

frågor för dagen

God medicare-start

Den första månadens erfarenhet av det amerikanska medicare-systemet, som ger 19 miljoner över 65 år sjukvård för mycket låg kostnad, besannade inte farhågorna om rusning till sjukhusen, katastrofal överbeläggning och sänkt standard. Första månaden lades 460.000 in på sjukhus inom programmet — 100.000 av dem vårdades redan tidigare där — och ökningen låg nära de 5 procent man beräknat på officiellt håll. På sina ställen existerade överbeläggning redan tidigare men på det hela taget medförde reformen ingen överbeläggning första månaden.

En av de största svårigheterna vid genomförandet är att många sjukhus i Södern inte uppfyller de federala kraven på integration, de vägrar behandla färgade patienter. Minst 6.400 av landets omkring 7.200 sjukhus har dock uppfyllt kraven och får följaktligen federala pengar. Många sjukhus även i Södern har dock ändrat sin praxis.

Ett problem är — liksom i Sverige — bristen på kvalificerad vårdpersonal och USA satsar därför på ökad utbildning utan att eftersätta kvalitetskravet. En kraftig utökning av antalet sjukhusplatser ingår också i det närmaste

aktionsprogrammet. Kritikerna har påpekat att medicare-programmet satts igång, innan man sett till att det finns personal tillräckligt.

Men USA:s nya giv ger också delstaterna möjligheter att införa ett system, där man med federal hjälp kan ge illa lottade även under 65 år samma förmåner som de äldre. Ungefär hälften av delstaterna har redan genomfört denna reform och flera väntas göra det.

I Kanada har man delvis samma problem med sitt nya allmänna sjukvårdssystem. Man utbildar 850 nya läkare per år — men behöver 1.300 för att kunna upprätthålla läkartätheten. Det har uttryckts farhågor för att invandrande läkare skulle kunna skrämmas bort, när de privatpraktiserande läkarna får konkurrens av ett statligt system. Regeringen hoppas kunna starta sitt sjukvårdsprogram i juli nästa år. Den federala regeringen skall enligt planen betala halva genomsnittskostnaden för läkarevård som ges inom provinsernas försäkringssystem, som måste uppfylla vissa krav.

En hälsovårdskris

Situationen visar utan tvivel att regeringen i ett ekonomiskt ansträngt läge inte bara är redo att bryta klara löften till vårt yrke om arvoden och tjänsteförhållanden utan också att riskera hälsovårdens hela framtid. Hälsovården kan inte arbeta framgångsrikt om den är beroende av vad som är politiskt lämpligt i varje läge.

Så skriver British Medical Council till 50.000 läkare samtidigt som man rekommenderar dem att följa brittiska regeringens nedfrysning av lönenivån under sex månader. Läkarna varnar också regeringen — släpper den efter på någon annan sektor, är läkarna obundna av löftet.

Lång väntan i FD

Genomsnittligt får klagomål som hänskjuts till Försäkringsdomstolen vänta 7—8 månader innan ärendet avgörs. Variationerna i väntetiden är dock stora. Delvis beror dröjsmålet på de klagande själva, som ofta får anstånd med att utveckla talan. Mera betyder dock domstolens arbetssätt med skriftlig förhandling och aktiv processföring — domstolen skall själv se till att utredningen blir fullständig och rättvisande. Och slutligen har de sex icke lagfarna ledamöterna domstolstjänsten som bisyssla — deras huvudsakliga arbete sker hos arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer och de har mycket ont om tid. Trots att de ofta ersätts av sina suppleanter bromsar de arbetstakten för de övriga: president och fem försäkringsdomare, samt de sju föredragande, som för övrigt varit svåra att rekrytera i takt med den ökade arbetsbördan.

Den bakgrunden till den otillfredsställande eftersläpningen ger försäkringsdomare Folke Broberg i Tidskrift för allmän försäkring (7-8/66). Han ger där en översikt över domstolens fem första år. Försäkringsdomstolen är som bekant högsta instans för försäkringsärenden inom socialförsäkringen (sjukförsäkring, folkpensionering, ATP-, yrkesskade- och arbetslöshetsförsäkring) samt vissa frivilliga försäkringar i anslutning till dessa. Flertalet av målen kommer via riksförsäkringsverket och har således inte behandlats av domstol.

Det bör betonas att endast den som har ett självständigt intresse i målet får föra talan, att han aldrig genom besväran kan få sin rätt försämrad men att han å andra sidan inte kan få allmän hjälp till sina rättegångskostnader. Rätts-hjälpsanstalt eller fackförening ger dock ibland klagande stöd.

Domstolen får ta ställning till

omkring 15 procent av riks försäkringsverkets överklagbara ärenden och 20—25 procent av försäkringsrådets. I 10—15 procent av fallen ändras underinstansens beslut helt eller delvis. Omkring 5 procent av de inkomna målen kan inte prövas av domstolen — vanligen på grund av att besvären kommit för sent. Det förtjänar nämnas att det inte finns några särskilda ekonomiska gränser för överklagande till domstolen — även bagatellärenden kan alltså föras dit.

