Motion

1982/83: 1081

Förste vice talmannen Ingegerd Troedsson m. fl.
Sjukförsäkringens del i kostnaderna för sjukhusvård, m. m.

Sammanfattning

I en situation där kommuner och landsting har i stort sett oförändrade ekonomiska resurser att röra sig med samtidigt som de äldre blir allt fler och vårdbehovet ökar, är det nödvändigt att enskilda intitiativ inte motverkas utan tvärtom underlättas. Det är nödvändigt också för att föra utvecklingen framåt, åstadkomma alternativ och ge den enskilde den trygghet som ligger i att kunna "välja fram" det som är bra och "välja bort" det som är mindre bra i det enskilda fallet. Enskilda initiativ är nödvändiga också för att kunna tillhandahålla en mer decentraliserad och näraliggande vård i mindre enheter.

Människor får inte omyndigförklaras därför att de är "svaga" i den bemärkelsen att de är gamla, sjuka, handikappade eller på annat sätt vårdbehövande. Tvärtom är den enskilde så gott som alltid den som bäst känner de egna behoven. Med ett rättvist utformat stöd från det allmännas sida skulle hon eller han få större möjlighet att tillgodose dem.

Valfrihet för patienternas skull

I de moderata partimotionerna 1982/83:360, 384 och 581 framhålls hur viktigt det är för medborgarna att kunna välja den livsform, den skola, det boende och den barnomsorg som är bäst i det enskilda fallet.

Också när det gäller andra slag av vård och omsorg måste möjligheterna att välja mellan olika alternativ förbättras. Det är väl känt att patienter, vårdbehövande äldre eller handikappade sätter stort värde på enskilda former av vård.

Detta gäller också inom nykterhetsvården och i vården av narkomaner, där *idéburen verksamhet* ofta har särskilt goda förutsättningar att få missbrukaren att bryta en destruktiv verksamhet och ge honom eller henne ett nytt livsinnehåll.

Valfrihet ger flera vård

Frågan om enskild vårdverksamhet är aktuell också av andra anledningar. Det står klart att den offentliga barnomsorgen, sjukvården, äldreomsorgen, missbrukarvården, rehabiliteringen inte ensamma kan tillgodose ett växande vårdbehov inom en ekonomisk ram som i stort sett inte får öka under de

närmaste åren. Enskild vårdverksamhet är mestadels väsentligt mindre kostnadskrävande.

I socialdepartementets promemoria *Nyrekrytering av privatläkare* (Ds S 1982:9) redovisas utifrån vissa förutsättningar följande skillnader i kostnader.

År 1982	Normal taxa			30 % förhöjd taxa		
	Privat vård	Offentlig vård Sthlm, Gbg, Malmö	Genomsnitt för riket	Privat vård	Offentlig vård Sthlm, Gbg, Malmö	Genomsnitt för riket
Staten	140	143	143	175	143	143
Sjukvårdshuvudmannen	–	236	124	–	236	124
Patienten	35	30	30	45	30	30
Summa kr.	175	409	297	220	409	297

– Jämfört med de sammanlagda kostnaderna för stat, landsting och patient i sammanställningen är, enligt promemorian, kostnaderna för offentlig vård 35–85 % högre än för privat vård.

Det allmänna sparar redan i dag över en miljard kronor om året på att använda *enskilda vårdhem* som komplement till de egna institutionerna. Sjukhemmen i Stockholms läns landsting beräknas kosta ca 500 kr. om dygnet för varje patient, vid enskilda vårdhem ca hälften.

Enligt Landstingsförbundet (aug. 1981) var den genomsnittliga vårdkostnaden för *lättskötta psykiskt sjuka* 720 kr. på sjukhus, 515 kr. på landstingskommunalt sjukhem och 215 kr. på enskilt vårdhem.

Från andra vårdområden och olika delar av vårt land ges ytterligare belägg för att kostnaderna för vård, omsorg eller social service av olika slag, t. ex. vård av missbrukare eller fritidsverksamhet för socialt handikappade, blir väsentligt lägre när verksamheten sker i samarbete med privata vårdgivare eller drivs helt av dessa.

För samma kostnad för det allmänna skulle således betydligt fler kunna få en god och tillräcklig vård eller omsorg om enskilda initiativ fick bättre möjligheter att arbeta på mer jämbördiga ekonomiska villkor.

Bryt monopoliseringen

Målet måste vara att bryta ned de tendenser till monopolisering av vård och omsorger, som blivit allt mer påtagliga genom att det allmänna med skattemedel eller lagstiftning (t. ex. nyetableringsförbudet för tandläkare)

ensidigt stöder kommunal eller landstingskommunal verksamhet. Den vårdbehövande bör i stället på lika villkor kunna välja mellan det allmännas vårdresurser och fristående vårdverksamhet inom sjukvård, rehabilitering och äldreomsorg.

