

Opinionen inom läkarkåren vände dock i takt med efterkrigstidens stora satsning på hälso- och sjukvården. Läkarantalet mer än fördubblades under åren 1945–1965 (från knappt 4 000 till 8 500) utan att något överskott visade sig. De djupfrysta relationerna med staten tinades försiktigt upp.

För underläkarna, som blivit en dominerande del av kåren, var i synnerhet tanken på reglerad arbetstid attraktiv. Underläkare utan specialistkompetens fick heller inte någon större del av inkomsterna från överläkarnas mottagningar.

Inkomstskillnaderna var stora mellan olika specialiteter. De specialister som inte hade någon lönande öppenvårds- eller laboratorieverksamhet var givetvis inte så intresserade av att behålla det gamla systemet, även om det fanns vissa inkomstutjämnande avlösningsförstärkningar.

Trots mycket delade meningar inom läkarkåren accepterade Läkarförbundet riksdagsbeslutet om sjukronorsreformen utan strid och inriktade sig på att i förhandlingar med sjukvårdshuvudmännen få till stånd en så gynnsam ekonomisk uppgörelse som möjligt för medlemmarna, inklusive en kortvarig kompensation för de läkare som genom reformen drabbades av en kraftig inkomstminskning. Den accepten innebar också att en lång period av konfrontation och konflikt med statsmakterna hade nått sitt slut.

Plus ...

Var sjukronorsreformen bra eller dålig för patienterna, sjukvården och läkarna? Det går knappast att ge ett enkelt svar på den frågan, eftersom reformen är så inflätd i utvecklingen av både den svenska ekonomin i dess helhet och av hälso- och sjukvården under efterkrigsperioden.

Vad berodde på reformen som sådan, och vad berodde på den gynnsamma ekonomiska utvecklingen? Skulle inte ett annat system ha lyckats lika bra, om det hade fått disponera de mycket stora resurser som den ekonomiska tillväxten ställde till förfogande? Är det kanske först idag, när tillväxten har stagnerat, som svagheterna har visat sig?

Med reservation för sådana frågetecken kan man, ur läkarsynpunkt, sätta tryggare arbetsförtjänst och rimligare arbetstider på reformens plussida. Reformen innebar också en utjämning av löneskillnader inom kåren – en solidrisk lönepolitik av anmärkningsvärt slag.

... och minus

På minussidan kommer nackdelen att det i praktiken bara finns en stor arbetsgivare, nämligen landstingssek-

torn. Det var visserligen inte sjukronorsreformen som skapade landstingsmonopolet, men den bekräftade att landstingen inte bara skulle ha det politiska ansvaret för sjukvården utan också det direkta driftsansvaret.

Viktigast är kanske att reformen förstärkte den svenska traditionen att läkaren oftare är en anställd tjänsteman än en oberoende yrkesutövare. Det påverkar i dag läkarnas bild av sig själva. Läkaren har blivit en kugge i sjukvårdens maskineri och tycker sig inte ha så stora möjligheter att påverka vare sig den egna arbetssituationen eller sjukvårdens utveckling i stort.

Detta är negativt också för patienter-

na. Inför 2000-talet är den stora utmaningen att bibehålla en god vård på lika villkor för alla medborgare men samtidigt öka mångfalden, initiativkraften och arbetsglädjen för både läkarna och andra personalkategorier i vården.

Referenser

1. Garpenby P. The State and the Medical Profession. Linköpings universitet, 1989.
2. Heidenheimer AJ, Elvander N. The shaping of the Swedish health system. London: Croom Helm Ltd, 1980.
3. Höjer JA. En läkares väg. Stockholm: Bonniers, 1975.
4. Käärik U. Läkarförbundet jubilerar. Läkartidningen 1978; 75: 1985–2000.

Det började på La Ronde ...

