

Några synpunkter på sjuk- och hälsovårdens betalningssystem

Av civilekonom Robert Nilsson, Stockholm¹⁾

”Vår ideologiska hållning är klar, den sociala demokratins utveckling och fördjupning på radikal grund. Det innebär ett arbete för nya reformer, en beredskap till ständig omprövning av medel och metoder för att nå det stora mål som har kommit att sammanfattas i slagordet om valfrihetens samhälle.” (Ur Aftonbladets ledare fredagen den 1 februari 1963 ”En tidning och dess uppgift”).

”Det är givet att de invändningar som anföres — att läkarhusen inte minskar bristen på läkare, att samhället bör vara bäst skickat att organisera läkarvården, att taxorna blir högre osv. — inte är oväsentliga. Men med stöd av erfarenheterna från Stockholm — där det nu finns fyra läkarhus — vågar vi i alla fall påstå att projektet är så gott, att det är väl värt att förverkligas.

Vad det gäller är ju inte att göra den av samhället organiserade läkarvården överflödigt, eller att påtvinga allmänheten en service som den inte önskar eller har råd att betala. För lång tid framöver kommer det säkert att vara så att samhället inte hinner eller orkar bygga ut sin service på detta område i takt med de växande kraven, och säkert också så att många människor vill ha valmöjligheter när det gäller läkare och läkarvård.” (Ur Aftonbladets ledare fredagen den 1 februari 1963 ”Välkomna läkarhus”).

Det senare citatet åsyftar läkarförbundets beslut att i en första etapp fram till 1970 låta uppföra cirka 40 läkarhus utanför de tre storstadsregionerna. Läkarhusen kommer att kunna startas med en nyetablering av cirka 300 praktiker. De vårdkvantiteter det gäller är således så stora, att de väl motiverar en ny organisation, men måste dock i den totala sjuk- och hälsovårdens perspektiv bedömas såsom marginella. Frågan är då huruvida dessa marginella kostnader skulle

kunna ge ett högre utbyte om de i stället lades på den offentliga sjukvården.

Den nya organisationens uppgift är att tillgodose de behov som den med hänsyn till kostnaderna bäst kan täcka. En rationell produktions- och konsumtionsstruktur eftersträvas och ett av medlen härför är betalningssystemet.

Man har sedan gammalt sökt sig fram till olika former av kollektiv betalning. En rationell utveckling av enskilt sparande och skuldsättning för sjukvårdsändamål leder till riskförsäkringsystem av den typ som sedan länge har kunnat tecknas i olika försäkringsinrättningar, och som har mycket gemensamt med den allmänna sjukförsäkringen.

Dessa kollektiva arrangemang kan integreras med en humanitär och politisk åskådning som innebär, att man genom olika inkomstomfördelningsarrangemang ställer ekonomiska resurser till olika individers förfogande inte enbart i relation till deras förmåga utan även i relation till deras behov. Detta leder fram till ett betalningssystem för sjuk- och hälsovård, som är baserat delvis på de enskilda patienternas betalningsvilja och delvis på ett eller flera kollektivs vilja att solidariskt betala för sina medlemmar.

Ju bättre anpassning som erhålles mellan individernas ekonomiska resurser att skaffa sjuk- och hälsovård och deras behov av vård, desto mer utbyte kan konsumenterna som helhet beräknas få av sjuk- och hälsovårdsorganisationen.

Den kollektiva betalningen av sjuk- och hälsovård innebär, att människor enligt ett eller annat system kontinuerligt avstår från viss konsumtion (betalar avgifter) för att möjliggöra för andra personer att konsumera sjuk- och hälsovård (utan att själva betala hela kostnaden). En sådan apparat kan betraktas såsom ett försäkringssystem till vilket man ständigt betalar vissa avgifter mot att man garanteras, att om man hamnar i olika situationer (behov av sjuk- och

1) Från läkarförbundets etableringsavdelning.



Sveriges Läkarförbunds plan för utbyggnad av öppen vård omfattar utanför Stockholm-, Göteborg- och Malmö-regionerna under perioden t. o. m. 1970 läkarhus i 39 orter, vilka jämte gränser för Arbetsmarknadsstyrelsens A-regioner och cirklar, som visar områden inom 5 mils avstånd från läkarhusen, återfinns på kartan. De stora områdena i inre Norrland som ej täcks av cirklarna är till stor del utpräglade gles- och ödebygder.

hälsovård), så erhåller man ekonomiskt bistånd från försäkringssystemet. Avvägningen mellan individuell och kollektiv betalning bör om möjligt ej ha sådana effekter, att patienten i avsikt att minska den individuella betalningen på den kollektivas bekostnad väljer en med hänsyn till kostnader och utbyte mindre optimal konsumtion.

Vilka behov som skall kollektivt betalas är en värderingsfråga, som i demokratisk ordning måste avgöras inom kollektivet. Man måste komma ihåg, att vad enskilda individer upplever såsom behov t. ex. snabb eller punktlig service, kort restid eller låg reskostnad o. dyl. liksom vård av mycket hög kvalitet mycket väl kan uppfattas som sådana som skall betalas kollektivt. Givetvis kan även behov av samtal med läkare och annan personlig omvårdnad betraktas på samma sätt.

De kollektivt accepterade och de individuella behoven kan mer eller mindre kongruent täcka varandra. Man bör, oavsett vilket alternativ patienten väljer, inrikta den kollektiva betalningen på att täcka vad man anser vara en skälig del av kostnaden för det billigaste alternativ, som motsvarar hela det kollektivt accepterade behovet.