Vårdpengen bör följa patienten

På vissa områden gäller redan i dag i princip ett system där "vårdpengen från sjukförsäkringen" följer patienten, nämligen i fråga om öppen läkarvård, tandvård och sjukgymnastisk behandling. En vuxen betalar inte mer i patientavgift om han besöker en privatpraktiserande tandläkare än om han besöker tjänstetandläkaren inom folktandvården. I det förra fallet täcker försäkringens "vårdpeng" mellanskillnaden. I det senare fallet måste även landstinget träda in och betala en icke obetydlig del av kostnaden, eftersom vården där av olika anledningar är dyrare. Patienten själv betalar dock lika mycket i båda fallen.

Motsvarande gäller vid öppenvårdsbesök hos privatpraktiserande läkare resp. vid landstingets vårdcentraler.

En rimlig valfrihet borde på motsvarande sätt åstadkommas också i fråga om *sjukhemmen,* där utbyggnadsbehovet fortfarande är stort. Även långvarigt sjuka – och inte minst de – har olika önskemål och behov som gör mångfald i vårdutbudet önskvärd. Den "vårdpeng" som i dessa fall betalas ut från sjukförsäkringen – 45 kr. per dygn – täcker endast en mycket liten del av de verkliga kostnaderna för vården, som vid landstingsdrivna sjukhem uppgår till ungefär 500 kr. om dygnet. Återstoden betalas medelst landstingsskattemedel. Även om vården vid *enskilda* sjukhem normalt endast kostar ungefär hälften så mycket, kan ytterst få patienter betala återstoden av vårdkostnaden själva. De enskilda sjukhem som finns blir på så sätt helt beroende av bidrag från landstingens sida. Detta motverkar tillkomsten av nya enskilda sjukhem.

Ett sätt att åstadkomma en ökad valfrihet och ett bättre resursutnyttjande vore att låta en större del av kostnaden också för sjukhemsvården betalas via sjukförsäkringen i stället för medelst landstingsskatt.

Möjligheten att låta en större del av de verkliga vårdkostnaderna också för den slutna sjukvården betalas via sjukförsäkringen i stället för medelst landstingsskatt bör därför skyndsamt utredas. Vårdpengen från sjukförsäkringen borde därvid följa drifts- och kapitalkostnaderna för enskilda sjukhem och betalas ut med samma belopp vare sig patienten vårdas på enskilt eller landstingsdrivet sjukhem eller sjukhus.

Vi är medvetna om att ett sådant system innebär en omfördelning av kostnaderna från direkt skatt i form av landstingsskatt till socialförsäkringssektorn. Dessa aspekter måste givetvis ingå i utredningsuppdraget.

Med det av oss skisserade systemet skulle fler vårdplatser kunna erhållas till samma kostnad för det allmänna. Alternativa vårdformer skulle lättare

kunna prövas. Om en patient av någon anledning inte är nöjd med vården vid ett sjukhem skulle han kunna välja vården vid ett annat hem, som kanske drivs på ett sätt som bättre svarar mot hans speciella behov och önskemål. *Ortsanknuten vård* i mindre enheter skulle underlättas. Det skulle också bli lättare att anordna sjukhem för t. ex. invandrare, där personalen talade deras språk. Landstingen skulle slutligen också få bättre möjligheter att tillgodose den specialiserade akutsjukvården, som även framgent främst måste ske inom landstinget.

Släpp etableringskontrollen

Landstingens ekonomiska situation gör att många *tandläkare* inom den närmaste framtiden riskerar att gå utan arbete, eftersom landstingen inte kan inrätta tjänster för alla som utexamineras. Samtidigt kvarstår alltjämt ett förbud mot nyetablering, som inte bara omöjliggör för de tandläkare som inte kan överta en ersättningsetablering att öppna eget, utan också lämnar stora områden med otillräcklig tillgång till tandvård. Förbudet mot nyetablering av tandläkare bör därför omedelbart hävas.

Ett fungerande husläkarsystem

När det gäller *läkare* finns inget formellt hinder mot att öppna egen mottagning – ensam eller i någon form av läkarhus – bara kompetensen finns. Den medgivna taxesättningen är däremot för låg för att täcka de kostnader som en nyetablering för med sig eller för att också därefter kunna upprätthålla en god medicinsk standard. Görs inget åt detta kommer praktikerna, vars medelålder är mycket hög, att successivt försvinna.

I socialdepartementets promemoria Nyrekrytering av privatläkare anges som ett mål att privatläkarna i en framtid skall vara 700 mot nuvarande 600 samt att den s. k. 0-taxan skall höjas med 30 % vid nyetablering. Även om inriktningen är positiv anser vi att en övre gräns för privatläkarnas antal *inte* bör fastställas, eftersom det på sikt skulle kunna medföra etableringskontroll. De privatpraktiserande läkarna bör i stället erhålla klart besked om att deras verksamhet är en av det allmänna erkänd och önskad del av en väl fungerande öppenvård. Det är även viktigt att inte bara nyetablering utan även ersättningsetablering underlättas, detta inte minst med tanke på att åldersfördelningen bland privatläkarna gör att hälften av heltidspraktikanterna inom 10 år kommer att vara pensionerade.

Enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen åligger det landstingskommunen att i sin planering inbegripa "även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstingskommunen". Detta är en viktig utgångspunkt för landstingens planering.

Enligt vår uppfattning bör utbyggnaden av den öppna vården utanför sjukhusen till helt övervägande del ske medelst privatpraktiker. Kostnader-

na är inte bara betydligt lägre. Mindre läkarmottagningar i enskild regi innebär också att vården kan ges närmare patienterna. Praktikerna stannar dessutom oftare på den plats där de slagit sig ned, vilket ökar möjligheten till ett *husläkarsystem*. I Danmark, England och Holland, som har fungerande husläkare, är dessa just privatpraktiker.

Motsvarande erfarenhet föreligger också från de områden i Sverige som har tillgång till privatpraktiker. Dessa tar i sin dagliga verksamhet emot ett inte ringa antal jourfall. I kontinuitetsbegreppet ligger att privatläkarnas patienter vid akut sjukdom kan kontakta sin läkare och få den hjälp eller det råd som just då behövs. Detta ger avlastning för den offentliga akutsjukvården inte bara på dagtid.

Patientavgifterna vid landstingens öppenvård är 40 kr. (eller lägre om landstingen beslutar sig för att inte ta ut full avgift). Inom den mindre kostnadskrävande privata öppenvården är den 45, 50 eller 55 kr. Landstingens taxa bör därför höjas till samma nivå som privatläkartaxan samt följa kostnadsutvecklingen.

Service och vård på äldre dar

När det gäller den vård och service till de äldre och handikappade, som primärkommunerna ansvarar för, betalas den med avgifter, med statsbidrag (kommunal hemhjälp) och i övrigt med kommunalskatt. Något försäkringssystem som inom sjukvården finns inte.

Även på detta område är det viktigt att kunna välja mellan olika alternativ i fråga om service, vård och boende. Det kan gälla möjligheten att få erforderlig vård närmare den ort där man har sina anhöriga. Det kan gälla önskemål om en vård på idéburen grund. Det kan också gälla en annorlunda inriktning av vården eller servicen, som passar den äldre eller handikappade bättre. Även av ekonomiska skäl är det nödvändigt med en betydande öppenhet från kommunernas sida till alternativa former av vård och service.

Kommunen bör åläggas pröva andra alternativ

På motsvarande sätt som i upphandlingskungörelsen bör kommun åläggas att alltid pröva om verksamheten kan bedrivas bättre och effektivare i samarbete med eller av annan huvudman. *En kommun bör inte ha rätt att gynna egen verksamhet om det visar sig att annan kan tillhandahålla service eller vården bättre och billigare.*

En lagstiftning motsvarande upphandlingskungörelsen bör således utarbetas, som ålägger kommunerna att pröva även andra alternativ än med kommunalt huvudmannaskap när det gäller service, vård och olika former av omsorg. Detta bör även gälla landstingskommunerna. Till en början bör detta gälla främst utvidgad eller ny verksamhet.

Med ett sådant system skulle smådriftsfördelar bättre kunna tas till vara. En personalintensiv verksamhet som vård och service blir billigare i smådrift, där administration och organisation blir enklare. Samtidigt kan ofta ny teknik införas snabbare, vilket beror på att beslutsprocessen blir enklare i den lilla organisationen.

Pensionärer och handikappade skulle få bättre möjligheter att som fullmyndiga medborgare själva kunna välja sin livsstil. Med hjälp av t. ex. mikrodatorer skulle förmedling av konsumentanpassade servicetjänster lättare kunna förmedlas och leda till en smidigare, personligare och billigare service.

Med hänvisning till det anförda hemställs*

1. att riksdagen hos regeringen anhåller om utredning innebärande att en större del av kostnaderna för vård på sjukhem och sjukhus betalas via sjukförsäkringen i stället för med landstingsskatt i syfte att öka patienternas valfrihet,
2. att riksdagen beslutar att nyetableringsförbudet för tandläkare upphävs från den 1 april i år,
3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om nyrekrytering av privatpraktiserande läkare och patientavgifterna inom offentlig och enskild öppen sjukvård.

Stockholm i januari 1983

INGEGERD TROEDSSON (m)

GÖTE JONSSON (m) MARGIT GENNSER (m)

GULLAN LINDBLAD (m) INGVAR ERIKSSON (m)

BO ARVIDSON (m) GÖRAN ERICSSON (m)

* Se även motion 1982/83:1082.