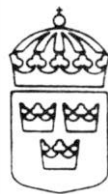


# Motion till riksdagen 1986/87:So423

Bengt Westerberg m. fl. (fp)

Sjukvården



Mot.  
1986/87  
So423—425

Den svenska sjukvården har byggts ut kraftigt under de senaste decennierna. De resurser som sjukvården förfogar över är imponerande. Sjukvården svarar för ungefär en tiondel av vår förbrukning och sysselsätter hundratusentals människor.

Med internationella mått mäkt utmärker sig svensk sjukvård för en mycket hög standard. Professionalismen är långt utvecklad på olika nivåer inom systemet. Trots detta finns det uppenbara brister.

Det mest uppseendeväckande är de långa köerna på vissa områden. Att behöva vänta på t. ex. en ögonoperation, en hjärtoperation eller höftledsoperation innebär inte bara mänskligt lidande utan också ett slöseri med ekonomiska resurser. Den behandling dessa människor ges är upprörande.

Det är ett nederlag för välfärdssamhället att låta den som hela livet läst morgontidningen och följt TV-programmen tvingas vara beroende av hjälp när en enkel operation kan ge synen åter. Andra får leva med svåra smärtor från krånglande leder.

I dag är det alltför ofta så att det enda besked de får är att vänta. En väntan när de riskerar att drabbas av invaliditet, och kanske för tidig död. Köerna är en skamfläck för svensk sjukvård.

Kontinuiteten i sjukvården är fortfarande dålig. Vid besök möter patienten alltför ofta en obekant läkare. Det återstår fortfarande mycket innan alla har en husläkare. Även inom den slutna vården behövs mer av personliga relationer.

På alltför många håll går det trögt att förverkliga hälso- och sjukvårdslagens intentioner vad avser sjukvårdens inre organisation. Samtidigt accentueras behoven av förändringar i arbetsorganisationen. Patientens lagliga rättigheter innebär samtidigt skyldigheter för personalen. Skyldigheter som innebär att ge god, trygg, säker och sakkunnig vård, främja goda kontakter mellan patient och personal samt planera och genomföra vården i samverkan med patienten. För att leva upp till detta krävs förändring av attityder, arbetsorganisation, personalstruktur, personalutbildning, rutiner och metoder.

Hälso- och sjukvårdspersonalens omfattande erfarenheter och kunskaper måste bättre få komma till sin rätt. De måste tillerkännas både självständighet och eget ansvar.

Valfriheten för patienterna är vidare begränsad genom den nästan totala etableringskontroll som finns inom vårdsektorn. Det är landstingen som bestämmer var, när och hur vården skall erbjudas. Den som förgäves väntar

på behandling har ingen annanstans att vända sig. Det återstår bara att tålmodigt ställa sig i kön om man inte är privilegierad och kan gå vid sidan om systemet.

## Köer

Det finns inga tillförlitliga uppgifter på hur många människor som väntar på att t. ex. få operationer utförda. Detta är allvarligt eftersom långa väntetider är ett tecken på att någonting är fel. De är varningssignaler som bör föranleda åtgärder. Det kan vara brist på resurser men det kan också vara andra problem som leder till att verksamheten inte bedrivs rationellt.

Tidigare redovisade socialstyrelsen uppgifter om kösituationen. Numera görs inte redovisningen därför att statistiken ansågs vara av låg kvalitet. Det behövs dock en central sammanställning av kösituationen inom sjukvården.

● Om de statistiska uppgifterna kring ett viktigt samhällsproblem är av dålig kvalitet bör man förbättra statistiken i stället för att avskaffa den.

Sjukvårdsdebatten skulle tjäna på att uppgifter om köerna finns tillgängliga. Vi kan inte lösa köproblemet genom att avskaffa statistiken. Folkpartiet har därför upprepade gånger fört fram önskemålet om en ordentlig kartläggning av situationen. Förslaget har länge avvisats från regeringens och riksdagsmajoritetens sida. I maj 1985 förklarade socialministern att "det är inte aktuellt att återinföra en central sammanställning av väntetider inom hälso- och sjukvården totalt". Våren 1986 avsågs ett motionskrav på kartläggning av köerna. I december 1986 gav emellertid socialministern upp sitt motstånd och meddelade att en undersökning hade inletts.