Det politiska spelet kring sjukronan

På kvällen torsdagen den 5 december 1968 samlades sex herrar till en diskret middag i chambre séparée på restaurang La Ronde vid Västerlånggatan i Stockholm. Vård var socialminister Sven Aspling, sekunderad av sin statssekreterare Lars-Åke Åström och rättschef Gunnar Danielsson. Gäster var Läkarförbundets ordförande Osborne Bartley, dess VD Sture Järnmark samt jag själv, som var ordförande i Sylf (Sveriges yngre läkares förening).

Vid middagen bjöds det på utmärkt mat och dryck. Socialministern var artig, konciliant och förekommande. Diverse aktuella sjukvårdsfrågor berördes. Först vid kaffet och konjaken avfyrades bomben.

Man höll inom departementet på att förbereda en genomgripande reform av betalningssystemet inom den offentliga

hälso- och sjukvården. Den innebar enhetstaxa för patienter i öppen vård kombinerad med s k apotekssystem, dvs att patienterna endast skulle betala den del av den fastställda enhetstaxan som inte ersattes av den allmänna sjukförsäkringen. Patientavgiften skulle erläggas till huvudmannen och läkarnas rätt att ta betalt av patienterna skulle avskaffas.

Den enhetliga avgiften skulle täcka inte bara besöket hos den rådfrågade läkaren utan också röntgen- och laboratorieundersökningar som patienten blev remitterad till. Om läkaren remitterade patienten vidare till annan läkarmottagning, som drevs av samma sjukvårdshuvudman, skulle patientavgiften täcka även det första remissbesöket.

Totalt 30 kr per läkarbesök

Lars-Gunnar Åström, som uppenbarligen var reformens arkitekt, hade tänkt sig en avgiftsnivå på 30 kronor per besök, vilket ungefär motsvarade sjukvårdshuvudmannens genomsnittliga totalkostnad för ett läkarbesök. Patienten skulle betala en fjärdedel därav, dvs sju kronor och femtio öre. Resterande tre fjärdedelar skulle huvudmännen få rekvirera direkt från försäkringskassan.

Det fanns många motiv för en sådan reform, menade man. Det gällande ersättningssystemet var för krångligt. Först måste patienterna lägga ut pengar för hela läkaravodet. Sen måste de stå i kö på försäkringskassan för att få återbäring. Vidare varierade patienternas kostnad beroende på omfattningen av

Författare

BO HJERN

ordförande i Sylf 1967–1969, ledamot i förhandlingsdelegationen; Läkarförbundets VD 1974–1990.

ANNONS

de åtgärder som krävts i varje enskilt fall. En enhetstaxa, som var lika för alla, oberoende av om de sökte för enkla åkommor eller var i behov av mer kvalificerad vård, skulle vara mer rättvis och ge bättre skydd för patienter som behövde omfattande och dyrbar vård. Den skulle också innebära att patienterna på förhand visste vad de skulle betala för besöket, att de slapp ligga ute med pengar och att de slapp slösa tid på att gå till försäkringskassan för att få sin återbärning. Därigenom skulle också arbetet i försäkringskassorna kunna förenklas avsevärt.

På fråga hur man tänkt sig att läkarna skulle kompenseras för de öppenvårdsinkomster som skulle falla bort svarades att det fick regleras i förhandlingar mellan Läkarförbundet och sjukvårdshuvudmännen på sedvanligt sätt. Regeringen lade sig inte i om parterna ville behålla en differentierad prestationsättning, införa någon form av ackordslön eller övergå till vanlig månadslön.

Tre omtumlade läkare

Jag behöver väl knappast nämna att det var tre mycket omtumlade och bekymrade läkare som efter dessa överraskande besked vandrade hemåt i decembernatten. Vad vi upplevt var upptakten till det som skulle komma att visa sig bli det mest omvälvande och för framtiden mest avgörande året i den svenska läkarkårens moderna historia.

