

Aktiv sjukförsäkring — en målsättning eller en realitet?

Av sjukkassedirektör *Sven Bohman*, Stockholm.

Det finns en hel del gott folk, som anser att den allmänna sjukförsäkringen redan är så aktiv, att den lägger sin näsa i blöt alltför ofta i alltför mycket. Som ifrågasätter rimligheten i sjukkassornas omfattande anspråk på insyn i och kontroll av medlemmarnas enskilda angelägenheter. Det är inte bara bland personer som beslås med försäkringsmissbruk som denna mening kommer till uttryck utan även bland de försäkrade i allmänhet, med vilka sjukkassan tar kontakt. Ofta är det läkare som reagerar inför sjukkassornas anspråk på upplysningar om patienter. Alla hyser de den åsikten, att en statligt dirigerad, obligatorisk sjukförsäkring borde arbeta efter generella regler, med schablonmässiga villkor och överhuvudtaget efter linjer, som kräver ett minimum av kontakter och fordrar ringa insyn.

Ja, så kan man självfallet se saken och till denna riktning kan måhända den fortsatta utvecklingen återföras, om man så finner önskvärt. Spörsmålet måste dock belysas något med utgångspunkt från gällande lagstiftning, dess bakgrund, form och syften. Vad har man avsett att få ut för effekt av den allmänna sjukförsäkringen? Hur skall effekten uppnås och vidmakthållas? Hur långt kan allmänhetens krav jämte önskvärdheten i och för sig om skydd mot opåkallad insyn i privata angelägenheter förenas med samtida, lika angelägna krav från försäkringen själv eller från samhällets sida på högsta försäkringseffekt?

Tradition och lagstiftning

I svensk sjukförsäkring finns en stark tradition av nära kontakt och god förbindelse mellan försäkringsorgan och försäkrad. Den gamla prin-

cipen om 'inbördes bistånd' vid sjukdom, som ännu är vägledande, innebar i äldre tider åtskilligt mera än de ömsesidiga, rent pekuniära förpliktelseerna. Även om form och betingelser i många stycken ändrats, så har den allmänna sjukförsäkringen i och för sig icke brutit med tradition eller med betraktelsesätt. Socialvårds-kommittén, som på sin tid drog upp riktlinjer för den nya försäkringen, ansåg sig oförhindrad att ge den en konstruktion som förutsatte bibehållna livliga förbindelser och ömsesidiga kontakter mellan sjukkassa och medlem. Detta bland annat i form av en omfattande uppgiftsskyldighet från den försäkrades sida. Det fortsatta lagstiftningsarbetet och därefter utbildad praxis har visserligen överfört en hel del av uppgiftsskyldigheten till andra parter än medlem själv men har i själva principen icke tagit något steg tillbaka. Kanske i stället tvärtom. I kommitténs skisser och vid bedömningar, som senare följt, är det främst kontrollbehovet som skjuts i förgrunden som motiv för kontaktsökande och insyn från sjukkassornas sida. En kontroll och bevakning av försäkringsvillkoren men främst av sjukhjälpsträtten och dess utnyttjande i enskilda fall.

Genom lagbestämmelser — exempelvis de som nu återfinns i 46 § SFL — öppnade man redan från början en dörr vidöppen till insyn från kassornas sida i många av de försäkrades enskilda förhållanden. Inte bara med avseende på vad som kunde inhämtas från dem själva utan med skyldighet även för arbetsgivare, statliga och kommunala myndigheter med flera att direkt till sjukkassorna meddela besked. Härtill kan läggas de nu i 89 och 90 §§ intagna föreskrifterna om sjukkontroll och om förtroendeläkare. "Allmän sjukkassa skall genom sjukkontroll tillse att missbruk av försäkringen förhindras!"

¹⁾ Efter föredrag i Socialförsäkringsklubben, Stockholm, den 26/4 1960.

Med sikt främst på de försäkrade, men även på läkare och andra parter i sammanhanget.

Rätten till insyn och förpliktelsen till aktivitet är alltså redan från början stadfästa i lagen och närmare utvecklade i dess förarbeten. Där finns en klar principiell inställning till nödvändigheten av ömsesidiga kontakter för vidmakthållande av det maximala försäkringsskyddet och uttagandet av de rätta avgifterna men också för bekämpandet av befarade tendenser till missbruk.

