

Sjukkassetaxan

Vi har under denna rubrik i nr 9/1958 av denna tidskrift gett ett kort sammandrag med några reflektioner i anledning av då framlagd *"Utredning med förslag till ändring i taxa för beräkning av ersättning av läkarvård och tandläkarvård enligt lagen om allmän sjukförsäkring"*. På grund av utredningens karaktär och ämnets beskaffenhet har endast ett fåtal sakkunniga remissinstanser kunnat yttra sig över densamma. Då särskilt intresse torde knytas till medicinalstyrelsens, ÖHS-kommitténs och läkarförbundets yttranden har vi här sökt göra en sammanställning av dessa instansers yttranden.

Återbäring vid specialistvård

Medicinalstyrelsen dröjer vid utredningens förslag beträffande specialistvårdens ställning i sjukkassetaxan samt taxeåterbäringens differentiering efter geografiska områden. Utredningen hade endast funnit det motiverat att bibehålla de särbestämmelser i taxan, som nu gäller för röntgenundersökning samt röntgen- och radiumbehandling. För annan specialistvård däremot har utredningsmannen ej ansett påkallat införa särskilda regler. Medicinalstyrelsen ansluter sig till denna uppfattning och avvisar alltså ytterligare bestämmelser i fråga om specialistvården. Styrelsen anför dock en viss tvekan beträffande specialiteten psykiska och nervösa sjukdomar. "Ett stort antal psykiatriska undersökningar och behandlingar har nämligen sådan karaktär att de med nödvändighet måste bli mycket tidsödande", säger styrelsen. Det vore naturligt om läkarna anpassade sitt arbete efter dessa förhållanden. Emellertid framgår av utredningsmannens statistik att psykiatrikerna inte betingar sig arvoden som överstiger sjukkassetaxan. Medicinalstyrelsen förmodar att dessa läkare vid sin arvodessättning i stor utsträckning tagit hänsyn till patienternas rätt till återbäring. Därigenom har deras praktikinkomster blivit mindre än för övriga läkargrupper. Styrelsen förmodar därför att läkarförbundet och psykiatriska föreningen sannolikt haft skäl för den framställning i frågan som enligt utredningen riktats till densamma. Av rekryterings-skäl är därför styrelsen benägen att medverka till ökade möjligheter för ifrågasvarande spe-

cialister att erhålla ökade inkomster dock utan höjning av taxan. Medicinalstyrelsen avser här förmånligare återbäring beträffande läkarvård av specialist ifråga om psykoterapi, psykoanalys och hypnos. Psykiatriska undersökningar bör i allmänhet kunna hänföras till grupp 3 vare sig det är fråga om första konsultation eller återbesök.

När det gäller återbäring på specialistprestationer uttalar sig *ÖHS-utredningen*, (Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården, "Sternerkommittén"), särskilt beträffande mentalsjukvården och anser liksom medicinalstyrelsen att psykiatrikerna är sämre ställda än flertalet läkare i somatisk vård ifråga om att erhålla inkomster. De rådande förhållandena utövar ett bestämt inflytande på rekryteringen även om också andra förhållanden, som har med psykiatrins eftersläpning att göra, spelar en roll. De sjukkassefinansierade specialistkonsultationer i psykiatri som är inbegripna i Rfa:s statistiska undersökning visar sig inte ens utgöra 1 % av samtliga konsultationer inom berörda undersökning. "Denna siffra är så låg att den näppeligen återspeglar mer än en ringa bråkdel av föreliggande behov av psykiatrisk öppen vård", säger Sterner i utredningens yttrande. Det gäller därför att skapa bättre förutsättningar för rekryteringen av psykiatriker och att stimulera mentalmedicinerna till ökade insatser i den öppna vården. ÖHS-utredningen framhåller även, att vid viss annan specialistvård, som är särskilt arbetskrävande, motsvarande problem råder. Visserligen föreligger här icke i regel den allvarliga komplikationen, att rekryteringen till vederbörande specialitet påtagligt äventyras, men förhållandet kan dock resa ekonomiska hinder för patienten att erhålla sådan arbetskrävande specialistbehandling som i vissa fall kan vara erforderlig ur medicinsk synpunkt. I detta sammanhang framhåller även Sternerutredningen vikten av att provinsialläkartaxan bringas i höjd med sjukkassetaxan, likaså att ett säkrare underlag för privatpraktikernas verksamhet kommer till stånd.

