

Historien om "sjukronan"

Sjukronorsreformen år 1970 är en milstolpe i den svenska hälso- och sjukvårdens historia. Det finns kritiker inom läkarkåren som vill dra en rak linje från »sjukronan» till de aktuella problemen i sjukvården – det var här som det började gå snett, menar de. Men en stor del av dagens läkarkår har aldrig arbetat inom något annat system och har ingenting att jämföra med.

Hur fungerade det före »sjukronan»? Vad fanns det för motiv för förändringen? Vilken roll spelade Läkarförbundet? Läkartidningen försöker i detta nummer att ge svar på sådana frågor.

Två av skribenterna kan likt Runebergs fänrik Stål säga: »Därom kan jag ge besked, om herr'n så vill, ty jag var med.» *Bo Hjern* (verkställande direktör i Läkarförbundet 1974–1990) var ordförande i SYLF 1967–1969 och ingick i Läkarförbundets förhandlingsdelegation. Han fokuserar i sin artikel på de politiska turerna kring reformen.

Henric Hultin (sedermera bl a sjuk-



vårdschef och landstingsdirektör i Älvsborg) hade 1970 redan flera år varit ledamot av Centralstyrelsen och ingick också i förhandlingsdelegationen. Hans artikel skildrar de svåra löne- och arbetstidsförhandlingar som följde det politiska principbeslutet.

Härutöver har *Ulf Schöldström* forskat i skrifterna och ger en historisk bak-

grund till reformen och de ansträngda relationerna mellan staten och läkarkåren. Sjukronan kommenteras också på ledarplats av *Göran Medén-Britth*, ledamot av centralstyrelsen och ordförande i Svenska privatläkarföreningen.

Läsarna är välkomna att bidra med egna hågkomster, kommentarer och synpunkter på »sjukronan». •

Vad betydde reformen för sjukvården och läkarrollen?

Nästa år är det trettio år sedan den s k sjukronorsreformen genomfördes. Det är en så pass lång tidsrymd att en stor del av de läkare som idag är aktiva i hälso- och sjukvården inte har någon personlig erfarenhet av hur systemet fungerade före 1970. Allmänna föreställningar lever kvar om att läkaryrket före »sjukronan» var både friare och mer lönsamt, samtidigt som arbetsbelastningen var hård och arbetstiden lång.

Men, mer preciserat, vilka förändringar medförde reformen för patienterna, läkarna och landstingen?

Författare

ULF SCHÖLDSTRÖM

Sveriges läkarförbund, Stockholm.

För patientens del kan de omedelbara effekterna av reformen beskrivas ganska enkelt. Det fanns redan (sedan 1955) en obligatorisk sjukförsäkring, men före 1970 fick patienten betala doktorn hela kostnaden för ett öppenvårdsbesök och sedan vända sig till försäkringskassan för att få tillbaka den fastställda statliga subventionen för sin utgift. Nu bestämdes att patienten skulle betala en nettoavgift på 7 kronor (15 kronor för hembesök), och vårdgivaren skulle få återstoden av kostnaden från försäkringskassan.

Vård för alla

Nyordningen innebar en definitiv bekräftelse av principen om vård med samhällslig finansiering. Ett system med sjukvård för alla till låg kostnad för patienten hade vuxit fram endast långsamt i Sverige. De obligatoriska sjuk- och olycksfallsförsäkringar som Bismarck införde i Tyskland på 1880-talet inspirerade visserligen också de skandinaviska länderna, men Sverige (liksom

Danmark) valde en modell med frivilliga sjukkassor.

Av ekonomiska och geografiska skäl gick det trögt med anslutningen i det agrara Sverige, och ännu i slutet av 1930-talet var mindre än hälften av befolkningen försäkrad i de frivilliga sjukkassorna. Det gick fortare i det mer tätbefolkade och urbaniserade Danmark. Här fanns också en relativt stor privatläkarkår som drev på utvecklingen, eftersom den tidigt insåg att sjukförsäkringskassorna samtidigt kunde trygga medborgarnas sjukvård och läkarnas försörjning.

För landstingen och läkarna har inbörden av sjukronorsreformen i litteraturen, t ex Garpenby, Heidenheimer [1, 2], sammanfattningsvis beskrivits som att landstingen fick kontroll över hela verksamheten vid sjukhusen, samtidigt som läkarna blev heltidsavlönade tjänstemän. Men det var inte fråga om en dramatisk förändring utan det sista steget i en lång process.

Ursprungligen hade landstingen



Sjukronorsreformen var en rätt logisk följd av det arbete som 25 år tidigare inleddes av Medicinalstyrelsens generaldirektör Axel Höjer.

främst ansvar för den slutna vården, och överläkarna vid lasaretten hade möjlighet att ha både egen öppenvårdsmottagning och privata inneliggande patienter. Genom avtal och lagstiftning reglerades och begränsades dessa möjligheter successivt under åren 1945–1960. En bindande avgiftstaxa och tidsramar för mottagningen infördes. Rätten att ha privata sängplatser avtalades bort i utbyte mot lönehöjningar.

Totallön och tidsreglering

Trots detta behöll den öppna mottagningen karaktären av en friare och mer »privat» arbetsform. Det fanns för många läkare ett symbolvärde i att läkaren uppbar besöksavgiften direkt från patienten och betalade huvudmannen ersättning för utnyttjande av lokaler, utrustning och personal.

Sjukronorsreformen satte punkt för detta system, i och med att all offentlig anställd sjukvårdspersonal i lag förbjöds att ta emot ersättning direkt från patienten. Privat praktik på heltid eller fritid påverkades dock inte. Beslutet innebar inte någon reglering av hur läkarna skulle ersättas i framtiden, utan detta fick landstingen och Läkarförbundet komma överens om i avtal. Resultatet blev totallön och arbetstidsreglering. Därmed fanns det inte längre några drag kvar som påminde om läkarens traditionella ställning som oberoende yrkesutövare.

