpa glesbygden	5
2.5 Skyll inte på personalen	6
3. Det moderata alternativet	8
3.1 Skriv in valfriheten i hälso- och sjukvårdslagen	8
3.2 En allmän sjukvårdsförsäkringsom omfattar alla	8
3.3 Vårdgaranti	10
3.4 Gränslös sjukvård	10
3.5 Möjlighet att välja sjukhem	11
3.6 Psykologer och psykoterapeuter	11
3.7 Öka valfriheten i tandvården	12
3.8 En effektiv och samordnad rehabilitering	12
3.9 En återinrättad medicinalstyrelse och en ny länsläkarorganisation	12
3.10 Stora fördelar med det moderata alternativet	13
4. Hemställan	14

1. Sammanfattning

I den svenska sjukvården finns stora problem trots goda förutsättningar. Huvudorsaken är att hälso- och sjukvården organiseras i ett politiskt styrt monopol. Planstyrningen fungerar inte på detta område heller. Många människor utsätts därmed för onödigt lidande.

Vårdköerna måste bort. Patienternas och personalens möjlighet att bestämma själva måste öka. Patienternas rätt till valfrihet skall, enligt vår mening, skrivas in i hälso- och sjukvårdslagen.

För att öka patienternas makt och bekämpa problemen föreslår vi en allmän obligatorisk sjukvårdsförsäkring som ger alla rätt till sjukvård och valfrihet utan att det skall kosta patienterna något extra.

Operationsköerna kan snabbt arbetas bort genom en vårdgaranti. Svårt sjuka som inte får vård i rimlig tid skall på landstingets bekostnad ha en lagfäst rätt att söka och erhålla vård privat, i ett annat landsting eller om så är lämpligt utomlands.

Dagmarsystemet måste snarast avskaffas. När det infördes framtogs många patienter en viktig vårdresurs. Systemet har inte lett till några förbättringar av läkarsituationen i glesbygden.

Alla praktiker skall ha rätt att vara anslutna till sjukvårdsförsäkringen så att patienterna kan välja fritt. Även psykologisk eller psykoterapeutisk vård bör omfattas av den allmänna försäkringen.

Läkaretablering i glesbygd skall stimuleras genom höjda taxor och andra särskilda åtgärder.

Etableringsbegränsningarna för tandläkare skall upphävas och barn och ungdomar skall ges rätt att söka kostnadsfri tandvård även hos privata vårdgivare.

Medicinalstyrelsen bör återinrättas, så att staten får den erforderliga medicinska kompetensen till sitt förfogande för att kunna utöva sitt övergripande ansvar för hälso- och sjukvården.

2. Planstyrningens kris

2.1 Stora problem trots goda förutsättningar

Problemen i svensk sjukvård är kända sedan länge. Vårdköerna, den bristande valfriheten och patienternas och de anställdas små möjligheter att påverka är missförhållanden som blivit allt tydligare de senaste åren.

I hälso- och sjukvårdslagen fastslås att "målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen". Så länge människor som inte kan vänta på vård tvingas betala en nödvändig operation ur egen ficka eller – än värre – riskera hälsa och liv därför att de inte har möjlighet att betala själva, är inte lagens mål uppfyllda. Detta trots att en genomsnittlig industriarbetare under ett yrkesverksamt liv betalar mer än 1 miljon kronor i landstingsskatt och lika mycket i sjukförsäkringsavgift.

Sjukvården måste, enligt vår mening, ha en god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet och valfrihet. Vården ska vara lätt tillgänglig och bygga på patienternas rätt till självbestämmande. Svensk sjukvård borde ha de bästa förutsättningarna att uppfylla de uppsatta målen. Men massmedias

redovisningar och berättelser från anhöriga, arbetskamrater, grannar och vänner visar en annan verklighet. Trots att vi i Sverige satsar mest i Europa – 9,2 procent av BNP – på sjukvård är problemen mindre i många länder som satsar mindre än vi. Detta är fallet trots att svensk sjukvård har en kunnig och engagerad personal.

Orsaken till problemen är en annan. Det som brister är att svensk sjukvård är utsatt för vad som i praktiken är ett planhushållningsmonopol, ett kommandosystem. Den bygger på mycket stora, politiskt styrda enheter. Genomsnittslandstinget har ungefär 15 000 anställda. Inte sällan visar sig där stordriftens nackdelar.

