

Regeringens proposition

1986/87:114

om en särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen för att öka operationskapaciteten inom sjukvården



Prop.
1986/87:114

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 5 mars 1987 för de åtgärder och det ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

G. Sigurdsen

Bengt Lindqvist

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen redovisas förslag om en särskild ersättning 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 år 1987. I samband med förhandlingar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om vissa ersättningar från sjukförsäkringen, som avser tiden fr.o.m. år 1988, skall ersättningen omprövas.

I propositionen föreslås att riksdagen under femte huvudtiteln för budgetåret 1987/88 anvisar ett reservationsanslag av 70 milj. kr. till Bidrag för viss operationsverksamhet inom allmän sjukvård.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 5 mars 1987

Närvarande: Sigurdson, ordförande, och statsråden Gustafsson, Leijon, Hjelm-Wallén, Peterson, S. Andersson, Göransson, Gradin, Dahl, R. Carlsson, Hellström, Wickbom, Johansson, Hultström, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist

Föredragande: statsrådet Sigurdson

Proposition om en särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen för att öka operationskapaciteten inom sjukvården

1 Särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen för att öka operationskapaciteten inom sjukvården

Med det nya system för ersättningar från den allmänna sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen, som infördes fr.o.m. år 1985, togs ett viktigt steg mot en jämnare fördelning av sjukvårdsresurserna över hela landet. Fortfarande råder dock skillnader i vårdutbudet beroende på var i landet en patient är bosatt. Hälso- och sjukvårdslagens mål om en god hälsa och en vård på lika villkor för landets alla invånare är ännu inte uppfyllt.

Ett problem i sjukvården, som har debatterats mycket under det senaste året, är de långa väntetider, som finns på vissa håll i landet främst till operationer för nya höftleder, mot grå starr och mot kranskärlförträngning. Det är inte acceptabelt att människor skall behöva vänta i långa tider på operationer som skulle ge dem möjlighet att leva ett fullvärdigt och självständigt liv. Jag vill också peka på det starka samband som finns mellan dessa operationer och äldres möjligheter att välja ett eget boende framför institutionsvård.

Människor som är i behov av denna typ av operationer skall i princip inte behöva vänta mer än den tid som behövs för en effektiv planering av vården. Sjukvårdshuvudmännen har också vidtagit åtgärder för att genom resurstillskott och effektivisering av vården reducera väntetiderna. Kapaciteten har således kunnat ökas betydligt vad gäller dessa operationer under de senaste åren. Detta arbete måste dock vidareutvecklas och intensifieras för att operationskapaciteten ytterligare skall kunna ökas och väntetiderna minskas. Omstruktureringen av hälso- och sjukvården måste också påskyndas så att primärvården bättre än i dag avlastar den specialiserade sjukvården.

Långa väntetider inom sjukvården kan uppstå av olika skäl. De kan t.ex. uppstå som en följd av den snabba medicintekniska utvecklingen som medför att många undersökningar och behandlingar som tidigare varit komplicerade och smärtsamma nu kan göras på ett relativt enkelt och skonsamt sätt. Bland annat har fler äldre därvid fått nya möjligheter att botas. Som exempel

kan nämnas prostataoperation, rekonstruktiv ledkirurgi (nya höftleder), linsoperationer och glaskroppskirurgi i ögat m.m.

När en ny teknik kommer fram och kunskap om denna sprids, ökar efterfrågan plötsligt och kan till att börja med inte tillgodoses. Detta är en förklaring till de senaste årens väntetider inom ortopedi och ögonsjukvård.

En viss väntetid är dock ofta planerad. En s.k. vårdplaneringskö behövs för att sjukvården skall kunna utnyttja resurserna effektivt, för att variationer i utnyttjandet av vårdresurser skall kunna utjämnas samt för att patienterna skall kunna ordna praktiska förhållanden inför sjukhusvistelsen.

Vidare kan långa väntetider ibland redovisas som ett argument för resursförstärkning. Detta är enligt min mening oacceptabelt. Ibland kan väntelistor vara slentrianmässigt uppsatta och inte "rensade". Jag anser att det är av stor vikt att planeringen inför operationer blir mer effektiv än i dag. Väntelistor bör kontinuerligt uppdateras och det bör finnas klara riktlinjer för när en patient skall föras upp på listan.