Vi hälsar detta med tillfredsställelse. När kartläggningen är färdig bör regeringen för riksdagen redovisa resultaten av denna undersökning. En klarare bild av läget bör underlätta beslut om lämpliga åtgärder för att eliminera köer och väntelistor.

Redan nu är det emellertid känt att situationen inom åtskilliga områden är ytterst besvärande. På vissa områden tvingas patienter vänta både ett och två år på operationer. På många håll har situationen förvärrats genom de strejker som utbröt 1986. Även om t. ex. synen är mycket nedsatt kan det på många sjukhus dröja flera månader innan operation mot grå starr kan utföras.

Det rör sig ofta om relativt enkla operationer som kan utföras till en tämligen låg kostnad. Patienten blir ofta helt återställd eller får en klart förbättrad hälsa. För många rör det sig om att kunna se obehindrat från att ha haft ledsyn eller att kunna gå från att ha varit rullstolsbunden.

Köerna innebär inte bara att människor i onödan utsätts för lidande. De innebär också ett samhällsekonomiskt slöseri. ● Om den köande är sjukskriven medför detta kostnader för sjukpenning och dessutom kanske produktionsbortfall pga frånvaro på arbetet. Många gånger uppstår också kostnader för vård i hemmet. Den som har svårt att röra sig eller nedsatt syn behöver ofta färdtjänst samt hjälp av kommunens hemtjänst.

Långa väntetider drabbar i första hand dem som har det svårast. Den som har gott om pengar har ofta alternativet att betala fullt pris för att få en operation utförd utan ersättning från försäkringskassan. Paradoxalt nog leder jämlikhetspolitiken i socialdemokratisk tappning till att människor

med små resurser drabbas hårdast. För den som kan betala finns det sällan några köer.

För vissa typer av sjukdomar innebär flaskhalsarna i sjukvården att ingrepp uppskjuts så länge att en rehabilitering blir omöjlig och en förtidspensionering i stället nödvändig. Detta gäller inte minst patienter med muskel- och skelettsjukdomar.

De samhällsekonomiska konsekvenserna av köerna är föga undersökta. Vissa punktstudier har emellertid gjorts, bl. a. av köerna för ortopedkirurgiska operationer i Bohuslandstinget samt Göteborgs kommun. Man utgick därvid från att vissa kortare väntetider var normala och beräknade enbart det produktionsbortfall respektive de utbetalningar från försäkringskassan som förorsakades av de s. k. överväntetiderna. Produktionsbortfallet för denna enda typ av åkommor vid denna enda region uppskattades 1984 till 60 milj. kr. per år och utbetalningarna från försäkringskassan till 40 milj. kr.

Långa sjukskrivningar (30 dagar och uppåt) belastar för närvarande sjukförsäkringen med omkring 9 miljarder kronor. Härtill kommer omfattande kostnader för förtidspensionering. Även om det är omöjligt att med någon grad av visshet uppskatta hur stor del av dessa kostnader som belöper sig på patienter som med vård i rätt tid skulle kunna vara friska är det knappast för djärvt att anta att det från sjukförsäkringen med omkring 9 miljarder kronor. Härtill kommer omfattande kostnader för förtidspensionering. Även om det är omöjligt att med någon grad av visshet uppskatta hur stor del av dessa kostnader som belöper sig på patienter som med vård i rätt tid skulle kunna vara friska är det knappast för djärvt att anta att det från sjukförsäkringen utgår minst en miljard kronor till från denna synpunkt "onödigt" sjukskrivna patienter.

## Bättre samordning sjukförsäkring—sjukvård

● Om denna miljard i stället användes till operationer och rehabilitering skulle stora delar av dagens köer kunna elimineras.

