

# LÄKARENS STÄLLNING I DET FRAMTIDA SAMHÄLLET

*Av med. dr. GUSTAF MYHRMAN*

PÅ SENARE år har sjukvården allt oftare nämnts i den politiska debatten. Den djupaste orsaken härtill är det glädjande förhållandet, att sjukvården vuxit fram till att bli en av kultursamhällets finaste skapelser. Det blir helt naturligt en socialpolitisk angelägenhet av första ordningen att se till, att detta goda på bästa sätt kommer samhällets alla medlemmar till del. Men om bästa sättet råder, som ofta i politiken, delade meningar.

Det finns en välgrundad uppfattning, att den svenska sjukvården står högt, att den inte endast står i jämbredd med det bästa, som det svenska samhället på andra områden består sina medborgare, utan också internationellt sett står i toppklass. För dem som företräder denna mening står det fullkomligt klart, att arbetet på sjukvårdens fortsatta utbyggnad förtröstansfullt kan fullföljas efter samma riktlinjer som hittills.

Men det finns även en åsikt, att vår sjukvård befinner sig i en kris och att en radikal omgestaltning är påkallad. Det hittillsvarande systemet, som torde kunna karakteriseras som en samverkan mellan det allmänna och det enskilda, skall ersättas av en helt förstatligad sjukvård, centralt planerad och dirigerad. All sjukvård — vare sig den lämnas i form av »sluten vård» vid sjukhus eller som »öppen vård» vid läkarnas mottagningar — skall tillhandahållas av staten. Läkarna skall anställas av staten och efter givna anvisningar leverera sin sjukvård. Det är denna förändring i läkarnas ställning, som med en något vidlyftig användning av termen benämns »socialisering».

Många frågar sig, om en sådan »socialisering» verkligen skulle innebära en så genomgripande förvandling. Är inte vår sjukvård redan nu i betydlig utsträckning »socialiserad» genom omfattande engagemang av det allmänna både inom sluten och öppen vård? Innebär inte det föreslagna fullständiga förstatligandet endast

att man konsekvent fullföljer en redan sedan länge påbörjad förvandling? Så är i varje fall reformernas tillskyndare angelägna att framställa saken.

Det torde här vara nödvändigt, att med några ord beskriva, hur huvudmannaskapet för den svenska sjukvården är fördelat.

Det är kännetecknande för vår sjukvård, att ansvaret för den »slutna» vården, alltså den sjukvård, som lämnas åt de på sjukvårdsinrättningar av olika slag intagna patienterna, i stor omfattning bärs av det allmänna: staten och landstingen resp. de städer, som ej deltar i landsting. Staten äger och driver sinnessjukhus, undervisningssjukhus som t. ex. Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet, ett antal militära sjukhus m. fl. Landstingen och de stora städerna svarar för huvuddelen av kroppssjukvården. De äger och driver exempelvis lasarett, sanatorierna, epidemisjukhusen. De intagna patienterna själva, eller de som har att svara för deras sjukvård, erlägger en »legosängsavgift» per dag. Ännu för några årtionden sedan utgjorde denna betalning en väsentlig del av vårdkostnaden. Senare har den förändringen inträffat, att de verkliga vårdkostnaderna enormt stigit, främst beroende på att sjukhusen presterar så mycket mer än förr, medan legosängsavgiften i stort blivit oförändrad. Den täcker därför en allt mindre del av kostnaden. På det sjukhus i Norrbotten, där författaren till dessa rader har sin verksamhet, betalar patienten 1 kr per dag (efter en tids vård endast 50 öre!) medan vårdkostnaden per dag f. n. är omkring 26 kronor. En sådan avgift är givetvis tämligen »symbolisk» och övergången till den sedan länge beslutade fria sjukhusvården kommer varken för det allmänna eller för patienterna att ha några ekonomiska konsekvenser av betydelse. Reformen är i själva verket genomförd sedan länge. Huruvida reformen är enbart av godo tål diskuteras.

Vid sidan av denna nästan helt med allmänna medel bekostade sjukhusvård finns ett mindre antal enskilda sjukvårdsinrättningar, ägda av stiftelser och institutioner och drivna med avkastningen av fonder samt med upptagna vårdavgifter. Dessa sjukhus motsvarar den typ av sjukhus, som är den dominerande exempelvis i U. S. A. De arbetar i vårt land under ogynnsamma ekonomiska betingelser. Folk drar sig för de med nödvändighet höga vårdavgifterna och statsmakterna har — även under den nu rådande bristen på sjukhusplatser — behandlat dem synnerligen snävt.