Man måste dock erinra om att denna tradition var mindre stark i Sverige än i många andra europeiska länder. Sverige var länge ett fattigt och glesbefolkat land, och det fanns inte så många orter som hade befolkningsunderlag och köpkraft nog för att ge praktiserande läkare deras bärgning.

Den öppna vården utanför städerna

ombesörjdes av provinsialläkarna, som sedan 1700-talet hade varit statsanställda tjänstemän (med uniform!). Överläkarna på sjukhusen var i sin egenskap av slutenvårdsläkare anställda hos landstingen. Därtill kom ett antal tjänsteläkare hos statliga verk, kommuner m m. Den svenska läkarkåren var sålunda mycket starkare knuten till den offentliga sektorn än t ex de danska och engelska kollegerna.

Trots detta är det uppenbart att det var ett svårt beslut att ge upp den allra sista delen av läkarens historiska roll att vara en rådgivare som patienten själv både väljer och betalar (om än med bidrag från försäkringskassa eller det allmänna). Den processen pågick i över tre decennier, dvs ungefär från 1935, när den omstridde läkaren Axel Höjer blev generaldirektör för Medicinalstyrelsen och började arbeta på att förverkliga socialdemokratins tankar om kostnadsfri vård i offentlig regi, ökad läkarutbildning och en avlönad läkarkår.

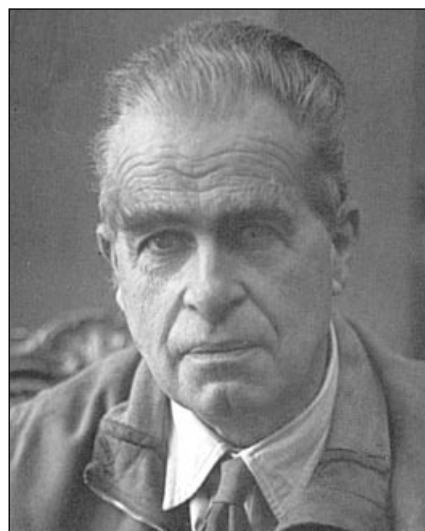
Situationen komplicerades av att Läkarförbundet i slutet av 1930-talet fick en mycket stridbar förespråkare för läkarens position som fri yrkesutövare. Det var Dag Knutson, ordförande i Sylf åren 1938 till 1942, och sedan exceptionellt långvarig ordförande i förbundet 1946–1961.

Kollision med Höjer

Höjer har i sin memoarbok *En läkares väg* [3] lyft fram Knutsons person som viktig, eller till och med avgörande för förbundets motstånd mot Höjers förslag, men Knutson var utan tvivel representativ för vitt utbredda stämningar inom läkarkåren. Det blev emellertid en total kollision mellan Höjer och Knutson, och relationerna mellan förbundet och staten präglades av en ömsesidig, djup och varaktig misstro.

Saken blev inte bättre av att kåren bestämt motsatte sig både att läkarutbildningen skulle ökas och att utländska läkare (även nordiska) skulle få behörighet att verka i Sverige. Motståndet, såväl i slutet av 1930-talet mot invandring av tyska läkare med judisk bakgrund som efter kriget mot »import» av österrikiska läkare, är omskrivet och kritiserat.

Med tanke på att Sverige vid denna



Dag Knutson, Läkarförbundets ordförande vid den aktuella tiden, hyste stark misstro mot Axel Höjers strävanden.

tid hade påfallande få läkare i jämförelse med andra europeiska länder kan det envisa motståndet så här i efterhand verka förbryllande. Sverige hade t ex 1940 en läkare på ca 2 000 invånare, medan både Danmark och Norge hade en läkare på ca 1 200 invånare.

Överskottsproblem

Förklaringen får nog sökas i den omständigheten att den svenska läkarkåren redan två gånger under 1900-talet hade drabbats av överskottsproblem. Antalet läkare fördubblades åren 1880–1900, vilket fick till följd att många läkare vid sekelskiftet fick dra sig fram på usla villkor som extra ordinarie provinsialläkare eller s k ackordsanställda hos företag och storgods. Det var mot bakgrund av sådana erfarenheter som Läkarförbundet bildades 1903.

På 1920-talet var det dags igen med vad man kallade »assistentläkareländet». Assistentläkartjänsterna inrättades för att ge blivande tjänsteläkare klinisk praktik, men de missbrukades till att försörja sjukvården med så gott som oavlönade underläkare. Att Sylf bildades 1922 är ingen tillfällighet. Assistentläkarbefattningarna avvecklades först på 1940-talet. [4]

Läkarkåren hade sålunda bitter erfarenhet av att arbetsgivarna hade hårda nypor och inte tvekade att använda ett överskott på läkare till att skaffa sig billig arbetskraft. Hur skulle man kunna lita på att en ökning av antalet läkare verkligen skulle gå hand i hand med en kraftig utbyggnad av hälso- och sjukvården som kunde ge både arbete och rimliga löner? Var det inte bättre att försöka bryta beroendet av stat och landsting och i stället, efter europeiska förebilder, försöka stärka läkarens ställning som oberoende yrkesutövare?

Tabell I. Antal läkare i Sverige 1880–1999.

År	Totalt	Invånare/läkare
1880	555	8 200
1900	1 100	4 550
1920	1 600	3 700
1940	3 200	2 000
1960	7 100	1 050
1980	18 000	460
1999	28 000	330

Källa: Läkarförbundet

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 inflätad 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.