Försäkringskontroll

Till följd av lagstiftningen och dess förarbeten samt RFA:s i anslutning därtill meddelade föreskrifter är sjukkassorna förpliktade att utöva *försäkringskontroll*. Därmed menar jag i första hand all den utrednings-, kontroll- och kontaktverksamhet som kan erfordras för att uppnå såväl en lagenlig avgiftsbelastning på envar försäkrad som ett korrekt tillgodoseende av vars och ens sjukhjälpersätt. Därinom har verksamhet för att förhindra ett obehörigt utnyttjande av försäkringens förmåner — den traditionella sjukkontrollen — alltid intagit en dominerande plats. Försäkringskontroll kan utövas som en egenfunktion av härför särskilt avdelade tjänstemän, inom vilken *klassplaceringskontroll* och *sjukkontroll* var för sig eller tillsammans bedrivs helt avskilda från andra göromål. Samtidigt måste den ingå som ett oskiljaktigt delmoment i en rad andra löpande göromål, till exempel vid utbetalning av sjukhjälp.

Till skillnad från förr, då hembesök av "sjukbesökare" var enda förekommande kontrollform, sker numera huvudparten av arbetet internt inom kassorna. *Intern kontroll*. En välutvecklad intern kontroll upptäcker och producerar genom sitt eget arbete behov av utredning och måste därför kompletteras med ett externt verksamt utredningsorgan, som kan tillgripas, när telefonkontakter och skriftväxling icke alls eller icke inom den till buds stående tiden leder till resultat. Den gamla sjukbesöksverksamheten lever alltså kvar såsom *extern utredningsverksamhet*, dirigerad av den interna kontrollen. Den kan självfallet

också anlitas för enbart kontrolluppdrag, ehuru man numera anser detta böra ske endast på särskilda skäl eller efter särskilt urval.

Huvudmomenten inom försäkringskontrollen är alltså klassplaceringskontroll och sjukkontroll.

Klassplaceringskontroll

Sjukkassan och den försäkrade har var för sig att tillse, att placering i sjukpenningklass snarast anpassas efter ändrade anställnings- och löneförhållanden. Sjukpenningförsäkringens effekt vilar ju helt på att detta samband hålls ständigt aktuellt. Avgiftsinkomsterna för kassan respektive avgiftsbelastningen på medlemmen har också sin grund däri. Meningen var väl från början den, att aktualiseringen i huvudsak skulle vila på den försäkrades egen anmälningsskyldighet. Redan tidigt visade sig detta vara otillräckligt. Kassorna fick lov att på olika sätt träda i den försäkrades ställe. Numera kan man med fog säga, att kassorna ålagts ett självständigt ansvar för klassplacerings riktighet vid sidan om försäkrades eget.

Så snart sjukkassan fått kännedom om omständighet, genom vilken försäkrads klassplacering kan ifrågasättas för ändring, har kassan att upptaga sådan impuls för bedömning och i de flesta fall fram till beslut fullfölja utredning härom. Utom genom den försäkrades egen anmälan inströmmar sådana impulser bland annat från arbetsgivare genom meddelande om vissa påbörjade eller upphörda anställningar samt genom yrkesskadeanmälningar; från folkbokföringen vid ändring t. ex. av civilstånd, yrkesbeteckning eller titel, bosättningsort samt i folkpensionsavseende och från statlig eller kommunal myndighet vid anmälan om anställds pensionering. Impulser skapas dessutom på andra arbetsställen inom kassan själv, t. ex. i samband med handläggning av sjukhjälpssärende, frivillig försäkring, ersättning till smittbärare m. fl. Kassorna måste dessutom göra kontinuerliga, generella eller mot vissa kategorier av de försäkrade riktade genomgångar av sina register ur klasskontrollsynpunkt, t. ex. med inkomstlängd som un-

derlag. På detta område har sjukkasseaktiviteten tvingats mot tämligen enhetlig form och omfattning. Förpliktelserna har blivit väl fastlagda i praxis. Förhållandet kan anses anmärkningsvärt, eftersom denna funktion är tillkommen först i samband med allmän sjukförsäkring men visar klart den vikt man ansett sig böra fästa vid klassplaceringarnas riktighet.