ÖHS-kommittén avböjer dock ett systematiskt specialisttaxesystem. I Sverige är, med undantag för storstäderna, de flesta specialister knutna till sjukhusen. Arbetet i den öpp-

na vårderna vid sjukhusen effektiviseras genom där förekommande utrustning, service och övriga resurser. Den kostnad läkaren erlägger härför understiger vida den verkliga. Även om ett återbäringsystem för specialiståtgärder skulle vara svårt att genomföra utan stark finansiell belastning borde det enligt Sterner vara möjligt att avpassa åtgärderna så att kostnadsstegringen kunde hållas inom rimliga gränser.

Sveriges läkarförbund som till en början betonar att sjukkassetaxan inte är en ersättningstaxa som läkarna är skyldiga att följa utan en återbäringsstabell, förklarar sig dock ha anledning att uppmärksamta följa statsmakternas beslut beträffande såväl sjukförsäkringens uppbyggnad som sjukpenningens och sjukvårdersättningens storlek. Förbundet har tidigare påyrkat återbärning för kostnader vid fristående laboratorieundersökningar och redan i yttrande över socialförsäkringsutredningens betänkande framhållit att högre återbärning borde medges för kostnader vid specialistvård. Det har alltid syntts förbundet inkonsekvent att full återbäring utgår för kostnader vid viss specialistvård (bad, helluft, elektricitet) samt vid röntgenundersökningar, röntgen- och radiumbehandlingar, men däremot icke vid annan specialistvård. Förbundet har inte funnit bärande skäl att som utredningsmannen gjort tillmäta röntgendiagnostiken högre värde än annan specialistvård och kan icke godtaga motiven för ett avböjande av återbärning vid övrig specialistvård som ofta betingar en högre kostnad för patienterna. I fråga om psykiatriska konsultationer tillrådes allvarligt förbättrad och höjd återbärning. Förbundet beklagar att utredningsmannen icke framlagt något förslag till lösning av återbärning i fråga om specialistprestationer och anvisar flera möjligheter för att tillgodose behovet på denna punkt. Mest rationellt hade varit om utredningsmannen helt kunnat eliminera exempelförteckningen i den nuvarande sjukkassetaxan och därigenom väsentligt förenklat den administrativa kontrollen.

Geografisk differentiering av sjukkassetaxan

Som bekant är återbärings Tabellen för sjuk-kassorna differentierad på två taxesatser, en högre för Stockholm och närmast omgivande region samt en lägre för landet i övrigt. *Medicinalstyrelsen* betonar att det skulle varit en betydande förenkling om en enhetlig taxesättning kunnat åstadkommas, men finner att

fullgoda skäl emellertid föreligger för ett bibehållande av differentieringen. Styrelsen förutsätter att en kontinuerlig kontroll av återbäringsprocenten till allmänheten för sjukvårdskostnaderna skall ske med jämna intervall så att åtgärder framdeles skall kunna vidtagas om ojämnheter blir alltför påtagliga.

ÖHS-kommittén går i olika sammanhang betydligt djupare in på denna fråga, som på ett intressant sätt särskilt belyses genom en undersökning om den verkliga statliga och kommunala subventioneringen av viss öppen vård inom Stockholmsområdet och för övrigt i landet. Vi återkommer till detta senare. Oavsett detta anser Sterner att frågan om särtaxan för Stockholmsområdet bör underkastas förnyat övervägande. Även med erkännande av utredningsmannens resonemang kan en rad synpunkter framföras som mer eller mindre talar i annan riktning. Taxeutredningens jämförelser av återbäringen inom Stockholmsområdet jämfört med landet i övrigt kan ej godtagas då poliklinikvården, som ger högsta återbäringsprocent, icke är inkluderad. Sterner påpekar också att återbäringsprocenten för Stockholmsområdet icke avser patienter utan läkare som är verksamma inom området. En del landsortsbor som söker läkare och specialister i Stockholm, kommer att något sänka den genomsnittliga återbäringsprocenten för den vård som meddelas av Stockholmsläkarna. Viktigare anses dock vara att antalet läkarkonsultationer som ger högsta återbärning per 100 innevånare är större i Stockholm än för landet i övrigt.

Det främsta argumentet mot särtaxa för Stockholmsområdet ligger dock i följande förhållande. Omkring 27 à 28 % av läkarkåren är bosatt i Stockholm. Det betyder 2½ gånger så hög läkartäthet i Stockholm som totalt i landet. I förhållande härtill blir särskilt Norrland men även delar av Göta- och Svealand i hög grad missgynnade vid fördelningen. Även om denna ojämnheter i fördelningen till största delen kvarstår även vid en enhetlig rikstaxa, anser Sterner detta dock icke motivera vidmakthållandet av en särtaxa för Stockholmsområdet som ligger 38 % högre än landsortstaxan. Trots motiveringarna för en enhetlig taxa vill Sterner icke kräva en sådan. I stället rekommenderar han ett fortsatt övervägande av en enhetlig taxa tillsammans med övriga frågor. Härvid anser han en förutsättning för en ändring vara att den icke medför "några negativa återverkningar" på finansieringen av huvudstadens po-

liklinikkvård. Dessutom anges en annan förutsättning vara, att en enhetlig rikstaxa åtminstone "icke vållar större finansiell belastning för sjukförsäkringen än en motsvarande delad taxa". (?)

