

Nio heta frågor om sjukvården

På söndag avgörs vilka som ska bestämma hur sjukvårdspolitiken utformas de närmaste åren.

Läkartidningen ställde företrädare för riksdagspartierna mot väggen under en hearing i våras (se LT nr 22/02). Nu har de fått chansen igen att svara på frågor. Läs svaren på följande sidor om bland annat hur mycket resurser de vill ge vården, hur de tycker att sjukskrivningarna ska minskas och hur de vill göra med remisstvång till specialister.

Fråga 1.

**Ska vården ha mer resurser?
Hur ska det i så fall gå till?**

Fråga 2.

Hur vill ni minska läkarbristen?

Kenneth Johansson (c):

1. Ja. C har medverkat till 8 extra miljarder för 2002–2004. Vi föreslår 3,5 extra miljarder för genomförandet av nationella vårdgarantin samt att 4,5–5 miljarder av sjukpenningkostnaderna skall frigöras genom finansiell samordning av försäkringskassa, hälso- och sjukvård, socialtjänst och arbetsförmedling (Finsam) för rehabilitering och för att korta värdköer. Vi förstärker kommunala skattebasen och värnar skatteutjämningen. På sikt bör vi nå 10 procent av BNP till vården.

2. Uppvärdera och ge en positiv bild av vård- och omsorgsyren. Förbättra arbetsförhållanden och arbetsmiljön. Ge möjligheter till fördjupning, forskning etc. Riktade åtgärder till svårrekyterade specialiteter. Arbetskraftsinvandring. Underlätta för äldre läkare, som så önskar, att arbeta kvar.



FOTO: HASSE PETERSSON

Leif Carlson (m):

1. Ja, sjukvårdens budget ska ligga 35 miljarder högre om 10–15 år. Men först måste sjukvården omorganiseras och strukturomvandlas så att resurserna utnyttjas optimalt.

2. Genom attraktiv arbetsmiljö, bättre inflytande, mångfald av arbetsgivare och mer marknadsanpassade löner.



FOTO: HASSE PETERSSON

Chatrine Pålsson (kd):

1. Ja. Sjukvården ska ha 10 procent av BNP. Ytterligare 30 miljarder senast 2010, 3 miljarder varje år. I första hand genom ökad tillväxt genom att företagandet stimuleras, i andra hand genom ökade statsbidrag.

2. Genom att skapa en bättre arbetsmiljö och stimulera ungdomar att välja vårdyrken. Genom en kombination av forskning och kliniskt arbete för att göra läkaryrket attraktivare. Utbildningsplatserna bör öka väsentligt.



FOTO: HASSE PETERSSON

Bo Könberg (fp):

1. Vårdsektorns andel av BNP behöver öka med tiden, det är en följd av att befolkningen blir äldre. Resurstillskotten skall prioriteras rätt, inte minst till äldreomsorg samt eftersatt psykiatri och missbrukarvård. God organisation, effektiv användning av skattepengar samt medicinska framsteg kan begränsa andra kostnader.

2. Eget ansvar, god utbildning, rimliga arbetsvillkor, flera arbetsgivare att välja på. Lön som motsvarar arbetsinsats, ansvar och kompetens. Stor öppenhet för att rekrytera utomlands.



FOTO: HASSE PETERSSON

Conny Öhman (s):

1. Ja, med bra tillväxt får landstingen större skatteunderlag. Vi vill ge sjukvården ytterligare 20 miljarder under nästa mandatperiod. Finansiell samverkan mellan sjukvården, försäkringskassan, socialtjänsten och arbetsförmedlingen kan frigöra resurser för rehabilitering.

2. Antalet läkare är 2 000 fler än för fyra år sedan. Vi har ökat intaget till läkarutbildningen med 200 platser per år. Landstingen kan rekrytera utländska läkare.



FOTO: HASSE PETERSSON

Rolf Olsson (v):

1. Ja. Vi vill höja sjukvårdens andel av BNP upp mot ca 10 procent de närmaste åren vilket motsvarar ytterligare ungefär 25–30 miljarder. Det ska ske under och genom omfördelningar inom budgetramen samt i anspråktagande av det överskott vi kan förutse.

