

Effekter av sjukförsäkringen i Finland

En utvärdering med hjälp av hälsointervjuer

Tapani Purola

Esko Kalimo

Kauko Nyman

Kai Sievers

I Finland genomfördes en allmän sjukförsäkring 1964. Den innebär bl.a. att individerna ersättes för 45—100% av alla kostnader för öppen sjukvård. En omfattande undersökning med hälsointervjuer genomfördes före försäkringens införande. Fyra år därpå har dessa intervjuundersökningar upprepats. Avsikten har därvid varit att belysa vad sjukförsäkringen inneburit. Intresset har framför allt gällt förhållandet mellan sjukvårdskonsumtionen och sjukvårdsbehovet. Vissa förändringar i sjukvårdskonsumtionen har därvid framkommit. Det har framför allt inneburit en ökad sjukvårdskonsumtion hos låginkomstgrupperna. De förändringar som sjukförsäkringen åstadkommit stämmer alltså väl överens med försäkringens huvudsakliga syften.

Tapani Purola är planeringschef vid Finlands Social- och hälsovårdsministerium samt docent i socialpolitik vid Helsingfors universitet. Esko Kalimo är direktör vid Folkpensionsanstaltens Institut för social trygghet, Helsingfors, samt docent i medicinsk sociologi vid Helsingfors universitet. Pol. lic. Kauko Nyman är forskare vid Institutet för social trygghet. Kai Sievers är professor i folkhygien vid Åbo universitet.

Inledning

De data som krävs för hälsovårdens planering måste samlas med olika metoder. Utöver den statistik som ständigt förs är det nödvändigt att verkställa specialundersökningar, som noggrant kan inriktas på uppsamling av relevanta data. Det har i allt flera länder blivit vanligt att använda hälsointervjuer som en metod att erhålla data av hela befolkningens och dess olika gruppers sjuklighet och sjukdomsbeteende.

Genomförandet av det allmänna sjukförsäkringsprogrammet i Finland år 1964 var en omfattande åtgärd i hälsovårdspolitik och det blev nödvändigt att undersöka programmets framgång och finna ut olika sätt att förbättra detta.

Med intervjuundersökningen, som också är ett slags grundläggande hälsovårdsundersökning, har man i Finland sökt fylla de kunskapsbehov som evalveringen av sjukförsäkringen gett upphov till. I det följande klarläggs i korthet hur denna undersökning anknyter till hälsovårdens, särskilt sjukförsäkringens, planering. Dessutom redogörs för undersökningens teoretiska referensram samt för några av de viktigaste resultaten.

Undersökningens syfte

Sjukförsäkringssystemet minskar de personliga kostnaderna genom att ersätta en del av sjukvårdsutgifterna och den inkomstförlust som förorsakats av arbetsoförmåga. Dessutom strävar systemet till

Artikeln baseras på ett föredrag vid tredje nordiska kongressen i Socialmedicin i Helsingfors i juni 1972. En längre version av föredraget har publicerats på engelska i *International Journal of Health Services*.

utjämna utnyttjandet av sjukvård bland olika befolkningsgrupper för att göra detta oberoende av en persons sociala resurser. Det nuvarande sjukförsäkringsprogrammet täcker varje i landet bosatt person och ersätter 45 till 100 procent av kostnaderna för de vanliga typerna av hälsovård och nödvändiga transporter. Sjukhusvård är ett undantag, då det traditionsenligt ombesörjs av kommunägda sjukhus och subventioneras direkt genom beskattning. Dagspenning utbetalas till varje person som är sjuk längre än en vecka.

Sjukförsäkringssystemet administreras av Folkpensionsanstalten, som är riksdagens verkställande organ för socialskyddsfrågor och står under parlamentarisk kontroll. Samtidigt hör dess verksamhet till social- och hälsovårdsministeriets befogenheter och kompletterar medicinalstyrelsens arbete i hälsofrågor. Folkpensionsanstalten blev lagstadgad förmedlare mellan dem som meddelar och dem som konsumerar sjukvård, med skyldighet att vidare utveckla och evalvera det nya försäkringsprogrammet. Behovet av ny information gjorde en särskild utredning ofrånkomlig utöver den officiella statistiken.