Nya överläggningar ägde rum den 17 december, även denna gång på La

Ronde. Departementet var mangrant representerat. Förutom Sven Aspling, Lars-Åke Åström och Gunnar Danielsson deltog departementsråden Sven-Olof Hedengren och Göte Fridh samt expeditionschefen

Bengt Söderqvist. Vi informerades om att Lars-Åke Åström skulle komma att utnämnas till generaldirektör i Riksförsäkringsverket (RFV) och att Göte Fridh skulle efterträda honom som statssekreterare.

Planerna på en taxereform utvecklades nu ytterligare. Det klargjordes att enhetstaxan skulle användas i all öppen vård som drevs av samhället, dvs inte bara vid sjukhusens öppna mottagningsar utan också inom provinsialläkarvården. Det nya ersättningssystemet skulle begränsas till vård vid sjukdom. Hälsovård och förebyggande vård skulle falla utanför. Sedan ville man höra vad vi tyckte om förslaget.

Vi varnade för att en enhetstaxa skulle leda till ökat tryck på den öppna vårdens resurser. Bartley exemplifierade med sitt eget område, röntgen, där belastningen på sjukhusen redan var mycket besvärande. Om röntgenundersökningar skulle bli helt kostnadsfria för patienterna, måste man räkna med en ytterligare belastning på grund av remisser framtvingade av patienterna.

Mot detta reagerade Aspling med indignation. Han kunde inte förstå hur en sådan effekt skulle kunna uppkomma, sade han, eftersom han utgick från att läkarna endast beställde röntgenundersökningar på strikt medicinska grunder och inte därför att patienterna önskade det!

Ett hot mot praktikerna

Vi erinrade om att privatpraktikerna svarade för ca 5 miljoner läkarbesök årligen, vilket var 25 procent av samtliga besök i öppen vård, och hävdade att en enhetstaxa skulle rycka undan grunden framför allt för moderna praktiker med hög medicinsk ambition. För att kunna konkurrera med den låga enhetstaxan skulle de tvingas lämna ifrån sig alla kvalificerade och besvärliga fall, vilket ytterligare skulle öka trycket på den offentliga öppna vården. Samma effekt kunde befaras inom provinsialläkeriet.

Åström replikerade att man kanske kunde tänka sig att subventionera praktikerna från samhällets sida. En förutsättning för det var dock att praktikerna var beredda att överge den fria prissättningen och acceptera bindning till av samhället fastställda taxenivåer.

Vi framförde ytterligare ett antal invändningar. Jag minns inte exakt vad som sades, men i stort sett avvisade man väl alla våra farhågor. Man argumenterade mycket starkt för att få Läkarförbundet att ställa sig bakom reformen, men i sak hade man uppenbarligen redan bestämt sig för en mycket snabb politisk aktion.

Det fanns nog egentligen inte så mycket mer att diskutera. Följdriktigt avslutades middagen med att Aspling underströk sin fasta beslutsamhet att driva frågan vidare i högt tempo.

Huvudmännen uppknutna

Nästa överläggning ägde rum den 22 januari 1969 på Socialdepartementet. Från förbundets sida deltog nu även direktör Hans-Magnus Fajerson, som inom kansliet ansvarade för privatpraktikerfrågorna.

Det framgick att en icke offentlig överenskommelse redan förelåg mellan departementet och landstings- och kommunförbunden om konstruktionen av den nya enhetstaxan. Totalbeloppet för ett läkarbesök skulle bli 38 kronor, varav patienten skulle erlägga 7 kronor.

Såvitt vi kunde förstå var Socialstyrelsens chef ännu inte informerad om reformen.

För privatläkarnas del skulle inga förändringar föreslås i detta skede. Departementet ställde sig inte helt avvisande till att diskutera vissa förändringar även för praktikernas del, men det stod klart att man i så fall skulle komma att ställa villkor på kontroll över arvode

avsettningen. Från vår sida avvisade vi alla tankar på taxebundenhet. Vi ansåg det vara omöjligt att konstruera en differentierad bunden taxa som kunde skapa rimlig rättvisa dels mellan praktiserande läkare inom olika specialiteter, dels mellan läkare i samma specialitet men med skilda kostnadslägen och varierande ambitionsgrad och målsättning i sin verksamhet.