De långa väntetider som i dag kan finnas för vissa operationer skall ses mot ovanstående bakgrund men måste också ställas i relation till verksamhetens totala volym och utveckling.

Det är svårt att bedöma den framtida medicintekniska utvecklingen och dess konsekvenser för sjukvården. Sannolikt kommer det att uppstå nya bristsituationer och underförsörjda områden där efterfrågan under en övergångstid blir större än vad sjukvården förmår att möta. Den synliga följden härav blir resursbrist och långa väntetider. Det är därför viktigt att sjukvården för att långa och oönskade väntetider inte skall uppstå kan förutse och tidigt uppmärksamma dessa områden, vara flexibel och ha en beredskap till omDispositionering av resurser.

För att stimulera sjukvårdens omstrukturering och få ett effektivare vårdutnyttjande anser jag att ett särskilt statligt bidrag bör betalas ut med syfte att öka genomströmningen vid gråstaroperationer, operationer för nya höftleder och hjärtkärloperationer. Min avsikt är att ersättning skall betalas efter riktlinjer som utarbetas av en särskild arbetsgrupp inom socialdepartementet med representanter bl.a. från socialstyrelsen och landstingsförbundet. Arbetsgruppen kommer också att få i uppdrag att följa upp bidragets användning.

Antalet starroperationer under år 1985 uppgick enligt socialstyrelsen till ca 16 500 (uppskattat behov ca 28 000). Motsvarande siffror för höftledsoperationer var ca 7 800 år 1985 (uppskattat behov ca 10 800) och för hjärtkärlförträngning 2 000 operationer år 1985 (uppskattat behov 4 500). En ökning vad avser dessa operationer har skett under 1986. Det uppskattade behovet avser 1987 och inkluderar därmed den "puckel" som bildats genom att den snabbt ökade efterfrågan på dessa operationer ej har kunnat tillgodoses. Det permanenta behovet bör således vara lägre. Det är min förhoppning att den här förordade ersättningen skall stimulera till en kraftig ökning av operationsvolymen.

Ett villkor för att statsbidrag ska kunna utgå är att 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 upptagningsområde för de tre operationstyper jag här diskuterat. I arbetsgruppens uppdrag bör också ligga att precisera vilka indikationer som skall gälla för att en patient skall komma ifråga för operation och hur prioriteringarna skall göras. Vidare bör närmare 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 är en förutsättning 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.

Statens ersättningar till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen för år 1987 är fastlagda (prop. 1985/86:167, SfU 1986/87:1, rskr. 9). Överläggningar pågår avseende de närmaste kommande åren. Jag föreslår emellertid, mot bakgrund av diskussioner i bl.a. socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning, att ett särskilt bidrag till sjukvårdshuvudmännen med syfte att öka operationskapaciteten inom sjukvården utgår redan fr.o.m. den 1 juli 1987. Jag beräknar detta bidrag till 70 milj. kr. för andra halvåret 1987. För tid därefter förutsätts att medel för detta ändamål skall lämnas inom ramen för sjukförsäkringsersättningarna till sjukvårdshuvudmännen. För ändamålet erfordras ett nytt reservationsanslag under femte huvudtiteln för budgetåret 1987/88, som bör benämnas E 23. Bidrag för viss operationsverksamhet inom allmän sjukvård, varifrån bidraget kan utbetalas. Jag beräknar medelsbehovet under anslaget till 70 milj. kr.

Mitt förslag syftar till att i ett kort perspektiv påskynda sjukvårdshuvudmännens åtgärder för att öka antalet operationer av gråstarr, nya höftleder och kranskärlförträngning. Jag har erfarit att parterna på arbetsområden som berörs har för avsikt att ta upp överläggningar om arbetstider, jouravtal m.m. för att nå ett effektivare utnyttjande av resurserna än vad som är fallet i dag.

2 Hemställen

Med hänvisning till vad jag här har anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att

till Bidrag för viss operationsverksamhet inom allmän sjukvård för budgetåret 1987/88 under femte huvudtiteln anvisa ett reservationsanslag av 70 000 000 kr.

Jag hemställer vidare att regeringen bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad jag i övrigt har anfört om en särskild ersättning för att öka operationskapaciteten inom sjukvården.

3 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition förelägga riksdagen vad föredraganden har anfört för de åtgärder och det ändamål som föredraganden har hemställt om.