I figur 1 beskrivs hur denna evalveringsundersökning fungerar i beslutsprocessen: Skillnaden mellan värdebaserade mål i fråga om hälsa och sjukvård (önskvärd situation) och befolkningens sjuklighet och sjukvården under en viss tid (verk-

lig situation) utgör hälsoproblemen ur samhällets synpunkt och väcker ett behov att ingripa med en kollektiv samhällsaktion. Aktionen syftar till att avskaffa hälsoproblemen. För att nå detta slutliga mål bör man först uppställa några mer exakt bestämda praktiska mål.

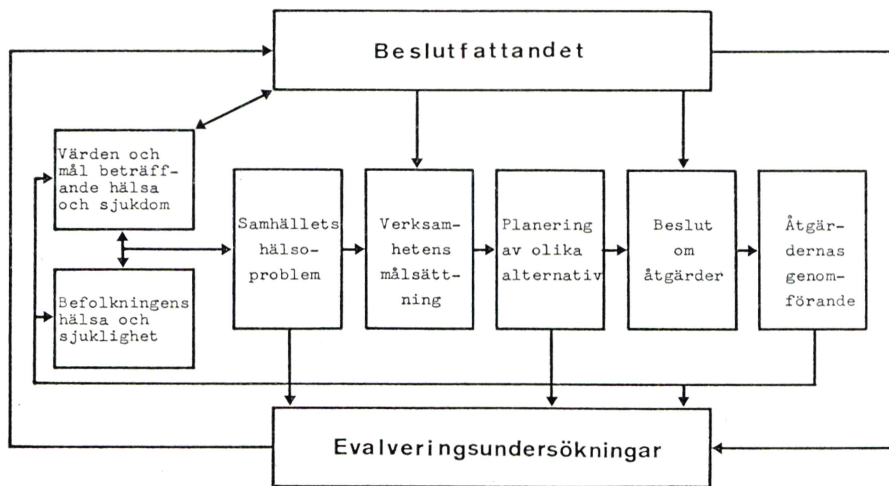
Utformningen av de praktiska målen och planerandet av de möjliga aktionsalternativen leder till beslut om nya hälsopolitiska åtgärder.

Genom sådana åtgärder, t.ex. den allmänna sjukförsäkringen, söker man åstadkomma en förändring i den verkliga situationen. För att underlätta verksamhetens reglering är det nödvändigt att evalvera dess framgång. De beslutsfattande instanserna bildar det reglerande elementet i denna kretsloppsprocess. Statistik och forskning är det kontrollerande elementet. Det är ägnat att underlätta ett effektivt beslutsfattande att uttrycka data i termer utvisande graden av framgång eller misslyckanden.

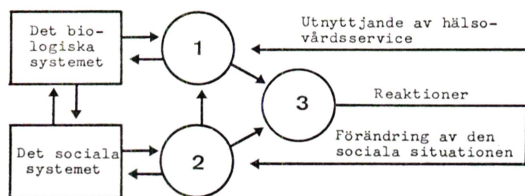
Den teoretiska ramen

Enligt undersökningens teoretiska ram får de störningar, sjukdomar, som framträder i människans inre biofysiska system sin sociala betydelse i relation till människans yttre sociala system. Denna sistnämnda relation mellan det inre och yttre gör sjukdom till ett socialt fenomen, definierat som en störning i balansen mellan det inre och det

Figur 1. Evalveringsundersökningens roll för de hälsovårdspolitiska besluten.



Figur 2. Förenklad process i vilken störning motsvarar individens sjukdom.