Selektiv information

Överläggningarna avslutades med att vi enades om att fortsatt ömsesidig information kunde vara nyttig, men vi lämnade departementet med en stark känsla av att våra åsikter nog inte längre hade så stor betydelse. Enhetstaxan hade en sådan politisk tyngd att den skulle drivas igenom även till priset av en eventuell konfrontation med läkarkåren.

Vi förstod givetvis att den information som lämnats oss om bakgrunden till reformen hade varit selektiv och tillrättalagd. Landstingens anspråk på att få kontroll över läkarnas inkomstutveckling hade sannolikt spelat betydligt större roll än vad man velat tillstå.

Vi insåg samtidigt att det skulle bli svårt att anföra vägande kritik mot de argument med vilka reformen skulle komma att marknadsföras. Även vi måste ju medge att den skulle leda till administrativa besparingar, och att det var vettigt att befria patienterna från besväret att behöva gå till försäkringskassan efter varje läkarbesök.

Våra möjligheter att bjuda motstånd var förmodligen inte särskilt stora. Att vi, i det samhällsklimat som präglades av gruvstrejk, studentrevolter och Vietnamdemonstrationer, skulle kunna upp- bilda någon bredare politisk opinion för vår sak var inte sannolikt.

Det fanns inte heller någon juridisk grund för obstruktion. Det stod visserligen i Sjukvårdslagen att läkare för öppen vård på sjukhus må ta ut särskild ersättning av patienter efter överenskommelse med huvudmannen, men efter-

”Förmodligen var det nog också så att Aspling hade behov av att få upp en stor socialförsäkringsfråga på dagordningen för att visa handlingskraft och stärka sin politiska ställning.”



Några år efter reformen togs denna bild med några av dem som figurerade i spelet kring »sjukronan». Från vänster Socialstyrelsens generaldirektör Bror Rexed, artikelförfattaren Bo Hjern, statsminister Olof Palme och socialminister Sven Aspling.

som organisationsfrågor inte hörde till det förhandlingsbara området enligt stats- och kommunaltjänstemannalagarna kunde Läkarförbundet inte fordra att läkarnas ersättning skulle utgå just i form av patientarvoden.

Sedan gick det fort

Ärendet bereddes vidare i regeringskansliet utan ytterligare kontakter med Läkarförbundet. En kortfattad kommuniké om den planerade enhetstaxan offentliggjordes i slutet av januari 1969. En månad senare utsändes en departementspromemoria »med förslag till ändringar av sjukvårdsförmånerna inom sjukförsäkringen m m» på remiss med remisstid till mitten av april. Förslagsdelen i promemorian upptog nio glest skrivna stencilsidor. En praktiskt taget enhällig remissopinion tillstyrkte förslaget huvudlinjer. Många varnade dock för den ökade belastning på sjukhusens öppna mottagningar som kunde befaras uppkomma. Särskilt betonades risken för ett ökat tryck på röntgen- och laboratorieavdelningar.

Endast två remissinstanser, Sveriges läkarförbund och Saco, motsatte sig att reformen genomfördes enligt den snabba tidsplan som skisserats. För att promemorian skall kunna läggas till grund för den avsedda reformen krävs en grundlig omarbetning och komplette-

rande utredning, menade organisationerna. De anförde som skäl att den föreslagna ändringen av betalningssystemet skulle komma att påverka vårdefterfrågan och patientströmmarna i så hög grad att besvärliga problem skulle uppstå.

Dessa farhågor bekymrade knappast socialministern och hans medhjälpare. I den proposition som utarbetades under sommaren konstaterades sangviniskt att det ökade tryck på sjukhusens öppna mottagningar som kunde bli en följd av genomförandet av förslaget borde kunna mötas genom åtgärder från sjukvårdshuvudmännens sida!