Sjukkontroll

Sjukkontrollen, som är av avsevärt äldre datum och som alltid utgjort ett av de käraste diskussionsämnena i sjukkassekretsar, uppvisar icke samma likformighet mellan kassorna och har sannolikt ännu långt kvar till slutlig form och metod. Dess primäruppgift är fortfarande att tillse, att missbruk av försäkringen förhindras. Lagbestämmelsen härom är ju kategorisk. Kontrollkravet får icke anses begränsat till sjukpenningförsäkringen. Det är dock denna som ägnas praktiskt taget hela intresset. Endast sporadiskt har kontrollen utsträckts till sjukvårdsförsäkringen. Inte på grund av underskattning av behovet utan mest med hänsyn till de särskilda svårigheter som kan vara förknippade med att leda missbruk av sjukvårdsförmån i bevis och att överhuvudtaget sätta ut gränser mellan bruk, överkonsumtion och missbruk därvidlag.

Lagstiftningens krav på sjukkontroll får anses medföra en förpliktelse för sjukkasse att i princip för varje utanordning av sjukhjälp pröva sjukhjälpsrätten och bestämma dess omfattning. Med avseende på sjukpenningen består prövningen primärt av en intern granskning och bedömning av bevisvärdet av och samstämmigheten mellan föreliggande fakta och uppgifter om den sjuke, om hans försäkring, angiven sjukdom m. m. Granskningen bygger på vad som framgår av medlemskort, det som kunnat inhämtas av den försäkrade själv eller som eljest införskaffats från läkare m. fl. En sådan prövning kan tillgå rent formellt. Den kan gå ut på ett konstaterande av att erforderliga handlingar och data

föreligger jämte att i förekommande fall ta initiativ till deras införskaffande. Man kan också gå till verket med något större ambition. Tränga närmare in i fallen i ett försök att fånga in den sjukes hela situation och dess tänkbara utveckling på grund av sjukdomsfallet i bedömningen. Så långt denna situation är känd eller med rimlig utredning kan klarläggas. Bedömningen tar då med ålder, yrke, sjukdom, läkare, arbetsplats, tidigare sjukskrivningar, klassplaceringens sannolika riktighet och andra betydelsefulla omständigheter i fallet. Sakuppgifterna kompletteras av den personkännedom som kan finnas och som särskilt i de mindre kassorna kan vara betydande. Eljest tas vid behov en personlig kontakt med vederbörande — i avsikt mest att utreda och mindre att kontrollera.

Kontrollen och kontaktsökandet har traditionellt varit styrt enbart mot den sjukskrivne själv och mest gällt dennes beteende under sjukskrivningstid. Sedan lång tid har dock en förskjutning av intresset pågått i riktning från den sjukes person mot åtskilliga andra faktorer och omständigheter kring denne. Utbytet kan ofta bli större vid en kontakt med läkaren bakom sjukskrivningen. Eller ibland av en kontroll av dennes sjukskrivningsvanor. Man förfrågar sig hos arbetsgivaren, i mera komplicerade fall kan man vända sig till socialvård och andra sociala instanser o. s. v. Här sker en nyorientering ifråga om kontakt- och kontrollobjekt, som redan i sig själv innebär en utvidgning av såväl medel i som målsättning för arbetet och som gjort det möjligt att utvidga även dess principiella syfte. Sjukkontroll i modern mening är även en positiv uppgift. Den är inte längre till enbart för att genom olika åtgärder och ingripanden begränsa sjukhjälpskonstnaderna till lägsta möjliga nivå. Den ska i själva verket söka den objektiva sjukhjälpsrätten i varje enskilt fall och vid förekommande behov lika lätt kunna ingripa till medlemsförmån, hjälpa och tillrättalägga vad som erfordras för att denne skall få ut sin rätt. Med hänsyn till försäkringens komplicerade natur är detta ofta behövligt.