Vad den »öppna» vården beträffar, alltså den vård som lämnas

på läkarmottagningar av olika slag samt vid sjukbesök i hemmen, har i vårt land det allmänna ävenledes trätt in i betydande omfattning och sedan mycket lång tid tillbaka. Det har bl. a. skett i den formen, att det allmänna anställt läkare, vilka varit skyldiga att lämna sjukvård mot en fastställd taxa. Typen representeras bäst av provinsialläkaren. Han har lön av staten och är skyldig att lämna innebyggarna inom sitt distrikt sjukvård enligt en av K. Maj:t fastställd taxa. För patientens vidkommande har de taxerade arvoden utgjort en viss motsvarighet till de vid vård på sjukhus erlagda låga avgifterna. Provinsialläkartaxan är mycket ålderdomlig till sin konstruktion och beloppen låga. En rådgivning hos läkaren taxeras sålunda till 1—3 kronor och taxans rubricerade undersökningar och behandlingar uppgår till belopp av liknande storleksordning. Detta har liksom för sjukhusavgifternas vidkommande medfört, att det av patienten själv (eller av de för hans vård ansvariga) erlagda arvodet kommit att täcka en allt mindre del av de verkliga kostnaderna och i enlighet härmed har en allt större del bekostats av det allmänna i form av lön till provinsialläkaren resp. till hans kommunala motsvarigheter.

Det kunde i förstone tyckas vara en föga ingripande förändring att nu överföra hela kostnaden till det allmänna. Skulle det inte fastmer vara lämpligast att befria patienter och läkare från alla ekonomiska mellanhavanden, låta läkaren avlönas av det allmänna och ställas kostnadsfritt till den vård sökandes förfogande? Mer än en av de författare, som behandlat detta ämne, har funnit en sådan form för ersättningen till läkaren vara den enda värdiga.

Granskar man förslaget närmare, finner man emellertid, att ett överförande helt till staten av det ekonomiska ansvaret för den öppna vården har mycket långtgående konsekvenser. Vad som i förstone kan tyckas vara en enkel överflyttning av huvudmannskapet visar sig ha djupt ingripande ekonomiska och organisatoriska följder och i sistone leda till helt förändrade grunder för läkarens verksamhet. Projektet kommer därmed att beröra snart sagt varje människa.

Det kan till en början påpekas, att förhållanden i många avseenden är olikartade på den slutna vårdens område och inom den öppna vården. Den nyss anförda jämförelsen mellan legosängsavgiften vid vård på sjukhus och läkararvodet enligt provinsialläkartaxan haltar såtillvida, som legosängsavgiften sedan länge endast utgjort en ringa del av sjukhusens intäkter, medan patienternas ersättningar enligt provinsialläkartaxan utgjort en väsent-

lig del av provinsialläkarens inkomst, sannolikt inemot hälften eller mer. Både för läkaren, som om planerna genomfördes skulle få en lön i stället för arvodena, och för det allmänna, som skulle betala denna lön, finge »socialiseringen» avsevärda ekonomiska konsekvenser. Läkarna befarar på goda grunder, att de skulle få vidkännas en betydlig minskning av sina inkomster. Systemet med taxa och ersättning per prestation har stimulerat läkarna att till det yttersta ta ut sin arbetskraft. Arbetsdagar på 10 timmar eller mer torde ej höra till ovanligheten. Med anställning helt mot lön kommer läkaren givetvis att kunna begära begränsad arbetstid. Förstatligande av läkarkåren kommer alltså att innebära minskade inkomster men också reglerad arbetstid för läkarna. Allmänheten slipper erlægga några arvoden men får finna sig i att läkaren blir svårare att träffa. Han har sin tjänstetid, likaväl som andra stats-tjänare, och man kan inte rimligtvis begära, att han skall arbeta på fritid.