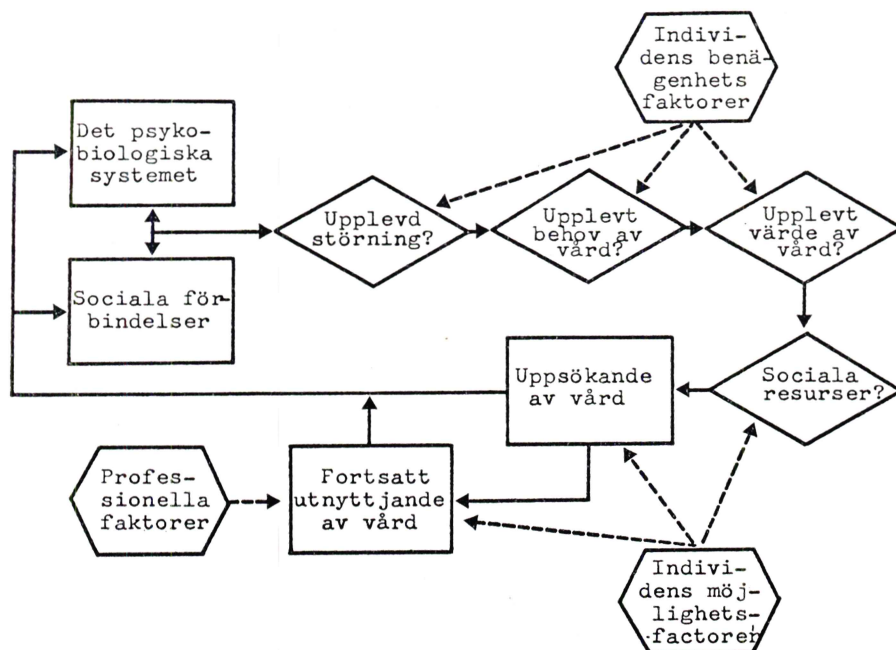
1. Individens psyko-biologiska system/sjukdom som ett psyko-biologiskt tillstånd
2. Individens sociala förbindelser/sjukdom som ett socialt tillstånd
3. Individens medvetande/sjukdom som ett upplevt tillstånd

yttre elementets tillstånd. Enligt figur 2 bildar människans medvetande det reglerande elementet med förmåga att motta informationen, symptomen, från det inre biofysiska elementet och att jämföra den med den information som trängt in från det yttre sociala elementet och den information som tidigare letts in och magasineras i minnet. Detta leder till en upplevelse av störningar, som av individen tolkas som ohälsa. Dessa upplevelser bildar åter drivfjädern eller den "inre spänning" som tvingar individen (systemet) till reaktion. Han försöker genom anpassande be-

teende minska störningarna. Anpassningsreaktionerna kan inriktas på behandling av antingen det inre systemet eller det yttre systemet av sociala förbindelser. I det förra fallet tyr sig individen till självmedicinering eller söker läkarvård, i det senare ändrar han sina sociala förbindelser.

En modell av de faktorer som bestämmer sjukvårdskonsumtionen, främst uppsökandet av vård, framställs i figur 3. Enligt denna modell inverkar det behov av vård som patienten insett, det värde som patienten tillerkänner vården och patientens sociala resurser på uppsökandet av vård. Det av sjuklighet föranledda uppsökandet av vård är input-processen i samhällets hälsovårdssystem. Det förbinder de individer det gäller med hälsovårdssystemet och länkar individens behandling till komponenter i hela samhällets sjukvårdsprocess. Som en följd härav påverkar också vårdpersonalen, främst läkaren, den fortsatta sjukvårdskonsumtionen. Hälsovårdssystemet har ett särskilt input-element, läkarna inom den öppna vården, genom vilket inträdet sker. Bland de faktorer som studerades i undersökningen var därför sjuklighet såsom den upplevts av patienten, samt patientens benägenhet och möjligheter att uppsöka öppen

Figur 3. Modell av de faktorer som leder till sjukvårdskonsumtion.



vård av central betydelse. Emedan modellen huvudsakligen återspeglar processer mellan individen, sjukdomen och sjukvården, följde analysen metoder, som betonade hälsotillståndets, benägenhetens och möjligheternas beroende av samhället. Patientens möjligheter att få vård var av speciellt intresse i analysen emedan de hade förändrats i och med sjukförsäkringen.

