

PROGRAM



En liberal politik för äldreomsorg och sjukvård

Vårdprogram antaget av
Folkpartiet liberalernas landsmöte
18-21 augusti 2005



Folkpartiet

Vården skall bli bättre där bristerna i dag är stora

- inte minst för patientgrupper i det glömda Sverige.

1. Vården skall i huvudsak vara offentligt finansierad. Patientavgifter skall finnas såväl vad gäller vård som läkemedel. Mångfald skall prägla vårdproduktionen. Det främjar kvalitet, vårdutveckling och patientens valfrihet. Valfrihet och konkurrens skall stimuleras med hjälp av kundvalssystem och upphandling. Utförandet av vården bör ske på lika villkor för privata och offentliga vårdgivare.
2. De nya resurserna skall hamna där det annars kommer att bli brister, lidande och misär – och det betyder att det framförallt är i äldreomsorgen men även inom psykiatri och missbrukarvården som kommande årtiondens resurstillskott kommer att behövas.
3. Det som i dag är passiva sjukskrivningspengar skall mycket mer användas till förebyggande insatser, behandling och aktiv rehabilitering.

Vårdregioner i stället för landsting och försäkringskassor

4. Det övergripande ansvaret för sjukvård och sjukförsäkring skall, inom av riksdagen fastlagda ramar, samlas i vårdregioner som – förutom den nationella ersättningen till husläkarna – får tillgång till alla de resurser som nu används för sjukvård, rehabilitering och sjukförsäkring.
5. Sjukförsäkringen förblir en socialförsäkring med av riksdagen i lag fastställda villkor och ersättningsnivåer.
6. Vårdregionerna bör i framtiden vara färre till antalet än dagens cirka 20 landstingsområden, och det bör bli i storleksordningen 6 – 10 sådana regioner.
7. Sammanläggningar skall vara förankrade regionalt och inte genomdrivas uppifrån mot medborgarnas önskemål.
8. Vårdregionerna skall ha betydande frihet att organisera vården som de själva önskar, inom de ramar som sätts av Hälso- och sjukvårdslagen och andra aktuella lagar

– däribland bestämmelserna för husläkarsystemet.

9. Vårdregionerna och inte staten skall ha det ekonomiska ansvaret för läkemedelskostnaderna.
10. Förebyggande minskar sjukdom och vårdbehov
11. Alla vårdgivare skall erbjuda upplysning och behandling som kan förebygga sjukdom, framför allt genom att motivera till livsstilsförbättringar – exempelvis rökstopp, fysisk aktivitet och goda matvanor.
12. Skollagen bör innehålla krav på att skolan och förskolan skall arbeta för att förebygga fysisk och psykisk ohälsa.
13. Hälsokonsekvensbedömningar skall utvecklas och användas vid alla politiska beslut av strategisk betydelse för folkhälsan.

Husläkare i en stark primärvård

14. Ett nationellt husläkarsystem som omfattar hela befolkningen skall byggas upp snabbt och vara fullt genomfört i hela landet inom två år efter riksdagens principbeslut.
15. Husläkarreformen skall förbättra den förebyggande hälsovården, den skall ge sjukförsäkringen långt bättre stöd från primärvården än i dag, den skall upphäva dagens väldiga regionala orättvisor i tillgänglighet och den skall ge bättre och tryggare vård för ”multisjuka” äldre och andra särskilt utsatta patientgrupper.
16. Var och en skall ha sin egen husläkare – för en långvarig kontakt, som om möjligt förebygger i stället för att behöva bota, och som en lots i den övriga sjukvården.
17. Etableringsfrihet skall finnas för husläkare, under nationellt fastslagna och lika villkor, vid nyetablering och vid överlåtelse av praktik. Husläkarna skall vara specialister i allmänmedicin. De som i sin utbildning har annan specialitet skall komplettera med allmänmedicin.
18. Husläkaren skall arbeta i praktisk samverkan med framförallt distriktssköterskor men också med andra yrkesgrupper för att nå målet om en trygg, tillgänglig och effektiv primärvård. Husläkaren blir normalt en privat vårdgivare med egen rörelse,

oftast tillsammans med andra husläkare och med distriktssköterskor. Distriktssköterskor skall kunna leda egna specialmottagningar för t.ex. astma eller diabetes. Fri etableringsrätt skall gälla för barnmorskor. Privata husläkarmottagningar och de som drivs av vårdregioner skall konkurrera på lika villkor.

19. På större mottagningar med flera husläkare skall en del av dem kunna specialisera sig på patienter med vissa kroniska sjukdomar i äldrevårdscentraler, som kompletterar och samordnar hemtjänst, hemsjukvård, primärvård och sjukhus för att tillgodose de äldre multisjukas vårdbehov. Äldre med en komplicerad sjukdomsbild skall ha tillgång till geriatrisk kompetens. Det ska råda etableringsfrihet för geriatriner.
20. Ersättningen till vårdgivarna i primärvården, skall ha kraftig styrverkan till förmån för svaga patientgrupper och en effektiv resursanvändning i vården som helhet. Ersättningen till husläkarna skall ha såväl fasta delar som rörliga delar med tillägg i förhållande till prestation. Till största delen skall läkaren få betalt med fasta årliga belopp per listad patient, och dessa belopp skall variera främst med åldern, så att de är avsevärt högre för små barn och för de äldsta och därmed mycket vårdbehövande åldersgrupperna. Vårdregionerna skall kunna skriva avtal om ytterligare uppdrag och ersättning till husläkare, framförallt som del i samverkan med den övriga primärvården.
21. Sjukvårdens journal- och liknande system skall kunna tekniskt klara att på ett säkert sätt för patientens personliga integritet förmedla information mellan olika vårdgivare och till patientens samlade journal. Ansvar för denna skall ligga hos patientens husläkare. Patienten skall – med vissa undantag – alltid och även i elektronisk form ha tillgång till uppgifterna i sin journal

Vårdgaranti, valfrihet och vårdkvalitet

22. Vårdgarantin vid planerade, icke-akuta, behandlingar skall omfatta även vissa särskilt angelägna förebyggande insatser, som t.ex. rökavvänjning och behandling av barnfetma.
23. Vårdgaranti och fritt vårdval skall kunna utnyttjas även för vård i annat EU-land eller annat nordiskt land, hos kvalitetsgodkända vårdgivare, men inte till högre kostnad för vårdregionen än vad behandling i hemmaregionen hade inneburit. Resekostnader skall

belasta vårdregionen när regionen själv väljer att utnyttja vårdgivare i annan region eller annat land. Resekostnader skall också belasta vårdregionen när patienten utnyttjar vårdgarantin efter att regionen under tre månader inte lyckats tillhandahålla behandlingen. Vårdgarantin ska utvidgas till två månader i ett första steg och till en månad i nästa steg. Detta är möjligt med stöd av finansiell samordning och vårdregioner.

24. Vårdregionerna skall tillhandahålla vårdgaranti och fritt vårdval. Ingen vårdregion ska ha rätt att vägra införa dessa grundläggande patienträttigheter.
25. En förutsättning för att individen skall kunna välja god vård med stöd av egen kunskap är att det finns möjligheter att jämföra vårdkvalitet hos olika vårdgivare. Detta är också nödvändig kunskap för vårdregionen som finansiär och avtalspart. Sjukvårdens kvalitetsregister skall därför bli fler och öppna för allmänheten, liksom att också olika modeller för ”ranking” av vård och behandling utvecklas.

Rehabilitering

26. En första bedömning av rehabiliteringsbehovet skall ske senast efter fyra veckors sjukskrivning. Bedömningen skall utföras av en läkare knuten till Försäkringskassan.
27. Den sjukskrivne skall vara garanterad att de rehabiliteringsinsatser som då bedöms nödvändiga påbörjas inom en månad. Om landstinget eller regionen där den sjukskrivne bor inte klarar tidsgränsen skall den sjukskrivne ha rätt att få rehabilitering hos annan vårdgivare på landstingets eller regionens bekostnad.
28. Den sjukskrivne skall vara skyldig att där det är möjligt medverka till sin egen rehabilitering. Den som utan tungt vägande skäl vägrar att delta i den vård och rehabilitering som bedömts nödvändig skall få sin sjukpenning indragen.
29. Försäkringskassans resurser för rehabilitering får inte, som idag, användas huvudsakligen till utredningar. Resurserna bör i stället användas för arbetsträning och liknande.
30. Ansvarsfördelningen mellan arbetsgivarna, Försäkringskassan och landstingen måste göras tydligare. På mindre arbetsplatser är det ofta svårt

att erbjuda anpassade arbetsuppgifter och god rehabilitering. I de fallen måste Försäkringskassan ta ett större ansvar för rehabiliteringen. Likaså måste Försäkringskassan erbjuda rehabilitering åt dem som inte har någon arbetsplats att gå tillbaks till.

Samordnade högkostnadsskydd

31. Högkostnadsskydden skall, där så är möjligt, samordnas, så att de mer effektivt håller nere de samlade kostnaderna för personer och familjer som är hårt drabbade av sjukdomar eller funktionshinder. Avgifterna skall i övrigt variera så att de medverkar till att vård ges på rätt nivå. En liten expeditionsavgift skall alltid utgå. Läkemedel och alla vårdavgifter skall ha ett gemensamt högkostnadsskydd, och patientens egen avgift skall successivt minska när kostnaden för besök och läkemedel ökar under året. Egenavgifterna måste vara enkla att administrera för individen och dennes anhöriga

Förstärk psykiatri

32. Vården av människor med psykisk ohälsa och sjukdom är eftersatt. Psykiatri skall förstärkas – i den förebyggande delen, genom samverkan med husläkarna och utveckling av psykosocial kompetens inom primärvården, samt med bl.a. förbättrad lagstiftning, bättre tillgänglighet och fler vårdplatser
33. Nya öppna vårdformer behöver utvecklas, samtidigt som den öppna psykiatriska vårdens möjligheter att hjälpa patienter med allvarliga sjukdomar förbättras med ändrad tvångslagstiftning, som också ökar skyddet för anhöriga, personal och andra. Antalet slutenvårdsplatser skall anpassas efter utvecklingen av å ena sidan en förbättrad öppenvård och ny lagstiftning, och å andra sidan behovet inom rättspsykiatri och följderna av den förvärrade alkohol- och narkotikasituationen.
34. Staten skall under de närmaste åren ekonomiskt stödja uppbyggnaden av psykiatri.
35. Nationella kvalitetsnormer skall införas för att klargöra och åtgärda brister på områden där dessa länge varit stora, såsom för psykos, alkohol- och narkotikamissbruk och kriterierna för utskrivning från tvångsvård.

36. Det är särskilt viktigt att förbättra situationen inom barn- och ungdomspsykiatri. En särskild besöksgaranti dit skall införas, med högst en månads väntan för första besök, och kortare tid i allvarigare fall. En återuppbyggnad av den försummade skolhälsovården, samt införandet av husläkarsystemet skall underlätta möjligheterna att bättre förebygga allvarliga psykiska besvär så att färre skall behöva söka sig till barn- och ungdomspsykiatri.

37. En ambitiös utbyggnad behövs av ordnade boendeformer, såsom gruppboenden, för personer med svårare och varaktiga psykiska funktionshinder. De som har psykiska funktionshinder skall ha rätt till personliga ombud som hjälper dem med myndighetskontakter och annat.

38. Vårdregioner och kommuner skall samverka effektivt om människor som har både psykiatrisk sjukdom och alkohol- eller narkotikamissbruk. Staten skall bära finansieringen av den rättspsykiatriska vården, så att den inte tillåts fortsätta att tränga ut annan psykiatrisk vård. Staten skall också bidra till kommunerna med en del av deras kostnader för kvalificerad slutenvård barn- och ungdomsvård och missbrukarvård, för att hindra att missbruk, psykiatrisk ohälsa och kriminalitet får fortsätta att förvärras därför att kostnaden för adekvat vård uppfattas som för tung för kommunen att bära.

39. Sprututbyte
Den svenska narkotikapolitiken måste förbli restriktiv. Som komplement till andra åtgärder som folkpartiet föreslagit mot missbruket skall de sjukvårdshuvudmän som så önskar kunna införa sprututbytesprogram, för att skapa kontakt med Sveriges tyngsta missbrukare och förhindra spridningen av hiv/aids.

Trygga finanser för en god äldreomsorg

40. En av de viktigare välfärdspolitiska utmaningarna är att klara äldreomsorgen när 40-talisterna kommer att behöva vård och omsorg. Därför behöver statens finanser stärkas och villkoren för jobb och företagande förbättras redan nu så att vi skapar en stark ekonomisk bas för att finansiera framtidens högre kostnader för äldreomsorg.