Propositionen remitterades till lagrådet i slutet av september, lades på riksdagen bord en månad senare och klubbades igenom den 3 december. Samtliga riksdagspartier accepterade reformen i princip, men moderaterna reserverade sig för att ikraftträdandet skulle skjutas upp till den 1 juli 1970, och att möjligheten för läkare att ha privatmottagning i sjukhusens lokaler skulle finnas kvar om huvudmannen tillät detta.

Reformen, som i medierna döpts till »sjukronorsreformen», trädde i kraft den 1 januari 1970.

Läkarförbundets centrala förtroendemän hade givetvis fortlöpande hållits underrättade om kontakterna med soci-

alministern. Övriga medlemmar informerades genom ett referat i Läkartidningen den 12 februari 1969. I en ledare i samma nummer karakteriserades sjukronorsreformen som en av de mest genomgripande förändringar som vidtagits inom sjukvårdens betalningssystem med en mängd viktiga konsekvenser för läkarkåren.

Upprörd stämning

Under mars månad arrangerades informationsmöten för förbundets medlemmar på ett 30-tal olika platser runt om i landet. En mängd möten ägde också rum i förbundets yrkes-, specialist- och intresseföreningar. Stämningen var ofta upprörd och diskussionens vågor gick höga.

Uppfattningarna om reformen varierade starkt beroende på specialitet, tjänsteställning, arbetsgivare, politisk uppfattning, etc. Självfallet var det främst de offentliganställda läkarnas inkomst- och arbetsförhållanden som den interna debatten handlade om, men även privatpraktikernas situation diskuterades livligt.

Motståndet mot reformen var från början starkt inom överläkarföreningarna – Svenska lasarettsläkarföreningen, Universitetssjukhusens överläkarförening (USÖ) och Stockholms överläkarförening (SÖL) – naturligt nog, ef-

tersom det var överläkarnas situation som kunde befaras bli mest förändrad vid de löneförhandlingar som skulle bli en nödvändig följd av reformen. Inom Sylf var vi inte lika bekymrade, eftersom vi föreställde oss att reformen kunde öppna möjligheter till en positiv förändring för underläkarnas del.

Krav på radikala förändringar

Vi hade redan 1960 kartlagt medlemmarnas inkomst- och arbetsförhållanden genom en heltäckande enkätundersökning, och de stora skillnader mellan olika underläkargrupper som då dokumenterats hade medfört att krav på radikala förändringar rests från allt fler håll. Under senare hälften av 1960-talet hade kraven på arbetstidsreglering och totallön ökat i styrka.

Även om majoriteten av medlemmarna fortfarande var skeptiska till sådana propåer, fanns det inom Sylf en beredskap för att diskutera nya lösningar och en insikt om att man inte till varje pris nödvändigtvis måste hålla fast vid gamla ståndpunkter.

Trots att motsättningarna inom kåren till en början föreföll omöjliga att överbrygga, ledde diskussionerna och övervägandena fram till ett enigt remissyttrande. Läkarförbundet ställde sig bakom reformförslagets mål och värderingar »att den kostnad som slutligen stannar på den försäkrade under sjukdom blir förhållandevis låg». Förbundet hade invändningar på en rad punkter och krävde omarbetningar och kompletterande utredningar, men det principiellt viktiga, som säkert förvånade många, var att förbundet instämde i de mål regeringen önskade nå och förklarade sig i allt väsentligt dela de värderingar som bar upp förslagen i promemorian.

Remissvarets utformning vann gillande vid Läkarförbundets fullmäktigemöte i Umeå i början av juni, även om det fanns många kritiska röster. Svaret var alltför blekt och samhällstillvänt, hette det – förbundet borde ha poängterat de negativa effekterna starkare och över huvud taget intagit en militantare hållning.

Praktikerna fick vänta

Redan vid de första kontakterna med socialministern hade vi pekat på behovet av att inlemma de privatpraktiserande läkarna i det nya systemet, så att inte deras patienter skulle ställas utanför den förbättrade subventioneringen. Vi hade förklarat oss införstådda med att det allmänna i så fall måste ha en tillfredsställande insyn i kostnads- och inkomstutvecklingen för praktikerna, men avvisat bundenhet till ett stelt taxesystem byggt på enkla schabloner.