Data

Undersökningen verkställdes i två skeden: År 1964, just före den allmänna sjukförsäkringen, och år 1968, fyra år efteråt. Ett urval bestående av 25 000 personer från hela landet, som representerade den utom institutionerna varande befolkningen, intervjuades i de båda skedena av hälsosystrar. Intervjuerna fullföljdes till 91 % år 1964 och 97 % 1968. Föremålet för intervjuerna var sjukvårds konsumtionen, kostnaderna för denna, sjukligheten, såväl som olika demografiska, sociala och åskådningskaraktistika.

Resultat

De data som insamlats innan allmän sjukförsäkring infördes visade, att utnyttjandet av läkarnas tjänster liksom av de flesta andra typerna av sjukvård inte bara varierade efter upplevd sjuklighet, dvs upplevt behov, utan också beroende på familjens inkomster och bostadsorten och återspeglade skillnaderna i vårdtillgänglighet. Vårdkonsumtionen var därför tydligt beroende av patientens möjlighetsfaktorer, trots att ett upplevt behov av vård var den viktigaste drivfjädern när

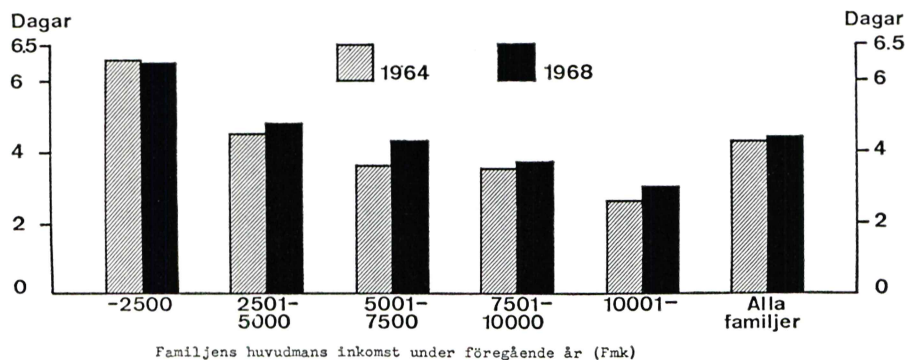
det gällde vårdkonsumtionen.

Följande figurer återger några av de väsentligaste resultaten av undersökningen. Mera detaljerade resultat och jämförelser med liknande undersökningar i andra länder kan i en nära framtid studeras av utländska läsare i den engelska versionen av den på finska avfattade 500-sidiga huvudrapporten om undersökningen.*