Nyss påpekades att jämförelsen mellan förhållandena inom slutna och den öppna vården haltade i så måtto, som patienternas avgifter vid vård på sjukhus sedan lång tid upphört att vara en inkomstkälla av betydelse medan arvodena — även när de taxeras efter den ålderdomliga provinsialläkartaxan — utgjort en betydande del av de inom den öppna vården arbetande läkarnas inkomster. Jämförelsen haltar emellertid även i det avseendet, att medan de enskilda sjukhusen är fåtaliga i jämförelse med de allmänna, finnes inom den öppna vården en betydande grupp av enskilda företagare: de utan statlig eller kommunal anställning privat praktiserande läkarna. Denna grupp kan väntas försvinna om läkarkåren förstatligas. Den privat praktiserande läkaren representerar den äldsta formen för läkarverksamhet med traditioner sedan årtusenden. Det finnes alltjämt i vårt land stor efterfrågan på sådana läkares tjänster, vilket inte enbart beror på att det överhuvudtaget är stor efterfrågan på läkare, utan även på att många människor värdesätter denna läkartyp. På grund av sin fria ställning kan privatläkaren stundom bättre tillgodose allmänhetens önskemål ifråga om mottagningstid eller hembesök. Han flyttar inte så ofta som tjänsteinnehavaren och har därigenom större förutsättningar att bli familjens förtroendemän, att bli den stundom även av radikala författare prisade »gamle husläkaren». En del ovanliga specialiteter har ursprungligen upptagits av privatpraktiserande läkare och företräts av dem, tills de sent omsider blivit upptagna på sjukhusens repertoar. Villkoren för privat

verksamhet har dock avsevärt försämrats. Kraven på läkarens utbildning och utrustning har vuxit, verksamheten har därigenom blivit dyrare. Allteftersom det allmänna i vidgad omfattning subventionerat sina tjänsteläkare, har det blivit allt svårare för den helt med egna resurser arbetande läkaren att bestå i konkurrensen. Han kan exempelvis omöjligen hålla de låga taxor, som den statsavlönade tjänsteläkaren är förpliktad följa. Han är missgynnad även i andra avseenden, hans intyg gäller inte i samma utsträckning som tjänsteläkarens o. s. v. En av följderna härav är, att knappast en enda privatpraktiserande läkare slagit sig ned på landsbygden (trots stort läkarbehov flerstädes) utan att så gott som alla privatpraktiserande läkare uteslutande slagit sig ned i de större städerna. En reform av det nu påtänkta slaget skulle självfallet ytterligare försämma konkurrensvillkoren. Allmänheten finge ju kostnadsfri vård hos de statsanställda läkarna! När man tar ställning till planerna på sjukvårdens förstatligande, måste man alltså göra klart för sig, att man samtidigt tar ställning till frågan om de privatpraktiserande läkarnas fortsatta existens.

Även på andra områden av den öppna vården skulle ett förstatligande få avsevärda organisatoriska och ekonomiska följder. Detta gäller inte minst sjukhusens öppna vård. Vid sidan om den slutna vården, d. v. s. vården av de intagna patienterna, meddelas vid ett stort antal sjukhus även vård åt patienter, som besöker vid sjukhuset anordnade mottagningar. I de flesta fall är dessa mottagningar formellt lasaretsläkarnas egen, i många fall deltar flera av sjukhusets läkare. På vissa håll drivs dessa mottagningar i sjukhusets regi som polikliniker. Nästan undantagslöst är läkarnas arbete ersatt efter prestation, läkarna uppbär sålunda patienternas arvoden helt eller med vissa reduktioner. Inkomsterna från detta arbete utgör en viktig del av sjukhusläkarnas inkomst. Lönesättningen är ofta jämförelsevis låg. Verksamheten vid dessa mottagningar är för allmänheten av stor vikt, då den erbjuder möjligheter — för större delen av vår landsort nära nog de enda möjligheterna — till specialistkonsultation. Allmänheten kan antingen direkt eller efter anvisning från annan läkare uppsöka någon av sjukhusets specialister (inom exempelvis kirurgi, invärtesmedicin, röntgen, öron-näs-halssjukdomar, ögonsjukdomar, barnsjukdomar etc.). Det har gjorts åtskilliga framstötningar för att sjukhusen skulle övertaga denna verksamhet d. v. s. engagera sjukhusläkarna att mot lön hålla denna mottagning varvid allmänheten skulle erlägga avgifter till sjukhuset i stället för till läkaren, men planerna har

