

Nr 1085

Av herr **Kaijser**, i anledning av Kungl Maj:ts proposition 125, med förslag till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring, m. m.

(Lika lydande med motion nr 1256 i Andra kammaren)

Kungl. Maj:t har i proposition 125 bl. a. föreslagit ett radikalt förenklat system för ersättningen från sjukförsäkringen, baserat på medelvärdesberäkningar av patienternas nettoutgifter för läkarvård inom ramen för återbäringstaxan. Förslaget avser endast vård i samhällets regi. Riksdagen har att ta ställning till ett påtagligt begränsat antal förslag till ändringar av lag- och förordningstext. Kontentan av dessa ändringar, när det gäller den öppna vården, är att ersättning för utgifter för läkarvård vid sjukhus skall utgå "enligt grunder som Konungen fastställer", och ej som nu med 3/4 av belopp enligt särskild taxa, att läkare anställd i sjukvårdande verksamhet inom verksamheten ej längre skall få mottaga ersättning av patienter samt att sjukförsäkringskostnadernas av den föreslagna reformen betingade ökning huvudsakligen skall betalas genom att arbetsgivarnas avgift till sjukförsäkringen höjs (med drygt 11,5 %) från 2,6 % till 2,9 % av avgiftsunderlaget.

Från flera synpunkter är det för allmänheten fördelaktigt med den förenkling av återbäringsutbetalningen som föreslagits. Bl. a. slipper patienterna ligga ute med pengar i avvaktan på återbäring. De som måste ha dyrbar vård kommer att beredas ekonomisk lättnad. Reformen kommer också att medföra administrativa förenklingar för sjukförsäkrarna, vilka beräknats medföra en besparing av tio miljoner kronor. Då de sjukförsäkrarna ändå för sin sjukpenning måste ta kontakt med sjukförsäkrarna och då avdraget å fem kronor ur den utgående sjukpenningen vid den sjukens intagande i slutet vård bibehålles, blir den administrativa förenklingen dock inte så stor som avsetts. Det nya systemet medför emellertid också direkta nackdelar för en del av de sjuka. Vården fördyras nämligen för dem som eljest fått vård enligt lägre taxa. Förutsättningen för att en tillfredsställande lösning av det problemet skall kunna ske är att sjukvårdshuvudmännen beaktar de skäl som kan föreligga till avgiftsnedsättning i enskilda fall. Departementschefen har i det sammanhanget uttalat att avsikten är att ersättningen från sjukförsäkringen utgår även när patienters egenavgift sätts ner eller slopas.

En allmänt uttryckt farhåga är att enhetspriset — sju kronor — som skall utgöra patientavgiften vid läkarbesök leder till ett alltför kraftigt efterfrågetryck på den öppna vården och då framför allt på laboratorier och röntgenavdelningar. "Sjukronan" skall nämligen inkludera röntgen- och laboratorieundersökningar, och det är framför allt beträffande dessa som farhågorna gjort sig gällande. Något som gör dessa farhågor realistiska är att i kombination med ovanstående efterfrågestimulerande förmåner arbetstiden för läkarpersonalen kommer att regleras i samband med avtalsmässig löneroglering. 42 timmars arbetsvecka har nämnts. Vårdresurserna kommer på så sätt att begränsas.

Tills vidare lämnas de privatpraktiserande läkarna utanför den föreslagna reformen. I den till proposition 125 bilagda departementspromemorian förutskickas visserligen att vid ett genomförande av den nya ersättningsformen det hittillsvarande återbäringsystemet inom sjukförsäkringen alltjämt kommer att omfatta privatpraktiserande läkare. Trots detta har departementschefen dels låtit ändringsförslaget i lagen om allmän försäkring helt utesluta någon som helst antydan om hur försäkringssystemet skall fungera när det gäller privatläkararvoden, dels ej heller i sin föredragning av ärendet berört problemet närmare. Departementschefen uttalar endast ett allmänt önskemål att inordna privatpraktiserande läkare i reformen. Det framgår att riksförsäkringsverket den 9 maj 1969 fick i uppdrag att utreda frågan. Det heter vidare i propositionen: "Om det visar sig möjligt att genom riksförsäkringsverkets utredning finna en lösning på denna fråga bör ersättningen från försäkringen vid privatläkarvård inordnas i reformen. Tidpunkten härför blir beroende av resultatet av utredningen. Det i promemorian föreslagna ersättningsystemet för läkarvård i offentlig regi kan införas oberoende av frågan om privatläkarvården" (s. 12).