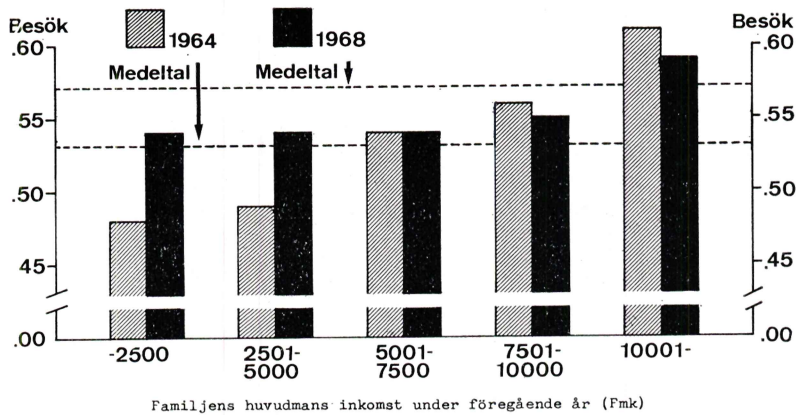
Sjukligheten i social mening illustreras i det följande av antalet dagar av inskränkt aktivitet dvs dagar då en person helt uteblir från sitt arbete eller sin normala aktivitet. De återspeglar också sjukligheten som ett upplevt tillstånd eftersom inskränkningen i den sociala aktiviteten ofta följs av en upplevelse av sjukdom. *Figur 4* visar att en stadigt minskande tendens i antalet dagar av inskränkt aktivitet tillsammans med familjens inkomst förekommer i liknande form i de båda skedena av undersökningen. Den något allmänna förekomsten av dagar av inskränkt aktivitet i de fyra högsta inkomstkategorierna år 1968 torde bero på den tätare förekomsten av infektionssjukdomar under detta år, vilket också framgår av den officiella sjuklighetsstatistiken för hela landet. Det totala antalet inskränkta dagar per person per 100 dagar var nästan detsamma 1968 som år 1964. Ingen större ökning kunde sålunda skönjas i benägenheten att inskränka aktiviteten i och med dagspenningens införande.

* Purola, T., Nyman, K., Kalimo, E., Sievers, K.: Sariausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Helsingfors, Folkpensionsanstalten, 1971.

Figur 4. Åldersstandardiserat antal dagar av inskränkt aktivitet per fullvuxen person inom 100 dagar, efter inkomst och år.



Figur 5. Antal läkarbesök per fullvuxen person inom 100 dagar, standardiserat med avseende på dagar av inskränkt aktivitet, efter inkomst och år.



I figur 5 framläggs antalet läkarbesök per fullvuxen person per 100 dagar, standardiserat med hänsyn till antalet inskränkta dagar, efter familjens inkomst och år. Personlig kontakt med läkare i öppen vård på grund av sjukdom räknades som läkarbesök. I förhållande till sjukligheten har skillnaderna mellan de olika inkomstkategorierna i utnyttjandet av läkarnas tjänster nästan utplånats efter det sjukförsäkringen infördes. Ingen förändring har skett i konsumtionsfrekvensen i den högsta inkomstklassen. På det hela taget är förändringarnas relativa storlek moderat, dvs det totala antalet läkarbesök per person per 100 dagar var 0,53 år 1964 medan det var 0,57 år 1968.

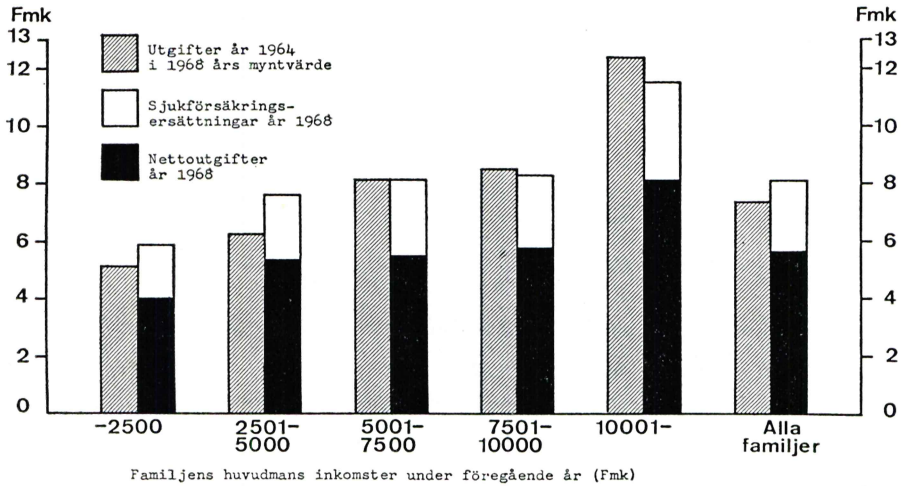
Trots den höga korrelationen mellan upplevd sjukdom och vårdkonsumtion på individens nivå, stod den regionala variationen i läkarvårdskonsumtionen år 1968 inte i relation till sjukligheten på det ekologiska planet. I detta hänseende sågs i alla fall en förändring från år 1964, då de regionala kvantiteterna av läkarvårdskonsumtion och sjuklighet gick i motsatta riktningar, dvs konsumtionen var den högsta i trakterna med den lägsta sjukligheten (stadsregioner) och den lägsta där sjukligheten var störst (landsortsregioner). Dessa slags resultat beror på att också andra faktorer än sjukligheten påverkat sjukvårdskonsumtionen. I själva verket följde den regionala variationen i läkarvårdskonsumtionen den regionala fördelningen av tillgången på läkarservice. Den knappa tillgången på läkare speciellt i landsortsregionerna

