

## Nr 155

Av fru **Sjövall** och herr **Kristenson** i Göteborg, om viss ändring av nuvarande tillämpning av sjukkassetaxan.

Lagen om allmän sjukförsäkring, som trädde i kraft den 1 januari 1955, stadgar i sin 14 § att ersättning för utgifter för läkarvård skall utgivas med  $\frac{3}{4}$  av patientens utgifter, dock högst  $\frac{3}{4}$  av de belopp, som finns angivna i en av Konungen fastställd taxa (SFS 532/1954 och 425/1956). Begreppet läkarvård tolkas enligt sjukförsäkringslagen som »vård som meddelas av läkare, dock icke vård som lämnas försäkrad, vilken åtnjuter sjukhusvård». Definitionen måste innebära, att alla former av öppen läkarvård skulle vara ersättningsbara enligt taxans bestämmelser.

Lagen tillämpas emellertid icke enligt i densamma angivna normer för de patienter, som behandlas vid de allmänna poliklinikerna, enär riks-försäkringsanstalten omedelbart före lagens ikraftträdande beslöt, att för poliklinikvård skulle sjukkassorna utge återbäring till patienten efter en beräknad ersättning som högst fick uppgå till taxegrup 1, sjukkassetaxans lägsta taxegrupp. Kungl. Maj:t fastställde den 12 maj 1955 ifrågavarande beslut av riks-försäkringsanstalten.

En gräns har sålunda uppdragits mellan å ena sidan vård som meddelas av läkare, vilken själv uppbär honoraret av patienten, och å andra sidan vård som meddelas av läkare, vilken för sitt arbete får fast lön eller arvode av en sjukvårdens huvudman, vilken i sin tur själv tillgodogör sig de av patienterna erlagda poliklinikavgifterna. Formellt stöd för en dylik gränsdragning återfinns icke i sjukförsäkringslagen, ej heller i förarbetena till lagen. Genom beslutet att begränsa återbäringen av poliklinikavgifterna har de statliga myndigheterna bundit sjukvårdens huvudmän, när dessa skall fastställa avgifterna för sin öppnavårdsverksamhet. Poliklinikernas huvudmän kan icke gärna taga ut en ersättning, som betydligt överstiger det belopp, varå återbäring skall beräknas, ty då tvingas den enskilde patienten att bära en alltför stor del av vårdkostnaderna, trots att han är sjukförsäkrad och erlägger samma avgift till sjukkassan som andra medlemmar. Risk föreligger att sjukvårdens huvudmän vid för låg återbäring blir mindre intresserade av att vidtaga anordningar för att skapa öppen vård av poliklinikkaraktär, trots att den öppna vården kommer att kräva allt större resurser i fråga om både hjälpkrafter och instrumentell utrustning.

Skall riks-försäkringsanstaltens tolkning om poliklinikernas återbärings-

rätt gälla måste man för att ge patienterna full återbäringsrätt överföra vården till över- och underläkarna — under namn av deras enskilda mottagning, ty då möter inga hinder för att sjukkassetaxan till fullo kan tillämpas. Genom detta senare system täcks emellertid icke kommunernas kostnader för denna öppna vård.

Sedan början av 1940-talet har utgifterna för den öppna vård, för vilken Göteborgs stad är huvudman, successivt stegrats med en ständigt stegrad kommunal subvention som följd.

1955 uppgick antalet poliklinikbesök vid stadens sjukhuspolikliniker till närmare 260 000, vid dess fristående polikliniker till drygt 155 000 samtidigt som antalet jourfall vid sjukhusen samt antalet återbesök hos underläkarna uppgick till närmare 108 000 (i dessa polikliniker inräknas då icke röntgenpolikliniska fall, fysikalisk terapi, sjömanspolikliniken).

Fördelningen av sökande har på grund av taxehöjning förskjutits till förmån för jourfallen, sedan denna statistik gjordes.

1956 beräknades kostnaderna för sjukhuspoliklinikerna till genomsnittligt 13,69 kronor per besök, motsvarande genomsnittskostnad per besök utgjorde för de fristående poliklinikerna 10,03 kronor. Jourfallen torde i genomsnitt vara dyrare för huvudmannen än besöken vid sjukhuspoliklinikerna, medan däremot kostnaderna för efterbesök hos underläkarna säkerligen svarar mot kostnaderna för motsvarande efterbesök på poliklinikerna.

