

Nr 551

Av herr Kellgren m. fl., om hälso- och sjukvård utomlands för svenska medborgare.

Sjuk- och hälsofrågorna kommer att för framtiden stå alltmer i centrum för den offentliga verksamheten. Det förefaller sannolikt att av alla verksamhetsgrenar kommer hälso- och rehabiliteringsservicen att ta mest arbetskraft i anspråk. Detta visar tendenserna i dag. Aldrig tidigare har investeringsverksamheten inom hälso- och sjukvården varit så omfattande som nu. Utbildningskapaciteten utökas ständigt i takt med att lärarpersonal och praktikplatser står till förfogande. Ändå är det svårt att uppnå balansen mellan tillgång och efterfrågan på sjuk- och hälsoservice. Kraven på service ökar ständigt och kan bedömas öka ännu mer i framtiden. De ökningsbestämmande faktorerna kan bl. a. sägas vara följande.

Den stigande levnadsstandarden gör det möjligt för den enskilde att efterfråga läkar- och hälsovårdstjänster i en helt annan omfattning än tidigare. Upplysningsverksamheten tränger också fram till fler personer om att hjälp kan ges och erhållas.

Den stigande medelåldern ökar också behovet av mer hälso- och sjukvårdsservice. Denna service står i direkt proportion till åldringsfaktorn. Ju fler åldringar desto större blir behoven. Servicen i sin tur gör det möjligt för fler personer att bli äldre, och därmed ökas behoven ytterligare.

De vetenskapliga framstegen inom medicin och rehabilitering gör det möjligt att i tid ingripa i fler akutfall men också att ge lindring och emellanåt bot även i fall som tidigare inte ansetts möjliga att påverka med vårdåtgärder.

Medborgarna sätter i allt större utsträckning sin lit till att samhället skall vidta alla till buds stående åtgärder för att råda bot på sociala missförhållanden, t. ex. lämna adekvat vård åt socialt missanpassade eller lämna hjälp och stöd åt rehabiliteringsfallen nära nog oavsett kostnaderna.

Alla dessa faktorer samverkar till att sjuk-, hälso- och rehabiliteringsresurserna är och kommer att förbli hårt ansträngda i vårt land. I medvetande härom vidtas också rationaliseringsåtgärder för att utöka resurserna och lämna hjälp åt fler.

Det förefaller rimligt att om vårt lands egna resurser inte är tillräckliga för att tillgodose behoven söka utöka dessa genom byte av tjänster och varor med andra länder. Så sker också på vårdens område. Från många länder har vårt land fått mottaga kompetent sjukvårdspersonal även i de mest

krävande befattningar. Utan de utländska läkarnas insatser i vårt land skulle t. ex. mentalsjukvården befinna sig i ett direkt katastrofläge eller den öppna vården i glesbygderna vara bristfälligare än vad den är i dag. Den avancerade medicinska utrustningen köps till väsentliga delar från utlandet, och därifrån får vi givetvis också en mängd mediciner och preparat. Viktigast av allt är givetvis att nyhetsförmedlingen av medicinska rön och erfarenheter är fri över ländernas gränser, så att framstegen får en snabb internationell spridning till nytta och bot för allt fler vårdbehövande.

Institutionell vård i utlandet har prövats i blott begränsad utsträckning. Vissa landsting och vårdmyndigheter lämnar bidrag för rehabiliteringsverksamhet åt vissa typer handikappade, t. ex. reumatiker och rörelsehindrade. Utlandsvistelse och besök av mera turistkaraktär har i några fall prövats för psykiskt sjuka med goda prognoser till förbättring. Sjukförsäkringen kan under vissa betingelser utbetala ersättning vid vård i utlandet.