2. Sjukvården måste bli en attraktiv arbetsplats genom fler händer i vården för att minska stressen, högre grad av inflytande i det dagliga arbetet, kortare beslutsvägar och flexibla arbetstider. Mer teamarbete.



FOTO: HASSE PETERSSON

Ann-Catrin Bergman (mp):

1. Ja. Vi talar om 10 procent av BNP. Finansiering skall göras inom statens budget och inom respektive landsting. Det blir en framtida förhandlingsfråga. Det går inte i nuläget redovisa antal miljarder. Under fråga 7 har vi ett förslag som kan påverka behovet av storleksordningen på pengarna.

2. En arbetsmiljö-, ledarskaps- och lönefråga. Behov att utöka antalet utbildningar.



FOTO: MIKAEL TÖRNÖVIST

Frågor till politikerna

3. Hur ska den kliniska forskningen få mer resurser?

4. Ska vården privatiseras ytterligare? Ska akutsjukhus kunna ägas privat och drivas med vinstsyfte?

5. Hur vill ni korta vårdköerna?

6. Ska användningen av stafettläkare förbjudas?

7. Hur ska sjukskrivningarna minskas?

8. Hur ser ni på etableringsfrihet för privatläkare?

9. Ska remisstvång till specialist införas eller ej? Ska även andra specialister än allmänläkare kunna finnas först i vårdkedjan?

Rolf Olsson (v):

3. Prioritering och riktning i första hand inom befintliga forskningsanslag. Klinisk och patientnära forskning bör vara högt prioriterat. Om det inte är tillräckligt får vi utifrån det aktuella ekonomiska läget överväga att tillföra ytterligare resurser.

4. Nej, Vården ska inte privatiseras ytterligare och akutsjukhus ska följaktligen inte drivas i vinstsyfte.

5. Genom mer Pengar, mer Personal och att det av riksdagen beslutade Prioriteringsbeslutet efterlevs. Det är tre viktiga P:n! Pengar behövs för att kunna anställa mer personal vilket är förutsättning för att korta köerna. Prioriteringarna behövs för att de svårast sjuka, de kroniskt sjuka inte blir förlorare i ett system som enbart tittar på befintliga köer!

6. Tveksamt. Men stafettläkare ska undvikas. Varje sjukvårdshuvudman måste själv bedöma läget! Alltför flitig användning av stafettläkare innebär höga kostnader och brist i kvaliteten som i sin tur konserverar en redan besvärlig sjukvårdssituation.

7. Bättre arbetsmiljö där arbetsgivarna genom ekonomiska incitament ska stimuleras till aktiv satsning på förbättringar för sina anställda, ökad samverkan mellan olika myndigheter, obligatorisk företagshälsovård och ökade kunskaper för läkare i försäkringsmedicin. Teamarbete. Förstärkt rehabilitering för den enskilde. Försök med kortare arbetstid måste prövas!! Vi säger nej till ytterligare en karenssdag och försämringar i sjukförsäkrings-systemet.

8. Etableringsfrihet leder till sned fördelning av läkartillgången i de mest utsatta och så kallade oattraktiva områdena. Landstingen måste förbehållas rätten att avgöra hur resurserna ska fördelas.

9. Nej. Primärvården ska vara första linjens sjukvård, men för vissa grupper kan andra specialistfunktioner vara de mest lämpliga som primär kontakt till exempel pediatriker, ortoped eller geriatriker.

Ann-Catrin Bergman, (mp):

3. Omprioritering inom landstingens budget och även på statlig nivå. Samt vidga forskningen till att även gälla orsaker till ohälsan. Forskning är a och o för framtida utveckling.

4. Mindre enheter är okej om landstingen vill, och då blir det enligt gällande upphandlingsregler. Vi är för alternativa driftsformer, men betonar att personalen skall vara med på andra driftsformer. Privatisering är inte lösningen på sjukvårdskrisen. När det gäller akutsjukhus är vi emot, där gäller det att skydda allmännyttan. Men det är viktigt att partierna är tydliga mot väljarna med i vilken omfattning man vill privatisera. Därmed avgör väljarna via valen om vården ska privatiseras

5. Mer pengar och mer personal. Utveckla en arbetsmiljö med deltagande klimat.

6. Nej. Det är i nuläget en nödvändig nödlösning.

7. Enligt svar ovan, angående arbetsmiljö m m. Rehabilitering. Vi avsätter 2 miljarder att fördelas bland landstingen för åtgärder mot ohälsan. Dessutom ska staten ge landstingen ett bidrag motsvarande en tredjedel av de minskade sjukskrivningskostnader som landstingen lyckas åstadkomma åt staten genom att minska sjukskrivningarna.

