

Ta bort de orättfärdiga patientavgifterna!

En enbarnsfamilj kan drabbas av utgifter (läkemedelskostnader, sjukvårdsavgifter och reskostnader) på över 3 000 kr per år vid barnets sjukdom. Att ta bort alla patientavgifter skulle kunna ge samhället en nettovinst genom minskad administration.

Nu tycker jag att den så kallade läkemedelsreformen börjar bli otäck.

Barnfamiljerna har idag en mycket trängd ekonomi. Jag märker att allt fler patienter inte har råd att hämta ut medicinen då de behöver den.

Ett nyopererat barn fick en sårinfektion. På grund av att föräldrarna inte hade råd att hämta ut av läkare förskrivna antibiotika tvingades barnet ett par veckor senare till en ny stor bukoperation.

Dessutom känner jag till ett stort antal astmatiker med andningssvårigheter som av ekonomiska skäl inte kan hämta ut sin medicin.

»Bara 108 kronor...»

Jag försökte via Socialutskottet före riksdagsbeslutet i november 1996 att få barn att undantas från »Läkemedelsreformen». Det stående svar jag har fått från politiker och tjänstemän på alla mina frågor är »Men det kostar ju bara 108 kronor per månad!».

Nu visar det sig att det inte kostar 108 kronor per månad, en aviseringsavgift på 4 kronor per månad tillkommer. Politikerna har därmed farit illa med sanningen.

Den 1 augusti trädde en ny förordning i kraft med innebörden att receptfria läkemedel tas bort från läkemedelsförsäkringen. Detta lär ge en besparing på ytterligare 500 miljoner kronor. Gör detta för att finansiera kostnaderna för avbetalning?

Kraftig överfinansiering

Under första halvåret 1997 har Läkemedelsförsäkringen gett en kostnadsminskning och intäktsökning på sammanlagt 1 890 miljoner kronor för

Riksförsäkringsverket (RFV) under första halvåret 1997 jämfört med samma tid förra året, se Tabell I (källa Apoteksbolaget 1997).

Detta kan jämföras med de 850 miljoner kronor som önskades i total besparing enligt Reformen på recept (SOU 1995:122). Reformen är redan efter ett halvt år överfinansierad med 222 procent. Och vem betalar? Jo, som vanligt de sjuka och de fattiga.

Jag har sedan länge ansett att samhället skulle spara pengar på att ta bort alla patientavgifter, även på läkemedel.

Ser vi på barnens situation så är den följande:

1. Barn har oftast ingen egen inkomst.

2. Samtliga läkemedel för barn under 20 år kostade 1995 1,1 miljarder kronor eller 42 kronor per barn och månad (källa: Apoteksbolaget 1997).

3. De patientavgifter som barnen betalar för sina läkemedel torde, i likhet med hela befolkningens, uppgå till 23 procent av totalkostnaden. Detta motsvarar då omkring 250 miljoner kronor eller knappt 10 kronor per barn och månad (källa: Fakta 97, Läkemedelsindustriföreningen LIF).

4. Alla barn har betalat 110 kronor per månad i minskat barnbidrag sedan 1996 (källa: Försäkringskassan 1997).

Över 3 000 kr per barn och år

Slutsatsen blir att barnen flera gånger om redan har betalat samtliga läkemedelskostnader för barn. Sjuka barn har enligt FNs barnkonvention ett större skyddsbehov än friska. Varför skall då sjuka barn bestraffas ekonomiskt med läkemedelskostnader på upp till 1 300 kronor per år? Detta förutom sjukvårdsavgifter på upp till 900 kronor jämte reskostnader (i Dalarna på upp till 960 kronor per år, resorna kan vara både 10 och 20 mil enkel resa).

Det är sammanlagt 3 160 kronor per år för en enbarnsfamilj! (År de vuxna sjuka tillkommer givetvis deras kostnader.) Oftast tvingas barnfamiljen att be-

Tabell I. Kostnader för recept första halvåret 1997 (miljarder kronor).