Avsikten är sedan, vilket departementschefen framhåller på s. 13 och s. 16 i propositionen, att i den mån man kan finna en lösning på detta problem privatläkarvården skall inordnas i systemet med stöd av den föreslagna texten i 2 kap. 2 § lagen den 25 maj 1962 (381) om allmän försäkring, och departementschefen förutsätter att Kungl. Maj:t får bemyndigande att utfärda härför nödvändiga ersättningsbestämmelser. Det är skäl att notera att privatläkarna inte nämns i den föreslagna texten utan bara ersättningsgrunderna, och privatläkarvården svarar ändå för $\frac{1}{4}$, i Stockholm 40 %, av hela den öppna läkarvården. Frågan om de privatpraktiserande läkarna är sålunda framför allt ett problem för större tätorter; enbart i Stockholm finns ca 400 av landets 1300 privatpraktiserande läkare. Det synes helt otänkbart att för de privatpraktiserande läkarna genomföra ett så generellt system som för läkar-

na i sjukvårdshuvudmännens regi, där de olika läkarnas och de olika specialiteternas olikartade förhållanden utjämnas i hela det samlade omfånget av den i denna regi administrerade vården. För de privatpraktiserande läkarna, som ju på ett alldeles särskilt sätt kan tillfredsställa många patienters önskan om en personlig och kontinuerlig vård, måste en ledande princip för ersättningsbestämmelserna vara differentiering och flexibilitet. Alldeles oberoende av de växlande kostnaderna för lokaler, för erforderlig utrustning och för biträdespersonal förekommer stora skillnader i genomsnittlig tidsåtgång inom olika specialiteter och för olika läkare. Man jämföre endast en psykiaters tidsödande samtal med en kirurgs, en öronläkares eller ögonläkares rutinmässiga undersökningar. Den läkare som vill låta sina patienter med ingående samtal redogöra för sina problem kommer att stå sig slätt mot den som avfärdar sina patienter snabbt och kortfattat. På privata mottagningar genomförda polikliniska operationer, vilka kan vara långdragna och som obestridligen avlastar sjukhusen, kanske kommer att helt försvinna. Det är angeläget att de privatpraktiserande läkarnas förhållanden får diskuteras inför riksdagen, och det måste anses vara en parlamentarisk rättighet och skyldighet för riksdagen att göra principiella uttalanden i denna fråga, även om Kungl. Maj:t har att utfärda detaljbestämmelserna. Riksdagen måste ju ändå veta vad ett av Kungl. Maj:t begärt bemyndigande innebär när det gäller en så viktig fråga för medborgarna som sjukvården.

En allvarlig konsekvens av den föreslagna reformen synes bli att de möjligheter som nu föreligger till fritt läkarval inom rimliga gränser försämras eller t. o. m. försvinner. Att sådana följder uppstår beror givetvis till stor del på det föreslagna förbudet mot privatarvoderad verksamhet inom ramen för den offentliga, sjukvårdande verksamheten. Möjligen skulle den frågan kunna lösas avtalsvägen, vilket ligger utanför riksdagens kompetensområde. Departementspromemorian har dock på s. 38 uttalat, att ingenting hindrar att man inrymmer moment av prestationsersättning i det avlöningssystem som skall tillämpas. Hur man än söker lösa denna fråga vill jag som min mening framhålla hur oerhört väsentligt det är att vården inte görs opersonlig. Det har inte bara sociala motiv utan också i hög grad praktiska. En läkares personkänedom är av stor betydelse. Om en patient varje gång vederbörande söker läkare får träffa en ny läkare, kommer det att medföra att tidskrävande samtal och att undersökningar många gånger måste upprepas. Man måste också tillmäta patientens välbefinnande utomordentligt stor betydelse. Om någon frivilligt söker sig till en och samma läkare år ut och år in måste det bero på att den sökande personen har förtroende för och tycker om