har troligen varit en faktor som förhindrat större förändringar i läkarvårdskonsumtionen trots minskade vårdkostnader.

Resultaten visar, att även med gällande sjukförsäkring, sjukvårdskonsumtionen, särskilt efterfrågan på läkarens tjänster i öppen vård, är beroende av andra faktorer än upplevd sjukdom. Ju sjukare en person är desto större betydelse har de möjliggörande faktorerna, bland dem särskilt sjukvårdstillgången, i hans samhälle för hans utnyttjande av sjukvårdstjänster. Benägenhetsfaktorernas inverkan på sjukvårdskonsumtionen kom till synes särskilt bland personer med låg sjukdomsnivå.

Då den allmänna sjukförsäkringen ersätter sjukvårdskostnader, kan dess verkan bedömas efter förändringarna i dessa kostnader. Figur 6 visar kostnaderna för sjukvård per en dag av inskränkt aktivitet i januari—maj efter familjeinkomst och år. De totala kostnaderna per en dag av inskränkt aktivitet är tio procent högre år 1968 än år 1964, vilket är följden av en ökning av konsumtion hos de lägre inkomstkategorierna. Sjukförsäkringsförmånerna utgör en tredjedel av de totala kostnaderna. Sålunda är nettokostnaderna år 1968 lägre än de totala kostnaderna år 1964 i varje inkomstklass exklusive sjukförsäkringspremierna. De större kostnaderna i den högsta inkomstklassen år 1968 kommer sig av att dyrare sjukvård anlitas, framför allt dyrare mediciner.

Figur 6. Utgifter för sjukvård (tandvård icke inräknad) per dag av inskränkt aktivitet i januari—maj, efter inkomst och år.



Diskussion

Resultaten av undersökningen reflekterar i huvudsak förändringar i linje med den allmänna sjukvårdsförsäkringens målsättning. Resultaten visar att förhållandet mellan den vård som söks (sjukvårdskonsumtionen) och den vård som behövs (sjukligheten) är mera enhetlig bland olika befolkningsgrupper efter införandet av sjukförsäkringen än innan. Endast en liten ökning kan märkas i den allmänna konsumtionskvantiteten av de flesta typer av vård. Särskilt den knappa tillgången på läkarvård begränsade förändringarnas storlek beträffande sjukvårdskonsumtionen. Det oaktat är förändringarna tydliga i befolkningsgrupper där förhållandet mellan den erhållna sjukvården och vårdbehovet var lägst före sjukförsäkringen, dvs bland personer med knappa inkomster och i landsortsregioner. Trots vissa vårdtjänsters högre priser är sjukvårdsutnyttjandet billigare för patienten sedan sjukförsäkringen trätt i kraft.

Den allmänna sjukförsäkringen bör med alla medel kompletteras och utvidgas så att tillgången på sjukvård i landet utjämnas. Nya åtgärder har redan vidtagits i denna riktning.