I många viktiga frågor är det inte patienter och personal som bestämmer. Det gör landstingspolitikerna, vars roll egentligen är omöjlig. Landstingen både producerar och finansierar sjukvården. Det är en planmodell som inte fungerar när den tillämpas inom andra samhällssektorer. Det fungerar inte heller i vården. Dessutom skall landstingspolitikern vara patientens företrädare. Tre viktiga funktioner, som borde vara åtskilda, är alltså samlade på samma ställe. Till detta kommer att landstingen i viss omfattning också fungerar som tillstånds- och tillsynsmyndighet.

Det är denna sammanblandning som gör att svensk sjukvård halkar efter trots goda förutsättningar. Förändringar är svåra att genomföra i stora, byråkratiska organisationer. De hinner inte anpassas till nya förutsättningar. Därför uppfylls inte heller lagens krav på en god sjukvård. Denna övertro på den politiska styrningens möjligheter är kännetecknande för socialdemokratisk politik.

Sverige satsar nu mer resurser än någonsin tidigare på hälso- och sjukvården. Under 1989 inrättade landstingen 5 500 nya befattningar. Landstingets sjukvård kostar ungefär 90 miljarder kronor. Vården ökar i volym. 1990 höjer tio landsting skatterna. När problemen trots detta kvarstår och ökar är det ett klart bevis för att problemen till stor del ligger i organisationen.

På samma sätt som planhushållningen nu överges i Öst- och Central-europa bör den överges också i svensk sjukvård.

2.2 De onödiga vårdköerna

Många svårt sjuka får vänta för länge på behandling och vård. Patienter invalidiseras och t.o.m. dör under väntetiderna. Köerna medför stort mänskligt lidande och är inte värdigt ett välfärdssamhälle. Förhållandena varierar från landsting till landsting, men oavsett var man bor skapas en otrygghet och en oro. När nära släktingar och familjemedlemmar inte alltid finns nära ökar oron.

Ursprungligen tilldrog sig väntetiderna för kranskärlsoperationer den största uppmärksamheten. Direkt livsavgörande behandling kom i flera fall för sent. Operationskapaciteten i Sverige ökade inte lika snabbt som i andra västeuropeiska länder där den politiska styrningen av vården är mindre. Så kunde t.ex. Sverige inte utveckla hjärtoperationskapaciteten lika snabbt som andra länder, när behandlingsmetoderna förändrades. Situationen har förbättrats, bl.a. därför att framför allt borgerliga landsting inte tvekat att använda olika privata vårdinitiativ för att bekämpa köerna. Alla goda krafter har fått samverka, i vissa fall mot socialdemokraternas vilja.

Förutom kranskärloperationerna är det kanske väntetiderna till höftleds- och starroperationer som fått den största uppmärksamheten. Men det får inte skymma det faktum att allvarliga kösituationer existerar på andra områden som inte uppmärksammats lika mycket. Några exempel är livmoderframfall och andra gynekologiska undersökningar, prostata, inkontinens, svåra äderbråck och gallsten. Reumatiker, personer med ryggbesvär eller andra smärtsamma, arbetshindrande eller invalidiserande åkommor är också utsatta för alltför långa väntetider.

Av nedanstående tabell framgår hur operationsköerna fördelade sig på de olika landstingen i september 1989.

Tabell I
Väntetid-månader

Landst	Höftled	Kärlkr	Starr	Livm	Incont	Gallst
Sthlms	5,8	3,0	8,0	11,0	9,0	9,2
Uppsala	8,3	—	6,0	15,0	15,0	—
Södermanlands	15,0	3,6	2,6	6,0	6,0	6,0
Ostergötlands	9,1	4,2	2,9	5,0	7,0	15,0
Jönköpings	3,8	7,0	5,0	—	—	—
Kronobergs	5,1	3,5	5,8	6,0	6,0	—
Kalmar	6,8	3,0	4,0	—	—	7,0
Gotland	5,8	2,5	1,5	—	—	—
Blekinge	2,8	2,0	2,5	4,0	3,0	3,5
Kristianstad	—	2,5	4,2	3,5	3,5	4,0
Malmöhus	3,4	5,2	4,7	4,0	5,2	4,0
Malmö	5,1	—	1,9	9,0	11,0	—
Hallands	8,0	6,3	5,2	6,0	16,0	—
Bohus	9,4	7,6	4,7	12,0	12,0	—
Göteborg	12,3	7,4	6,1	9,0	10,0	6,0
Alvsborgs	4,5	4,7	3,1	6,0	3,0	—
Skaraborgs	8,0	3,5	5,3	6,0	6,0	7,0
Värmlands	5,3	3,0	8,5	—	—	—
Örebro	2,7	3,0	3,1	—	—	—
Västmanlands	6,3	2,5	0,6	—	—	3,0
Kopparbergs	7,5	—	6,2	4,0	4,5	—
Gävleborgs	4,8	—	6,2	—	—	—
Västernorrlands	4,2	3,0	1,8	3,5	—	—
Jämtlands	7,0	—	7,6	—	—	5,0
Västerbottens	7,3	4,0	6,2	7,0	5,0	—
Norrbottnens	7,9	3,5	1,9	5,0	5,0	—

— = Ingen sammanställd statistik

/Källa: Timbro informationscentrum/

Långa väntetider för viktiga behandlingar kännetecknar ett system där patientens bestämmanderätt är åsidosatt. Andra intressen är viktigare än att garantera vård i tid. En trög organisationsmodell lägger hinder i vägen för att snabbt tillgodose patienternas intressen.