8. Visst skall man ha det. Varje landsting avgör vid teknade av avtal vilka läkare som skall anslutas. Mångfald av vårdgivare berikar.

9. Det skall vara remiss. En läkare har sin utbildning att remittera patienter vidare till rätt specialist. Om inte remisser finns, riskerar det att försämrings för de patienter som verkligen behöver en specialist.

Conny Öhman (s):

3. När vården får mer resurser bör det vara möjligt att frigöra tid för mer forskning. En forskningspolitisk proposition kommer i mitten av nästa mandatperiod.

4. Nej till akutsjukhus som drivs med privata vinstintressen. I den öppna vården är vi öppna för alternativa driftsformer, såväl privata som ideella och kooperativa.

5. Genom mer resurser, se 1. Genom förbättrade rutiner och utvecklingsarbete kan befintliga resurser utnyttjas bättre. Vi vill införa fritt vårdval och vårdgaranti för alla diagnoser från 1 januari 2003.

6. Nej, på nationell nivå finns ingen anledning till förbud, men landstingen ska minimera användningen så långt det är möjligt.

7. Genom att alla arbetsgivare gör vad de kan för att människor ska må bra på jobbet. Genom samverkan mellan sjukvården, försäkringskassan, socialtjänsten och arbetsförmedlingen. Vi måste få fart på rehabiliteringen så att människor kan återgå i arbete.

8. Vi vill inte ha etableringsfrihet. Vår grundinställning är att man tecknar vårdavtal med landstingen eller att landstingen upphandlar tjänster.

9. Nej. Men grundprincipen är att allmänläkare är basen i vårdkedjan.



**Kenneth Johansson
(c):**

3. Vi har i budgetförslaget avsett 190 miljoner mer än i dagens budget till forskning generellt. I fortsättningen avser c att förstärka ytterligare. Vetenskapsrådet ska ha mer resurser till klinisk forskning, men vi har inte preciserat hur mycket. Andra finansieringsmöjligheter bör uppmuntras.

4. C vill öka mångfalden av vårdgivare. Avtal med privata akutsjukhus skall tillåtas. Stopplagen skall upphävas. Regioner/landsting skall själva besluta hur vården ska organiseras.



5. Nationell vårdgaranti från 1 januari 2003. C anslår 3,5 miljarder för genomförandet. Fritt val av sjukhus skall gälla. Platsgaranti inom förlossningsvården. En finansiell samordning skall frigöra ca 5 miljarder till rehabilitering och att korta värdköer.

6. Nej. Ambitionen måste dock vara att få läkartjänsterna fast bemannade och att kontinuiteten upprätthålls.

7. Förebyggande åtgärder, bättre arbetsmiljö och arbetsförhållanden förenas med en vård- och rehabiliteringsgaranti. Frigör passiva sjukförsäkringspengar till aktiva rehabiliteringsinsatser. Förbättra försäkringskassans möjligheter till rehabiliteringsinsatser. Läkare skall ges ökad utbildning i försäkringsmedicin. Alla skall ha råd att korta arbetstiden och tillbringa mer tid med sina barn.

8. C vill först arbeta mycket hårt och målmedvetet för att bemanna läkartjänsterna i hela landet. Därefter positivt pröva möjligheterna till etableringsfrihet.

9. Frågan om remisstvång eller inte skall avgöras av regioner/landsting.

**Bo Könberg
(fp):**

3. Vi vill göra en nysatsning på forskning med nästan två miljarder över tre år. Av det kan en hel del gå till klinisk forskning.



4. Sjukvården skall ges efter medicinskt behov och finansieras genom skatter. Inom den ramen kan finnas inslag av akutsjukhus som inte drivs av landsting. Det finns inget utrymme i svensk sjukvård för vårdgivare som försöker ha dubbla köer, en för vanliga människor och en för sådana som försöker köpa förtur.