För efterbesök återbetalar underläkaren av den ersättning han får av patienten en krona till sjukhuset, för dagjourfall utgör underläkarnas avgift till sjukhuset också en krona, han återbetalar däremot intet då nattaxan är tillämplig.

Stadens subvention till de sjukhusanslutna samt till de fristående poliklinikerna utgjorde 1956 2 025 084 kronor, i denna subvention ingår icke kostnaderna för jourfall och efterbesök hos underläkare. För 1957 beräknades stadens subvention uppgå till 2 545 000 kronor och den genomsnittliga kostnaden per besök till 13,52 kronor, därav som subvention 5,19 kronor. För 1958 beräknas den genomsnittliga kostnaden per besök uppgå till minst 14 kronor.

Att subventionerna ständigt måst ökas bottnar i att huvudmannen icke fått tillämpa den differentierade sjukkassetaxan. Göteborgs stad ansåg sig tvungen att höja poliklinikavgifterna med 3 kronor 50 öre vid sista årsskiftet och avgiften är nu per besök 12 kronor. Då sjukkassorna endast har rätt att utgiva återbäringsmedel med 6 kronor, måste patienterna själva stå för 6 kronor per besök. Detta har lett till att patienterna upptäckt att det för dem är ekonomiskt fördelaktigare att söka jourhavande läkaren, som äger rätt att ta betalt av patienten enligt Kungl. Maj:ts sjukkassetaxa. En mindre undersökning hos honom kostar 10 eller 15 kronor, en mera kvalificerad sådan 20 kronor. Eftersom patienten i dessa fall får ersättning med  $\frac{3}{4}$  är denna vårdform en fördel för honom. Endast om undersökningen hos

jourhavande läkaren skulle kosta 25 kronor, blir det ur patientens synpunkt ungefär samma utlägg om han i stället sökte å polikliniken, i alla andra fall blir det dyrare för honom.

Den vård som meddelas vid poliklinikerna är förstklassig, då endast läkare med specialistkompetens handhar densamma. Flera av dem som är verksamma i Göteborg är docenter.

I Göteborg har man infört en enhetstaxa vid samtliga polikliniker. Endast vid kirurg- och öronpoliklinikerna är besökskapaciteten sådan — nio besök eller fler per timme — att inkomsterna kan ungefär täcka utgifterna för dessa polikliniker. Vid övriga specialistpolikliniker med deras betydligt lägre besöksfrekvens och deras ofta mer omfattande undersökningar måste man alltid räkna med en betydande subvention av deras verksamhet.

Den slutna vården har sedan gammalt organiserats så, att kostnaderna för sjukhusvård till största delen uttagits genom allmänna skatter. Även om man har valt att i största möjliga mån reducera den enskildes kostnader för öppen vård försäkringsvägen, måste man även här räkna med betydande kostnader för det allmänna. I detta sammanhang måste med skärpa framhållas att de enskilda kommunernas kostnader icke borde få drivas i höjden genom en tolkning av sjukkassetaxan som icke äger stöd i sjukhuslagen. Problemet är icke begränsat till storstäderna; varje centralasarett måste förr eller senare finna en lösning på sitt öppnavårdsproblem som icke blir av sådan karaktär att den sjuke drabbas extra hårt men ej heller sådan att huvudmannens kostnader drivs i höjden. En mycket stor del av den öppna vården måste för all framtid bedrivas vid sjukhusen på grund av deras tillgång till personal och utrustning.

Utvecklingen av öppen vård av poliklinikkarakter med fast anställda läkare beskärs eller omöjliggöres, så länge denna begränsning av återbäringen består. För universitetssjukhusens del tillkommer även det faktum, att poliklinikläkarna vid sjukhuspoliklinikerna deltagar i undervisningen.

Under hänvisning till ovanstående hemställes,

att riksdagen måtte i skrivelse till Kungl. Maj:t anhålla om sådan ändring av nuvarande tillämpning av sjukkassetaxan, att differentierad taxa även skall gälla allmän poliklinisk vård.

Stockholm den 24 januari 1958

*Elisabet Sjövall*

*Valter Kristenson*

i Göteborg

---