Att arbeta bort värdköerna snabbt är inte en ekonomisk fråga. 1987 uppskattade långtidsutredningen kostnaden till 950 miljoner kronor för att få bort köerna i den kvalificerade vården. I förhållande till de 90 miljarder kronor som landstingsvärden förfogar över är köerna inte ett olösligt problem, inte minst med tanke på de stora belopp som landstingen satsar på verksamhet vid sidan om hälso- och sjukvård.

I en aktuell Sprirapport om kostnaderna för gråstarrsoperationer visas hur resurser inte kommer till bästa nytta i den svenska vården. I stället för att gå

till snabb vård används mycket pengar i stället till långa sjukskrivningar och nödvändiga hjälpinsatser. För tre av fyra gråstarrspatienter uppkom kostnader under väntetiden som motsvarade kostnaden för en omedelbar operation. Samtidigt kostar väntetiderna långt större belopp i sjukpenning och kostnader för hemtjänst och annan hjälp. ESO-rapporten "Integrering av sjukvård och sjukförsäkring" uppskattar att – i dagens penningvärde – mer än åtta miljarder kronor av dessa anledningar inte kommer till bästa nytta.

Samtidigt har det visats att sjukhusen har outnyttjade resurser. Vid Huddinge sjukhus står operationslokaler tomma. Ytterligare 100 personer i veckan hade kunnat hjälpas om tillgängliga resurser hade använts på ett bättre sätt.

Köerna går att arbeta bort – men den tröga, planstyrda organisationen måste förändras i grunden. Produktion och finansiering av vården måste skiljas åt och patienterna ges makten.

2.3 Valfriheten är begränsad

Till skillnad från vad som är vanligt i flera länder i Västeuropa saknar de flesta svenskar en fast, etablerad läkarkontakt som de själva valt. Det beror bl.a. på att Sverige har mycket få yrkespraktiserande privatläkare. Medan bl.a. Danmark, England, Holland, Schweiz och Kanada har fungerande familjeläkarsystem saknas detta i stort sett i Sverige.

I den statliga maktutredningen visas tydligt effekterna. Den bristande valfriheten gör att människor upplever att möjligheterna att påverka är särskilt små i bl.a. sjukvården.

Ett fungerande familjeläkarsystem, byggt på mindre läkarmottagningar i enskild regi, skulle ge en mängd fördelar. Vården kommer närmare patienterna. De små enheterna ger en verklig decentralisering. Praktikerna stannar oftast lång tid där de arbetar. De lär känna sina patienter väl. Genom en förtroendefull kontakt med en läkare man själv valt blir det en konsultfunktion, som också hjälper till när det behövs mera vård, t.ex. vid ett sjukhus. Patienten kommer i centrum.

Den öppna vården utanför sjukhus skulle även i Sverige kunna ske vid små, självstyrande enheter. Verksamheterna vid vårdcentraler och öppna mottagningar kan bedrivas på det sättet, bl.a. genom att den befintliga personalen eller privatpraktiker tar över. Driften skall stå fri från landstinget.

En förutsättning för detta är att dagens alltför låga ersättningstaxor för läkare och sjukgymnaster rättas till. De har länge släpat efter kostnadsutvecklingen. Också psykologer bör omfattas av försäkringen. Detta är en viktig insats för att minska kostnadsutvecklingen i landstingen. Vård vid små, självständiga enheter kostar mindre och ger personalen större möjligheter att bestämma över verksamheten.

2.4 Dagmarsystemet hindrar i stället för att hjälpa glesbygden

Dagmarsystemet, som infördes 1985, ökade landstingens möjligheter att politiskt styra vården. Nyetableringen av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster försvårades kraftigt. Offentliganställda läkare och sjukgymnaster frånges rätten att på sin fritid ge vård med ersättning från sjukförsäkringen.

Den senaste skärpningen av Dagmarsystemet innebär sämre möjligheter för ersättningsetablering.