Att det var viktigt att finna en lösning

på praktikernas ersättningsfråga underströks glädjande nog i de flesta av remissyttrandena över departementspromemorian. Socialministern uppdrog därför den 9 maj 1969 åt RFV att utreda frågan om ett ändrat försäkringssystem även inom praktikersektorn. Direktiven var kortfattade och allmänt hållna, men fastslog att utredningen skulle syfta till att skapa ett ersättningssystem som inbegrep hela det arvode som skulle utgå till läkaren för vården. Det var liktydigt med taxebindning, dvs att läkarens arvode skulle maximeras till belopp som angavs i en särskilt utformad taxa eller dylikt.

Dramatisk konfrontation

Vid 1969 års fullmäktigemöte i Umeå kom det till en dramatisk konfrontation mellan SPLF (Sveriges praktiserande läkares förening) och Sylf i praktikerfrågan. Förslag hade väckts om att kontakterna med RFV skulle hanteras av en särskild kommitté och Sylf krävde att få bli representerad i denna, något som SPLF högljutt motsatte sig. Bakom detta låg en ömsesidig misstro, som dessvärre hade sin grund i ett gigantiskt missförstånd.

Inom SPLF trodde man att Sylf ville sälja ut praktikersektorn. Inom Sylf fruktade man att den dåvarande, ganska ålderstigna praktikerkåren skulle försöka rädda sitt eget skinn genom någon form av avlösning som skulle blockera möjligheterna för kommande generationer att etablera privatpraktik.

Striden avblåstes med att förbundets 2:e vice ordförande Nils Terner invaldes i den kommitté som tillsattes. Terner var visserligen sylfare, men ansågs inte lika militant som en del av oss andra. Utvecklingen som följde visade att både SPLF och Sylf var lika angelägna om att slå vakt om den fria sektorns fortbestånd.

Lars Werkö irriterad

Förbundets engagemang i praktikerfrågan irriterade USÖs ordförande Lars Werkö, som i ett temperamentsfullt inlägg i Läkartidningen anklagade förbundsledningen för att ta överdriven hänsyn till praktikerna. Den läkarkategori vars arbetsförhållanden – och med all säkerhet även ekonomiska förhållanden – mest kommer att beröras av sjukronorsreformen är läkare vid stads- och universitetssjukhusen, skrev han, och hävdade att dessa inte hade rönt samma uppmärksamhet från förbundets sida. Om förbundet i sin politik i fortsättningen endast skall ta hänsyn till privatpraktikernas och de yngre landstingsanställda läkarnas önskemål, kan vissa grupper inom USÖ komma att lämna förbundet, hotade han.

RFVs utredning presenterades i de-



cember 1969. Den föreslog att sjukvårdshuvudmännen och de enskilda läkarna skulle träffa läkarvårdsavtal. Läkarna skulle binda sig att inte ta ut högre arvode än 15 kronor av patienterna, och i övrigt förutsattes att förhandlingar med sjukvårdshuvudmännen skulle resultera i skälig nettoersättning till läkarna och täckning av deras motagningskostnader.

Utredningen underkändes såväl av Läkarförbundet som av sjukvårdshuvudmännen. Sjukronorsreformen omfattade därför från början inte de privatpraktiserande läkarna och deras patienter. Dessa inordnades i systemet först 1975 efter ett långdraget och komplicerat fortsatt utredningsarbete, i vilket RFVs generaldirektör Lars-Åke Åström och Läkarförbundets Hans-Magnus Fajerson spelade huvudroller.

I oktober 1969 inleddes delegationsförhandlingar mellan arbetsgivarna och Läkarförbundet om bl a lönenivåerna efter sjukronorsreformen, vilket Henric Hultin beskriver i intilliggande artikel.