Omsorgsgaranti – äldre skall kunna vara trygga

41. En omsorgsgaranti för äldreomsorgen skall införas. Den skall vara starkast där den behövs bäst – för dem som

- har sämst hälsa, störst vårdbehov och svårt att själva tala för sig, exempelvis genom demenssjukdom. Omsorgsgarantin skall vara kommunal, men för att kunna upprätthålla den med kraft skall kommunerna få stöd av nationella kvalitetsnormer.
42. Med de nationella kvalitetsnormerna som grund skall omsorgsgarantin på det lokala planet göras mycket konkret med tydliga krav på vad som skall fungera för vårdtagare med olika hälsoproblem, boendeformer och omvårdnadsbehov.
 43. När kraven inte uppfylls skall det alltid leda till återbetalning av äldrevårdsavgift, och till att både de förtroendevalda och kommunens äldreombudsman får veta vad som brustit och vad som kan behöva förbättras.
 44. Lagen om offentlig upphandling skall omarbetas för att ge bättre utrymme för hänsynstagande till vårdkvalitet och inte bara till pris, och kvalitetskraven i upphandlingen skall också stärkas med nationella kvalitetsnormer.
 45. Äldrevården och sjukhuset skall alltid ge tydliga besked till patienten och de anhöriga – med ett trygghetskvitto, som tydliggör att ansvaret för fortsatt vård efter utskrivning från akutsjukhus är kvitterat av vårdgivare utanför sjukhuset. Husläkaren skall alltid få meddelande omedelbart när en av hennes eller hans listade patienter läggs in eller skrivs ut.
 46. Likvärdiga regler ska gälla avseende meddelar- och yttrandefrihet oberoende av driftform. Anmälningar enligt Lex SARA från personal hos privat vårdgivare skall insändas till tillsynsmyndighet.

Äldre skall kunna välja boende och hemtjänst

47. Tillgången på särskilt boende måste ökas med en åldrande befolkning. Det måste också vara möjligt att flytta, för att t.ex. komma närmare anhöriga eller återvända till barndomshem och hembygd eller att kunna vistas med andra med samma språkliga och kulturella bakgrund. Socialtjänstlagen skall ändras, så att ”vistelsebegreppet” där inte hindrar att utflyttningskommunen kan åläggas att under viss tid betala till den nya kommunen när en person som har behov av äldrevård byter hemort.
48. Vid ombyggnad eller nedläggning av särskilt boende skall den äldre erbjudas ett likvärdigt eller bättre

boende i närområdet. Besked om vilka alternativ som finns skall meddelas de berörda i god tid. Detta bör vara en del av den kommunala omsorgsgarantin.

49. När biståndsbehovet för hemtjänst är fastställt bör det, där så är praktiskt möjligt, gå att genom en äldrepeng välja mellan olika vårdgivare, som arbetar under gemensamma villkor när det gäller bland annat maxtaxan för äldreomsorgen.

Tandvård

50. Tandvårdsstödet skall läggas om, för större effektivitet, lägre självrisk och en stimulans för abonnemangstandvård där patienten betalar en fast årlig avgift. Staten skall därför ge en ekonomisk stimulans till alla patienter som byter till abonnemangstandvård.
51. Ett av huvudsyftena med abonnemangstandvård är att stimulera såväl patient som tandläkare till förebyggande insatser för god tandhälsa, och att hejda utvecklingen av allt större sociala skillnader i tandhälsa.
52. Det skall gå att välja mellan abonnemang på bara bastandvården och ett abonnemang som omfattar även protetik. Abonnemangets kostnad blir beroende av ålder och av tandstatus när det tecknas. Att privata vårdgivare erbjuder abonnemangstandvård underlättas genom en riskspridning liknande den som sedan tidigare förekommer när privata vårdgivare åtar sig barntandvård för en fast ersättning per patient.
53. Sänkningen av självrisken vid åtgärdsbaserad taxa kan bara genomföras stegvis, men möjliggörs framförallt av att sjukförsäkringens ekonomi förbättras. Högkostnadsskyddet i tandvården skall förbättras. Självrisken i tandvård skall alltid vara sådan att den motverkar en överkonsumtion av onödiga eller överdrivet kostsamma behandlingar.
54. Konkurrens och valfrihet mellan olika vårdgivare skall bevaras inom tandvården.

En liberal politik för äldreomsorg och sjukvård

Arbetsgrupp

Bo Könberg, ordförande

Karin Ekdahl Wästberg

Bengt Eliasson

Göran Hellers

Barbro Kärstrand

Maria Lundqvist-Brömster

Birgitta Rydberg

Erik Ullenhag

Åke Wredén, sekreterare

Rapporten låg till grund för programbehandlingen vid folkpartiets landsmöte.
Texterna i denna del innehåller enbart programgruppens slutsatser, och är inte behandlade av landsmötet

Sammanfattning

I en liberal vårdpolitik är grunden den enskilda människans värde. Det medicinska behovet, och inte betalningsförmåga eller egna försäkringar, är bestämmande för vilken vård som ges. Människors hälsa och människors valfrihet är styrande. Prioriteringarna görs inte utifrån verksamhetens och patientgruppers plats i vårdens statusrapport. Inte heller lämnas utrymme för en lägre prioritering av äldres eller av kvinnors ohälsa.

Partiledningen tillsatte en arbetsgrupp för att se över partiets sjukvårds- och äldreomsorgspolitiska ståndpunkter inför landsmötet 2005 och valet 2006. Samråd i ämnet genomfördes hösten 2004. I december 2004 fattade folkpartiet liberalernas partiråd ett beslut om att verka för att ansvaret för sjukförsäkring och sjukvård samlas i vårdregioner.

Med detta som en utgångspunkt redovisas arbetsgruppens programförslaget ovan för äldreomsorg och sjukvård.

Som arbetsgruppen framhöll i förordet till samrådsmaterialet i höstas är partiets vårdpolitik på många områden aktuell. Förutom en rad välkända men fortfarande aktuella krav från tidigare år – från eget rum i äldreomsorgen till vårdgaranti – finns nyligen genomarbetade fp-förslag till viktiga reformer av inte minst psykiatri och tandvård. Dessa och många andra sedan tidigare gällande ståndpunkter, från landsmötesbeslut och riksdagsmotioner, är inarbetade i texten i den här rapporten, för att ge en samlad men översiktlig bild av partiets politik i vårdfrågor. De 31 punkterna i punktprogrammet ovan är sådana där landsmötesbeslut erfordras för att anta en ny linje, för att slå fast prioriteringen av äldreomsorgen eller för att på viktiga sätt precisera och utveckla sådana centrala förslag som husläkarsystemet och den kommunala omsorgsgarantin i äldreomsorgen. 1 Bland dessa 31 punkter har inte tagits med sådant som är rena konsekvensändringar efter partirådets beslut om att samla ansvaret för sjukförsäkringen och det mesta av sjukvården i vårdregioner.

1. Inledning

1. I svensk sjukvård i dag står de mycket goda resultaten på många områden i skarp kontrast till de organisatoriska brister som vållar svag primärvård och långa köer, samt den låga prioriteringen av utsatta patientgrupper med låg status. De värsta organisationsfelen är:

- det upp- och nedvända förhållandet mellan primärvården och sjukhusvården, med en under årtionden eftersatt primärvård, och en onödigt och dyrbar överflyttning av behandlingar och läkarresurser till sjukhus – husläkarsystemet vänder på perspektivet och i centrum sätts den vård som är närmast patienten
- systemet med köagande kliniker, där pengarna inte går till den som utför en planerad behandling utan till den som låter kön vara lagom lång för att pressa fram mera anslag – vårdgaranti och andra kundvalsmodeller vänder på perspektivet, gör slut på onödiga väntetider och premierar hög effektivitet i stället för låg.
- vallgraven mellan sjukförsäkring och sjukvård, som är en av huvudorsakerna till miljardrullningen när människor som kunnat komma tillbaka i arbete i stället förtidspensioneras – ett samlat regionalt ansvar för vård och sjukförsäkring vänder på perspektivet, och gör att det lönar sig för vården att få rehabilitering att gå snabbare och sjukskrivningar att avslutas tidigare.

2. Dessa inbyggda organisationsfel har skapat en paradox i svensk sjukvård. Den är i världstoppen då det gäller att hålla nere den förtida dödligheten i sjukdomar som är påverkbara genom sjukvårdens insatser. Men det som finns närmare de enskilda människorna är det som i dag ofta har störst brister:

- Det syns i dålig tillgänglighet och stora regionala skillnader i primärvården.
- Det syns i luckorna i omsorgen för de multisjuka äldre och för flera grupper av funktionshindrade.
- Det syns i långa sjukskrivningar utan rehabilitering eller annan lämplig behandling.
- Det syns i de onödiga köerna till planerade behandlingar, som skulle kunna klaras både fortare och billigare med valfrihet och vårdgaranti.
- Det syns i att psykiatri – inte minst barn- och ungdomspsykiatri – samt missbrukarvården är satta på undantag.

Förbättra där bristerna är störst!

3. Med en liberal politik för vården skall denna bli bättre där bristerna i dag är stora – inte minst för patientgrupper som finns i det glömda Sverige. De nya resurserna skall hamna där det annars

kommer att bli brister, lidanden och misär – och det betyder att det är i äldreomsorgen som kommande årtiondens resurstillskott framför allt kommer att behövas. De nya resurserna skall inte hamna där det redan finns mycket pengar, och inte där pengarna kan gå åt utan att hälsa och välfärd förbättras särskilt mycket. Vi skall samtidigt slå vakt om de goda resultat som uppnåtts i stora delar av kroppssjukvården och som bidragit till att vi i Sverige lever längre än nästan alla andra folk.

4. Befolkningsutvecklingen om ett par årtionden gör att äldrevården kommer att kräva mer resurser – räknat som andel av BNP, och samtidigt gäller det att hindra att den vård som länge haft hög akademisk och professionell status tränger undan äldrevården, psykiatrin och primärvården genom en kostnadsstegring som inte ger resultat för pengarna.

5. Medan äldrevården och handikappomsorgen, där inslaget av personalintensiv omvårdnad är stort, måste få öka sin andel av BNP, ställs krav på den teknikintensiva sjukvården att den stegvis skall ge mer vård för varje satsad krona och fortsätta att, som den gjort under lång tid, klara sina uppgifter inom en i huvudsak oförändrad del av BNP. All vård är också beroende av en god samhällsekonomisk utveckling i stort, där BNP växer och många människor är i produktivt arbete.

6. Att de vetenskapliga framstegen tas till vara, och att forskningen fortsätter att föra det medicinska kunnandet framåt är oerhört betydelsefullt, men i en liberal vårdpolitik handlar en god vård inte bara om medicinsk teknik och nya läkemedel och verksamhet vid forskningsfronten. När människor möter vården är oftast den vardagsnära omsorgen, närheten och tryggheten väl så viktiga, liksom den förebyggande vård som gör att tyngre, dyrare och mer vetenskapligt avancerade vårdinsatser kan undvikas.

Demokrati och kontroll av hushållningen med skattemedel

7. En liberal vårdpolitik innebär användning av skattemedel. Ingen vård som skall ges efter behov kan finansieras på annat sätt än genom antingen vanliga skatter eller obligatoriska avgifter som i praktiken blir detsamma som skatter. På en liberal vårdpolitik ställer vår demokratiska samhällsordning därför samma krav som på all annan politik där skattemedel förbrukas. Väljarna skall kunna utkräva ansvar. Vården måste arbeta under former som gör att det finns demokratisk kontroll av att människors behov tillgodoses och av att resurser används rätt.

8. Men kravet på demokratiskt ansvar för användningen av skattemedel betyder, i en liberal politik, inte att all vård skall ägas och drivas i egen regi av institutioner eller bolag som hör till den offentliga sektorn. I en liberal vårdpolitik skall inte någon viss ägar- eller driftform användas överallt och i alla slags verksamhet.

9. Genom husläkarsystemet, kundvalsmodeller och vårdgaranti, samt genom upphandling, bör all sjukvård – utom

myndighetsutövning – bli föremål för konkurrens. Men folkvalda som har ansvar inför väljarna skall fatta prioriteringsbesluten om hur resurserna skall användas. Genom prioriteringar, vårdavtal, kvalitetskrav och kontroll skall de se till att ekonomiska medel används så att sjukvården är behovsstyrd. Detta ansvar inför väljarna är inte centraliserat, det finns så lokalt som möjligt, på kommunal nivå för äldrevården och på regional nivå för nästan all övrig sjukvård. Ansvaret för sjukvården är också ett ansvar för att skattemedel används effektivt.