Dagmarsystemet måste skyndsamt avskaffas. Den politiska planstyrningen fungerar inte. När den infördes framtogs många patienter en viktig vårdresurs. Socialdemokraterna i olika landsting fortsätter att använda Dagmar för att kväva enskild vård. Senast är det cityakuterna i Göteborg och Stockholm som hotats. Det är tydligen viktigare för socialdemokraterna att tillgodose planintressena och likriktningen än att se till att människor får vård på det sätt de önskar.

Fortfarande kan inte några nämnvärda resultat uppvisas i fråga om en jämnare läkarfördelning över landet. Vakanta tjänster har ökat både i storstäderna och i de nordligaste länen. Trots att ett av de viktigaste skälen för Dagmarsystemet var att ändra på detta är vakansläget i huvudsak oförändrat.

Detta är ytterligare ett bevis för planstyrningens skadliga effekter. Det som avsetts med Dagmar uppnås inte, men de negativa konsekvenserna med ytterligare försämrade valfrihet är desto större. Det är en orättvis vårdpolitik att tvinga patienter som vill välja sin egen läkare att betala hela kostnaden själv, trots att de betalat stora summor i landstingsskatt och sjukförsäkringsavgift.

Med en allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring, kombinerad med stimulansåtgärder i glesbygden kan i stället positiva resultat uppnås. Med förbud kan man aldrig uppnå en jämnare fördelning av läkarresurserna.

Fritidspraktikerförbudet måste upphävas, vilket skulle minska behovet av nya tjänster på orter med läns- eller regionsjukhus.

Vi föreslår också att nyetablering av privat läkarpraktik i glesbygd skall medföra att en högre taxa får tillämpas, t.ex. under en tioårsperiod. Också därefter bör taxan i glesbygd vara högre än för landet i övrigt. Detta gäller ersättningen från försäkringen till läkarna – patientavgiften berörs inte.

De sammanhållna länslagen för regionalpolitiska ändamål bör, enligt vår mening, också användas till lokaliseringsbidrag vid etablering av praktik i de regionalpolitiska stodområdena.

Specialistkompetenta läkare i glesbygd måste få bättre möjligheter till fort- och efterutbildning. Det gäller landstingsanställda såväl som privatpraktiserande.

Förutom vad som ovan anförts krävs mera allmänt inriktade åtgärder. Sänkt skattetryck och ökad valfrihet för föräldrarna inom familjepolitiken skulle t.ex. betyda mycket i glesbygden.

2.5 Skyll inte på personalen

Det som i praktiken är ett monopolsystem försämrar också personalens villkor. Många känner sig låsta i ett system som inte ger dem de möjligheter att påverka som de önskar. Det är från dem som arbetar eller nyligen arbetat i vården som kritiken mot dagens organisation är starkast.

Sjuksköterskor som nyligen slutat i yrket nämner som skäl bl.a. att man inte får vara med och bestämma själva. "Personalen borde få ett ekonomiskt ansvar och få del av överskottet om de rationaliserar och jobbar effektivt", sade en sjuksköterska som just slutat. "Här har jag fria händer. På sjukhus

är allt så reglerat och tungt”, menade en annan som lämnat sjukvården för annan verksamhet.

Utvecklingen mot ökade möjligheter att påverka går inte tillräckligt snabbt. Landsting försöker föra ner ansvaret till kliniker och avdelningar på sjukhusen, men det är bara en mindre förändring av ett system som behöver en grundläggande förändring.

Tyvärriktar tunga socialdemokratiska politiker stark och onyanserad kritik mot personalen när de kritiserar missförhållandena. Landstingsförbundets ordförande, Gunnar Hofring, tvekade inte att kräva hårt arbetande vårdanställdas avgång när det vid Huddinge sjukhus påvisades dåligt resursutnyttjande som berodde på planstyrningen. Med sådana uttalanden förbättras inte möjligheterna att rekrytera personal till vården.

Landstingen ses ofta som dåliga arbetsgivare. Den stora organisationen gör flexibla lösningar svåra att åstadkomma. Personal som lämnat landstingen säger att det hos den nye arbetsgivaren är lättare att få uppskattning och att påverka sitt arbete.

Personalen måste få bättre möjligheter att bestämma själva. De måste få en bättre ersättning för sina insatser. En svensk sjuksköterska har lägre lön än sina kollegor i många andra länder. Speciellt tydligt blir detta när jämförelsen gäller lönen efter skatt.

Sjuksköterskelöner före och efter skatt i ett antal länder

(Källa: Näringslivets ekonomifakta.)