Läkarförbundet behandlar i korthet frågan om den delade taxan. Förbundet kan icke godkänna utredningsmannens argumentation för bibehållande av den nuvarande differentieringen. Skillnaden ifråga om genomsnittliga kostnader för läkarverksamhet i olika delar av landet i förhållande till Stockholmsområdet är obetydlig. Därmed skall utan tvivel förstås att läkarnas arvoden för utövandet av läkarvården tenderar att bli desamma över hela landet.

Medicinalstyrelsen erinrar om sitt tidigare avgivna yttrande över återbäring för kostnader vid fristående laboratorieundersökningar. Styrelsen har här en annan uppfattning än utredningsmannen. Slutligen granskas exempelförteckningen i taxan mera i detalj och framföres en diskussion rörande röntgen-radiumbehandling och tandläkarvård. För övrigt synes styrelsen i stort sett godkänna utredningsmannens framlagda förslag.

Det allmännas subventionering av öppen vård

Som förut har antytts uttrycker *ÖHS-utredningen* i sitt yttrande förvåning över att utredningsmannen endast berört ett mindre avsnitt av de problem som anvisats för utredning i direktiven. Till skillnad från medicinalstyrelsen går också Sterner-utredningen in på en grundligare analys av problemställningarna. Utgångspunkten för generaldirektör Sterners intresse torde vara hans egen utredningsuppgift. Med hänsyn till den väldiga statliga subventionering vid sjukdom som sjukförsäkringen innebär anser Sterner med all rätt att försäkringen i större eller mindre grad kommer att styra utvecklingen av den öppna läkarvården. Om så är fallet bör man se till att denna "styrning" blir så rationell som möjligt med hänsyn till sjukvårdens behov. Av särskilt intresse i detta sammanhang är Sterners försök att komma fram till en uppfattning av den subvention av den öppna läkarvården, som åstadkommes via sjukförsäkringen eller som belastar vederbörande huvudmän. I fråga om jämförelsen mellan privatpraktiker och provinsialläkare anses uppgiften relativt överkomlig. Det visar sig att sjukkasorna subventionerar privatläkarvården med i genomsnitt 9,61 kronor per besök, varvid pa-

tienten i genomsnitt betalar 5,13 kronor. Efter en utförlig undersökning kommer Sterner fram till att den samhälleliga kostnaden per konsultation för provinsialläkarvården ligger högre än motsvarande kostnad för privatläkarvård, i varje fall synes den dock icke mera avsevärt skilja sig från denna.

Den öppna vården på sjukhusmottagningarna är icke redovisad med några sammanfattande tal i fråga om samhälleliga subventionskostnader framhåller ÖHS-kommittén. Landstingsförbundet har emellertid nyligen publicerat resultaten av en provundersökning beträffande lasaretten i Nyköping och Falun. Enligt denna provundersökning uppgår subventionskostnaden till 13,40 kronor i Falun och 9,30 kronor i Nyköping. Med hjälp av dessa uppgifter finner Sterner att den samhälleliga kostnaden för öppen sjukhusvård i landsorten mycket grovt räknat torde ligga dubbelt så högt som motsvarande kostnad för privatläkar- och provinsialläkarvård.

I fråga om poliklinikvård i Stockholm finns inga som helst uppgifter om huvudmannens kostnader. Enligt preliminärt meddelande från Göteborg beträffande poliklinikvården vid Sahlgrenska sjukhuset 1957 skulle medelkostnaden per besök ha varit 27 kronor. Mera definitiva och fullständiga uppgifter för poliklinikvården i Göteborg under 1957 kan förväntas inom kort. Sterner gör väsentliga påpekanden beträffande Rfa-utredningens undersökning i fråga om poliklinikvården och anser att förslagen även i denna del bör underkastas förnyat övervägande.