Detta är mycket spridda försök. De talar emellertid inte emot uppfattningen att vård lämnad utanför vårt lands gränser ofta kan vara ett lämpligt komplement till vår egen sjuk- och hälsovård. Det förefaller motiverat att erfarenheterna av dessa försök mera systematiskt bearbetas och tillvaratas för att om möjligt utarbeta något slags »policy» för vårt lands vidkommande. Det bör också undersökas i vilken omfattning som sjuk- och hälsoservicen i andra länder kan bedömas bli effektivare både ekonomiskt och resultatmässigt, dels därför att kostnadsläget är lägre i flera andra länder där vård kan lämnas men dels också därför att klimatet och miljöytet i sig självt kan vara hälsofrämjande. Det hävdas från sakkunnigt håll att t. ex. utbildning och träning av blindkäppens användning lämpligen bör ske i varma länder och i skolmässiga former som ger trygghet åt de nyblinda som har svårast att komma över sitt svåra handikapp. På motsvarande sätt görs gällande att den medicinska rehabiliteringen kan ske snabbast om de vårdbehövande så snart som möjligt görs aktiva. Detta sker lättast i en omgivning som erbjuder omväxling, komfort och ett gott klimat.

Eftersom länderna runt Medelhavet ur klimatsynpunkt erbjuder de största fördelarna men också därför att dessa länder har ett arbetskraftsöverskott som gärna ägnar sig åt vårdservice är det naturligt om undersökningen i första hand granskar de för- och nackdelar som ett vidgat vårdserviceutbyte med dessa länder skulle erbjuda. Det säger sig självt att ett sådant utbyte kan ställa vår betalningsbalans inför stora påfrestningar, men det bör påpekas att underskottet i vårt turistnetto för år 1968 beräknas överstiga en miljard kr. Har vi råd att betala turist- och rekreationsresor till sådana belopp bör det också finnas utrymme för en organiserad och välplanerad hälso- och sjukvårdsverksamhet utanför vårt lands gränser.

Under hänvisning till ovanstående hemställer vi,

att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t hemställer om en utredning beträffande för- och nackdelar med organise-

rad sjuk-, hälso- och rehabiliteringsverksamhet utanför
vårt lands gränser.

Stockholm den 25 januari 1968

Nils Kellgren (s)

Oskar Lindkvist (s)

Bror E. Nyström (s)

Nr 552

Av herr **Kellgren m. fl.**, om *kollektivt ägande av bostäder i flerfamiljsfastighet, m. m.*

Hyressplittringen, svårigheterna att avveckla hyresregleringen och att komma till rätta med bostadsbristen sammanhänger till inte oväsentlig del med nuvarande institutionella ägandeförhållanden på fastighetsmarknaden. Till alldeles övervägande delen är fastigheter, byggda före andra världskriget, privatägda bortsett från de fastigheter som tillkom i större städer på HSB:s initiativ under 1920- och 1930-talen. Bostadsproduktionen under efterkrigstiden har till stor del skett i de kooperativa och allmännyttiga företagens regi. Om utvecklingen går i samma takt under ännu några decennier kommer fastighetsbeståndet praktiskt taget att vara helt finansierat genom samhällets medverkan med undantag av fastigheter bland det äldsta beståndet som vid den tidpunkten till stor del kommer att vara saneringsmoget.

Nuvarande system där produktionen av bostäder sker under stark konkurrens mellan olika företagsformer medan fastigheterna finansieras och ägs i mera kollektiva former under medverkan från samhällets sida har stora fördelar. I bristsituationer förhindras enskilda personer att dra ekonomiska fördelar av de bostadssökandes ofta prekära belägenhet. Utjämningsmöjligheter mellan skilda kategorier boende och årgångar bostäder kan också bli större om enskilda personer blir ur stånd att profitera på utjämnningen utan vinsterna i stället tillfaller de mest behövande och mest motiverade bland de bostadssökande. Stadsplanefrågor och saneringsarbete vid framtida ombyggnader av våra stadsdelar med hänsyn till trafikens och morgondagens standardbehov underlättas givetvis också i samma mån som fastighetsbeståndet är undandraget enskilt och privat ägande. Man kan också utgå ifrån att fastighetsbeståndet genomsnittligt underhålls bättre och saneras snabbare därest hyresgästerna själva får bestämma formerna för förvaltningen och skötseln av fastigheter som de bebor. Det vill också synas lättare att i ett fastighetsbestånd som administreras i kollektiva former verkställa omflyttningar och genomföra ändringsarbeten som tillgodoser