

Nr 112.

Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående statsbidrag till uppförande m. m. samt driften av hem för kroniskt sjuka; given Stockholms slott den 24 februari 1927.

Kungl. Maj:t vill härmed, under återopande av bilagda utdrag av statsrådsprotokollet över socialärenden för denna dag, föreslå riksdagen att bifalla de förslag, om vilkas avlåtande till riksdagen föredragande departementschefen hemställt.

Under Hans Maj:ts

Min allernådigste Konungs och Herres frånvaro:

GUSTAF ADOLF.

Jakob Pettersson.

Utdrag av protokollet över socialärenden, hållet inför Hans Kungl. Höghet Kronprinsen-Regenten i statsrådet å Stockholms slott den 24 februari 1927.

Närvarande:

Statsministern EKMAN, ministern för utrikes ärendena LÖFGREN, statsråden THYRÉN, RIBBING, MEURLING, GÄRDE, PETERSSON, HELLSTRÖM, ROSÉN, HAMRIN, ALMKVIST, LYBERG.

Departementschefen, statsrådet Pettersson, anför:

Under punkt 63 i femte huvudtiteln av årets statsverksproposition har Kungl. Maj:t föreslagit riksdagen att i avvaktan på den proposition i ämnet, som kunde bli riksdagen förelagd, till bidrag till uppförande m. m. samt driften av hem för kroniskt sjuka för budgetåret 1927—1928 beräkna ett extra förslagsanslag av 500,000 kronor.

Sedan utredningen i ärendet numera avslutats, torde jag få ånyo anmäla denna fråga. Jag anhåller därvid att först få redogöra för frågans förhistoria för att därefter övergå till ett i ärendet föreliggande sakkunnigförslag samt däröver avgivna yttranden.

Bihang till riksdagens protokoll 1927. 1 saml. 97 häft. (Nr 112.) 178 27 1

Historik.

Fattigvårdslagens bestämmelser om vård av kroniskt sjuka.

I 41 § 2 mom. i lagen om fattigvården den 14 juni 1918 äro vissa bestämmelser meddelade rörande vården av fattiga kroniskt sjuka. Sålunda föreskrives i första stycket av nämnda moment, att, därest genom landstings försorg upprättas anstalt för andra kroniskt eller obotligt sjuka än tuberkulösa och vanföra, tillfälle till vård åt fattiga sjuka bör där beredas, samt att landstinget må fastställa en avgift, ej överstigande hälften av vårdkostnaden, som vederbörande fattigvårdssamhälle skall hava att erlægga för å sådan anstalt intagen fattig. Vidare föreskrives i andra stycket av samma moment, sådant detta lyder enligt lag den 11 juni 1926, att, om fattigvårdssamhälle berett vård åt fattiga sjuka, som i första stycket avses, å särskild, samhället eller annan tillhörig anstalt eller å en vid fattigvårdsanstalt för ändamålet anordnad särskild avdelning, det fattigvårdssamhälle, som har att ansvara för vårdkostnaden, under vissa villkor skall äga rätt att av vederbörande landsting erhålla gottgörelse för hälften av utgiven dagavgift och annan vårdkostnad.

Fattigvårdslagstiftningskommitténs uttalanden.

Dessa bestämmelser, som i huvudsak grunda sig på fattigvårdslagstiftningskommitténs den 19 februari 1915 avgivna förslag till lag om fattigvården, hava tillkommit för att bereda kommunerna och särskilt de mera betungade av dem en behövlig lättnad i deras fattigvårdsbörd. Samtidigt låg emellertid den tanken bakom, att ifrågavarande sjuka på detta sätt skulle kunna erhålla en bättre vård än tidigare varit fallet.

I motiveringen till sitt förslag hade kommittén kraftigt framhållit behovet av åtgärder för vård av kroniskt sjuka.