Varför just då?

Att anställningsvillkoren för läkare förr eller senare skulle komma att förändras hade nog de flesta insiktsfulla bedömare klart för sig. Att en ordning, där den offentliga öppna vården bedrevs som läkarnas privata rörelse, skulle ifrågasättas i det rådande politiska klimatet var ganska självklart. Men vad det var som gjorde att förändringen forcerades fram just 1969 är svårt att veta för andra än de som var direkt involverade i spelet bakom kulisserna.

Den första offentliga antydningen om att något kunde vara i görningen kom i början av augusti 1968, då K-G Michanek i Expressen publicerade ett öppet brev till Sven Aspling med krav på att patienterna vid läkarbesök skulle befrias från att behöva lägga ut den summa som de senare skulle få tillbaka från försäkringskassan. Aspling svarade att han inte saknade vilja att medverka till en sådan reform.

Behövde en »profilfråga»

Förmodligen var det nog också så att Aspling hade behov av att få upp en stor socialförsäkringsfråga på dagordningen för att stärka sin politiska ställning. Aspling hade efterträtt Torsten Nilsson

ANNONS

som socialminister 1962 men hade som sådan inte alls spelat samma framträdande roll i politiken som flera tidigare, namnkunniga innehavare av posten.

Statens roll reducerad

Vid Asplings tillträde hade bostads- och arbetsmarknadsfrågorna flyttats bort från departementet. Visserligen hade sjukvårdsfrågorna tillkommit från Inrikesdepartementet, men sedan landstingen tagit över provinsialläkärväsendet 1963, mentalsjukvården 1967 och omsorgen om psykiskt handikappade 1968 hade statens roll inom hälso- och sjukvårdsområdet reducerats avsevärt. Aspling hade som socialminister inte gett samma intryck av säkerhet och kunnsighet som han tidigare gjort som partisekreterare.

1966 gick det rykten om att Aspling skulle bli landshövding i Värmland och mot slutet av 1960-talet kritiserades han av radikala grupper inom det socialdemokratiska partiet för att inte driva socialpolitiken tillräckligt aktivt. Därtill kom att han hamnat i skuggan av den nya Socialstyrelsens chef Bror Rexed.

Denne var karismatisk och dynamisk och den som massmedierna föredrogs visade sig till i sjukvårdsfrågor. Det är nog mot den bakgrunden man skall se det förhållandet att Rexed och Socialstyrelsen inte fick spela någon roll vid sjukronorsreformens tillblivelse.

Mer makt över läkarna

Uppenbart är också att sjukvårdshuvudmännens önskan att få bättre grepp över läkarnas tjänstgörings- och inkomstförhållanden spelade stor roll. Vissa landsting hade under senare hälften av 1960-talet byggt moderna öppenvårdsmottagningar, vid vilka de önskade anställa specialistläkare med fast månadslön, något som Läkarförbundet bestämt motsatte sig. Öppen vård skall bedrivas mot prestationsersättning, var förbundet orubbliga principinställning. De mest uppmärksammade fallen gällde ett läkarhus i Borlänge och omstrukturering av Vetlanda sjukstuga till specialistläkarmottagning.

En annan fråga som irriterade landstingsvärlden var Läkarförbundets ovilja att diskutera ändring av lönesystemet för laboratorieläkare. Landstingsförbundet hade på hösten 1968 krävt övergång till fast månadslön för läkare inom specialiteterna klinisk kemi, mikrobiologi, patologi, cytologi, blodcentral, klinisk fysiologi och neurofysiologi, men mött föga gensvar från förbundets sida.

Måhända skulle sjukronorsreformen ha blivit mindre drastisk om Läkarförbundet intagit en mer flexibel hållning i dessa förhandlingsfrågor? •

Läkarförbundets svåraste förhandling

Sjukronorsreformen var en mycket genomgripande förändring både för den svenska sjukvården som samhällssystem och för den svenska läkarkåren som professionell grupp. Själva reformen var egentligen en fråga om införande av enhetstaxa i den statliga sjukförsäkringen. Men den förde med sig både arbetstidsreglering och tidbaserad lön i stället för tidigare oreglerad arbetstid och prestationersatt öppen vård för de offentligt anställda läkarna.