mött energiskt motstånd på läkarhåll och hittills avvisats. Genomförandet av en sådan ordning i statlig eller annan regi skulle givetvis medföra, att mottagningstiden måste begränsas. Det nu tillämpade systemet med arvoden från patienterna sporrar läkaren att ta ut en längre arbetstid. Offrar han några eftermiddags- eller kvällstimmar på fritidens och familjelivets bekostnad, har han åtminstone tillfredsställelsen av en ökad inkomst, även om den nuvarande orimliga beskattningen medför att dagens sista patientarvode till större delen går till statskassan. För allmänhetens vidkommande skulle ett förstatligande av sjukhusens öppna vård medföra förmånen av fri specialistkonsultation. Men denna förmån skulle givetvis medföra, att praktiskt taget alla patienter med förbigående av ortens allmänpraktiserande tjänsteläkare skulle vilja söka specialisten. För att denne inte skulle bli alldeles omkullsprungen, finge man nödvändigtvis begränsa rätten att söka specialisten till de fall, som av en första instans remitteras till honom. Här skymtar den inskränkning av det fria läkarvalet, som är en ofrånkomlig konsekvens av socialiseringen; till denna fråga återkommes senare. Begränsningen av specialistens arbetstid, som blir en given följd, om allt vederlag för övertidsarbete upphör, kommer för allmänhetens vidkommande att innebära försvärad tillgång till specialistvård.

Orimligheterna i ett system, som vill förbjuda en yrkesman att för personliga tjänster uppbära ersättning efter prestation (d. v. s. arvode för varje särskilt fall) belyses kanske bäst om man uppställer frågan, vad den socialiserade läkaren skall göra på sin fritid. Är han anställd mot lön som en statens tjänare, måste detta rimligtvis innebära, att hans arbetsprestation i någon form är begränsad, till ett antal arbetstimmar eller till ett antal patienter, vårdplatser el. dyl. Men om han efter fullgörande av denna prestation har arbetskraft eller arbetstid, som han vill avstå, skall han då vara förbjuden att mot ersättning arbeta i sitt yrke? Ingen kan väl hindra honom att på sin lediga tid skaffa sig inkomster genom något annat arbete, att skriva böcker eller måla tavlor. Men om folk vill utnyttja hans yrkeskunskap och erfarenhet, skall han vara tvungen att avvisa dem? Eller skall det socialt sett vara riktigare, att han i så fall anordnar en mottagning i hemmet i stället för att arbeta på sjukhuset, där han har bättre instrumentell utrustning, tillgång till röntgenundersökning och konsultation av specialister inom andra fack o. s. v.

Gentemot ett resonemang av denna art skulle ivrare för sjuk-

vårdens socialisering kunna invända, att statens huvudmannaskap inte behövde hindra att en läkare för sina merprestationer ersattes med någon sorts övertidsersättning. Men man får inte förbise att huvudmannaskapet innebär, att huvudmannen bestämmer arbetets omfång. Det är nog gott och väl att patienten skulle ha möjlighet att söka läkaren även efter normalarbetsdagens slut och att läkaren för detta övertidsarbete skulle kunna uppbära ersättning — men skulle inte huvudmannen staten vilja ha ett ord med i laget vid bestämningen av arbetets omfång? Kan det inte tänkas att departementschefen, ehuru han till fullo »behjärtade» angelägenheten av att folk finge söka statens kostnadsfria läkare, dock med hänsyn till det ansträngda finansiella läget kunde nödgas beskära anslaget för övertidsersättningar inom sjukvården?

Det torde vara berättigat att påstå, att ett frångående av det hittills i vårt land tillämpade sjukvårdssystemet, som inneburit *en samverkan mellan det allmänna och det enskilda*, till förmån för ett system med helstatlig sjukvård skulle leda till besvärliga ekonomiska och organisatoriska konsekvenser.

Likväl torde dessa olägenheter av organisatorisk och ekonomisk art väga lätt gentemot de skadeverkningar, som skulle följa av att läkarens ställning i det framtida samhället komme att bli helt förändrad.

Man behöver inte göra sig skyldig till någon romantisering av läkarens arbete, om man konstaterar, att det i mycket hög grad kräver förtroende mellan patient och läkare. Mellanhavandet patient-läkare kan visserligen emellanåt vara av lätt reglerad art. Det kan gälla en åtgärd som hör till yrkesrutinen och i sådana fall kan patienten likaväl vända sig till den ene läkaren som den andre. Men i andra fall kan det gälla angelägenheter av största vikt och av djupt personlig art, frågor om väl och ve, om liv och död. Då är förtroendet för läkarens person en oundgänglig betingelse för framgång. Men förtroende förutsätter en viss frihet å ömse håll. Förtroendet kan lätt äventyras om patienten inte kan söka läkaren av fritt val utan enligt föreskrift är skyldig att söka en viss anvisad läkare. Denne kan lätt komma att framstå, inte som patientens egen förtroendemän utan som en representant för arbetsgivaren, myndigheten, samhället. Företagsläkaren, militärläkaren, verksläkaren har ofta svårare än andra läkare att vinna sina patienters förtroende just av dessa skäl. Ändock finnes i vår nuvarande organisation, med dess blandning av allmänt och enskilt, den psykologiskt viktiga möjligheten för patienten att söka