Behovet måste fastställas på grundval av sådana faktorer som läkarutlåtande, res- och hemförhållanden m. m. Det medicinska behovet kan då uttryckas såsom behov av en eller eventuellt alternativa behandlingar eller undersökningar. Behovet i övrigt kan uttryckas analogt, t. ex. behov av en viss resa till vårdinstitution eller behov av viss inkvartering eller hemvård. För det begränsade området av sjuk- och hälsovården, som f. n. ersättes av sjukförsäkring, arbetar man redan efter dessa principer. Man skulle således kunna gå vidare på denna linje genom att under samma principer inarbeta alla de andra sjuk- och hälsovårdsbehov som för närvarande ej innefattas i den allmänna sjukförsäkringen.

Vid en diskussion av den kollektiva betalningens storlek kan man först slå fast, att det inte finns någon orsak att kollektivt betala mer än 100 % av vad som motsvarar den lägsta kostnaden för den behandling eller utredning som enligt de kollektiva värderingarna motsvarar det kollektivt accepterade behovet. Ett skäl till att

välja kostnaden som ersättningsbas är, att man då kan framkalkylera en lägsta kostnad och genom att använda den som bas skapar ett incitament för patienterna att välja vård med beaktande av kostnaderna. Väljer patienten en vårdform, där kostnaderna ej är de lägsta får patienten själv bära kostnadsdifferensen. Det bör få en efterfrågepåverkande effekt, som stimulerar framväxten av en sjuk- och hälsovårdsstruktur, som är rationell med avseende på konsumentutbytet av kostnaderna samtidigt som hela den lägsta kostnaden kan betalas kollektivt.

Om man ser på dagens förhållanden är kostnaden ofta summan av tre faktorer, nämligen vad patienten, sjukförsäkringen och staten, landstinget eller kommunen betalar. Som lägsta kostnad måste man vid varje tidpunkt acceptera det kostnadsmässigt lägsta alternativet som kan framställas. Eventuellt måste man därför använda sig av en geografisk differentiering beroende på att kostnaderna är olika i olika områden.

En uppläggning av betalningssystemet efter dessa riktlinjer medför att det blir ett patientintresse att sjuk- och hälsovårdsinstitutioner skapas i hela landet, som kan tillfredsställa behoven till priser motsvarande lägsta kostnad. I den mån sådana institutioner ej skapas på annat sätt blir det ett statligt eller kommunalt intresse att svara här för.

Ett betalningssystem efter dessa riktlinjer bör skapa en konkurrenssituation i dynamisk bemärkelse, som genom att inte ekonomiskt monopolisera handlingsinitiativet bör vara gynnsam för de förändringar i organisationen som ständigt krävs mot bakgrunden av förändrade konsumentbehov och kostnadssituationer. För såväl konsument som producentparten blir det ett starkt önskemål att i ett sådant organisatoriskt system få tillgång till objektiva statistiska data över vårdvolym och priser i olika vårdformer och vid olika institutioner. Det är sådana data som kan ge underlag för ett rationellt fortsatt handlande.

Ju större kostnad som krävs för tillfredsställelse av ett behov, desto större andel av kostnaden bör kollektivt betalas, för att den enskilda individen överhuvud skall kunna bära den kost-

nadsandel, som skall betalas individuellt. Detta kan också uttryckas så, att den kollektiva betalningen måste omfatta den lägsta kostnaden minus ett visst antal kronor. Den kollektiva betalningen kan således inte uttryckas såsom en procentandel ty det skulle leda till att de behov, vars tillfredsställelse drar höga kostnader, skulle kräva en individuell betalningsinsats, som ej skulle kunna bäras av den enskilde individen i många fall. Det är således väsentligt, att den kollektiva betalningen är så hög, att resten verkligen kan bäras av de vårdbehövande, oavsett individuell bärkraft.

Det är av mindre betydelse, om den kollektiva betalningen går över en försäkringsbudget, en statsbudget, en landstingsbudget eller en primärkommunbudget. Det väsentliga är, att den kollektiva betalningen blir lika stor oavsett om den sker över den ena eller den andra budgeten.

Det är också möjligt att ordna den kollektiva betalningen via olika samverkande institutioner. Man måste då samordna den kollektiva betalning som sker t. ex. dels via landstingsskatter till driften av sjukhus och dels via sjukförsäkringsavgifter och statsskatter till sjukförsäkringens ersättningsutbetalningar. Om en sådan kollektiv betalning via olika organ skall kunna upprätthållas på ett rationellt sätt torde det krävas, att en institution får till uppgift att på ett över- och samordnande sätt svara för att den kollektiva betalningen blir enhetlig. Med utgångspunkt från nuvarande förhållanden är det naturligt, att denna senare uppgift läggs på sjukförsäkringen.

Enkelt uttryckt skulle sjukförsäkringen i så fall arbeta dels med en utbyggd gruppförteckning som omfattar all slags sjuk- och hälsovård inklusive komplementära tjänster av typen inackordering och resor (dvs. en förteckning över behov) och dels med en på kostnadsberäkningar fastställd taxa för kollektiv betalning av i gruppförteckningen upptagna behov. Med hjälp av dessa två instrument samt sjukkassekvitto från den institution som meddelat vården, skulle sjukförsäkringsmyndigheten kunna ange, hur stort belopp som kollektivt skall betalas ut via sjuk-