Betalare	1997	1996	Vinst för RFV
RFV	4 260	5 600	1 340
Patienter	2 100	1 550	550
Summa	6 360	7 150	1 890

DEBATT

»Sjuka barn har enligt FNs barnkonvention ett större skyddsbehov än friska. Varför skall då sjuka barn bestraffas ekonomiskt med läkemedelskostnader på upp till 1 300 kronor per år? Detta förutom sjukvårdsavgifter på upp till 900 kronor jämte reskostnader.»

tala sjukvårds- och reskostnaderna under en begränsad period, och dessa kostnader kan inte periodiseras under året.

Det strider därför mot FNs barnkonvention (som Sveriges riksdag ratificerade som ett av de första länderna i världen år 1990) att över huvud taget ta ut avgifter för sjukvård och mediciner för barn.

Det strider därför mot Hälso- och sjukvårdslagens krav om vård på lika villkor att över huvud taget ta ut avgifter för sjukvård och mediciner för barn och vuxna.

Dyr fakturering

Se på »Läkemedelsreformens» avgifter. Skulle alla patienter göra det som politiker och tjänstemän rådde mig, att betala 108 kronor per månad i avbetalning, kostar det samhället minst 60 kronor (om inte uppåt 120 kronor) per faktura. Det innebär mellan 720 och 1 440 kronor per patient och år. (Telia uppger i en tidningsuppgift att en faktura kostar 60 kronor, medan andra företagare anger en betydligt högre summa.)

Till detta kommer givetvis den ökade kostnaden apoteken och Apoteksbolaget har för information till patienter och internt, till datorer, dataprogram samt inte minst datakonsulter. Med andra ord – sannolikt kostar avbetalningssystemet mer än vad staten får in i patientavgifter.

Tar man bort avgifterna för barn kan man göra sammaledes för vuxna. Det

Författare

BJÖRN HAMMARSKJÖLD
överläkare, Mora.

Författarnamnen hade olyckligtvis fallit bort i denna och nästa debattartikel i Läkartidningen 46/97. De publiceras här igen i sin helhet.

ANNONS

blir en bruttokostnad på 1,9 miljarder i minskade patientavgifter för sjukvård, 4 miljarder i minskade patientavgifter för läkemedel eller 6 miljarder kronor totalt. Kostnadsbesparingarna genom att slippa administrera patientavgifterna torde uppgå till omkring 6–10 miljarder. Det blir en nettovinst för samhället på 0–4 miljarder genom att ta bort patientavgifterna.

Ännu större blir vinsten på läkemedel genom att doktor och patienter kan samarbeta bättre och därmed spara läkemedel. Patienterna slipper tvingas att hamstra tre månaders läkemedel dagen innan frikortet går ut.

De friska slipper undan

I Reform på recept uttrycktes på sidan 137 följande klarsynta tanke:

»En relativt stor grupp, nämligen de knappt 40 procent av befolkningen som inte köper något läkemedel under ett år, lämnar överhuvud taget inga bidrag till finansieringen genom avgifter. Det är endast genom den del av finansieringen som sker via skatter som den gruppen medverkar till förmånssystemets finansiering. Det betyder således att de ökade egenavgifterna för förmånen – med de ekonomiska förutsättningar som gäller för kommitténs arbete – måste fördelas mellan de omkring 60 procent av befolkningen som svarar för läkemedelsutköpen.»

23 procent (3,2 miljarder kronor) av receptläkemedelskostnaderna om totalt 13,9 miljarder kronor finansierades 1995 via patientavgifter. 77 procent (10,7 miljarder kronor) finansierades solidariskt genom egenavgifter och arbetsgivaravgifter (inga skatter!) via sjukförsäkringen (källa: Fakta 97, LIF). Till detta skall läggas att 44 miljarder kronor av våra sjukförsäkringspengar gick raka vägen ned i Göran Perssons »svarta hål» år 1995.

Genom att ta bort patientavgiften inkluderades även de knappt 40 procent av befolkningen som inte köper något läkemedel under ett år som solidariska läkemedelskostnadsbidragare, i likhet med de omkring 60 procent av befolkningen som svarar för läkemedelsköpen.