Dagmarsystemet innebär att staten till sjukvårdens huvudmän överlämnar ett statsbidrag som utgår utan hänsyn till sjukvårdens prestationer.

Kostnader för sjukvårdens köer faller i stor utsträckning på försäkringskassan, som i sin tur inte har några möjligheter att förkorta en mänskligt och samhällsekonomiskt orimlig väntan på vård.

Det förslag om försöksverksamhet som presenterats från Bohuslandstinget och Göteborgs kommun samt berörda försäkringskassor och som därefter avvisats av regeringen och den s. k. rehabiliteringsberedningen visar tydligt hur orimligt detta fördelningssystem fungerar i praktiken. För att inte rubba Dagmar-beslutets förutsättningar ansåg sig regeringen nödgad att säga nej till en försöksverksamhet som skulle ha lett dels till minskat lidande för tusentals patienter, dels till besparingar för den allmänna försäkringen.

Enligt folkpartiets uppfattning är det uppenbart att det behövs en bättre koppling mellan sjukförsäkringen och sjukvården för att undanröja de orimligheter som de långa köerna lagt i dagen. En sådan koppling kan åstadkommas på flera olika sätt.

Ett förslag till en sådan koppling har nyligen lanserats av arbetsmarknadsverkets generaldirektör Allan Larsson, som föreslagit att staten, landstingen och kommunerna gemensamt skulle skjuta till medel till en särskild rehabiliteringsfond i varje kommun. Fondens uppgift skulle vara att finansiera individuella behandlingsprogram. En särskild rehabiliteringsgrupp med företrädare för socialtjänsten, arbetsförmedlingen och AMI skulle enligt Larssons förslag lägga upp en handlingsplan för varje enskild person.

En mer genomgripande förändring har föreslagits av direktören för Stockholms läns försäkringskassa, Kjell Fridh. Detta förslag går ut på att låta sjukförsäkringen finansiera all sjukhusanknuten sjukvård och begränsa landstingens roll till själva produktionen av sjukvård. "Vårdköpen måste emellertid i ett sådant system vara prestationsbundna och helt ersätta den nuvarande schablonmässiga överföringen av pengar från försäkringen till sjukvården", skriver Fridh (Läkartidningen 1986 s. 4154).

En överföring av sjukvårdens finansiering till försäkringskassan har föreslagits även av moderata samlingspartiet. Moderaterna tycks emellertid tänka sig två separata försäkringar, en för sjukvård och en för sjukersättning. Härigenom uppstår inte den samlade bedömning som leder till att kostnaderna för en lång sjukskrivning kan vägas mot kostnaderna för en operation eller rehabiliteringsinsats och därmed pressa fram snabbare behandling.

Ett problem som måste bemästras vid en närmare koppling mellan sjukförsäkringen och sjukvården utgör det förhållandet att sjukförsäkringen i huvudsak endast gäller den förvärvsarbetande befolkningen. Det samhälls-ekonomiska lönsamhetstänkandet får inte drivas därefter att patienter som inte är förvärvsarbetande diskrimineras. Ett inslag i den moderata modellen som möjligen skulle kunna underlätta lösningen av detta problem är att den sjukvårdsinriktade försäkringen skulle utvidgas till att gälla även pensionärer.

De skisser som här har återgivits går inte att ta ställning till utan avsevärt mer omsorgsfulla överväganden. Vissa hithörande frågor utreds för närvarande av rehabiliteringsberedningen. Vi tror emellertid att tiden är mogen för en mer grundläggande och förutsättningslös prövning av relationen mellan sjukvården och försäkringskassan och föreslår att riksdagen hos regeringen begär att en parlamentarisk utredning tillkallas i detta syfte. Samtidigt behövs en försöksverksamhet där olika modeller för en sådan koppling prövas. Vi förordar att riksdagen uttalar sig för att det s. k. Bohus-experimentet kommer till stånd samt för att försöksverksamhet i enlighet med den av Allan Larsson förordade modellen snarast inleds i några utvalda kommuner.