Sjukhusläkare av alla kategorier hade fram till 1964 en totalt oreglerad arbetstid såväl vad gäller det vanliga arbetet som jourtjänsten. Då kom det första avtalet om viss kompensation för jourtjänst. Det gav i huvudsak kompensation timme för timme vid aktiv arbetsinsats och bara på nätter och helger. Senare under 1960-talet kom viss ersättning även för bundenheten. Fortfarande var dock läkarnas arbetstid utanför jour och beredskap helt oreglerad till 1970.

Sjukhusläkarnas inkomster bestod dels av en fast månadslön, dels av en inkomst från öppen vård/mottagning. Den fasta delen var med smärre undantag lika för läkare av samma tjänstekategori oberoende av specialitet. Mottagningsinkomsterna bestod av betalning enligt fast taxa från varje enskild patient på mottagningen direkt till den enskilde behandlande läkaren.

Det innebar att inkomstens storlek dels berodde på den totala volymen mottagningsbesök som den enskilde läkaren fick ta hand om, dels på hur pass förmånlig taxan var för den enskilda specialiteten. Genomsnittligt för hela läkarkåren var mottagningsinkomsterna sammantaget något större än den fasta månadslönen, men variationerna mellan olika specialiteter, tjänstekategorier och sjukhus var stora.

Arbetsbelastning och inkomster

Allmänt var sjukhusläkarnas arbetsbörda mycket stor. I de flesta specialiteter hade läkarna av alla kategorier långa intensiva vanliga arbetsdagar och dessutom en tung jourbörda med en ringa kompensation i ledighet.

Några siffror kan konkretisera förhållandena: 1965 var det totala antalet

läkare i Sverige ca 8 500 – 1999 var det nära 28 000. År 1965 fanns det ca 5 000 specialister, 1998 drygt 19 000. När jag var underläkare på Falu lasarett 1965, var det totala antalet underläkare sex stycken inom allmän kirurgi, urologi och ortopedi för hela den slutna och öppna vården inklusive primärjouren.

Skilnaderna i arbetsbelastning var emellertid stor, framför allt mellan olika specialiteter. De flesta opererande specialiteter var hårt belastade, liksom invärtesmedicin. I jämförelse därmed hade läkarna inom en del andra specialiteter betydligt lindrigare arbetstid. Tydligast var detta beträffande klinisk kemi, men det gällde även inom opererande (t ex ögon) och invärtesmedicinska specialiteter (t ex barn).

Inom många specialiteter gav stora mottagningsinkomster en god kompensation för den tunga arbetsbelastningen. Oftast gällde detta både överläkare, biträdande överläkare och underläkare. Men variationerna var stora – inte bara mellan olika specialiteter, utan också inom samma specialitet mellan olika sjukhus. Det kunde bero på den lokala omfattningen av öppen vård, men också på den lokale chefens vilja att dela med sig av den inkomstgivande mottagningen.

Stötande brist på samband

Många inom sjukhusläkarkåren uppfattade bristen på samband mellan arbetsbelastning och inkomst som starkt stötande. Själva grundkonstruktionen av sjukhusläkarnas avlöning med största delen av inkomsten från mottagning hade medfört att mottagningsverksamhetens utveckling helt avgjorde lönevillkoren.

Det kan illustreras med följande ytterlighetsexempel: När den tekniska utvecklingen under början av 1960-talet möjliggjorde automatisering av blodkemiska analyser på sjukhuslaboratorier, ökade laboratorieöverläkarnas inkomster till mycket höga nivåer utan någon ökad belastning, och oftast utan att de hade några underläkare som de behövde dela inkomsterna med.

Författare

HENRIC HULTIN

fd ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse och förhandlingsdelegation.