Nu är det självfallet tillräckligt med en scha-

blonmässig granskning efter i huvudsak formell metod ifråga om huvudparten av alla inströmmande fall. Annat är inte heller möjligt med hänsyn till de arbetskvantiteter det gäller. Men bland de många banala fallen döljer sig de andra. De som man av olika skäl måste fånga upp och stan- na inför, låta utreda och närmare klarlägga. Dessa består inte bara av suspekta fall, där miss- bruk eller bedrägeri kan befaras, även om det är angeläget nog att skaffa sig grepp om dem, utan även av åtskilliga fall av helt annan karaktär och bakgrund.

Sjukskrivning och i samband därmed före- given arbetsoförmåga är ju inte alltid betingad av eller uteslutande betingad av medicinska fak- torer. Det kan vara andra omständigheter som ensamma eller i kombination med sjukdom leder till sjukskrivning eller som förhindrar och för- dröjer dess upphörande. Vid penetration av ett sjukskrivningsfall kan man finna, att den bild av den sjukas situation som diagnos och före- skrifter på ett läkarintyg ensamt ger framstår som skev i förhållande till övriga tillgängliga uppgifter, till vad som framkommer vid ett be- sök hos den sjuke eller vid annan personlig kon- takt med denne. Det är ibland något som uppen- barligen inte stämmer, men vad? Kanske någon faktor vid sidan av de medicinska, som und- gått en jäktad läkare eller som ligger utanför påverkan av denne. Det kan vara ekonomiska, sociala, arbetsmarknadsmässiga eller miljöfak- torer, som medför lika stor eller större påverkan på fallet och har större andel i sjukskrivning och arbetsoförmåga än vad sjukdomen har. Då och då finner man sjukskrivningar, som pågår sär- skilt lång tid, därför att lämplig terapi inte föreskrivits eller kunnat ordnas eller som eljest kommit till stånd senare än som bort ske. Skälet kan vara bristande sjukvårdsresurser, men det kan också vara en följd av ekonomiskt eller psy- kologiskt betingat motstånd från patientens sida. I vissa fall visar en utredning av social och ekonomisk bakgrund att sjukförsäkringen ut- nyttjas som den närmast till hands liggande för- sörjningsinrättningen, till vilken sjukdomssym-

tom, en hygglig läkare och ett läkarintyg kan öppna dörren.

Det finns en oändlig provkarta på fall av den typ, där ett såväl ur medicinsk som ur försäk- ringssynpunkt främmande element komplicerar bilden och kan antas påverka fallets avvecklings- tid. De utgör en liten del av samtliga, det är sant. Men genom den storleksordning, i vilken sjuk- skrivningarnas antal totalt sett rör sig, utgör de ändå tillsammans en avsevärd mängd och repre- senterar avsevärda kostnader. Om man med an- språk på framgång vill fånga in sådana fall och för att i linje med den pågående nyorienteringen i kontroll och kontaktsökande få deras reella bak- grund och omständigheter kartlagda och ut- redda, krävs en fortsatt omgruppering av sjuk- kontrollens resurser och på de flesta håll en suc- cessiv utbyggnad av dessa. Inte minst av den betydelsefulla förtroendeläkareinstitutionen. Vi måste också skaffa oss nya hjälpmedel och ett bättre och mera objektivt underlag för prövning och bedömning. Inom sjukassorna finns och produceras fortlöpande ett omfattande erfaren- hetsmaterial, som genom statistisk bearbetning skulle kunna lära oss själva och andra åtskilligt som vi egentligen numera borde veta om sjuk- lighet och sjukdomar och därmed förbundna orsakssammanhang. Vi vet i realiteten ganska li- tet och hittills har så föga utträttats för att vi ska få veta mera. Allmän statistik, sjukdomsstatistik och annan specialstatistik hör exempelvis till de hjälpmedel som behövs för dirigering av kontrollresurserna men ännu mera för att skapa ökad vederhäftighet i många av de svåra bedö- mningsavgörandena. Varför behövs då allt detta och mera därtill? Är det fortfarande kontrollbe- hovet ensamt eller detta i kombination med upp- giften att hjälpa försäkrad att hitta rätt bland paragraferna som denna nyorienterade, bättre utrustade och mera vittomfattande sjukkontroll ska tillgodose eller har det kommit till något mera? Ja, det är åter en fråga om den riktning, i vilken den önskvärda fortsatta utvecklingen ska sökas.