Domstolen behandlade år 1962 drygt 800 ärenden och de följande åren 1.000, 1.275 och 1.100 ärenden. I år tycks antalet mål åter stiga. En undersökning sex månader förra året visade att 58 procent av ärendena gällde pensionering, 13 procent sjuk- och moderskapsförsäkringarna och 29 procent yrkesskadeförsäkringen. Pensionärsärendena har svällt mer än man räknade med vid starten, medan sjuk- och moderskapsförsäkringen svarar för en mindre del än beräknat.

Pensionärsärendena berör i flertalet fall frågan om förtidspension kan beviljas eller bör höjas på grund av sämre arbetsförmåga än beräknat. För sjuk- och moderskapsförsäkringarna gäller överklaganden främst placeringen i sjukpenningklass och följderna av försummad sjuknämnan. Tre ärendegrupper dominerar i yrkesskadeförsäkringen, nämligen bestämmande av invaliditetsgrad för livränta, om nedsatt arbetsförmåga orsakats av yrkesskada eller inte och vägran av försäkringsrådet att utbyta livränta mot engångsbelopp.

Socialförsäkringen har en invecklad lagstiftning och man kan därför utgå från att många försäkrade inte tillräckligt känner till sina rättigheter för att själva kunna tillvarata dem. Man har därför inte ansett sig kunna kräva mycket av den som anför besvär —

men domstolen kan inte göra något, när en försäkrad försummat att inge ansökan eller framställa yrkande som skulle ha gett honom bättre förmåner. Därför är det angeläget att andra, mera obundna socialförsäkringsorgan, ger så fullständig hjälp som möjligt. Det händer dock någon gång att en större aktivitet från t.ex. försäkringskassans sida hade varit till fördel för den försäkrade.

Hälsorisker i daghem

Införandet av integrerade barnstugor innebär förändringar som kan påverka barnen. Man borde innan det nya bidragssystemet infördes ha diskuterat effekterna på barnens hälsa, utveckling och trivsel, dragit lärdomar av utlandet och eventuellt gjort vissa försök, anser barnläkarförbundet, Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri och Svenska pediatrika sällskapet. Föreningarna yttrade sig över familjeberedningens PM, alltså innan dess förslag i huvudsak godtogs av regering och riksdag.

Det är med det nya bidragssystemet (beskrivet i *smt* 6/66) risk för att lekskolor omvandlas till integrerade barnstugor och att inga nya lekskolor tillkommer. Det är med hänsyn till lekskolornas stora pedagogiska betydelse och den stora efterfrågan på platser förvånande att verksamheten inte uppfattas som en angelägen samhällsuppgift, även om kravet på en utbyggnad av samhällets totala barntillsyn är väl motiverad, anser föreningarna. Man önskar därför kraftigt ökade driftsbidrag även till lekskolorna och motsvarande också till korttidsplatser i barnstugor.

Barnläkarförbunden påpekar att familjeberedningen inte tillräckligt utrett infektionsrisker och påfrestningarna genom att barngrupper-

nas sammansättning växlar — inte heller har de mentalhygieniska problemen på nattöppna daghem granskats tillräckligt — där finns stora risker för att barnen blir mer bundna till daghemspersonalen än till föräldrarna. En ökning av barnstugeplatserna får inte medföra att personaltätheten försämrats, hävdar förbunden. Familjedaghemmen är ett nödvändigt komplement, men det krävs där en standardhöjning, gärna genom statligt driftsbidrag samt generella anvisningar.

Vårt behov av service

Debatten om kollektiv- eller servicehusen tas upp i en artikel av Per Schwanbom i TCO-tidningen mot bakgrund av ett par misslyckade försök, några få som fungerat och ett nyvaknat intresse för boendeformen. Några byggföretag förefaller mest böjda för att ersätta kollektivhus med serviceområden, men båda formerna förefaller ha sitt berättigande. Rimligen måste avståndet till service vara mindre i kollektivhuset — något som särskilt de äldre är beroende av. De kan också där nå större trygghet och det är främst för pensionärernas skull man hoppas på en utbyggnad av kollektivhusen. Många barnfamiljer, där båda föräldrarna vill förvärvsarbeta, tycker kollektivhuset är en idealform men långtifrån majoriteten. Många avskräcks av obligatoriska måltider även om de lockas av daghem i huset. Särskilt för familjer med flera halv vuxna barn kan kostnadsfrågan där spela en stor roll. För att fungera måste ju kollektivhusets matservice garanteras ett visst underlag. En utvidgad barnpassning — även på obekvämtid — är ett krav från många föräldrar men svårt att uppfylla utom möjligen i de verkligt stora kollektivhusen. Men är "bikupehus" önskvärda?