Trots höga löneavtal kommer reallönen att vara oförändrad eller sjunka som följd av den skatte- och inflationsutveckling som blir resultatet om den mellan socialdemokraterna och folkpartiet överenskomna skatteomläggningen blir riksdagens beslut. Eftersom skatteomläggningen inte sänker det totala skattetrycket är detta en naturlig följd. Höjda landstingsskatter – år 1990 höjs skatten i 10 landsting! – förvärrar situationen ytterligare.

Det behövs flera arbetsgivare i vården. Det betyder ökad konkurrens, fler möjligheter till intressanta arbetsuppgifter och högre reallöner. Anställda i

den offentliga vården, till ca 85 procent kvinnor, bör få möjlighet att öppna eget och konkurrera på lika villkor. Det ökar rättvisan. Små arbetsplatser ger ofta en ökad trivsel och ett större utrymme för personligt engagemang och nya idéer.

Även andra förändringar måste göras. Arbetsorganisationen måste effektiviseras och anpassas bättre till såväl patienternas som personalens önskemål. En ökad satsning på flexibla arbetstider är nödvändig.

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

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

En förändrad vårdfinansiering är en viktig åtgärd för att åstadkomma förbättringar för både patienterna och personalen.

3. Det moderata alternativet

3.1 Skriv in valfriheten i hälso- och sjukvårdslagen

En sådan förändring är att i hälso- och sjukvårdslagens (HSL) vårdparagraf skriva in regler om patientens valfrihet. Därmed skulle patientens ställning avsevärt stärkas. En sådan valfrihet tillgodoses bättre med uttryckligt stöd i lagtext, än med svepande formuleringar. Att göra detta tillägg till HSL behöver inte samordnas med en lika nödvändig förändring av vårdfinansieringen. Kraven på valfrihet för patienten bör preciseras och kompletteras i fråga om rätten att välja vårdgivare och vårdform. Riksdagen bör därför hos regeringen begära förslag till förändrad lagstiftning med denna innebörd.

3.2 En allmän sjukvårdsförsäkring som omfattar alla

Flera länder har prövat andra finansieringsmodeller än de som används i Sverige. Gemensamt för dessa länder är att de har mindre problem med köer och med bristande valfrihet för patienterna än vad vi idag har i Sverige. Det finns därför all anledning att studera dessa finansieringssystem och att lära av dem.

Länder som Schweiz och Västtyskland lade redan under andra hälften av 1800-talet grunden för ett allmänt sjukförsäkringssystem. Dessa länder har idag en sjukvård som uppfyller de krav på hög kvalitet som vi ställer i Sverige, samtidigt som man kunnat undvika åtskilliga av våra problem. Den väg som vi moderater förordar är därför inte ny och oprövad, även om den i större utsträckning inte tidigare praktiserats i Sverige.

Finansiering och produktion av sjukvård måste skiljas åt. Detta är förmodligen en förutsättning för att patientens krav både på en hög vårdkvalitet och på förbättrad valfrihet skall kunna tillgodoses. Mot den bakgrunden föreslår vi, att sjukvården skall finansieras av en allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring, med inslag från de system som finns i länder som Schweiz, Västtyskland och Kanada. Därmed bör ett antal mål, som Sverige inte når upp till i dag, kunna uppfyllas:

- En allmän och obligatorisk sjukvårdsförsäkring kan ge alla rätt till sjukvård och till valfrihet utan att det kostar den enskilde något extra. Sjukvårdsförsäkringen skall ersätta landstingsskatten som den viktigaste finansieringskällan.
- Avgiften till sjukvårdsförsäkringen tas – precis som landstingsskatten – ut i förhållande till inkomsten. Den som inte kan betala skatt skall inte heller betala försäkringsavgift men ändå ha full rätt till förmånerna. Därmed bygger sjukvårdsförsäkringen på principen "vård efter behov, betalning efter förmåga".
- Sjukvårdsförsäkringen skall förvaltas av försäkringskassorna men följa patienten, oavsett om hon anlitar landstingets vård eller ett privat alternativ. Till skillnad från i dag kan därmed alla, även de som inte har hög inkomst eller större förmögenhet, få möjlighet att välja egen läkare, sjukgymnast, sjukhus eller sjukhem. I försäkringssystemet bör självklart även andra grupper såsom distriktssköterskor, psykologer och psykoterapeuter ingå.
- Sjukvården kan därmed göras gränslös. Valet av sjukvård behöver inte begränsas till ett särskilt upptagningsområde eller till det landstingsområde som man är bosatt i. Den enskilde får själv möjlighet att välja.
- Med en allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring får de långtidssjuka rätt att välja sjukhem eller långvårdsenhet. Även den specialiserade sjukvården vid sjukhus och kliniker bör omfattas av försäkringen. Finansieringen är gemensam, men valet den enskildes.
- En fördel med en ny sjukvårdsförsäkring blir att den politiska planeringen och styrningen kan begränsas. Därmed kan också nyckfulla omkastningar i sjukvårdspolitiken undvikas. Det blir i fortsättningen patienten som i sitt val av sjukvård gör de nödvändiga prioriteringarna.
- Den politiska planeringen kan i stället inriktas på de områden där den är nödvändig. Det gäller t.ex. mycket kvalificerad vård där resurserna ständigt måste finnas, trots att utnyttjandet sker mera sällan.