## Folkhälsa och förebyggande hälsovård

Det stora budgetunderskottet och det höga skattetrycket innebär att det inte finns något nämnvärt utrymme för ökade resurser till hälso- och sjukvården. Problemen måste således lösas genom en effektivare användning och omfördelning av befintliga resurser.

Åtgärder som förbättrar svenska folkets hälsa, såsom minskad alkohol- och tobakskonsumtion, medför att sjukvårdsbehovet minskar kraftigt.

Folkpartiets uppfattning om hur alkoholkonsumtionen bör pressas ner redovisas i vår motion om åtgärder mot missbruket.

Sådana åtgärder ger resultat främst på längre sikt. Redan på kort sikt kan trycket på sjukvården emellertid minska genom att människor ges större möjligheter att bedriva en aktiv egenvård. Det kräver goda kunskaper om människokroppens behov och funktion. Många informationsinsatser kan göras i skolan och föräldrautbildningen. Apotek och försäkringskassa sprider redan en hel del medicinsk information som bör kunna förbättras och utvecklas.

Företagshälsovården skall i första hand vara förebyggande men bör också spela en viktig roll för att ge råd och hjälp till människor med enklare sjukdomar. Distriktssköterskorna bör kunna svara för en större del av rådgivningen. Det är viktigt att det finns en fungerande telefonjour där enklare frågor om sjukdomar m. m. besvaras.

Modern medicinsk forskning har klargjort kostens utomordentligt stora betydelse för hälsotillståndet. Detta förhållande måste beaktas bl. a. vid utformningen av jordbrukspolitiken. Därutöver krävs en aktiv hälsoupplysning i syfte att påverka det svenska folkets kostvanor. Såväl för en kvalificerad bevakning av folkhälsoaspekterna vid utformningen av den offentliga politiken på olika områden som för en systematisk upplysningsverksamhet vore det ändamålsenligt att återupprätta ett statligt institut för folkhälsan. Resurser för sådan verksamhet finns bl. a. inom socialstyrelsen och statens miljömedicinska laboratorium. Socialstyrelsens karaktär av tillsynsmyndighet gör den enligt vår uppfattning mindre väl lämpad att vara huvudman även för hälsoupplysningen. En fristående ställning skulle ge denna funktion ökad auktoritet. Vi föreslår därför att regeringen anmodas att framlägga förslag om ett återinrättande av ett statens institut för folkhälsan.

## Husläkare

Ett utbyggt husläkarsystem innebär en avlastning av sjukhusens akutmottagningar. Behovet av operationer för starr eller höftledsoperationer påverkas givetvis inte. En nedgång i antalet besök på akutsjukhusen innebär dock att en större del av resurserna kan användas för operationer m. m. av de svårast sjuka patienterna.

Varje människa skall ha rätt att välja den läkare som man själv vill till sin eller familjens husläkare. Valfriheten förutsätter att det också finns privatläkare som fungerar som husläkare.

Husläkarsystemet innebär att varje människa vet vart och till vem hon skall vända sig när hon blir sjuk. Hon vet att hon kan komma tillbaka till samma läkare som känner till patientens problem. Patienten slipper att vid varje tillfälle upprepa sin bakgrundshistoria. Behandlingen underlättas genom att kontakten blir mer personlig.

Husläkaren har ansvar inte bara för sjukvården utan också för förebyggande insatser av olika slag. En tidig kontakt med t. ex. missbrukare och personliga relationer mellan vårdpersonal och begynnande missbrukare kan förhindra svårare skador och utslagning.