Till detta kommer då också en sammanlagt lägre total kostnad för läkemedel, genom att både förskrivare och läkemedelsbrukare kommer att använda receptblanketterna på ett intelligentare sätt. (Svårigheten att få patienten att äta nödvändig medicin ger frågan: Vem äter medicin i onödan?) Ytterligare besparingar i miljardklassen görs genom den minskade administrationen runt läkemedelshanteringen.

Slutsatsen blir att det är för samhället och individen ekonomiskt klart lönsamt att ta bort de orättfärdiga patientavgifterna! •

Föreنا folkets, politikernas och personalens förväntningar!

Pengar som följer patienten, ökade läkarresurser, integration med den övriga sjukvården och satsning på fortbildning och forskning är några av de hörnstenar som den framtida primärvården bör vila på. Därtill krävs en bred kompetens med olika personalkategorier som en förutsättning för teamarbete.



Visioner i primärvården

DEBATT

»Primärvården kan inte med dagens resurser ta på sig fler uppgifter. Varje liten eller stor uppgift tar tid, tid som inte finns och är uppbunden på annat. En mycket tydlig målformulering från politiker och en resursfördelning som står i paritet med detta behövs.»

är annorlunda än de mål som sattes upp för 20 år sedan. Den ekonomiska verkligheten är mycket förändrad, det politiska budskapet har blivit tydligare, och patienterna har blivit fler med ett annat sjukdomspanorama, och de ställer idag annorlunda krav.

Välkända nyckelord

Både politiker och befolkning som tillfrågats är ganska eniga om den förväntan som finns på primärvårdens innehåll, och välkända nyckelord kommer fram med stor tydlighet:

Hög medicinsk kompetens, god tillgänglighet, geografisk närhet, kontinuitet med god tid för en konsultation, en fast läkarkontakt.

Hur kan då primärvården i framtiden leva upp till denna förväntan?

Inom svensk primärvård finns mycket välutbildade läkare – de svenska allmänmedicinarnas kompetens är bland den bästa i Europa och världen: fem års specialistutbildning grundad på nationell målbeskrivning och tjänstgörings-

Primärvårdspropositionen har tydliggjort primärvårdens roll som bas i den svenska hälso- och sjukvården, detta efter år av olika reformer och mängder av organisationsförändringar. Svensk primärvård och allmänmedicin har i samband med dessa yttre faktorer fått pröva nya arbetsmetoder och nya organisationer, och vi har idag en mångfald av lösningar inom landet.

I stort sett har inte några av dessa omvälvande förändringar hunnit utvärderas innan nya beslutats, vilket man måste beklaga. Trots att det nu inte planeras förändringar i dignitet med Ädel- och Husläkarreformerna kan lokala förändringar och omstruktureringar som planeras vara nog så omtumlande för verksamheten.

I perspektiv av vad som hänt sedan svensk primärvård började formas för cirka 20–25 år sedan finns det mycket att glädjas åt. När jag som nybliven specialist 1978 kom till min första fasta distriktsläkartjänst var vi fem läkare som i en medelstor svensk stad hade ett områdesansvar med en befolkning på 42 000. Vid den tidpunkten var det närmast utopiskt att tänka sig en distriktsläkare på 2 000 invånare, vilket i dag har fått en allmän acceptans.

Stora förbättringar

Primärvården har blivit en synlig och viktig del i sjukvårdssystemet och vårdkedjan. Utbildningsnivån på alla som arbetar inom primärvården har genomgått en enorm höjning, teamarbete har fått utvecklas, förankringen lokalt hos befolkningen har utvecklats, och vårdcentralen är en viktig del av samhällsservicen på orten.

Vårdcentralerna står för trygghet och kontinuitet för de flesta som har kontakt med sjukvården. MVC, BVC och skolhälsovård bidrar till att sprida kunskap och förtroende för den lokala primärvården.

De utmaningar vi står inför år 2000

Författare

CHRISTINA NERBRAND
chefsöverläkare,
Universitetssjukhuset,
Lund.