Vi är övertygade om att svensk sjukvård kan bli bättre med en sjukvårdsförsäkring. Internationella erfarenheter tyder också på att detta finansieringsystem bäst tillgodoser patienternas behov och ger en snabb anpassning efter förändringar i vårdefterfrågan. I tabell 2 visas antal kranskärlsoperationer samt skattetryck i procent av BNP.

Tabell 2
Kranskärlsoperationer per miljoner invånare (I), skattetryck i procent av BNP (II), samt sjukvårdssystem 1985 (1986 *) (III)

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

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

Tabellen är intressant, trots att siffrorna är några år gamla. Sedan de sammanställdes har kapaciteten i Sverige byggts ut, men det har tagit längre tid än i länder som haft sjukvårdssystem som byggt på en allmän sjukvårdsförsäkring och haft lägre skatter. Sambandet mellan låga skatter, en allmän sjukvårdsförsäkring och fler utförda operationer är tydligt. Sjukvårdsförsäkringen och rätten till det egna läkarvalet var en av Västeuropas första viktiga, sociala reformer. Detta finns det anledning för Sverige att lära av.

De som försvarar det nuvarande finansieringssystemet hävdar ibland att en sjukvårdsförsäkring leder till kraftigt ökade sjukvårdskostnader. Det är emellertid felaktigt. I dagens system är det ytterst vårdköerna som begränsar sjukvårdens kostnader. När efterfrågan ökar mer än anslagen, ransoneras i praktiken vården genom köer, vilket leder till lidande och till stora kostnader på andra håll i samhället. Det är inhumant och ineffektivt, men så fungerar planstyrningen.

Som påvisats leder vårt förslag i stället till en effektivare resursanvändning genom att stora summor kan gå till snabb vård i stället för till sjukpenning och förtidspensionering. När de flesta har tillgång till en läkare de själva valt och känner förtroende för kan också många vårdbesök klaras på en enklare nivå eller helt undvikas.

Med en allmän sjukvårdsförsäkring är det självfallet också möjligt att med DRG-system (Diagnosrelaterade grupper) och andra uppföljningssystem ge en bättre resursanvändning än i dag. När vården bedrivs i mindre, självstyrande enheter kan många kostnader bli lägre än vad som är möjligt i den stora tröga landstingsorganisationen. Även en bättre tillsynsfunktion och förändringar i taxsystemet verkar i denna riktning.

3.3 Vårdgaranti

En fullt utbyggd allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring bör inrymma också mera omfattande behandlingar, liksom även sjukhusvård.

Detta skulle få stor betydelse för kvaliteten i vården och för de patienter som annars riskerar att få utstå långa väntetider på grund av otillräckliga resurser i det egna landstinget. I stället skulle operationer, med hjälp av sjukvårdsförsäkringen, kunna ske privat eller vid ett annat landstingsjukhus. För patienten skulle, oavsett dennes inkomst, kostnaden alltid vara densamma som vid det egna landstinget.

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

3.4 Gränslös sjukvård

Den gällande sjukvårdsorganisationen bör förändras i syfte att medge en "gränslös" sjukvård över hela landet. Det finns ingen anledning att patienter i sitt val av sjukvård skall vara begränsade till det "egna" landstinget eller till det "egna" upptagningsområdet.

En sådan "gränslös" sjukvård, som under föregående mandatperiod över-

enskoms mellan de borgerligt styrda Malmöhus läns landsting och Malmö kommun, skulle gynna många människor och ha en positiv inverkan på de långa köerna.

Mot. 1989/90
Sf276

Detta understryks också i den rekommendation som landstingsförbundets styrelse i december 1989 beslutade om beträffande människors möjligheter att välja vård inom och utanför hemlandstinget. Rekommendationen bygger bl.a. på en moderat motion till landstingsförbundets kongress tidigare under året.

3.5 Möjlighet att välja sjukhem

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

Många som arbetar inom den offentliga sjukvården har synpunkter på hur vården skulle kunna förbättras. De skulle gärna vilja pröva dessa genom att öppna ett eget sjukhem. För patienter med exempelvis Alzheimers sjukdom och andra åldersrelaterade sjukdomar skulle sådana sjukhem kunna ha stor betydelse.