Vården i samhällsekonomin

10. En liberal vårdpolitik förnekar inte det ömsesidiga beroendet mellan vården och samhällsekonomin. Möjligheterna till god vård för alla är beroende av att människor är i arbete med god produktivitet och att det finns en stark samhällsekonomisk grund för vård och omsorg.

11. Möjligheterna till en god samhällsekonomi bestäms å andra sidan i hög grad av folkhälsan, och det visar på vikten av förebyggande hälsovård. Skattetrycket blir lägre och ekonomin bättre om människor är friska och arbetsföra, och om vården bidrar till att hålla nere kostnaderna för sjukförsäkring och förtidspensioner.

12. I en liberal vårdpolitik finns en stark insikt om de ekonomiska drivkrafternas betydelse. Sjukvården skall ges medansvar för sjukförsäkringens kostnader. Ersättningsystemen inom vården skall medverka till att användningen av skattemedel blir effektiv i den sociala sektorn som helhet. Patientavgifter på en måttlig nivå medverkar till god hushållning. Äldrevården har högkostnadsskydd genom maxtaxa, och denna skall vara utformad så att den inte driver fram konstlade omorganisationer för att flytta kostnader mellan konton eller mellan huvudmän.

13. En rent efterfrågestyrd sjukvård utan tak för kostnadsutvecklingen kan inte accepteras, en sådan utveckling skulle kunna leda till en markant ökning av skattetrycket utan att vårdresultaten skulle förbättras i motsvarande mån. En sådan utveckling skulle också ominstegöra husläkarmodellen, slå sönder samverkan i vårdkedjan och leda till att kravet på lägsta effektiva vårdnivå blir eftersatt.

14. Vårdpolitiken måste gå ihop med en finanspolitik som möjliggör tillväxt och bevarad välfärd. En ekonomiskt sett mer ogynnsam åldersstruktur gör att vårdens ekonomiska belastning på samhällsekonomin och skatteuttaget kan väntas öka. Vid en försämrad folkhälsa förvärras detta problem. Kraven skärps på att förebygga för att inte behöva bota – och på att ha en effektivitet där pengar inte går åt utan att vården håller god kvalitet. Men dessutom skärps kraven på långsiktighet i finanspolitiken. När åldersstrukturen ändras, och det från början av 2020-talet blir ett par årtionden med onormalt stora kostnader för äldrevård så har en liberal vårdpolitik samlat i ladorna – den har skapat reserver att ta av, så att inte vården eller samhällsekonomin i stort knäcks av de tillfälligt tyngre bördorna.

2. Hellre förebygga än bota

15. Kommande årtiondens hot mot välfärden består i att ändrad åldersfördelning, för dåligt näringslivsklimat, bristfällig utbildning och försämrat hälsotillstånd kan samverka och leda till en ond spiral. Då kan färre vara i produktivt arbete och möjligheterna för samhällsekonomin att bära upp välfärden undergrävas. Vid sidan av bland annat utbildning, teknik, näringslivsklimat och ett tillväxtfrämjande skatte- och socialförsäkringssystem är folkhälsan en av de avgörande faktorerna, som bestämmer om vårt samhälle går mot sociala framsteg eller socialt förfall.

16. Hälsa hänger i hög grad samman med ekonomisk trygghet, starka sociala nätverk och vilka resurser vi bär med oss i form av trygga uppväxtförhållanden och god utbildning. Ohälsa hänger samman med sociala klyftor.

17. En väl fungerande generell välfärdspolitik underlättar en god folkhälsa. Men denna kan samtidigt undergrävas av produkter och beteenden som skapar sjukdom och gör färre människor produktiva och fler bidragsberoende. Tobaksrökning, alkoholmissbruk, fetma och motion är då helt centrala frågor. De ekonomiska intressen som har fördel av ökad användning av tobak, alkohol och onödigt feta och sockerrika livsmedel motarbetar sjukvården och skadar den ekonomiska grund som all vård vilar på.

18. En effektiv hälso- och sjukvård kan bidra till en positiv utveckling av folkhälsan. Detta är ett av de viktiga syftena med husläkarsystem, vårdgaranti och ett samlat regionalt ansvar för sjukvård och sjukförsäkring. Genom att husläkarreformen stärker den del av vården som är närmast patienten skapas nya och bättre förutsättningar för att på ett tidigt stadium arbeta med de psykosociala diagnoser som är vanliga vid i synnerhet långtidssjukskrivningar.

19. Vårdpolitiken kan inte ensam skapa en god vård. Också vår livsstil – självvald eller påtvingad av omständigheterna – avgör hur vi mår. Men en liberal vårdpolitik är – där så är möjligt – hellre förebyggande än behandlande då skada eller sjukdom redan inträffat. Både lidandet och kostnaderna blir mindre om sjukdom undviks och om ohälsa behandlas i god tid innan den hunnit förvärras.

20. Alla människor skall kunna påverka sin hälsa genom egna välgrundade val. Politikens uppgift är att stödja och skapa goda förutsättningar för dessa val – inte att styra människors sätt att leva. Beskrivningar av hälsokonsekvenser skall utvecklas och användas vid alla politiska beslut av strategisk betydelse för hälsan. De små vardagliga sakerna, såsom hjälp med att undvika framför allt fallolyckor, skall därför inte försummas. De kan betyda mycket för hälsan – en borttagen parkbänk kan innebära att äldre människor helt enkelt inte längre vågar promenera i närområdet.

21. Vårdens arbete med förebyggande hälsovård hälsoupplysningen och skolans utbildning i hälsofrågor måste

lägga särskild tonvikt på de för individers hälsa och samhällets ekonomi allvarligaste folkhälsoproblemen. Alkoholmissbruket är Sveriges största sociala problem. Rökning är den enskilt största riskfaktorn för en för tidig död. Fetman orsakar att unga människor får sjukdomar som tidigare bara drabbade äldre.

22. Sammanläggningen av hälso- och sjukvården med sjukförsäkringen inom vårdregioner skall öka möjligheterna att förebygga och minska sjukskrivningar, öka hälsan i arbetslivet och stärka satsningarna på att förebygga de allvarligaste folkhälsoproblemen. Det som tidigare varit passiva sjukskrivningspengar skall mycket mer användas till förebyggande insatser, behandling och aktiv rehabilitering. Människor med alkoholproblem är där en viktig och växande målgrupp. Vid sjukskrivning som inte är helt kortvarig bör det alltid undersökas om det finns en alkoholrelaterad problematik – så att rätt åtgärder kan vidtas.

23. Sjukvårdens uppdrag i folkhälsoarbetet skall också vara att erbjuda kunskap, såväl till individer som till kommuner och andra samarbetsparter. Alla vårdgivare skall erbjuda upplysning och behandling som kan förebygga sjukdom, framför allt genom att motivera till livsstilsförbättringar – exempelvis rökstopp. I detta har husläkaren en nyckelroll, liksom en återupprustad skolhälsovård.

24. Ungdomars tobaks-, alkohol- eller narkotikaberoende måste särskilt motverkas. Barndomen och ungdomsåren skall vara en alkoholfri period i livet. Detsamma gäller under graviditet. Elevhälsovården och mödrhälsovården måste systematiskt arbeta utifrån dessa målsättningar.

25. Barnfetma är ett växande problem som kräver förebyggande insatser och hjälp i god tid för en mer hälsosam livsföring. Skollagen bör innehålla krav på att skolan och förskolan skall arbeta för att förebygga ohälsa. Det innebär bland annat att stimulera och motivera eleverna till att röra på sig – såväl i skolan som på fritiden. Försäljning av läskedrycker och sötsaker skall inte förekomma i skolor och förskolor.

26. Vården skall få stöd i sin uppgift av att Folkhälsoinstitutet åter ges den uppgift som det tidigare hade, då riksdagen hade följt folkpartiet liberalernas förslag. Institutet skall till allmänheten, och särskilt till grupper som löper stora hälsorisker, ge en saklig information, lätt att förstå men med stora krav på en fast vetenskaplig grund.

27. Statistiken över vilka sjukdomar som ligger bakom sjukskrivningar och sjukpensioneringar, som nu har en för svenska förhållanden ovanligt låg kvalitet, skall förbättras.

3. Husläkare för alla

28. En liberal vårdpolitik finns sjukvårdens centrum närmast patienten., inte längst bort från den enskilda människan, på de stora sjukhusen. Var och en har sin egen husläkare – för en långvarig kontakt, som om möjligt förebygger i stället för att behöva bota, och som en lots i den övriga sjukvården.

Husläkaren är kärnan i all vardagssjukvård, tillsammans med distriktssköterskan och en hemsjukvård för de äldre som är nära knuten till äldreomsorgen.

29. Ett husläkarsystem som omfattar hela befolkningen skall byggas upp snabbt och vara fullt genomfört i hela landet inom två år efter riksdagens principbeslut. Husläkarsystemet skall göra slut på den onödiga kris som drabbar primärvårdens patienter, med mängder av tomma läkartjänster trots att det totala antalet läkare i landet ökat. Primärvården skall kunna klara den övervägande delen av alla kontakter med sjukvården. Husläkarreformen skall förbättra den förebyggande hälsovården, den skall ge sjukförsäkringen långt bättre stöd från primärvården än i dag, den skall upphäva dagens väldiga regionala orättvisor i tillgänglighet och den skall ge bättre och tryggare vård för ”multisjuka” äldre och andra särskilt utsatta patientgrupper.

30. Husläkarmodellen skall vara ett nationellt system, beslutat av riksdagen och med i stort sett gemensamma regler i alla vårdregionerna. När det gäller distriktssköterskorna och samverkan med äldrevården skall dock variationer efter geografi och lokala behov vara möjliga, enligt regionala beslut.

31. Alla skall ha rätt att välja, och byta, husläkare. Vanligen skall läkaren ha omkring 1 500 listade patienter, men antalet kan variera efter ålder m.m. Väljer inte patienten själv tilldelas han eller hon en husläkare, och alla som inte uttalat avstår från det får alltså en personlig läkare. De som har en svag social ställning lämnas inte utanför, utan skall få bättre läkarkontakt än tidigare.

32. Etableringsfrihet skall finnas för husläkare, under nationellt fastslagna och lika villkor, vid nyetablering och vid överlåtelse av praktik. Husläkaren skall vara specialist i allmänmedicin. De som i sin utbildning har annan specialitet skall komplettera med allmänmedicin. Bland annat skall geriatriker och barnläkare kunna bygga på sin utbildning och verka som husläkare.

33. Etablerings- och ersättningsvillkoren skall vara sådana att primärvården blir fullt bemannad. De skall få läkare att söka sig från sjukhus till primärvård, och se den senare som en stimulerande arbetsplats att stanna på under många år. För att få fortsätta som husläkare skall läkaren vara vald av ett visst lägsta antal patienter, men denna regel skall vara flexibel m.h.t. andelen patienter i särskilt vårdkrävande ålder, och för att husläkare skall kunna t.ex. lägga tid på forskning eller deltidsarbete som småbarnsföräldrar och stegvis trappa ned inför pensioneringen,

34. Husläkaren blir normalt en privat vårdgivare med egen rörelse, ofta i praktisk samverkan med andra husläkare och med sjuksköterskor. Privata husläkarmottagningar och de som drivs av vårdregioner skall konkurrera på lika villkor. De skall också ha lika skyldigheter i att ställa sig till förfogande för myndighetsuppgifter inom t.ex. smittskydd och att delta i jourorganisation.

35. En läkare har alltid personligt ansvar för sin listas patienter,

även när hon eller han arbetar i team med flera andra läkare och annan personal. Husläkaren skall, om det inte finns särskilda medicinska orsaker, alltid vara en av de två läkare som måste skriva intyg för att en längre sjukskrivning skall kunna ske. Husläkaren skall vara ansvarig för patientens samlade journal, få information då vård ges på annat håll och ha tillgång till patientens del av det nationella läkemedelsregistret, samt ha ett ansvar för att förebygga över- och felmedicinering.

36. På större orter med flera husläkare skall en del av dem kunna specialisera sig på god omvårdnad av patienter med vissa kroniska sjukdomar. Husläkare skall kunna inrikta sig särskilt på äldrevård – och sådana mottagningar skall då genom avtal med vårdregionerna kunna byggas ut till äldrevårdscentraler. Husläkare skall vara skyldiga att vid behov tjänstgöra vissa timmar per månad i äldrevård.