Kommittén påpekade, att dessa sjuka, som krävde långvarig vård, i allmänhet ej kunde intagas å de allmänna sjukhusen samt att de ej heller lämpligen kunde vårdas å vanliga fattigvårdsanstalter, enär dessa saknade härför erforderliga resurser och dessutom vården ofta medförde obehag för övriga å anstalterna intagna. Stor brist rådde på särskilda anstalter för de kroniskt sjuka. Dessa måste därför i allmänhet vårdas i hemmen, där vården på grund av trångboddhet och andra omständigheter ofta ej kunde bliva tillfredsställande. Lämpligaste utvägen att avhjälpa anstaltsbristen vore att intressera speciellt landstingen och de städer, som icke deltaga i landsting, men även andra kommuner att inrätta sjukhem för vård av kroniskt sjuka, såväl fattiga som betalande. En tillfredsställande vård av de kroniskt sjuka kunde icke vinnas allenast genom införande av de bestämmelser i fattigvårdslagen kommittén föreslagit. Kostnaderna, särskilt för åstadkommande av anstalterna, torde nämligen bliva så stora, att varken landsting eller kommuner skulle kunna antagas vilja påtaga sig inrättande och uppehållande av erforderliga sjukvårdsanordningar. Det syntes därför kommittén oundgängligt, att staten trädde hjälpende till. I främsta rummet syntes statens mellankomst böra inriktas på att underlätta åstadkommandet av sjukvårdsanstalter, i vilket avseende statsbidrag lämpligen borde lämnas till landsting och kommuner i och för inrättande av dylika anstalter, men vidare borde staten jämväl bidra till de sjukas vårdande å sådana anstalter. Då emellertid behov av sjukvård föreläge ej blott för fattiga utan för kroniskt sjuka i allmänhet, fölle lösningen av denna fråga utanför fattigvårdslagstiftningens område.

1918 års proposition med förslag till ny fattigvårdslag.

Vid framläggande för 1918 års lagtima riksdag av förslaget till fattigvårdslag framhöll föredragande *departementschefen*, att vården av kroppsligt sjuka i princip redan ålège landstingen. Departementschefen, som anslöt sig till kommitténs uttalande att frågan om ordnandet av vården för kroniskt sjuka fölle

utanför fattigvårdslagstiftningen, ansåg, att nämnda fråga snarast borde upptagas till en allsidig utredning. Därvid borde, bland annat, komma under övervägande lämpligaste sättet att anordna erforderliga anstalter samt frågan om statsbidrag till anläggning och drift.

I *andra särskilda utskottets utlåtande nr 1*, vilket i denna del godkändes av riksdagen och sedermera återropades i dess skrivelse i ämnet, framhölls följande: Behovet av särskilda vårdanstalter för fattiga kroniskt sjuka vore mycket stort. Vården av de kroniskt sjuka borde emellertid ordnas icke enbart för understödstagare utan för de sjuka i allmänhet. Frågan om den kroniska sjukvården borde snarast bringas till lösning. Anskaffandet av anstalter och ombesörjandet av vården syntes i första rummet böra bli en landstingens angelägenhet. För att underlätta landstingens uppgift syntes här liksom i fråga om tuberkulossjukvården staten böra lämna bidrag till både byggnads- och driftkostnaderna. De grunder, som i övrigt här borde följas, torde först kunna uppgöras vid den utredning, som Kungl. Maj:t syntes böra anordna.

Den utredning, för vilken riksdagen sålunda uttalat sig, har nu ägt rum.

Jämlikt Kungl. Maj:ts bemyndigande den 17 december 1920 uppdrog nämligen dåvarande chefen för socialdepartementet åt tillkallade sakkunniga, ledamoten av riksdagens andra kammare Bernhard Eriksson i Grängesberg och lasarettsläkaren, medicine doktorn K. H. Giertz att jämte statens fattigvårdsinspektör, kanslirådet G. H. von Koch biträda med utredning av frågan om vården av kroniskt sjuka. Dessa sakkunniga avgåvo den 24 februari 1921 betänkande och förslag i ämnet. Jag anhåller nu att få lämna en kortfattad redogörelse för innehållet i nämnda betänkande.

