

Nr 162.

Av herr **Andersson** i Tungelsta, *angående sammanförande av kommuner till gemensamma hälsovårdsområden.*

Genom beslut av 1936 års riksdag angående ändring av gällande hälsovårdsstadga m. m. erhöles bland annat bostadsparagraferna i hälsovårdsstadgan ändrad lydelse. Härigenom ha i stort sett samma uppgifter lagts på hälsovårdsnämnderna i landskommunerna som på hälsovårdsnämnderna i städer och tätbebyggda samhällen.

Då hälsovårdsnämndernas skyldigheter och befogenhet genom denna lagändring ökats, har frågan om en reformering av landsbygdens hälsovårdsmyndigheter erhållit ökad aktualitet.

Enligt gällande lag om den allmänna hälsovården på landet utgör i regel varje kommun ett hälsovårdsområde. För sådant område skall finnas en hälsovårdsnämnd, vilken det åligger att övervaka efterlevnaden av gällande hälsovårdsstadga. Hälsovårdsnämnd skall, om ej särskild sådan nämnd finnes, utgöras av kommunalnämnden. Särskild hälsovårdsnämnd skall tillsättas för hälsovårdsområde med mera än 3,000 invånare. För hälsovårdsområde med 3,000 invånare eller därunder må sådan nämnd tillsättas, där så prövas erforderligt. Den sålunda lämnade möjligheten för kommun med mindre invånarantal än 3,000 att välja särskild hälsovårdsnämnd har endast ett relativt fåtal av landskommunerna begagnat sig av.

Den mångfald åligganden, av framför allt ekonomisk innebörd, som åvila en sockens kommunalnämnd, torde ofta medföra att kommunalnämndens egenskap av hälsovårdsmyndighet fått träda i bakgrunden vid bestämmandet av nämndens sammansättning. Till följd härav torde ofta de ärenden, som kommunalnämnderna ha att handlägga i sin egenskap av hälsovårdsnämnd, tillmätas mindre betydelse jämfört med nämndens egentliga uppgifter.

Flertalet landskommuner utgöras av mycket små kommunala enheter. År 1939 hade omkring 47 procent av samtliga landskommuner mindre än 1,000 innevånare. Denna uppdelning i mycket små hälsovårdsområden med olika nämnder innebär en påfallande olägenhet, då det gäller en effektiv hälsovårdsövervakning. Det lär ej kunna undgås att i kommuner med endast några hundratal innevånare nämndens verksamhet i vissa fall påverkas utav att hälsovårdsnämndens ledamöter själva, eller personer med vilka de äro befryndade, i stor utsträckning beröras av nämndens verksamhet. Icke minst synes den uppgift som hälsovårdsnämnderna ha med avseende å över-

vakningen av bostadsförhållandena inom kommunerna göra det angeläget, att nämnderna erhålla en organisation, som möjliggör ett effektivare arbete än som hittills mångenstädes bedrivits på detta område. Från den statsunderstödda bostadsförbättringsverksamheten torde man ha den erfarenheten, att icke blott hälsovårdsnämndernas intresse för förbättring av bostäderna väsentligt växlat olika kommuner emellan utan även, att deras tillgång till sakkunskap för detta arbete varit mycket olika.

Genom att två eller flera kommuner sammanfördes till ett hälsovårdsområde och att för sådant område valdes särskild hälsovårdsnämnd, skapades förutsättning för, dels enhetligare handläggning av hälsovårdsnämndens uppgifter, dels att personer vilka besitta för uppdraget erforderlig sakkunskap kunde tillföras nämnderna.

Huru en effektivare organisation av landsbygdens hälsovårdsmyndigheter bäst borde genomföras torde icke kunna bedömas utan en föregående utredning. Enligt min mening är en sådan utredning önskvärd.

Med stöd av vad ovan anförts får jag hemställa,

att riksdagen måtte besluta i skrivelse till Kungl. Maj:t anhålla om utredning angående möjligheterna att genom sammanförande av kommuner till gemensamma hälsovårdsområden, eller på annat sätt, skapa ökade förutsättningar för en effektivisering av hälsovårdsnämndernas arbete.

Stockholm den 24 januari 1942.

Allan Andersson.