37. Den kommunala äldrevården skall inte ha egna läkare anställda. De äldre skall ha samma valfrihet när det gäller husläkare som de yngre har. Formerna för samverkan med distriktssköterskorna, barnvårdscentralen och äldrevården skall kunna variera efter lokala och regionala förhållanden och skall därför inte regleras nationellt. Distriktssköterskeledda specialmottagningar för t.ex. astma, diabetes m.m. skall kunna finnas på orter med tillräckligt underlag.

38. En nationell taxa, med ett på statlig nivå fastställt ersättningssystem för husläkarna, är en nyckelfunktion för god primärvård, med kraftig styrverkan till förmån för svaga patientgrupper och en effektiv resursanvändning i vården som helhet. Taxan skall revideras fortlöpande för att se till att primärvården fungerar på avsett sätt. Beslut om taxan skall fattas av regeringen efter riksdagens anvisningar och efter samråd med vårdregionerna. Ersättningen fastställs på sådant sätt att Lagen om offentlig upphandling inte blir tillämplig och att priskonkurrens för taxan inte krävs. Att patienterna utan att bli tillfrågade flyttas till ett annat läkarföretag som bjudit ett lägre pris skall därmed inte kunna förekomma.

39. Ersättningen till läkarna skall ha såväl fasta delar som rörliga delar med tillägg i förhållande till prestation. Till största delen skall läkaren få betalt med fasta årliga belopp per listad patient, och dessa belopp skall variera främst med åldern, så att de är avsevärt högre för små barn och för de äldsta och därmed mycket vårdbehövande åldersgrupperna. Det fasta beloppet skall också kunna variera för att täcka geografiskt bestämda merkostnader och för vissa diagnoser. Även vårdregionerna skall kunna göra vissa sådana påslag för t.ex. glesbygd eller stadsdelar med svåra sociala förhållanden.

40. Taxans rörliga del fördelas på många, små delposter, för att stimulera god tillgänglighet och god hushållning med resurser i vården som helhet, så att vård ges på rätt nivå. Taxan skall medverka till att primärvården fyller sin uppgift i en väl fungerande sjukförsäkring, och den skall stimulera till insatser som förebygger ohälsa och gör att framtida vårdkostnader kan minska. Tidstaxa skall förekomma enbart för längre besök, och med så låga belopp att den inte ger felaktiga ekonomiska

drivkrafter. Andra prestationsrelaterade taxedelar skall avse bl.a. tolkstöd samt åtskilliga tekniska insatser, för att få bort onödiga remisser och få åtgärder utförda på rätt nivå, utan att sjukhus eller andra specialistmottagningar belastas i onödan.

41. Patientavgifterna hos husläkare skall omfattas av samma högkostnadsskydd som andra vård- och läkemedelsavgifter, men en liten expeditionsavgift skall alltid tas ut. Patientavgifterna skall vara graderade så att de medverkar till god hushållning med vårdens resurser, till att primärvården gör förebyggande insatser och till att vård ges på rätt nivå. Avgiften skall vara lägst hos distriktssköterskan, och låg även hos husläkaren, medan det – med undantag för bl.a. gynekologi – skall vara klart dyrare att utan remiss från husläkare uppsöka sjukhus eller specialistmottagning.

42. Uppföljning och kontroll sker inom husläkarsystemet – förutom genom Socialstyrelsens tillsyn – också genom försäkringsläkare hos vårdregionerna och genom en granskning av kollegor. På bland annat detta sätt hålls uppsikt över att det t.ex. inte finns husläkarmottagningar med slapp läkemedelsförskrivning eller slentrianmässiga sjukintyg.

4. Kvalitet och trygghet i äldreomsorgen

43. Bristerna i äldreomsorgen är både vanligare och mer allvarliga än inom akutsjukvården. Ännu vanligare och mer allvarliga är bristerna inom de svårt eftersatta områden där de drabbade är små, tysta minoriteter av funktionshindrade, psykiskt sjuka eller alkohol- och drogoffer i det glömda Sverige. Såväl dessa grupper som äldre drabbas särskilt genom primärvårdens läkarbrist och genom vårdköer till planerade behandlingar. Husläkarsystem och vårdgaranti har som ett av de främsta syftena att stärka ställningen för äldre och funktionshindrade.

44. Äldreomsorgen är en stor verksamhet, som kommer att växa i takt med att de äldsta och mest vårdbehövande åldersgrupperna blir en större andel av befolkningen. Genom att verksamheten är så stor, och genom att den kommer att utsättas för en svärbemästrad ”kostnadspuckel”, åren efter 2020, är det på detta område som risken under kommande år skulle kunna bli störst för utbredda missförhållanden och nya och djupa sociala klyftor i tillgången på vård och omsorg.

Lokalt ansvar

45. Äldreomsorgens bästa skydd mot missförhållanden är å andra sidan den lokala demokratiska kontrollen. De äldre och deras anhöriga är så många att de kan vara ett verksamt hinder mot misskötsel av äldrevården. Det är viktigt att det politiska ansvaret för en god äldreomsorg fortsätter att ligga så nära medborgarna som möjligt, d.v.s. på kommunal nivå.

46. Men kommunerna behöver då också redskap för att mäta och upprätthålla kvalitet och att snabbt se och ta itu med brister. När kommunen som beställare kan välja mellan olika utförare kan den – utan att vara bunden till en enda egenregiverksamhet – med större kraft ingripa mot brister och ta uppdraget från de utförare som utsätter äldre för dålig omsorg. Trygghet för

de äldre kan inte enbart skapas med juridiska medel där en formell men sporadisk tillsyn hänger som ett hot över enskilda anställda. Därutöver behövs ett målmedvetet kvalitetsarbete med systematisk uppföljning och klara besked till väljarna och deras förtroendevalda om resultaten.

Äldreombudsman och omsorgsgaranti

47. Varje kommun skall – i de minsta kommunerna genom samverkan med grannkommuner – ha en äldreombudsman. Denna skall vara fristående från kommunala beställar- och utförarförvaltningar och kunna stå på de äldres sida när det brister i service eller omvårdnad.

48. I äldrevården, liksom för andra patientgrupper som kan ha svårt att själva aktivt skydda sina intressen, skall kvalitetsarbete bedrivs systematiskt, med tydligt angivna garantier för vad vården skall uppfylla. Omsorgsgarantin för äldrevården skall vara starkast där den behövs bäst – för dem som har sämst hälsa, störst vårdbehov och svårt att själva tala för sig, exempelvis genom demenssjukdom. Omsorgsgarantin skall vara kommunal, men för att kunna upprätthålla den med kraft skall kommunerna få stöd av nationella kvalitetsnormer, med tydliga krav och med underlag för att vid upphandling göra rätt bedömning av vårdinsatserna i ett stort antal behovsgrupper. Kvalitetsnormer för god omsorg och system för kvalitetsmätning vid upphandling skall hänga ihop och inte vara svåra att översätta till varandra.

49. Ett sådant arbetssätt, som motsvarar det i sjukvården numera allmänt använda s.k. DRG-systemet¹ gör det mycket lättare att hävda kvalitetskraven vid upphandling av äldrevård. Risken för att lågt pris får gå före bra omsorg minskar. Små, personaldrivna vårdföretag med hög kvalitet på omsorgen får lättare att hävda sig mot stora vårdföretag och förvaltningar där stordrift väger tyngre än en personlig omvårdnad. De förtroendevalda får långt större möjlighet att värdera om de kommunala förvaltningarna ställer rätt krav på kommunala och utomstående vårdgivare.

50. Med de nationella kvalitetsnormerna som grund skall omsorgsgarantin på det lokala planet göras mycket konkret med tydliga krav på vad som skall fungera för vårdtagare med olika hälsoproblem, boendeformer och omvårdnadsbehov. De kan gälla hygien, som att få duscha tillräckligt ofta, eller att få komma utomhus.

51. Omsorgsgarantins krav skall också avse att den medicinska delen av omvårdnaden inte har luckor, exempelvis att man behandlar och följer upp fallskador eller viktminskning, och att av läkare föreskrivna rehabiliteringsåtgärder verkligen blir utförda. Hemtjänsten skall uppfylla det som bestämts vid biståndsbedömningen och äldrevården skall ta över på rätt sätt vid utskrivning från sjukhus.

52. När kraven inte uppfylls skall det alltid leda till återbetalning av äldrevårdsavgift, och till att både de förtroendevalda och kommunens äldreombudsman får veta vad som brustit och vad som kan behöva förbättras.

53. Liknande tydliga kvalitetsregler skall finnas även för färdtjänst och hjälpmedel.

Rätt till eget rum – och rätt att flytta

54. I det särskilda boendet för äldre skall det finnas valfrihet på motsvarande sätt som för ”äldrepenge” i hemtjänsten. När kommunen fastslagit att en person har behov av särskilt boende skall den äldre och dennes anhöriga kunna välja även en annan hyresvärd för det särskilda boendet, och det även utanför hemkommunen, men inte till högre kostnad för denna kommun än i boende med godtagbar kvalitet som kommunen själv skulle ha anvisat

55. I särskilt boende för äldre skall eget rum vara en rättighet för den som vill det, och ingen skall tvingas att dela bostad med personer som inte är släktingar och som det inte finns önskemål att få bo tillsammans med. Det kryphål i reglerna för bostadstillägg som fortfarande gör det möjligt för kommuner att få påtvingat dubbelrumsboende betalt med statliga medel skall avskaffas.

56. Den som är gammal och sjuk skall inte bli tvingad att bo kvar hemma därför att platser i särskilt boende saknas när de behövs. Tillgången på särskilt boende måste ökas med en åldrande befolkning. Inte heller skall någon vara bunden till den kommun där hon eller han varit bosatt när vårdbehovet blivit stort. Det måste också vara möjligt att flytta, för att t.ex. komma närmare anhöriga eller återvända till barndomshem och hembygd. Då skall det inte heller vara en ekonomisk belastning för en kommun att en äldre person kan flytta in, eller en vinst för kommunen om de som är äldre kan förmås att ge sig i väg till annan ort. Socialtjänstlagen skall ändras, så att ”vistelsebegreppet” där inte hindrar att utflyttningskommunen kan åläggas att under viss tid betala till den nya kommunen när en person som har behov av äldreomsorg byter hemort.

57. Det får inte uppstå utarmade orter där kommunalskatten inte kan bära omsorgen om ett stort antal äldre. Det måste också vara möjligt för kommuner som annars har svag arbetsmarknad att erbjuda äldre från de större städerna att flytta dit för ett mer småskaligt och naturnära boende på äldre dagar.

58. Att den kommunalekonomiska utjämningen effektivt kan neutralisera kostnadsbördan för kommuner med olika andel mycket gamla och vårdbehövande invånare blir ännu viktigare med de befolkningsförändringar som är på gång, och som kommer att påverka olika kommuner i mycket olika grad. Liksom på de flesta andra områden skall det däremot inte förekomma styrande och detaljreglerande statsbidrag som syftar till att dirigera den kommunala verksamhetens närmare utformning.

59. Rätten att flytta måste också motsvaras av ett rimligt skydd mot att bli ofrivilligt kringflyttad. Rimliga uppsägningstider i särskilt boende för äldre skall vid ombyggnader eller kommunala omorganiseringer skydda mot plötsliga omflyttningar utan framförhållning.

Äldrepenge för valfrihet

60. För de äldre som har måttliga vårdbehov är det en ökad valfrihet mellan olika kvalitetscertifierade utförare som kan göra mest för att förbättra service och kvalitet, i t.ex. hemtjänst. Med flera och fristående utförare kan det också vara lättare att rekrytera och behålla personal och ta de anställdas kompetens till vara.

61. Besluten om biståndsbedömningen, som avgör hur mycket skattepengar som går åt, är ett kommunalt ansvar, som dock i enkla ärenden kan skötas av personal hos vårdgivare under kommunal tillsyn. När biståndsbehovet för hemtjänst är fastställt bör det, där så är praktiskt möjligt, gå att genom en äldrepenge välja mellan olika vårdgivare, som arbetar under gemensamma villkor när det gäller bland annat maxtaxan för äldreomsorgen.

62. Kraven på de godkända vårdgivarna i hemtjänsten skall utgå från att tiden används väl, med mycket tid till omsorg och mindre tid till förflyttningar och interna administrativa uppgifter.