Huvudorsaken till den kroniska sjukvårdens försummade läge i Sverige vore enligt de sakkunniga den, att landstingen på grund av andra uppgifter icke haft tid och ekonomisk möjlighet att ägna sig åt nämnda sjukvård. Därtill komme, att lasaretten enligt lasarettstadgans 6 § 3 mom. direkt frigäts från att mottaga obotligt sjuka annat än i vissa angivna undantagsfall, som sällan föreläge.

De sakkunnigas betänkande.

Då det nu gällde att vidtaga åtgärder för ordnande av vården av de kroniskt sjuka, mötte en svårighet redan beträffande begränsningen av begreppet kroniskt sjuka ej blott gentemot de fall, som borde behandlas å kommunernas ålderdomshem, utan även gentemot lasarettfallen. Strängt taget vore det endast sjukdomstidens längd, som avgjorde var gränsen mellan en akut och en kronisk sjukdom skulle sättas. Sjukhus och lasarett vore både skyldiga och villiga att för diagnos och viss tids behandling mottaga även kroniskt och till synes obotligt sjuka. Men om dessa efter en begränsad tids behandling ej kunnat botas, måste de utskrivas eller avvisas såsom »obotliga». Även termen »obotlig» vore ett mycket vagt begrepp, då erfarenheten visade, att patienter, som av läkare förklarats obotliga, kunnat förbättras eller till och med tillfriskna.

Begreppet kroniskt sjuka m. m.

En något så när uttömmande beteckning på den kategori sjuka, åt vilka det nu gällde att skaffa sjukhusvård, syntes vara följande: »*kroniskt — obotligt eller svårbotligt — kroppssjuka, vilka fordra sjukhusvård, som ej står att erhålla på redan befintliga sjukhus eller sjukvårdsanstalter*».

De sjukdomar, som med denna utgångspunkt företrädesvis borde ifrågakomma till behandling vid anstalter för kroniskt sjuka vore följande:

- 1) elakartade svulster (kräfta, sarkom o. s. v.);
- 2) hjärn- och ryggmärgssjukdomar samt andra nervsystemets sjukdomar;
- 3) den kroniska reumatismen och närstående sjukdomar;
- 4) cirkulationsorganens sjukdomar;
- 5) den patologiska seniliteten; samt
- 6) vissa andra sjukdomar, såsom lungsjukdomar, i synnerhet kronisk astma samt hopplösa fall av lungtuberkulos, då patienterna ej kunnat få plats på sanatorierna.

Erfarenheten hade visat, att personer lidande av någon av nu angivna sjukdomar ofta en eller flera gånger varit intagna å sjukhus men måst därifrån utskrivnas såsom obotliga. I många fall vore de helt och hållet hänvisade till andras hjälp. De erfordrade en intresserad, sakkunnig och oftast synnerligen tröttande skötsel.

Antalet
kroniskt
sjuka.

Enligt av fattigvårdslagstiftningskommittén från fattigvårdsstyrelserna infordrade uppgifter skulle under år 1907 antalet varaktigt försörjda svårare kroniskt sjuka — detta begrepp taget i nyss angivna omfattning — hava utgjort 5,497, därav 1,941 å landsbygden och 3,556 i städer och köpingar. Ehuru varken fullständiga eller tillförlitliga, visade dock dessa siffror, att antalet fattiga kroniskt sjuka, som behövde sjukhusvård, vore rätt betydande och icke understege en på tusen invånare.