en annan. Han kan avstå från sin förmån av fri läkarvård hos den anvisade och på egen bekostnad välja läkare efter sitt sinne. Men om sjukvården förstatligas, kommer det fria läkarvalets princip att behöva offras, liksom det redan partiellt har måst offras inom förstatligade delar av vår sjukvård. Förstatligas sjukvården, måste staten givetvis tillse att arbetet, d. v. s. patienterna, rationellt fördelas på olika läkare. Doktor A. måste i stort sett ha lika mycket att göra som doktor B. och doktor C. även om patienterna skulle vilja ha en annan fördelning.

En annan konsekvens av förstatligandet och det därmed följande dirigerade läkarvalet har redan tidigare berörts: valet av specialister. Det förekommer ofta, att sjukdomsfall kräver specialistvård, antingen vid länets centrallasarett eller vid någon specialklinik i huvudstaden. Vårt svenska sjukvårdssystem har på ett mycket generöst sätt möjliggjort anlitande även på det allmännas bekostnad av sådan specialvård. En viss sovring är nödvändig, specialklinikerna måste reserveras för de fall, som verkligen kräver specialvård för att de inte onödigtvis skall belamras. Sovringen ställer den remitterande läkaren inför åtskilliga besvärligheter. Men systemet har haft en psykologiskt betydelsefull säkerhetsventil: var och en har haft möjlighet att på egen bekostnad söka specialist, om han eller hon inte velat godtaga hemortsläkarens bedömning. De i vårt land — tack vare samverkan mellan allmänt och enskilt — i regel tillämpade låga taxorna för konsultationer och sjukhusvård har gjort denna möjlighet till en praktisk realitet. Bland förespråkarna för socialiseringen har man givetvis varit mån om att bagatellisera det fria läkarvalets betydelse, ja förnekat dess existens. Chefen för Medicinalstyrelsen, som hör till förstatligandets ivrigaste förespråkare, har i en propagandaskrift jämfört denna frihet med den frihet en fattig människa i Paris har att välja bro att sova under!

Men även läkaren behöver vara fri för att rätt kunna utöva sin konst. Tidigare påpekades vikten av att patienten kan betrakta läkaren som *sin* förtroendemän. Läkaren måste understundom kunna företräda sin patients intressen *mot* arbetsgivare, myndigheter och samhälle: se till att patienten får rätt vård, att hans arbetsförhållanden regleras att hans intressen tillgodoses. Kan han göra detta även i sin egenskap av statsanställd, infogad som en tjänsteman i det stora medicinalverket? Är det inte att befara, att han kommer att bli långt mera bunden än hittills av instruktioner och författningar, att han kommer i beroende av överordnades



### *Läkarens ställning i det framtida samhället*

välvilja och kommer att märkas av byråkратиens egen sjukdom: att inte våga ta ansvar.

Mot yppandet av sådana farhågor hörs livliga protester bland socialiseringsivrarna. Den nyss citerade generaldirektören har högtidligen protesterat mot att statsanställda läkare inte skulle vara fria. När man från läkarhåll frågar, om inte en förstatligad och planmässigt centraldirigerad sjukvård kommer att kräva tvångsplacering av läkare på vakanta tjänster, svaras att en sådan skyldighet redan principiellt föreligger inom statstjänsten. Man glömer att en förflyttningsparagraf blir verkningslös, så länge den statsanställda läkaren såsom nu har rikliga möjligheter till utkomst utanför statstjänsten.

Det kraftiga motstånd som läkarna både inom sina fackliga och sina vetenskapliga organisationer rest mot planerna på en »socialisering» av sjukvården orsakas av deras övertygelse om att läkekonsten bäst utvecklas inom ett fritt yrke och att läkarna som fria yrkesmän bäst tjänar sina huvudmän inom det allmänna och det enskilda.