Resonemanget hittills har grundats på önsk- värdheten av god försäkringsmässig effekt i en-

lighet med lagstiftningens syften och på nödvändigheten av insatser från försäkringens egen sida för att detta ska bli fallet. Men vad är det då som hindrar att ge dem rätt som menar, att den målsättningen måste underordnas de försäkrades legitima anspråk på att själva få bestämma över sig och sitt utan inblandning från sjukkassornas sida? Man kanske med lika goda skäl kan hävda, att sjukkassornas utrednings- och kontrollverksamhet ska begränsas till frågan om sjukhjälsrätten som sådan, till belysande endast av valet mellan två alternativ — betala eller icke betala. Har man vid utredning funnit andra, utanförliggande omständigheter, vars undanröjande kan tänkas leda till omedelbara eller framtida minskningar i sjukhjälsutgifterna, bör inte sjukkasaktiviteten ändå hejdas vid det egna verksamhetsområdets gränser? Nej, det har tillkommit en omständighet som tvingar sjukkassorna vidare på den inslagna vägen.

Rehabilitering

En ny arbetsuppgift av intresse såväl ur enskild, samhällets som försäkringens synvinkel har införts i bilden. Rehabiliteringen. Det är ingen ny fråga men dess anknytning också till sjukförsäkringen har konkretiserats. När det gäller att i tid påkalla rehabiliteringsåtgärder för sjuka och skadade människor lär väl numera ingen ifrågasätta initiativrätten från olika samhällsorgans sida. Tvärtom framstår det väl mera som en skyldighet att tillse att så sker. Sjukkasornas engagerande i denna verksamhet innebär därför i realiteten att gränsen mellan sjukförsäkringens eget och utanför liggande verksamhetsområden har brutits igenom.

Formellt gäller det närmast att till arbetsvårdsorganen rapportera och med dem främst ur behovet av arbetsvårdande åtgärder diskutera den begränsade del av sjukskrivningsfallen, som icke avvecklats inom tre månader. Anknytningen mellan arbetsvård och sjukförsäkring måste i kassorna förläggas inom sjukkontrollens arbetsområde. Den ska fånga upp fallen och svara för den kartläggning av deras natur och bakgrund som måste föregå bedömningen av lämplighet

för och behov av arbetsvård. Redan detta innebär, att sjukkontrollen — överallt där så ej redan har skett — nu tvingas på djupet i en viss del av alla de fall, som löper genom dess händer.

Bland alla dessa sjukskrivna personer är endast ett fåtal omedelbart lämpade för arbetsvård. Ännu färre av dem kan beredas sådan inom de begränsade resurser som ännu står till förfogande. Vad gör man då med övriga fall? Med den del som visar behov av rehabilitering i annan form eller överhuvudtaget behov av initiativ och åtgärder. Ska man dra någon nytta av den närgångna insyn och granskning man utsatt den sjuke för eller ska han bara föras in i statistiken?

Det kan väl numera knappast råda någon tvekan. Ingen mer än sjukkassan har tillgång till utredningen och någon annan initiativtagande part finns ofta inte. Med hänsyn till den uppfattning som överallt är rådande om betydelsen av tidiga initiativ och åtgärder i rehabiliterings- och därmed jämförbara avseenden måste sjukkasorna svara för dessa. På det sättet ställer rehabiliteringen frågan om sjukförsäkringens utåtriktade aktivitet direkt på sin spets samtidigt som den anvisar riktningen för den faktiska utveckling som redan kommit ett stycke på väg. Redan nu kan man om man så vill stödja detta resonemang med en hänvisning till den ökade betydelsen av vaksamhet och tidiga initiativ, när förtidspensioner börjar utbetalas från den allmänna tilläggs pensioneringen. Självfallet kan man inte på längre sikt fasthålla vid den ganska godtyckligt valda 90-dagarsgränsen såsom den magiska tidpunkt, vid vilken sjukförsäkringens speciella intresse för en sjukskriven ska vakna. Man kommer successivt att tvingas till en kontinuerlig övervakning av samtliga fall ur rehabiliteringssynpunkt och till ett engagemang i kampen mot sjukskrivningsprovocerande faktorer överhuvudtaget. Både sådana som kan bekämpas med rehabiliteringsåtgärder i detta ords mest vidsträckta betydelse såväl som med åtgärder av annat slag. Sjukkasorna bör med hjälp av sina förtroendeläkare och för särskilda fall anlitade medicinska konsulenter kunna underbygga initiativ och åtgärder på det medicinska