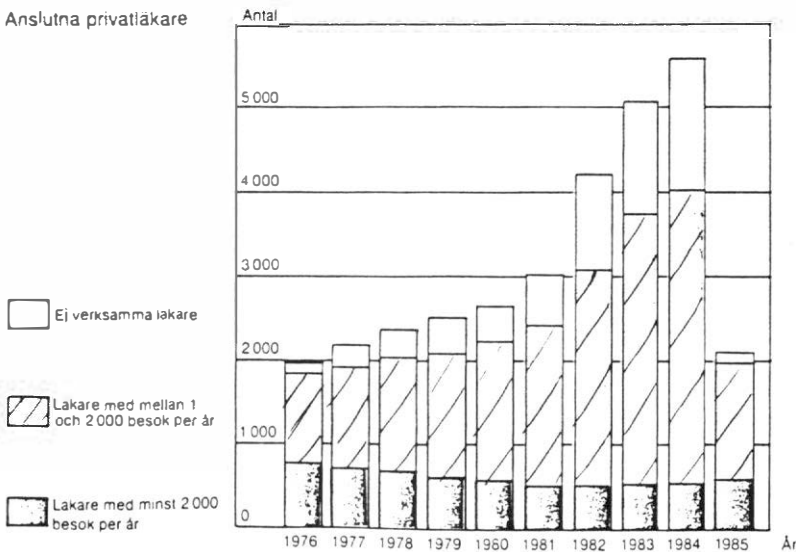
Inom den offentliga vården skall primärvården fungera enligt husläkarprincipen. Husläkaren ansvarar, tillsammans med övrig vårdpersonal, för närvården av ett par tusen personer. Husläkarna finns ofta på en vårdcentral. Det bör finnas kvällsmottagning minst en gång i veckan för att man lätt skall kunna nå sin läkare.

I husläkarsystemet ges patienten valfrihet. Det är hon som avgör vilken läkare hon vill ha som husläkare. Läkaren kan vara landstingsanställd eller privatpraktiserande.

En ökad valfrihet förutsätter att etableringskontrollen inom sjukvården avskaffas. Alla läkare, heltids- och fritidspraktiserande, bör ha rätt att vara anslutna till sjukförsäkringen. Det är patienten som skall avgöra fördelningen mellan privat och offentlig vård, inte landstingen.

Svenska folket måste få tillbaka sin sjukförsäkring. Anslutningen till sjukförsäkringen är obligatorisk och vi betalar alla för den genom att avstå från löneutrymme (om man är löntagare) eller genom att betala egenavgifter (om man är företagare). Rätten till sjukförsäkringen har gått förlorad genom att landstingen har givits monopol på sjukvård. De privata alternativ som finns existerar i dag endast på landstingens nåder. Sedan Dagmarreformens genomförande har antalet privatpraktiserande läkare som är anslutna till sjukförsäkringen minskat. Detta framgår av tabellen nedan.

Anslutna privatläkare



Källa: Socialförsäkringsstatistik, Fakta 1986 från riksförsäkringsverket

Landstingens monopolsituation och de köer som finns har skapat grund för privata lösningar utanför sjukförsäkringens ram. Husläkarsystem, där man för en fast avgift kan få sjukvård dygnet runt, skapas vid sidan av sjukförsäkringen. Privata försäkringsbolag erbjuder den service som inte kan erbjudas inom sjukförsäkringens ram. Med en fri anslutningsrätt till sjukförsäkringen av läkare skulle många av dessa privata alternativ kunna inrymmas inom sjukförsäkringens ram. Det är inte rimligt att sam-

hället med dagens stelbenta monopolsystem indirekt tvingar familjer att betala för sjukvården två gånger: en gång till den offentliga sjukförsäkringen och en gång till den privata husläkaren som ger den önskade vården.

Fler enskilda alternativ inom vården leder till lägre kostnader för landstingen, vilket ger dem ökade möjligheter att satsa resurser på åtgärder som leder till kortare köer.

Privatläkare, som är verksamma inom specialiteter med långa köer, bidrar dessutom direkt med sin verksamhet till att köerna kortas.

Det finns även vissa brister i ersättningen till privatpraktiker. Ersättningen till privatläkare som arbetar utanför läkarhus är väsentligt lägre än för läkare som arbetar i läkarhus. Vi anser att det finns skäl för regeringen att se över läkartaxans utformning.