63. Behovet av äldreomsorg kan ibland uppskjutas om möjligheterna ökas att få hjälp med sådana arbetsuppgifter i hemmet som är svåra att klara av vid hög ålder. Åtgärder som föreslagits på andra sakområden än sjuk- och äldreomsorgen kan här vara till nytta, såsom avdragsrätt för kostnader för hushållsnära tjänster och försöksverksamhet med att kommuner på försök får erbjuda en subventionerad hemtjänst för dem över 80 år.

Bättre vård för gamla och multisjuka

64. En av både sjukvårdens och äldreomsorgens svagaste sidor är, på många håll, omvårdnaden av mycket gamla människor som har flera olika sjukdomar och inte sällan dessutom ytterligare funktionshinder. För dessa patienter ställs särskilt höga krav på god samverkan mellan sjukvården och äldreomsorgen. Det gäller att de som ger behandling har en samlad bild av patientens hälsostillstånd, att över- och felföreskrivning av läkemedel därmed undviks samt att man, där så är möjligt, gör hembesök och undviker onödiga och påfrestande transporter in på och ut från akutkliniker och annan slutenvård.

65. Införandet av ett fungerande husläkarsystem syftar bland annat till att ge dessa patienter en bättre och kontinuerlig läkarkontakt, och ersättningssystemet för husläkarna skall vara inriktat på att bland annat ge just denna mycket utsatta patientgrupp en förbättrad primärvård. Detta gäller även psykiatriska sjukdomstillstånd, som ofta har blivit förbisedda när det gäller äldre patienter.

66. Husläkarsystemet skall vara anpassbart så att avtal – där de geografiska förhållandena gör att underlaget finns – kan ingås om att husläkare verkar vid s.k. äldreomsorgscentraler. Dessa kompletterar hemtjänst, hemsjukvård, husläkare och sjukhus för att tillgodose de åldriga multisjukas vårdbehov. Dit kan husläkaren remittera äldre som har stora behov av insatser från geriatriker och andra specialister. Dessa patienter behöver också ”genvägar” – och bra kontaktvägar med särskilda telefonnummer

m.m. – så att de snabbt kan få t.ex. hembesök av sjuksköterska, och vid behov av läkare.

67. När patienter efter omhändertagande på akutsjukhus inte längre behöver sjukhusvård, men däremot äldreomsorg, skall kommunerna även i fortsättningen ha ett betalningsansvar gentemot akutsjukvården och geriatriken. Detta skall vara tillräckligt stort för att det inte skall vara ekonomiskt fördelaktigt för kommunerna att lasta över kostnader på vårdregionerna genom att inte erbjuda bra äldrevård, och därmed motverka utskrivningar. Det gamla missförhållandet där äldre människor blev mer eller mindre bosatta på akutkliniker får inte återkomma.

68. Äldrevården och sjukhuset skall alltid ge tydliga besked till patienten och de anhöriga – med ett trygghetskvitto, som tydliggör att ansvaret för fortsatt vård efter utskrivning från akutsjukhus är kvitterat av vårdgivare utanför sjukhuset. Husläkaren skall alltid få meddelande omedelbart när en av hennes eller hans listade patienter läggs in eller skrivs ut.

Anhörigvårdare, föreningsliv och andra frivilliginsatser

69. Äldrevården skall inte vara ett slutet, ensidigt professionaliserat system, avskärmat från det övriga samhället. Den skall tvärtom vara öppen mot anhöriga och föreningsliv, mot lokalsamhälle och skola. Den kommunala musikskolan kan till exempel ha en uppgift här.

70. Möjligheten att skapa en äldrevård anpassad för människor som vuxit upp med ett visst modersmål eller omfattar en viss religiös tro skall värnas, och får inte undertryckas av kommunala enhetlighetskrav eller egenregifixering. Äldre måste ha rätt till service och vård på det språk de förstår. Invandrarföreningar, patientföreningar, anhörigorganisationer, hembygdsföreningar, studieförbund – och inte minst kyrkor och andra religiösa sammanslutningar – har alla en plats som en del av mångfald och öppenhet i äldrevården. Detsamma gäller det frivilliga arbetet, av volontärer, föreningsaktiva och andra, som kompletterar det personalen gör och höjer trivsel och livskvalitet.

71. För dem som själva vårdar sina åldriga och sjuka makar eller andra närstående skall äldrevården vara ett stöd. Det är anhörigvårdarna som behöver hjälp med avlastning för att orka vidare, inte den kommunala äldrevården som skall se de anhöriga som en avlastning som underlättar för dem som arbetar yrkesmässigt med vård. Det får inte läggas press på anhöriga att bära tunga vårdbördor, och kommunen måste vara beredd att stötta och att ta över så att inte anhörigas egen förmåga och hälsa brister.

72. Det är viktigt att det finns ett helt paket med stöd till anhörigvårdare, och att detta kan användas med flexibilitet beroende på önskemål och behov. Det skall innefatta växelvård och plats för avlösning, dagverksamhet, stödpersoner och anhörigräffar, utbildning, hemvårdsbidrag, möjlighet till anhörighetsanställning mm.

73. Delvis skall de anhöriga inom en ekonomisk ram kunna välja att paketet ser ut på olika sätt, i del fall kanske för att utnyttja tillfällig avlastningsbostad, i andra fall för att kunna resa med den sjuke eller vistas en tid på ett vårdhem där semesterliknande förhållanden är möjliga.

74. Inom sjukförsäkringen skall villkoren för den nuvarande närståendepenningen ändras, med en kraftig utökning av möjlig ersättningstid och en uppmjukning av hur allvarlig sjukdomen måste vara.

75. Både sjukvård och äldrevård skall samverka med och stödja anhörigorganisationer och andra ideella sammanslutningar som kan underlätta de anhörigas situation.

Demensvårdens särskilda behov

76. Behoven av att äldrevården avlastar anhöriga är särskilt stora vid demenssjukdomar, där påfrestningen på de anhöriga kan vara mycket stor trots att hemtjänstbehoven för den dagliga livsföringen vid en konventionell biståndsbedömning inte är så tunga. Dessutom kommer befolkningsförändringen, med ett ökat antal personer i mycket hög ålder, att göra att såväl boendeförhållandena för demenssjuka som deras anhörigas villkor kommer att bli ännu större frågor. En demenssjukdom varar lång tid, och det måste finnas en fungerande vårdkedja för rätt vård och omsorg i olika skeden av sjukdomen.

77. För de flesta människor med demenssjukdom är det ofta bäst att så länge det är möjligt bo kvar i det egna hemmet, där de bäst känner till var allting finns. Men självklart måste de individuella behoven vara styrande och det är viktigt att äldrevården ställer upp för de anhöriga. Om sjukdomen fortskrider på ett sådant sätt att det inte längre går att klara ett eget boende med hemtjänst och dagverksamhet behöver den demenssjuka få bo en gruppboendestad med få platser, som är väl anpassad till den enskildes behov.

78. I takt med att invandragenerationerna kommer upp i åldrarna ökar behovet – först hos dem med finska som första språk och sedan för en rad olika språkgrupper – av äldreboenden med olika språkliga och kulturella inriktningar som kan ge god omsorg till dementa. Ofta blir något av barndomens språk kvar mycket längre när språk inlärd i vuxen ålder försvinner.

79. Det behövs också bra boenden för yngre dementa, som ofta har behov av helt andra aktiviteter, umgänge med mera än vad de äldre har.

Äldrevården som arbetsplats

80. Om inte äldrevården blir mer attraktiv som arbetsplats sjunker vårdkvaliteten, och djupnande sociala klyftor uppstår när de som har god ekonomi betalar för att slippa de brister som flertalet drabbas av. Äldrevården med dess stora inslag av mänsklig omsorg och omvårdnad kommer med befolkningsutveckling och kvalitetskrav att behöva inte bara större resurser som andel av BNP utan också en nyrekrytering av personal i takt med att antalet vårdbehövande äldre ökar.

81. Det är nödvändigt att göra äldrevårdens och flera andra vårdsektors yrken mer attraktiva. Att rekrytera till äldrevården går i längden bara om man i grunden förändrar yrkets villkor, med möjlighet för de anställda att påverka sin arbetssituation och att arbeta i enheter som inte är för stora.

82. Vården behöver då en mer småskalig, mindre hierarkisk, arbetsorganisation. Äldreomsorgen görs bättre som arbetsplats och tryggare för de äldre genom att de små, ofta personaldrivna enheterna främjas framför de stora organisationerna och de stora entreprenadföretagen. Detta förändrar yrket och stärker dess status – genom mer inflytande över egen arbetssituation i små enheter, bättre utrymme för individuella lösningar av arbetstid och schema och ambitiös vidareutbildning och kompetensutveckling.

83. Lagen om offentlig upphandling skall omarbetas för att ge bättre utrymme för hänsynstagande till vårdkvalitet och inte bara till pris, och kvalitetskraven i upphandlingen skall också stärkas med nationella kvalitetsnormer. Båda dessa förändringar syftar bland annat till att öka möjligheterna för små, ofta personaldrivna och lokalt förankrade företag att vara utförare av vårdtjänster inom bland annat äldrevård. Kommuner och vårdregioner skall dessutom öka dessa möjligheter med praktiska råd och stöd till anställda som vill knoppa av egna företag och med uppdelning av anbud i tillräckligt små delar.

84. Vårdanställda skall som de flesta andra kunna ha en arbetsmarknad där de har mer än en arbetsgivare att välja på. Framtidens vårdarbetsmarknad borde slippa den förstelning som berott på att ålderdomliga hierarkier och lönesystem levt kvar när annat arbetsliv snabbt förändrats. Då kan inte heller uppfattningen om manliga och kvinnliga yrken få prägla vården och pressa ned en del löner, så som länge varit fallet. Vården har alltför länge levt högt på att utnyttja gamla könsmonster i yrkesvalet, och detta vare sig kan eller får fortsätta på morgondagens arbetsmarknad.

Forskningen om åldrandets sjukdomar

85. Kvaliteten i äldrevård är som annan vård beroende av att resultaten från forskning och medicinska framsteg tas till vara i det vardagliga vårdarbetet. Klinisk forskning beträffande äldres sjukdomar riskerar att minska i omfattning när andelen forskare som ägnar sig åt klinisk forskning över huvud taget sjunkit på ett oroande sätt. Det finns få vetenskapliga behandlingsstudier av människor över 65 års ålder, och för åldersgruppen över 75 år i stort sett inga sådana. Det är en angelägen forskningspolitisk uppgift att medverka till att vården av människor med de största vårdbehoven kommer att vila på en starkare vetenskaplig grund.

5. Ekonomiskt utrymme för äldreomsorgen

86. En liberal vårdpolitik kan bli allvarligt hotad om inget görs för att möta kostnadsutvecklingen från början av 2020-talet och ett par årtionden framåt. Befolkningsutvecklingen kommer då

att utsätta såväl äldrevården på lokal nivå som vårdregionerna för en kostnadspuckel.

87. Samtidigt är en både uthållig och kraftfull prioritering av äldrevården nödvändig om inte de brister som redan finns skall förvärras, med allt djupare klyftor i vårdkvalitet mellan regioner och socialgrupper. Eftersom lönenivån i arbetsintensiv äldrevård inte kan bli kvar på tidigare nivå, när alla andra löner i samhället stiger med ökande produktivitet, kommer oförändrad kvalitet i denna vård kräva att dess kostnader – till skillnad från sjukvården i stort – successivt ökar som andel av BNP.

88. Grundläggande för att långsiktigt klara äldrevården är en bättre arbetsmarknad där fler är i arbete och skattebaserna starkare. Detta förutsätter en politik som leder till att jobben blir fler i privat sektor, att folkhälsan förbättras i stället för försämrats och att produktiviteten stiger. Men för att dessutom hantera den kommande kostnadspuckeln under 2020 och 2030-talen behöver en liberal vårdpolitik samla i ladorna och skapa reserver att ta av, så att inte vården eller samhällsekonomin i stort skadas svårt av de tillfälligt tyngre bördorna – eller äldreomsorgen få för lite resurser.

89. Vad det här gäller är kostnaderna för vårdens centrala uppgifter för de äldre, alltså den sjukvård och omvårdnad som utgår efter medicinskt behov. Denna får inte göras beroende av höga, enhetliga vårdavgifter. I en liberal politik görs den inte heller beroende av inkomstgraderade taxor som bygger in nya, maskerade marginalskatteeffekter i välfärdspolitiken. Vare sig obligatoriska eller icke-tvingande ”skenförsäkringar” för individers framtida avgifter för medicinskt grundad äldre- och sjukvård är godtagbara. De är inga verkliga försäkringar mot risker, men de skulle orsaka återinförandet av kraftigt graderade vårdavgifter.