Emedan undersökningen täckte hela den för risk utsatta icke institutionaliserade befolkningen i stället för enbart sjukvårdskonsumenter, har dess resultat visat sig vara användbara vid planeringen

av andra aktioner för folkhälsan. I detta avseende hänvisas speciellt till tillämpningen av resultaten vid utarbetandet av den nya folkhälsolagen.

Samtidigt med det andra skedet av undersökningen har en internationell undersökning i sjukvårdsutnyttjandet (WHO/ICS-MCU) verkställts på 12 undersökningsområden i sju länder inklusive ett undersökningsområde i Finland, dvs i Helsingfors med grannkommuner. Då ett representativt befolkningsurval inom detta område intervjuats och delvis samma frågor ställts i de båda undersökningarna, gör denna internationella undersökning det möjligt att anställa jämförelser med andra länder av situationen i hela landet efter sjukförsäkringens införande, varigenom karakteristika och ytterligare problem i hälsovårdssystemet i Finland kan uppmärksammas.

Sammanfattning

Allmän sjukförsäkring infördes i Finland 1964. Systemet berör varje i landet bosatt person och ersätter från hälften upp till alla kostnader för utnyttjandet av de viktigaste typerna av hälsovårdsservice. För att evalvera detta slag av omfattande hälsopolitiska åtgärder ansågs vid Folkpensionsanstalten en före-och-efter-undersökning nödvändig för att man skulle kunna jämföra situationen efter systemets införande med situa-

tionen därförinnan. Som en grundläggande utforskning av den totala befolkningens sjuklighetsgrader och sjukdomsbeteende antogs undersökningen ge upplysningar som kunde utnyttjas också för annat planeringsarbete inom hälsovården.

Denna tvåstegsundersökning verkställdes genom att intervjuas i vardera stadiet ett urval av 25 000 icke-institutionaliserade personer från hela landet. Resultaten visar, att förhållandet mellan den vård som erhållits (sjukvårdskonsumtionen) och den vård som behövs (sjukligheten) är enhetligare hos olika befolkningsgrupper efter den all-

männa sjukförsäkringen än före. Endast en liten ökning har spårats i de flesta sjukvårdstypers konsumtionsmängder. Förändringarna är påtagliga bland de befolkningsgrupper där förhållandet mellan den vård som erhållits och den vård som behövs var den lägsta före sjukförsäkringen.

De förändringar som åstadkommit i samband med införandet av systemet stämmer väl överens med de huvudsakliga syften man önskat nå därmed. Undersökningen har visat sig nyttig också vid planerandet av andra hälsopolitiska åtgärder t ex den nyligen införda folkhälsolagen.

Socialmedicinsk tidskrift 1974

Att mäta effekter av sjukvård och socialvård

temanummer i januari med bidrag av bl a sjukvårdsdir. Tord Bergstedt, prof. Gunnar Lindgren, Per Bjurulf och Per Sundby, överläk. Paul Hall och A Chr Gogstad, personaldir. Axel Gisslén m fl.

Psykosomatiska faktorer i förskoleåldern

temanummer i februari med bidrag av bl a prof. Petter Karlberg, doc. Gert von Sydow, Åsa Grude Skard, överläk. Gunnar Klackenbergs och Lennart Köhler, doc. Rutger Lagercrantz och Patrik Olin, psykolog. Ingrid Klackenbergs och Eva-Marie Köhler.

Distriktssköterskan i framtiden

temanummer i mars om sjuksköterskans uppgifter i öppen vård med bidrag av bl a studierektor Goldy Ramklint, sekr. Brita Lundkvist, klinikföreståndar. Greta Redebrant, skolsköt. Anna-Lena Winden, distriktssköt. Edna Högström, överläk. Agneta Lindsjö, Göran Rybo och Börje Wistedt m fl.

Socialutredningen — och sedan?

ett temanummer om socialvårdens målfrågor under redaktion av Axel Gisslén.

Hälsovård och hälsouppllysning

ett temanummer under redaktion av doc. Sven-Olof Isacson.