Men möjligheterna att öppna ett eget sjukhem är utomordentligt begränsade med dagens sjukvårdsfinansiering. Existerande enskilda sjukhem lever under mycket osäkra förhållanden, eftersom landstinget kan vägra att förnya kontrakten eller bara skriver kontrakt på ett år i taget. Ett hinder är stadgan om enskilda vårdhem m.m. Reglerna i denna stadga innebär att vårdhemmen inte får ta emot samma patientgrupper som landstingen. Stadgan bör skyndsamt ändras så att denna diskriminering upphör.

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

3.6 Psykologer och psykoterapeuter

Psykologisk och psykoterapeutisk behandling bör, i likhet med vad fallet är i flera andra länder, ersättas via den allmänna försäkringen. Sådan ersättning bör kunna ges till legitimerade psykologer och psykoterapeuter, som enligt behörighetslagen har rätt bakgrund att utöva sin verksamhet. Ersättning för behandling bör utgå efter det att läkare ställt diagnos.

Eftersom psykoterapi i dag normalt inte ersätts via den allmänna försäkringen blir kostnaden för patienten hög. Ofta kan den uppgå till cirka 500 kronor per vecka, i många fall återkommande under flera år. I praktiken innebär detta, att det endast är patienter som är tillräckligt friska för att arbeta

heltid, som har råd att anlita psykolog eller psykoterapeut.

Socialutskottets betänkande 1989/90:SoU11 konstaterade att "enligt gällande bestämmelser föreligger inte något hinder för den som saknar utbildning att kalla sig psykolog eller psykoterapeut". Detta innebär stora risker för människor med psykiska problem. Av den anledningen fann utskottet med anledning av bl.a. motioner från moderat håll att det fanns "skäl att även ge själva yrkesbeteckningen psykolog och psykoterapeut ett straffrättsligt skydd".

Som ett led i arbetet att söka hjälpa människor med olika typer av psykiska problem bör det vara naturligt att psykologer och psykoterapeuter ges möjlighet till ersättning via försäkringskassan.

Genom riksdagens beslut satsades 19 miljoner kronor för ersättning via försäkringskassan till psykoterapeutisk behandling. Denna fixerade summa kommer inte att täcka på grund av det uppdämda vårdbehovet.

3.7 Öka valfriheten i tandvården

De flesta vuxna svenskar väljer privat tandvård. Ersättningstaxan har emellertid inte tillåtit följa kostnadsutvecklingen. Trots att detta ställts i utsikt har privattandläkartaxan inte följt kostnadsutvecklingen i folktandvården. Det minskar möjligheterna till nyinvesteringar och hotar vårdkvaliteten.

En viktig begränsning i valfriheten är att barn och ungdomar inte har möjlighet att på samma ekonomiska villkor välja olika vårdgivare. Tandvårdsförsäkringen bör därför ändras så att barn och ungdomar kan söka kostnadsfri tandvård också hos privattandvården.

För de privatpraktiserande tandläkarna, även specialisttandläkarna, gäller etableringsbegränsningar som har likhet med Dagmarsystemet. Dessa bör omedelbart upphävas.

3.8 En effektiv och samordnad rehabilitering

Genom den av oss föreslagna allmänna sjukvårdsförsäkringen skulle en effektiv och samordnad rehabilitering underlättas. Därmed undviks mycket mänskligt lidande.

Dessutom minskar det offentliga kostnader vid långtidssjukdom och förtidspensionering. Det gör att stora resurser frigörs för vårdändamål.

Dessa stora fördelar förutsätter att försäkringskassorna står för både sjukpenning- och sjukvårdsförsäkring. En fortsatt och utökad finansiering via landstingen ger inte de nödvändiga förutsättningarna.

Inte minst för att förbättra situationen för dem som är eller annars skulle bli handikappade är detta viktigt. Långa sjukskrivningar eller en redan erhållen förtidspension minskar patientens motivation för rehabilitering och ökar risken för passivisering.

3.9 En återinrättad medicinalstyrelse och en ny länsläkarorganisation

Ansvarsgränserna på *central* nivå och mellan olika organ för hälso- och sjukvården är oklar. Därmed uppstår problem med relationerna mellan exempelvis socialdepartementet, socialstyrelsen och landstingsförbundet.