90. För alla slags personliga kostnader under ålderdomen får individen och dennes anhöriga, liksom i dag, förbereda sig med eget sparande i olika former, liksom med den nya allmänna pensionen samt avtalspensionerna.

Äldreomsorgsreserv för trygghet

91. För att klara ojämnheten i kostnaderna för sjuk- och äldrevård krävs starka offentliga finanser som gör att det finns utrymme att betala befolkningsutvecklingens merkostnader när dessa blir som störst. Med folkpartiet liberalernas ekonomiska politik skall det finnas ett balanskrav för det statliga sparandet, så att underskotten i statens verksamhet upphör. Statsskulden som andel av BNP kommer då att minska i takt med att BNP ökar, och en lindrad skuldbörda ger då staten ett låneutrymme under en period då stora årskullar efter 2020 behöver mer av sjuk- och äldrevård.

92. Dessutom bör riksdagen i god tid sätta av ungefär en procent av BNP, dvs. cirka 25 miljarder kronor, per år till en Trygghetsreserv för äldrevården, som skall få användas för att säkra omsorgen om personer över 80 års ålder, då det gäller att efter 2020-25 dämpa kostnadspuckeln för denna vård. För att hindra att pengarna förbrukas för annat än äldrevård skall denna

reserv hållas åtskild från statsfinanser, kommunalekonomi och pensionssystem. Den skall förvaltas för god avkastning och minskat behov av framtida skatteuttag. Med denna särskilda reservering kan det liberala kravet för den vanliga statsbudgetens saldo minskas med motsvarande belopp.

93. Reglerna för trygghetsreservens uppbyggnad och utdelning skall läggas fast från början. De skall helt styras av befolkningsutvecklingen, som går att beräkna i förväg med relativt stor säkerhet. Kommuner och vårdregioner skall därmed i god tid få säkra besked om när reserven i början av 2020-talet skall börja användas för sitt ändamål, att trygga kvaliteten i vården och omsorgen om de äldsta i samhället

6. Psykiatri och missbrukarvården

94. Psykiatri, under många år en av vårdens mest eftersatta sektorer, skall förstärkas – i den förebyggande delen, genom samverkan med husläkarna, samt med bl.a. förbättrad lagstiftning och fler vårdplatser.

95. Nationella kvalitetsnormer skall införas för att klarlägga och åtgärda brister på områden där dessa länge varit stora, såsom för psykos, alkohol- och narkotikamissbruk och kriterierna för utskrivning från tvångsvård.

96. Särskilt viktigt är det också att förbättra situationen inom barn- och ungdomspsykiatri. Långa väntetider gör där extra stor skada, och en särskild besöksgaranti dit skall införas, med högst en månads väntan för första besök, och kortare tid i allvarigare fall. En återupprustning av den grovt försummade skolhälsovården, samt införandet av husläkarsystemet där även varje ung människa har en personlig läkare, skall underlätta tidig hjälp, bättre förebygga allvarliga psykiska besvär och lindra trycket mot vårdregionernas specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, så att färre skall behöva söka sig dit.

97. Skevheter i kostnadsfördelningen² mellan stat, regioner och kommuner måste rättas till, så att inte skenbar sparsamhet på ett ställe ökar både lidande och kostnader på annat håll. Staten skall bära finansieringen av den rättspsykiatriska vården, och ge vårdregionerna full kostnadstäckning för denna, så att den inte tillåtas fortsätta att tränga ut annan psykiatrisk vård på regional nivå.

98. Staten skall också bidra till kommunerna med en del av deras kostnader för kvalificerad slutna barn- och ungdomsvård och missbrukarvård, för att hindra att missbruk, psykiatrisk ohälsa och kriminalitet får fortsätta att förvärras därför att kostnaden för adekvat vård uppfattas som för tung för kommunen att bära. Vårdregioner och kommuner skall samverka om sådana patienter som har både psykiatrisk sjukdom eller personlighetsstörning och alkohol- eller narkotikaskador. Staten skall under de närmaste åren stödja upprustningen av psykiatri med särskilda stimulansbidrag.

99. Kommunerna skall fortsätta att ha ansvaret för den dagliga omvårdnaden av psykiskt sjuka i öppenvård, och samverka

med vårdregionerna skall förbättras där så inte redan skett. En ambitiös utbyggnad behövs av ordnade boendeformer, såsom gruppboenden, för personer med svårare och varaktiga psykiska funktionshinder. Boendestödjare, eller mobila team, är viktiga för att människor med psykiska problem ska klara av sitt boende och känna trygghet. De som har psykiska funktionshinder skall ha rätt till personliga ombud som hjälper dem med myndighetskontakter och annat.

100. Nya, öppna och samhällsnära vårdformer behöver utvecklas, samtidigt som den öppna psykiatriska vårdens möjligheter att hjälpa patienter med allvarliga sjukdomar förbättras med ändrad lagstiftning, som också ökar skyddet för anhöriga, personal och andra. Möjligheterna till tvångsmoment i den öppna vården skall bli större, så att en patient kan skrivas ut från slutna vård på vissa villkor, exempelvis fortsatt regelbunden mediciner, regelbundna läkarbesök eller förbud mot att använda berusningsmedel. Om villkoren inte uppfylls skall nytt tvångsomhändertagande ske.

101. Antalet slutenvårdsplatser skall anpassas efter utvecklingen av å ena sidan en förbättrad öppenvård och ny lagstiftning, och å andra sidan behovet inom rättspsykiatri och följderna av den förvärrade alkohol- och narkotikasituationen. En viss ökning av sådana platser kommer att behövas, men ingen återgång skall ske till den gamla och ensidiga tonvikten på långvariga inskrivningar på stora slutna institutioner.

102. Den öppna verksamheten för personer med varaktiga psykiska funktionshinder skall förbättras genom att 90-talets handikappreform fullföljs även när det gäller personer vars funktionshinder inte är en följd av utvecklingsstörning och inte heller av normalt åldrande. (den s.k. personkrets 3). Försöksverksamhet skall inledas för att klarlägga lämpliga former för daglig verksamhet även för denna grupp. Detta kan också bli en viktig avlastning för hårt tyngda anhöriga.

7. Tandvården

103. Tandvårdsstödet skall läggas om, för större effektivitet, lägre självrisk och en stimulans för abonnemangstandvård där patienten betalar en fast årlig avgift.

104. Ett av huvudsyftena med detta är att stimulera såväl patient som tandläkare till förebyggande insatser för god tandhälsa. Personer med sämre ekonomi och sämre tandhälsa har mest att vinna på abonnemangstandvård, om den utformas rätt, och ett annat av de främsta skälen för en tandvårdsreform är att hejda utvecklingen av allt större sociala skillnader i tandhälsa. Konkurrens och valfrihet mellan olika vårdgivare skall bevaras inom tandvården.

105. Tryggare ekonomi för patienten samt bättre hushållning med tandvårdsstödet främjas genom att de ekonomiska drivkrafterna genom abonnemangstandvården fås att verka åt rätt håll, och staten skall därför ge en ekonomisk stimulans till alla patienter som byter till abonnemangstandvård.

106. Det skall gå att välja mellan abonnemang på bara bastandvården och ett abonnemang som omfattar även protetik. Abonnemangets kostnad blir beroende av ålder och av tandstatus när det tecknas. Att privata vårdgivare erbjuder abonnemangstandvård underlättas genom en riskspridning liknande den som sedan tidigare förekommer när privata vårdgivare åtar sig barntandvård för en fast ersättning per patient.

107. Sänkningen av självriskan vid åtgärdsbaserad taxa kan bara genomföras stegvis, men möjliggörs när sjukförsäkringens ekonomi förbättras samt genom att högkostnadsskyddet i sjukvården får högre årlig maxkostnad samtidigt som högkostnadsskyddet i tandvården förbättras.

108. Självriskan i tandvård skall alltid vara sådan att den motverkar en överkonsumtion av onödiga eller överdrivet kostsamma behandlingar. Det skall vid större och nödvändiga tandvårdsarbeten bli lättare att få dem mot avbetalning. Den som vill ha högre standard, t ex kosmetisk tandvård eller dyrare material än vad som är nödvändigt, bör dock alltid få betala mellanskillnaden själv, utan statligt stöd, men kan underlätta detta genom att teckna särskild försäkring.

8. Regioner för vård och sjukförsäkring

109. Sjukvård och sjukförsäkring har olika uppgifter men måste stödja varandra, för att förbättra hälsoläget och hålla kostnadsutvecklingen under kontroll. Det övergripande ansvaret för dem båda skall, inom av riksdagen fastlagda ramar, samlas på regional nivå.

110. Genom detta bildas vårdregioner som får tillgång till alla de resurser – statliga och landstingskommunala – som nu används för sjukvård, rehabilitering och sjukförsäkring. Undantaget är att husläkarsystemet görs nationellt, med sådana regler och ersättningssystem att det blir till effektiv hjälp för vårdregionerna i att förebygga ohälsa, undvika onödiga sjukhuskostnader och förbättra sjukförsäkringens funktion. Den centraliserade försäkringskassemyndigheten skall avskaffas, och dess verksamhet och resurser för sjukförsäkring helt och hållet överförs till vårdregionerna.

111. Sjukförsäkringen förblir en socialförsäkring med av riksdagen i lag fastställda villkor och ersättningsnivåer. Den skall ge en inkomsttrygghet vid arbetsoförmåga som beror på sjukdom och olycksfall, med inriktning på återställd hälsa, rehabilitering och återgång i arbete. Sjukförsäkringen skall inte få användas för andra sociala eller arbetsmarknadsmässiga ändamål.

112. Vårdregionerna övertar kostnadsansvaret för sjukförsäkringen, inklusive rehabiliteringspenning och förtidspensioner (sjukersättning) beroende på sjukdom och olycksfall. Vårdregionerna får också från staten ett statsbidrag som motsvarar sjukförsäkrings- och förtidspensionsutgifterna på nuvarande nivå inom regionens område – med avräkning för de primärvårdskostnader staten tar på sig för det nationella

husläkarsystemet. Till detta kommer vårdregionernas intäkter från den egna regionala utdebiteringen och i förekommande fall från skatteutjämningen.

113. När nya intäktskällor införs för att stärka sjukförsäkringens ekonomi skall dessa tillfalla vårdregionerna och minska uttaget av inkomstskatt. Detta gäller i första hand överförandet av sjukförsäkringskostnaderna för arbetsolycksfall – men inte arbetssjukdomar – till en särskild obligatorisk och lagfäst försäkring som måste tecknas för alla arbetsplatser. Det gäller vidare överföringen av trafikolyckornas sjukförsäkringskostnader till den obligatoriska trafikförsäkringen.

114. Vårdregionernas samlade kostnadsansvar gör att de får starka drivkrafter att satsa på förebyggande folkhälsoinsatser, att undvika onödiga vänte- och handläggningstider som kan öka sjukpenningkostnaderna och att genom en verksam rehabiliteringsgaranti och på andra sätt motverka att långa sjukskrivningar förvärrar ohälsa och leder till förtidspension.

115. Vårdregionerna bör använda de goda erfarenheterna från 90-talets försök med finansiell samordning (de s.k. Finsam- och Socsam-försöken) till att på mer lokal nivå organisera olika slags samverkan mellan sjukvård, kommunal socialtjänst och/eller arbetsmarknadsmyndigheter för att underlätta återgång i arbete och minska belastningen på socialförsäkringarna.

En begränsad roll för den centrala statsmakten

116. Staten skall ha en tydlig och väl avgränsad roll i sjukvården. Den skall svara för grundläggande lagstiftning, medicinsk tillsyn, vetenskaplig utvärdering av vårdmetoder med mera, för att bland annat upprätthålla att sjukvården är behovsriktad och grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet. Staten skall också ha hand om nationella system för stöd till den regionala vården. Dit hör husläkarsystemet, med dess etablerings-, ersättnings och andra regler. Dit hör också skatteutjämning mellan vårdregionerna m.h.t. skillnader i befolkningens sammansättning, inkomstnivå och sociala förhållanden.

117. Staten skall också som hittills ha stödjande uppgifter för vårdsektorn med finansiering av medicinsk högre utbildning och forskning samt Socialstyrelse, Folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitut. Smittskyddsberedskapen inför nya, världsomfattande epidemier och inför resistensutveckling hos gamla folksjukdomar skall förbättras.

118. Staten skall genom Socialstyrelsen delta i att – tillsammans med vårdregioner och grannländer – samordna den allra mest högspecialiserade vården och ett för all sjukvård gemensamt IT-stöd, som möjliggör kommunikation mellan datasystemen vid sjukhus, hos husläkare, inom vårdregioner o.s.v.