området. Man bör kunna samarbeta och samråda inte bara på arbetsvårdsområdet utan med alla organ och företrädare för annan socialförsäkring, för socialvård och nykterhetsvård o. s. v. De enskilda arbetsgivarna och deras personalavdelningar — där sådana finns — inte att förglömma. Allt i avsikt att utveckla en vällovlighet i de försäkrades och försäkringens gemensamma intresse.

Balanserad aktivitet

Allt detta låter aktivt och ambitiöst. Men det är ännu i huvudsak endast en målsättning. I själva verket är sjukförsäkrarna i gemen inte rustade för dessa uppgifter och deras företrädare är kanske inte alla mogna för här framförda åsikter. I praktiken gäller det en lugn och successiv utveckling i den antydda riktningen. Att sakta bygga upp ett förtroendeförhållande mellan alla de parter som här har intressen. Sjukförsäkrare, läkare, arbetsvård, socialvård m. fl. De enskilda försäkrade inte att förglömma. De kan ju också ha en mening och man lär väl inte ifråga om rehabilitering komma så särskilt långt, om man inte kan påräkna medverkan av den positiva viljan hos den för åtgärder utsatte. Det kan därför aldrig bli fråga om att hurtfriskt dra ut för att åstadkomma revolution. Det gäller i stället att inse, att vi rör oss på ett ytterst känsligt område — inte bara med komplicerade fall utan

med människor — komplicerade människor. Det gäller att anpassa, utbygga och disponera organisatoriska och personella resurser inom sjukförsäkrarna så att de anpassas efter sammanhanget och ansluter sig till de krafter som redan verkar.

Med hänsyn till de sistnämnda är också självklart att sjukförsäkrarnas uppgift på dessa yttre kontaktlinjer främst är impulsgeivande, initiativtagande, men icke att uppträda som sakkunniga eller bli verkställande. Sjukförsäkrarnas medarbetare kan inte dra ut med anspråk att gälla som läkare bland läkare eller som socialvårdare bland socialvårdare etc. Varje yrkesgrupp behärskar sitt område och har sina uppgifter att ombesörja och vi har inte anledning överta andras arbete och förpliktelser.

Kanske är det för övrigt redan för många som frågar, utreder och bedömer, som framträder med anspråk på att få bestämma över de enskilda människorna. Det är nog inte fler sådana instanser som behövs. Men kanske nya impulser, nya synpunkter, initiativ, samarbete och samverkan. Kanske ibland och inte så sällan också någon som driver på. Området är så stort och uppgifterna så många. Där finns, även med nyanserade avvägningar och nödig aktsamhet om de enskilda människornas rätt att själva få bestämma över sig och sitt, säkerligen utrymme nog för att en även i sina yttre kontakter aktiv sjukförsäkring ska bli en välkommen realitet.

Tonåringarna — VS-problemet i dag¹⁾

Av dr *Malcolm Tottie*, Stockholm.

Sammanställningen av årsrapporterna från sundhetsinspektörerna ger oss en översiktssbild över de veneriska sjukdomarnas utveckling i lan-

det. Statistiker över sjukdomsfall, som skall rapporteras, är alltid behäftade med vissa ofullständigheter och är därför stundom icke så exakta som siffrorna visar. Vid gc förekommer det säkerligen t. ex. icke sällan att sjukdomen kan behandlas och botas vid behandling med penicillin

¹⁾ Inledningsföredrag vid av medicinalstyrelsen anordnade studiedagar för VS-kuratorer mars 1960.