Det är angeläget att den medicinska kompetensen på central nivå återupp-

rättas och att hälso- och sjukvården klart byggs på medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet. Med tanke på nya, tidigare okända, sjukdomar, exempelvis HIV/aids, är det ännu mera nödvändigt att prioritera den medicinska kompetensen. Med tanke på den snabba medicinska och medicinsk-tekniska utvecklingen är behovet av en särskild medicinalstyrelse större nu än när socialstyrelsen för 20 år sedan övertog den dåvarande Kgl. medicinalstyrelsens uppgifter.

Med socialstyrelsens ändrade organisation och tillkomsten av de regionala tillsynsmyndigheterna kommer förhoppningsvis möjligheten till tillsyn, stöd och kontroll att öka något. Detta är ändå inte tillräckligt.

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

En länsläkarorganisation bör därför återinrättas. Tillsynen måste förläggas närmare människorna för att stärka den enskilde patientens ställning, dvs på läns- eller sjukvårdsregionnivå. Det kan vara lämpligt att denna tillsyn omfattar såväl privat som offentlig vård. Omfattningen i relation till andra funktioner måste prövas.

3.10 Stora fördelar med det moderata alternativet

Om de olika åtgärder genomförs, som vi moderater föreslagit i denna motion, kommer många fördelar att uppnås. Det gäller främst för patienterna men också för personalen inom vården:

- Valfriheten ökar och patientens ställning blir starkare.
- Alternativa vårdformer skapar konkurrens, vilket ökar kvaliteten inom vårdsektorn.
- Mer och bättre vård kan ges till samma kostnad för patienten.
- Sjukvårdspersonal kan välja mellan arbete i offentlig eller enskild vård och mellan arbete som egna företagare eller som anställda.
- Genom tillkomsten av nya vårdalternativ kan landstingen i ökad omfattning ägna sig åt den högspecialiserade sjukvården.
- Eftersom både sjukpenning och sjukvård betalas av försäkringskassan kan kostnaderna för sjukdom och sjukvård samordnas. Detta leder också till att en effektiv och samordnad rehabilitering möjliggörs.
- Den medicinsktekniska utvecklingen gagnas.
- Förutsättningarna ökar för att lösa framtida rekryteringsproblem och klara vården av det ökande antalet äldre i samhället.

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

4. Hemställen

Med hänvisning till det anförda hemställs

[att riksdagen hos regeringen begär förslag som innebär att rätten till valfrihet i vården skrivs in i hälso- och sjukvårdslagen. ¹]

1. att riksdagen hos regeringen begär förslag om en allmän obligatorisk sjukvårdsförsäkring i enlighet med vad som i motionen anförts.

[att riksdagen hos regeringen begär förslag till en lag om vårdgaranti i enlighet med vad som i motionen anförts. ¹]

2. att riksdagen hos regeringen begär skyndsamt förslag som innebär att Dagmarsystemet avskaffas till förmån för ett system för ersättningar från sjukförsäkringen med generell fri etableringsrätt för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster och för anslutningsrätt för fritidspraktiker.

3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av en generell taxehöjning för yrkespraktiker inkl. privatpraktiserande sjukgymnaster.

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

[att riksdagen beslutar att bidrag ur de sammanhållna länsanslagen för regionalpolitiska ändamål skall kunna användas för att understödja etablering i glesbygd. ¹]

5. att riksdagen hos regeringen begär förslag som ger barn och ungdomar rätt att omfattas av tandvårdsförsäkringen så att kostnadsfri tandvård kan sökas även inom privattandvården.

6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om höjning av tandvårdstaxan.

7. att riksdagen beslutar att upphäva etableringsbegränsningsreglerna för privatpraktiserande tandläkare inkl. specialisttandläkare.

[att riksdagen hos regeringen begär förslag till skyndsamt översyn av stadgan för enskilda vårdhem m.m. i syfte att ge dem möjlighet att ta emot samma patientgrupper som landstingens vårdhem. ¹]

8. att riksdagen hos regeringen begär förslag som syftar till att legitimerade psykologer och psykoterapeuter får rätt att ansluta sig till den allmänna sjukförsäkringen.

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

[att riksdagen hos regeringen begär förslag till återinrättande av en medicinalstyrelse. ¹]

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av att återinföra en länsläkarorganisation. ¹]

Sten Svensson (m)

Gullan Lindblad (m)

Charlotte Cederschiöld (m)

Ingvar Eriksson (m)

Margit Gennser (m)

Ingrid Hemmingsson (m)

Bertil Persson (m)

Per Stenmarck (m)

Ingegerd Troedsson (m)

Görel Bohlin (m)

Hans Dau (m)

Karin Falkmer (m)

Ann-Cathrine Haglund (m)

Ing-Britt Nygren (m)

Mona Saint Cyr (m)

Karl-Gösta Svenson (m)

Göran Åstrand (m)