läkaren i fråga. Om möjligheterna till ett sådant fritt läkarval omintetgörs, innebär det en påtaglig nackdel. Den utveckling som har skett inom vårdsektorn är i sig själv redan nu tillräckligt allvarlig ur just den mänskliga aspekten. Om man t. ex. läser ett av socialstyrelsen nyligen redovisat utredningsförslag till principprogram för öppen sjukvård, finner man ett överflöd av tekniska och administrativa uttryck såsom data-journalsystem, terminaler, reversibla patientflöden mellan vårdnivåer, rationaliseringsvinster, standardisering, omstrukturering o. s. v. Vad man däremot saknar är mänskliga ställningstaganden, med andra ord hur man tänker sig få patienterna att trivas all teknokrati till trots.

Det är betecknande för proposition 125 att väsentliga problem skjuts på framtiden, hänskjuts till förhandlingar mellan vårdsektorns arbetsgivare och arbetstagare och läggs över på sjukvårdshuvudmännen. Alla dessa problem innefattar uppgifter, som innebär ett omfattande administrativt och organisatoriskt arbete. Kvalificerade förhandlingar måste genomföras och en mängd beslut fattas. Principen att problemen måste lösas på de beslutsnivåer där de hör hemma och inte centralt är naturligtvis riktig. Däremot kan det inte vara riktigt att Kungl. Maj:t ställer så kort tid till förfogande för allt det arbete som den föreslagna reformen innebär. De berörda parterna har visserligen vidtagit förberedelser, men det är omvittnat att tiden blivit för knapp. Dessutom kommer det att ligga mindre än en månad mellan riksdagsbeslutet och reformens föreslagna ikraftträdande. Det är mängder av detaljproblem som måste lösas innan dess. Joursystem måste upprättas liksom transportorganisationen. All möjlig planering måste forceras, blankettsystem och rutiner reorganiseras. Därtill kommer kostnadskalkyler och budgetering. Allt detta har i sin tur i påtaglig utsträckning ett sådant samband med de principiella avtals- och andra beslut som huvudmännen tillsammans med berörda organisationer måste fatta att det hela kräver ett omfattande utrymme i tiden. Det synes mig därför orimligt att reformen skall kunna genomföras redan den 1 januari 1970.

Sammanfattningsvis vill jag framhålla att starka skäl talar för ett uppskov åtminstone till den 1 juli 1970 av den föreslagna reformen i vad avser den av samhället organiserade öppna vården. Riksförsäkringsverket, försäkringskassorna, sjukvårdshuvudmännen, sjukhusen, förhandlingsdelegationerna m. fl. måste ha tid på sig för den omställning som krävs. Riksdagen bör få ta ställning i princip till hur ersättningssystemet för de privatpraktiserande läkarna och deras patienter skall utformas. Riksdagens ställningstagande till lösningen av privatpraktikerproblemet kan dock göras oberoende av tidpunkten för reformens ikraftträdande i övrigt.

På s. 18 i propositionen meddelas att Kungl. Maj:t tillkallat en sakkunnig för att verkställa en utredning av vissa frågor rörande sjukvårdskostnaderna, innefattande dels en samhällsekonomisk analys rörande sjukvårdskostnadernas utveckling, dels en teknisk undersökning rörande verkningar individuellt och kollektivt av nuvarande metoder för sjukvårdskostnadernas finansiering. Båda frågorna är av yttersta vikt för sjukvårdshuvudmännen liksom också för de enskilda människorna, i deras egenskap av såväl vårdsökande som skattebetalare. Jag anser den påbörjade utredningen mycket väsentlig, och den bör anförtros en parlamentarisk kommitté.

Med stöd av vad ovan anförts hemställes,

att riksdagen måtte besluta

att de ändrade bestämmelserna rörande ersättning för i samhällets regi anordnad öppen vård skall träda i kraft den 1 juli 1970,

att frågan om principerna för de privatpraktiserande läkarnas ställning inom sjukförsäkringsersättningsssystemet måtte före fastställandet underställas riksdagen,

att hos Kungl. Maj:t hemställa om en parlamentarisk utredning angående sjukvårdskostnadernas samhällsekonomiska betydelse och verkningar.

Stockholm den 11 november 1969

Rolf Kaijser (m)