Regionalt ansvar för sjukvården – och mer konkurrens

119. Vårdregionerna bör i framtiden vara färre till antalet än dagens cirka 20 landstingsområden, och det bör bli i storleksordningen 6 – 10 sådana regioner. Där sammanläggningar skall ske skall de vara förankrade regionalt och inte genomdrivas uppifrån mot medborgarnas önskemål.

120. Vårdregionerna skall ha betydande frihet att organisera vården som de själva önskar, inom de ramar som sätts av Hälso- och sjukvårdslagen och andra aktuella lagar – däribland bestämmelserna för husläkarsystemet. På så sätt skall lokala lösningar och variationer mellan olika arbetssätt och driftformer kunna få ett ökat, och inte ett minskat, utrymme i den svenska sjukvården. Statliga ingrepp mot förnyelsearbete, såsom i de senaste årens s.k. stopplagar, skall inte förekomma.

121. Varje region skall själv få avgöra hur stor del av vården – utanför husläkarsystemet – som skall bedrivas i egen regi och hur mycket som skall upphandlas från andra. Så länge finansieringen säkerställer att vården ges efter behov, så länge behandlingen bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och så länge skattemedel inte används utan kontroll av kostnadsutvecklingen, skall möjligheterna till upphandling, patienters val av vårdgivare och alternativa lösningar vara breda.

122. Folkpartiet liberalerna skall inom vårdregionerna verka för att all vård, utom myndighetsutövning, utsätts för konkurrens. Då kan nya aktörer i mycket högre grad än hittills släppas in i vården. Även i de fall egen regi bibehålls bör decentraliserade system, som ger korta beslutsvägar och gör personalen delaktig, eftersträvas.

Valfrihet, upphandling och hushållning med skattemedel

123. Offentlig finansiering av en vård som ges efter medicinskt behov kan förenas med såväl en stor variation i driftformer och en vidsträckt valfrihet för patienten. Upphandling är bara en av de former som skall användas för att konkurrensutsätta vård. Vårdregionerna skall hålla sina beställar- och utförarfunktioner åtskilda, men i båda se till att sjukvården är med och tar ansvar också för sjukförsäkringens funktion.

124. Vid upphandling, liksom i annan vård betald med skattemedel, skall alltid genom lag och avtalsvillkor vara säkerställt att vården är grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet. Behandling ska ske efter det medicinska behovet, och inte i någon annan turordning bestämd av exempelvis samhällsställning, förmågan att betala extra avgifter, innehav av försäkring, kön, yrke med mera. Ersättningen till vårdgivaren skall vara utformad så att inte vårdgivaren kan tillföra sig själv skattemedel genom att okontrollerat öka kostnaderna eller kringgå vårdgarantin. Högkostnadsskyddet och de med skattemedel subventionerade patientavgifterna skall inte omfatta någon vård där inte dessa krav är uppfyllda.

125. Valfriheten för patienten blir större än vid upphandling om kundvalsmodeller införs, och sådana skall användas där det är praktiskt utförbart med hänsyn till vårdtjänsternas art och kravet på trygghet för patienten och god hushållning med skattemedel.

126. Inom husläkarsystemet finns valfriheten att välja hos vilken läkare man vill vara listad. Taxan för betalningen till husläkarna utformas för att få systemet att fungera väl tillsammans med övrig sjuk- och äldre vård.

127. Kundvalsmodeller för annan vård än husläkarnas skall utformas så att de främjar god hushållning med skattemedel inom vårdsektorn som helhet. Knutet till ett ersättningsystem som fyller detta krav skall etableringsfrihet finnas för geriatriker, gynekologer, barnläkare, och barmorskor. För mödrahälsovård och barnvårdscentral skall en mödra- och barnvårdspeng i huvudsak bestå av ett fast belopp per graviditet respektive födsel, med rörliga påslag för bland annat sådant som har särskild betydelse i förebyggande hälsovård.

128. För de flesta slag av specialister skall konkurrensutsättning – anpassad efter de geografiska förhållandena – av sjukvård ske genom vårdavtal mellan vårdregion och vårdgivare, där åtaganden och ersättningsregleras.

Vårdgaranti för icke-akuta behandlingar

129. För planerade, icke-akuta, behandlingar skall vårdgaranti gälla i hela landet, för operationer och andra behandlingar, inklusive vissa särskilt angelägna förebyggande insatser, då det gäller t.ex. rökavvänjning och barnfetma.

130. När behovet av planerad behandling fastställts av läkare hos vårdregionen – eller hos vårdgivare som gör detta efter avtal med vårdregionen – skall behandlingen också utföras inom högst tre månader. Köer som metod att ”spara” pengar skall inte godtas. Det är inte sparsamhet utan ineffektivitet att utföra en behandling senare än vad som hade varit möjligt. Om vårdgivaren inte klarat att påbörja den beslutade behandlingen inom utsatt tid skall patienten ha rätt att få den utförd hos valfri vårdgivare var som helst i landet, på bekostnad av vårdregionen, respektive av den vårdgivare som enligt avtal med vårdregionen hade åtagandet att göra behandlingen.

131. Utöver vårdgarantin skall vårdregionerna på lämpligt sätt ge möjlighet till fritt vårdval där patienten, enligt kundvalsmodellen, kan genomgå behandlingen hos valfri vårdgivare. Liksom vid utnyttjande av vårdgarantin skall den vårdgivare som då utför vården få betalt antingen med pris enligt särskilt avtal eller efter den kostnad vårdregionen själv hade haft.

132. Vårdgaranti och fritt vårdval skall kunna utnyttjas även för vård i annat EU-land eller annat nordiskt land, hos kvalitetsgodkända vårdgivare men inte till högre kostnad för vårdregionen än vad behandling i hemmaregionen hade inneburit. Resekostnader skall inte belasta vårdregionen, utom då den själv väljer att anlita vårdgivare i annat land.

9. Högkostnadsskydd och patientavgifter

133. Avgifter för vård, läkemedel, hjälpmedel och färdtjänst svarar för en liten del av vårdsektorns resurser. De har en betydelse också för att bidra till god hushållning och påminna om att vården inte är gratis utan förbrukar stora mängder skattepengar. Men avgifterna får inte vara så höga att de sätter människor med svag ekonomi i kläm eller orsakar en hälsofarlig underkonsumtion av vård.

134. Högkostnadsskydd är viktiga för att avgifter skall kunna användas utan att bli medicinskt eller socialt skadliga. Dagens högkostnadsskydd är ofta för svaga för att vara till tillräcklig hjälp för personer med både sjukdom och funktionshinder, eller för hushåll där flera av familjemedlemmarna behöver vård, läkemedel och sådana handikapphjälpmedel som inte är avgiftsfria.

135. Högkostnadsskydden skall läggas om, och där så är möjligt, samordnas, så att de mer effektivt håller nere de samlade kostnaderna för personer och familjer som är hårt drabbade av sjukdomar eller funktionshinder. Avgifterna skall i övrigt variera så att de medverkar till att vård ges på rätt nivå. En liten expeditionsavgift skall alltid utgå. Läkemedel och alla vårdavgifter, hos både distriktssköterskor, husläkare och annan sjukvård skall ha ett gemensamt högkostnadsskydd, och möjligheterna skall utredas att även få med färdtjänst och vissa handikapphjälpmedel i detta.

136. Med det samlade högkostnadsskyddet skall patientens egen avgift successivt minska när kostnaden för besök och läkemedel ökar under året. Möjligheten till månadsbetalning av fast belopp skall finnas, och det skall vara stora möjligheter för den som har ont om pengar att undvika likviditetspåfrestningar. Avgiftsuttaget kan på detta sätt öka något totalt sett för sjukvård och läkemedel, samtidigt som patientavgifterna lindras i tandvården och avgiftsbördan på de i dag mest hårt belastade hushållen också lindras.

137. De särskilda högkostnadsskydd och liknande system som berör äldre – förbehållsbeloppet ("maxtaxan") i äldreomsorgen samt det särskilda bostadstillägget som skyddar pensionärer mot höga boendekostnader i t.ex. moderna äldreboenden om de har låga inkomster – är viktiga att slå vakt om. Inom tandvården är högkostnadsskyddet för svagt och reformen av tandvårdsstödet behövs för att minska självriskerna, som under senare år blivit så höga att de vållar sociala klyftor.

10. Teknik och läkemedel i vården

138. Sjukhusvården skall kunna ge de patienter som behöver det tillgång till vetenskapens och den medicinska teknikens ständiga framsteg. Men där detta är möjligt utan slutenvård skall det ske i primärvård och annan öppenvård. Jour- och andra arbetstidsavtal som försvårar en rationell vård och ett personligt läkaransvar för inskrivna patienter skall omförhandlas. Sjukhusvården skall arbeta utifrån att husläkaren är patientens läkare, där vården skall ske då så är möjligt och dit det som görs i slutenvård skall meddelas.

Journaler och läkemedelsregister

139. Sjukvårdens användning av IT som stöd för patientsäkerhet, vårdkvalitet och korrekta bedömningar i sjukförsäkringsärenden skall förbättras. Mångfalden av datoriserade journalsystem som inte kan sända information till varandra måste ersättas med nya krav på att alla sjukvårdens journal- och liknande system skall kunna tekniskt klara att förmedla information till patientens samlade journal. Ansvaret för denna skall ligga hos

patientens husläkare, som också skall ha tillgång till patientens del av det centrala läkemedelsregistret. Detta skall inte ha Apoteket som huvudman, utan skall tillhöra sjukvården, med centralt driftansvar och husläkaren som huvudansvarig på det individuella planet.

140. I akuta och livshotande lägen måste behandlande läkare snabbt kunna få tillgång det som är känt om sjukdomshistoria, läkemedelsanvändning och annat som är av vikt för att undvika felbehandling. Men förbättrade journalsystem ställer också stora krav på att sekretessreglerna upprätthålls och säkras genom behörighetskoder och konsekvent bokföring av vilka personer som tagit del av datoriserad information om patienten.

141. Läkare och sjuksköterskor, sjukintyg och recept
Läkares behörighet att utfärda intyg för sjukskrivning respektive att förskriva läkemedel skall inte vara generell eller oinskränkt. Sjukintyg eller läkemedelsrecept från en specialist inom ett område skall inte – annat än vid mycket korta sjukfall och enklare sjukdomar och olyckshändelser – kunna avse en diagnos inom en annan medicinsk specialitet, där detta kan innebära risk för felbehandling eller felaktiga beslut i sjukpenningärenden.

142. Regler på detta område skall utgå från sjukförsäkringens behov av beslutsunderlag, rehabiliteringsgarantins krav på två läkares bedömning för längre sjukskrivning och vikten av att säkerställa husläkarens centrala roll som huvudansvarig läkare för patienten.

143. Genomgången utbildning i försäkringsmedicin skall bli ett villkor för att utfärda giltiga intyg för sjukskrivning.

144. Särskilt restriktiva regler skall gälla förskrivning av läkemedel som är riskabla då det gäller tillvänjning och missbruk, och i synnerhet sådana preparat som används vid behandling av narkomaner och som innebär risker för langning och missbruk av läkemedlet. De sistnämnda skall endast få skrivas ut av läkare i specialiserad narkomanvård med konsekvent kontroll mot felanvändning av utskrivna preparat.

145. Den behörighet distriktssköterskor har att utfärda vissa recept på läkemedel skall kunna vidgas till andra legitimerade sjuksköterskor inom vissa specialiteter.

Läkemedelskostnader och läkemedelshandel

146. Apoteksverksamhet skall inte omfattas av monopol, vare sig statligt eller annat. Etableringsfrihet skall finnas för apotekare, under villkor om att personalen skall ha genomgått rätt yrkesutbildning. Vårdregioner och andra sjukhus skall ha rätt men inte skyldighet att driva apoteksverksamhet. För all apoteksverksamhet skall skyldigheter föreligga om service gentemot husläkare och annan sjukvård, om deltagande i hälsoupplýsning och om datoriserad inrapportering av alla expedierade recept till det nationella läkemedelsregistret och systemet för högkostnadsskydd.

147. Vårdregionerna och inte staten skall ha det ekonomiska ansvaret för läkemedelskostnaderna. De har därmed starka skäl

att fortsätta arbetet med att få bort över- och felutskrivning av läkemedel samt att – bland annat i samarbete med husläkarna – motverka användning av läkemedel med dålig effekt. Framför allt skall det stimulera läkarna till en mer effektiv läkemedelsförskrivning och underlätta för patienter att vara mer följsamma till ordinationen. För läkemedelsförmånerna skall nationella regler gälla, men prövningen av ärenden där särskilda beslut behöver fattas ligger på vårdregionerna.