Riksförsäkringsanstaltens statistiska utredning

Såväl ÖHS-utredningen som läkarförbundet har funnit att en ny statistisk undersökning bör genomföras. Den nuvarande grupptaxan fastställdes 1951 på basis av då gällande läkararvoden. Det anses icke möjligt anant än att år 1959 läkarnas arvoden väsentligt kommit att anpassa sig till inflationsförloppet. ÖHS-utredningen har alltså intagit en starkt kritisk hållning till den framlagda taxeutredningen. Endast i ett par fall har utredningen ansett sig böra rekommendera att förslagen helt eller delvis blir omedelbart genomförda. I övrigt har den meningen framkommit, att förslagen är i behov av omprövning i samband med förnyad utredning. ÖHS-kommittén rekommenderar systematiska arbetsstudier och arbetsvärderingar, som kunde läggas till grund för ett nytt ställnings-

tagande till taxan. Man påpekar att återbäringen inom den öppna läkarvården ökat från 46 milj. kronor 1954 till ett beräknat belopp av 143 milj. kronor 1958. Denna stegring måste i betydande grad utöva inflytande på hela läkarvårdsmarknaden.

Ytterligare invändningar

Sveriges läkarförbund har ytterligare en rad anmärkningar att göra utöver vad de övriga remissinstanserna gjort. Förbundet hävdar sålunda att ersättning för prestationer under oönskade arbetstid bör gälla från kl. 19 till kl. 8. I verkligheten sker en höjning av läkararvodena under denna tid. —Kostnaderna härför borde patienterna få bättre återbäring på. Telefonkonsultationerna utgör en viktig och tidskrävande faktor framför allt inom hemsjukvården. Dessa konsultationer bör därför överföras till grupp taxan, enligt läkarförbundets mening. Grupp taxan bör även i hela sin utsträckning få komma till användning

för kostnader som uppstår då en person konsulterar läkare för anhörigs räkning. Samråd med den sjukes anhöriga kan ta avsevärt längre tid och vara mer krävande än undersökningen av den sjuke själv.

Utredningen har enbart på grundval av den statistiska undersökningen anpassat återbäringen för kostnader vid sjukbesök genom en ringa höjning av taxebeloppen. Alltjämt kan det bli billigare för patienten att ta hem läkare än att söka på hans mottagning.

Läkarförbundet understryker slutligen den förebyggande vårdens betydelse inom sjukförsäkringen och yrkar på att vid en kompletterande utredning återbäringsfrågan för den profylaktiska vården klarlägges. Detta är så mycket angelägnare, säger förbundet, eftersom redan för närvarande kostnader för sådan verksamhet ersättes med tillsynsmyndighetens goda minne, ehuru formellt underlag därför saknas.

E. Husmark.

Efterutbildning för utländska icke nordiska läkare som immigrerat till Sverige

I februari 1955 tillkallade chefen för inrikesdepartementet landshövding Folke Thunborg att företa en utredning beträffande efterutbildning av vissa utländska läkare. I januari 1956 överlämnade Thunborg förslag till behörighetsvillkor för redan inkomna, icke nordiska läkare och lämnade en förteckning över ett 60-tal doktorer som omedelbart med tillämpning av de i förslaget angivna reglerna borde kunna tilldelas generell behörighet att utöva läkarkonsten. Medicinalstyrelsen erhöll i april samma år förordnande att efter prövning medgiva behörighet i enlighet med förslaget. Sedan Thunborg 1957 avlidit har professor Bror Rexed haft Kungl. Maj:ts uppdrag att fortsätta utredningen. Till sitt förfogande har Rexed haft ett antal sakkunniga från universitet, huvudmännen och personalorganisationer.

Utredningen har i en framställning, som nu överlämnats till chefen för inrikesdepartementet, avgivit förslag som sammanfattas på följande sätt.

”Utredningen, som i skrivelser den 18

januari 1956 och den 23 april 1958 föreslagit, att sammanlagt omkring 90 utländska, icke-nordiska, inom svensk sjukvård verksamma läkare på vissa villkor men utan ytterligare utbildning skulle meddelas generell behörighet att inom riket utöva läkekonsten, föreslår under hänvisning till vad ovan anförts sammanfattningsvis följande:

1. De utländska, icke-nordiska läkare, som nu arbetar inom svensk sjukvård och för vilka icke i annan ordning villkor uppställts för deras vinnande av generell behörighet, bör ofördröjligen granskas ifråga om behovet av efterutbildning för att de, som önskar kvarstanna i Sverige, skall kunna uppfylla villkoren för att erhålla generell behörighet att inom riket utöva läkarkonsten. Denna granskning bör vara individuell, och vid bedömningen av efterutbildningsbehovet bör utan att de medicinska kraven eftergivnas all hänsyn tagas till arten och kvaliteten av deras medicinska utbildning i hemlandet liksom även till de sjukhustjänstgöringar, som de fullgjort i hemlandet och i Sverige. Bedömningen bör ej göras så rigorös,