5. Med nationell vårdgaranti, där landstinget måste betala för vård hos annan vårdgivare, om det inte klarat av att ge behandling inom tre månader, samt med finansiell samordning, där försäkringskassa, vård och socialtjänst tillåts samarbeta lokalt för att minska sjukpenningkostnader och förkorta sjukskrivningstider.

6. Att något är olämpligt och ett tecken på svårigheter är inte detsamma som att det måste införas ett formellt förbud mot det.

7. Ökat individuellt inflytande över arbetet och arbetstiderna. Rehabiliteringsgaranti, där en annan läkare än den som först sjukskrev senast inom åtta veckor prövar rehabiliteringsbehov och lämpligheten av fortsatt sjukskrivning. Utbildning av läkarna i försäkringsmedicin. Förstärkt företagshälsövård, med tidigt stöd vid tecken på förslitning, utbrändhet eller alkoholmissbruk. Förebyggande friskvård.

8. Husläkarlag med etableringsfrihet skall återinföras. Fri etablering även för sjukgymnaster, barnmorskor, geriatriska, barnläkare och gynekologer.

9. Remisstvång bör avskaffas, inte införas. Men normalt ska allmänläkare vara först i värdkedjan.

**Chatrine Pålsson
(kd):**

3. Vi vill att 30 procent av statens resurser till Vetenskapsrådet går till medicinsk forskning som idag får 20 procent. Medicinerna måste avgöra hur medlen fördelas mellan grundforskning och klinisk forskning. Målet är att återupprätta forskningsmiljöer som tar ett helhetsgrepp, från grundforskning till klinisk forskning.

4. Varje landsting ska bestämma själv hur man ska leva upp till Hälso- och sjukvårdslagens krav på vård på lika villkor. Vi tror på ökad mångfald, till exempel personalkooperativ, bologisering eller privata entreprenörer, för att öka kvaliteten och effektiviteten.



5. Med en nationell vårdgaranti. Vi satsar ytterligare 3,5 miljarder under två år för att korta köerna.

6. Nej, de måste få finnas.

7. Doktorerna måste få mer tid med sina patienter för att få insikt om patientens totala situation. Sjukskrivningarna är ett stort samhällsproblem som inefattar familj, fritid, stress.

8. Vem som helst ska kunna ansluta sig till den nationella taxan. Men vi ser helst ett vårdavtal med landstinget. Vi säger ja till ersättningsetablering.

9. Nej, vi ska ha så lite remisser som möjligt. Och en specialist kan mycket väl vara familjeläkare, en geriatriska till exempel.

**Leif Carlson
(m):**

3. Den kliniska forskningen bör få åtminstone 300–400 miljoner mer än idag av det offentliga för att göra den attraktiv för företag som vill satsa på klinisk forskning.



4. Ja. Och akutsjukhus ska kunna ägas privat och drivas med vinstsyfte. Privatisering är inget självändamål. Vården blir bättre om den utsätts för konkurrens och det som saknas idag är inte offentliga vårdgivare utan privata.

5. Vi föreslår en nationell vårdgaranti som åtföljs av 3,5 miljarder (2 miljarder 2003 och 1,5 miljard 2004). Vårdgarantin premierar organisationsförändringar som gör att produktiviteten stiger.

6. Nej. Stafettläkare är ett tecken på ett system som inte fungerar och därför är det idag en nödvändighet.

7. Vårdgaranti med ett tillfälligt anslag på 3,5 miljarder till landstingen för att beta av operationsköerna. 5 miljarder i engångsanslag till försäkringskassorna för att köpa sjukvård åt den enskilde patienten. Rehabilitering senast 29:e frånvarodagen. Effektivisera försäkringskassorna som får ytterligare 1 miljard årligen. Ytterligare en karensdag den åttonde dagen. Bättre arbetsmiljö, större mångfald inom traditionellt offentliga områden. Utbilda läkarna i försäkringsmedicin. Strama upp läkarnas befogenheter att sjukskriva. Generösare skatteregler för friskvård.

8. Etableringsfrihet är en nödvändighet för att få de konkurrenseffekter vi eftersträvar.

9. Nej. Folk måste få välja vem de vill träffa i första hand. Det är upp till allmänläkarna att visa att de har sådana meriter att folk väljer dem.