148. Om det finns flera läkemedel med likvärdig funktion skall läkemedelsförmån och högkostnadsskydd bara gälla för patientens kostnad för det billigaste av dessa läkemedel. Om läkare anser att särskilda medicinska skäl finns för att i det enskilda fallet använda dyrare medicin skall detta prövas av vårdregionen, och merkostnader för inte godkänd fördyring skall falla på respektive läkares arbetsgivare, husläkarmottagning etc.

149. Patent under en begränsad tid är nödvändiga för att utvecklingen av nya läkemedel och ny medicinsk teknik skall vara möjlig. Men när patent löpt ut skall konkurrensen vara fri och läkemedelskostnaderna hållas nere genom användning av likartade mediciner – s.k. generika. Fri handel med läkemedel, inom och utom EU, med möjlighet till s.k. parallellimport skall säkerställa att läkemedelsbolag inte håller markant högre priser i Sverige än vad de tar ut för samma läkemedel i andra länder.

Reservationer

1. Reservation av Karin Ekdahl Wästberg:

”Jag reserverar mig, trots att mycket är bra i arbetsgruppens förslag, till förmån för en statligt finansierad hälso- och sjukvårdspeng.

Vi är i arbetsgruppen överens om att dagens sjukvårdsstruktur skapar långa köer, ingen valfrihet och bristande kvalitet. I arbetsgruppens förslag ingår dessutom regional variation som en av dagens största brister inom vården. Jag håller med. Men istället för att bejaka de regionala variationerna vill jag skapa en nationell sjukvårdspeng som ger rätt till samma typ av vård oavsett om patienten ha sin hemvist i Ystad eller Haparanda. Det är varken landsting eller regering som borde ha makten över vården – det är patienten.

Allt som oftast kan man läsa kvällstidningarnas kartläggningar över väntetiderna för vanliga behandlingar på olika sjukhus runt om i landet. Den kartläggningen visar att köerna är värre än någonsin på flera sjukhus. Patienter med trasiga knä- och höftleder, gallsten eller förstörad prostata kan tvingas köa i två år för operation. Det är inte ovanligt att få vänta fjorton veckor på en operationstid för en skadad minisk. I Stockholms läns landsting hör vi till och med alarmerande signaler att strålbehandlingen för cancersjuka patienter har långa väntetider. Det är ingen skrämselfpropaganda att människor dör i vårdköerna – det är verklighet.

De flesta av oss lever i tron om att sjukvårdens solidariska finansiering, genom att vi alla betalar till den via skattsedeln, också garanterar vård åt alla. I dag är det dock fullt möjligt att köpa sig förbi operationsköer och välja andra vårdutförare genom privata sjukförsäkringslösningar. Men bara den som har pengar kan köpa sig valfrihet och snabbare vård. Idag uppskattas omkring 300 000 svenskar ha en privat sjukförsäkring. Jag har inget emot detta, men ser en fara i att allt fler väljer att betala privat för att få snabb vård och att betalningsviljan att även betala hög skatt på sikt minskar. Vad händer då med den gemensamt finansierade vården, som jag är en stor förespråkare för.

Frustrationen över de långa köerna skapar panikreaktioner bland ansvariga sjukvårdspolitiker. I Uppsala utreddes förra några år sedan en modell som skulle kunna göra det möjligt att köpa tid för operation på Akademiska sjukhuset i Uppsala och slippa stå i kö för vård i Uppsala län, genom att betala det fulla priset för operationen. Den som har råd får gå före andra patienter i landstingets sjukvård.

Det är inte rimligt att valfrihet endast skall råda för dem som kan betala mer för hälso- och sjukvården. Varför kan inte alla medborgare få bestämma vilken vårdgivare han eller hon vill ha? För det kan väl inte vara så att landstingspolitiker eller socialministern, även om det är en borgerlig sådan eller till och med folkpartist, vet bäst vilka faktorer som jag värderar högst när det gäller valet av vårdutförare?

De långa köerna och landstingets sjukvårdsmonopol skapar en situation som leder till befogat missnöje bland medborgare,

frustration bland landstingsanställda inom vården och panik bland landstingspolitikerna. Just nu råder det på vissa ställen i landet fullt kaos inom landstingen. Vad som behövs är högre kvalitet och större valfrihet – för alla.

Lösningen på sjukvårdens kris är att upphäva landstingens monopol. En ”hälso- och sjukvårdpeng”, liknande skolpengen, bör införas. Patienten väljer då fritt mellan olika konkurrerande hälso- och sjukvårdsföretag, HSF, där en offentlig ägd huvudman kan vara en utförare (likt kommunala skolorna), men även privata vårdgivare som till exempel Linköping Medical Center eller Sophiahemmet i Stockholm och så vidare (som de fristående skolorna). Det HSF som medborgaren väljer tilldelas ”hälso- och sjukvårdspeng”.

På samma sätt som det i dag finns kommunala och fristående skolor, skulle det kunna finnas HSF med landstinget som huvudman och med privata huvudmän. Staten bör auktorisera de företag som vill etablera sig som HSF efter vissa regler och givna kriterier. Detta kan jämföras med hur Skolverket exempelvis ger fristående skolor tillstånd att bedriva skolverksamhet.

Pengen bör innefatta samtliga kostnader relaterade till sjukvården, det vill säga inte bara själva omsorgen och vården utan även sjukpenningen – precis som tanken är med folkpartiets FINSAM-lösning.

Samtliga kostnader för patientens vårdbehov och sjukskrivning betalas av HSF ur dess totala intäkter. Det finns två stora poänger med detta. För det första får varje HSF starka incitament att vårda, operera eller på annat sätt kurerar i stället för att sjukskriva. För det andra finns en inbyggd drivkraft att ägna särskild uppmärksamhet åt personer med många sjukdagar för att tidigt sätta in rehabiliterande åtgärder. I dag hamnar kostnaden för uteblivna operationer inte på respektive landsting utan på arbetsgivarna och försäkringskassan, eftersom verksamheterna är uppdelade på olika huvudmän. Huruvida bidragen skall betalas ut till de anslutna direkt av HSF eller genom annan som sedan ersätts av HSF blir beroende av hur administrationen av sjukförsäkringen anordnas.

Pengen beräknas och betalas ut av staten. Den baseras på olika variabler, som till exempel ålder (yngre kräver mindre vård än äldre). Poängen med detta är att alla åldersgrupper skall vara intressanta att ha som kunder för ett HSF. Eftersom varje individ har olika vårdbehov, några har mer, andra mindre, har HSF också en försäkringsfunktion. För ett antal svåra diagnoser, till exempel vissa transplantationer, bör det finnas en obligatorisk återförsäkring för Hälso- och sjukvårdsföretagen.

Med ett inbyggt pengsystem enligt HSF-modellen får alla samma möjlighet till valfrihet samtidigt som den solidariska finansieringen kan vidmakthållas. Till detta kommer egenavgifter, vilkas primära syfte inte är att finansiera systemet utan att förhindra överutnyttjande av sjukvården. Ett högkostnadsskydd som tar hänsyn till patientens ekonomiska styrka måste också finnas. Därmed uppfyller HSF-modellen både kravet på att ge alla medborgare förutsättningar att ha tillgång till vård samt att

välja mellan flera producenter av sjukvård.

Ett fritt val förutsätter att det finns olika aktörer att välja mellan. En förutsättning för att modellen skall kunna fungera är därför att det etableras flera från varandra fristående aktörer. Därför måste landstingsmonopolet brytas. Det finns dock teoretiskt sett inget som hindrar medborgare från att välja samma gamla landsting som tidigare eller rent av ett annat landsting i grannlandet. Jag uppfattar att gruppens förslag är ett embryo till detta.

För att få kalla sig HSF och kunna anslutas till pengsystemet skall en statlig sjukvårdsmyndighet godkänna företagen enligt fastställda kriterier. Det bör ställas höga krav på generell vårdansvar, kvalitetskontroll, ekonomisk stabilitet och uthållighet. Troligen kommer varje enskilt HSF att bli en mycket stor verksamhet, vilket vid en första anblick kan tyckas bädda för att små aktörer riskerar att slås ut. Men det skall även råda fri etableringsfrihet för sjukvårdspersonal inom lagstiftningens kompetenskrav. Det innebär att även läkare, barnmorskor, skjuksköterskor eller grupper av sådan personal kan träffa avtal med ett HSF och därmed ha hand om en viss del av patientens totala vårdansvar.

Genom att varje HSF via sina beslut styr kostnaderna för sjukvården och betalar ur egen kassa för levererade tjänster, kan man anta att det också kommer att ske vissa ansträngningar för att hålla kostnaderna nere. Samtidigt kommer blotta misstanken om att ett HSF inte ger tillräckligt bra vård att leda till förlorade kunder och intäkter. En garant för god kvalitet är både konkurrensen och den statliga inspektionen. Sammanfattningsvis finns det tre vinster med införandet av en hälsopeng.

För det första lämnas makten över från politiker till patienten. Beställaren av vård är medborgaren i stället för politikerna. För det andra säkras kvaliteten genom att de hälso- och sjukvårdsföretag som inte håller måttet väljs bort. Detta sker genom kundvalet men också genom den statliga kontrollen som skall granska kvaliteten. För det tredje garanteras ett effektivt resursutnyttjande, eftersom HSF precis som alla andra företag har starka incitament att hålla kostnaderna nere. Resultatet skulle kunna bli mer vård för pengarna, samtidigt som vårdkvaliteten skulle kunna höjas.

Verkligheten är i dag långt ifrån en ny sjukvård där patientmakten sätts i fokus. Regeringens stopplag som förbjöd landstingen att överlåta viss sjukvårdsverksamhet till ett företag har satt käppar i hjulet för en mer patientstyrd vård. Gruppens förslag är ett steg åt rätt håll som jag bejaktar. Men folkpartiet kan ännu bättre.

Sverige behöver en ny sjukvårdsstruktur som är solidariskt finansierad, höjer kvaliteten genom ökad konkurrens och samtidigt ger patientmakt genom medborgarens rätt att själv välja vårdgivare. Fel medicin är att förbjuda privata sjukhus, bevara monopolet och skjuta till mer pengar in i befintliga strukturer. Receptet måste tvärtom innehålla patientmakt genom valfrihet bland fler hälso- och sjukvårdsföretag och ökad konkurrens för bättre kvalitet. Så kan sjukvårdens struktur bli friskare.”

2. Reservation av Erik Ullenhag

”Det finns ofta goda argument för förbud, men för oss liberaler ska argumenten för att förbjuda något vara synnerligen starka eftersom vi hyser en stark tro på individens frihet och förmåga att ta eget ansvar. Visst är dagens barnfetma ett stort problem. Däremot är orsaken sannolikt inte att det på en del skolor är möjligt att köpa en sockerdricka eller chokladbit i skolmatsalen. Det föreslagna förbudet mot försäljning av läsk och sötsaker i skolor skulle därför med all sannolikhet bli verkningslöst och enbart uppfattas som ytterligare pekpinnepolitik.

Vad som behövs för att komma tillrätta med problemet med övervikt är förändrade kostvanor – för vilka föräldrarna bär ett stort ansvar – samt utökat idrottande och motionerande. Det sistnämnda kan lösas genom den upprioritering av skolidrotten som folkpartiet sedan länge föreslagit.

Mot bakgrund av det sagda reserverar jag mig mot det sötsaksförbud som återfinns i punkt 10 i sammanfattningen (slutet av stycke 25 i huvudtexten).”

(Fotnot)

¹ DRG betyder ”diagnosrelaterade” grupper. Metoden har kommit till stor användning för att på meningsfullt sätt kunna göra effektivitets- och kvalitetsjämförelser i sjukvård. Motsvarande arbetssätt för äldrevård kan kallas RUG, efter ”resursutnyttjandegrupper”.

² Tillämpningen av den s.k. finansieringsprincipen vid genomförandet av alla dessa förslag utom det tillfälliga stimulansbidraget, är understruken i riksdagsmotioner och budgetalternativ. Att denna princip inte uttryckligen nämns i denna rapport på de ställen där den är tillämplig innebär inte något förslag att ändra ståndpunkt.



Folkpartiet Liberalerna

Box 6508 - 113 83 Stockholm
08-410 242 00 - 08-509 116 60
www.folkpartiet.se - info@folkpartiet.se