Det är naturligt att eftersträva ett bra samarbete mellan den offentliga och privata sjukvården. Landstinget skall t. ex. kunna komma överens med en fritidspraktikergrupp att de svarar för hembesöksverksamheten, vilket innebär att landstinget inte behöver bedriva samma verksamhet.

### Läkarförsörjningen i glesbygd

Alla människor har rätt till god sjukvård oavsett inkomst och bostadsort. Ett tungt vägande motiv för införandet av Dagmarreformen uppgavs vara att uppnå en jämnare regional fördelning av sjukvården. Vi delar uppfattningen att det är en angelägen uppgift att sprida sjukvårdsutbudet så att människor i olika delar av landet får samma möjlighet till god sjukvård.

Det nya fördelningssystemet har medfört att de ekonomiska resurserna från sjukförsäkringen nu fördelas jämnare än vad som tidigare varit fallet. Genom den överenskommelse som träffats mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om fördelningen av sjukvårdsersättningen för 1987 har en ytterligare utjämning skett. Ersättningen varierar under 1987 mellan ca 1 300 och 1 700 kr. per individ.

Den regionala fördelningen av läkare och sjukgymnaster har dock inte förbättrats nämnvärt av det nya ersättningssystemet. Det förhåller sig precis som vi trodde, nämligen att en fritidspraktiker som inte får fortsätta sin verksamhet där han befinner sig inte flyttar till glesbygden enbart av detta skäl. Det finns t. o. m. exempel som visar att indragen fritidspraktikerverksamhet i läkartäta områden ersätts med fler fast anställda i landstinget. Härigenom försvåras t. o. m. läkarrekryteringen till läkarglesa områden.

Den regionala obalansen i läkarfördelningen har således inte kunnat rättas till genom Dagmar-systemet. Det är en illusion att tro att etableringskontroll för privatpraktiker kan lösa den regionala obalansen. Privatpraktikerna svarar också bara för en mycket liten del av den totala sjukvården.

Av väsentligt större betydelse för läkarfördelningen över landet är hur många läkartjänster som inrättas i olika delar av landet. Under de senaste åren har väsentligt fler läkartjänster inrättats än vad som motsvaras av antalet nyutexaminerade läkare. Detta har försvårat rekryteringen främst i de regioner som av olika skäl har svårt att rekrytera läkare. Det finns därför anledning att iaktta återhållsamhet med nya läkartjänster så länge det är brist på läkare.

Vi anser också att man måste införa positiva åtgärder för att stimulera läkarförsörjningen i läkarglesa områden. Vi har pekat 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 för läkare som arbetar i dessa områden. Detta utvecklas närmare i folkpartiets motion om socialförsäkringar.

## Hemställan

Med stöd av det ovan anförda hemställer vi

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

[att riksdagen hos regeringen begär att en utredning tillsätts med uppgift att närmare pröva relationerna mellan sjukvården och försäkringskassan,<sup>1</sup>]

[att riksdagen hos regeringen begär försöksverksamhet med närmare koppling mellan sjukförsäkringen och sjukvården i enlighet med vad som anförts i motionen,<sup>1</sup>]

2. att riksdagen hos regeringen hemställer om förslag med syfte att återinrätta ett statligt institut för folkhälsan,

[att riksdagen hos regeringen begär förslag med rätt till fri anslutning av läkare och sjukgymnaster till sjukförsäkringen,<sup>1</sup>]

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

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförts om ersättningsreglerna för privatläkare.<sup>1</sup>]

Stockholm den 20 januari 1987

*Bengt Westerberg (fp)*

*Ingemar Eliasson (fp)*

*Karin Ahrlund (fp)*

*Anne Wibbe (fp)*

*Daniel Tarschys (fp)*

*Kerstin Ekman (fp)*

*Birgit Friggebo (fp)*

*Jan-Erik Wikström (fp)*

*Margareta Andrén (fp)*

<sup>1</sup> 1986/87:Sf237.