För erhållande av nyare siffror rörande antalet fattiga kroniskt sjuka hade de sakkunniga införskaffat de uppgifter angående dylika sjuka i behov av sjukhusvård, som de flesta landstingen omkring år 1919 infordrat från vederbörande fattigvårdsstyrelser. Icke heller dessa uppgifter vore fullständiga och, då de i regel avgivits utan medverkan av läkare, säkerligen ganska missvisande. Man kunde emellertid enligt de sakkunniga med stöd av 1907 års utredning räkna med ett genomsnittligt antal fattiga kroniskt sjuka av minst en på tusen invånare.

Vad anginge behovet av vårdplatser för bemedlade kroniskt sjuka, hade utredning härom verkställts allenast inom Södermanlands län. Enligt utredningen skulle antalet vårdbehövande inom länet uppgå till 62. Att behovet vore stort även annorstädes framginge av det betydande antal exspektanter, vilka väntade på vård å sådana sjukhem, som i större utsträckning vore avsedda för betalande patienter.

Befintliga
anstalter.

Av en av de sakkunniga verkställd undersökning för de vid tidpunkten för betänkandets avgivande förefintliga anstalterna för vård av kroniskt sjuka framginge följande.

Anstalterna dreves av föreningar, enskilda personer, landsting eller kommuner.

Av *privata* anstalter finnes 16, alla benämnda sjukhem. Deras drift upprätthölles huvudsakligen medelst avkastningen av donationer eller inflytande gåvor. Dock hade under senare år flera landsting beviljat dylika sjukhem bidrag till betydande belopp. I regel kunde endast den intagas å enskilt sjukhem, som tillhörde den stad eller det län, varinom sjukhemmet vore beläget. Vårdavgiften utgjorde i allmänhet blott $\frac{1}{3}$ av vårdkostnaden. På flertalet sjukhem finnes friplatser. De flesta patienterna utgjordes dels av fattiga, som vårdades å frisång eller för vilka vederbörande kommun erlade vårdavgiften, dels av mindre bemedlade. Sjukhemmen stode alla under tillsyn av läkare och hade utbildade sjuksköterskor. Å dessa privata anstalter kunde vårdas sammanlagt 837 kroniskt sjuka.

Utav anstalter, drivna av *landsting*, finnes fem, därav två inom Östergötlands län, en inom Stockholms län, en inom Kalmar läns norra landstingsområde och en inom Kristianstads län. De skilde sig från de privata väsentligen genom sättet för driftkostnadernas bestridande.

De *kommunala* anstalterna hade tillkommit för tillgodoseende av fattigvårdens sjukhusbehov. Under de senare åren hade åtskilliga kommuner å sina fattigvårdsanstalter inrättat sådan särskild avdelning för vård av kroniskt sjuka, vilken jämlikt 41 § 2 mom. fattigvårdslagen berättigade till gottgörelse av landstinget för halva vårdkostnaden. Sådana avdelningar finnes i många större städer samt i en del landskommuner. Antalet platser å dessa avdelningar uppginge till 1,069, varav dock endast 683 kunde anses disponibla för de kroniskt sjuka.

I Stockholm, Göteborg, Malmö, Gävle och Hälsingborg hade i samband med fattigvårdsanstalterna anordnats stora moderna sjukhus, å vilka fattiga sjuka vårdades utan åtskillnad i registreringshänseende mellan de akut och de kroniskt sjuka. Då i dessa städer samtliga fattiga kroniskt sjuka, som behövde sjukhusvård, kunde antagas erhålla sådan genom städernas försorg, kunde med hänsyn till städernas folkmängd och med utgångspunkt från ett vårdbehov av en plats för 1,000 invånare antalet vårdplatser för kroniskt sjuka där beräknas till 797.

I Norrköping hade staden vid sin fattigvårdsanstalt inrättat ett sjukhus med 143 platser, belagda nästan uteslutande med kroniskt sjuka.

Det befintliga platsantalet skulle alltså utgöra:

å 16 enskilda sjukhem	837 platser
å 5 landstingsanstalter	181 »
å 33 avdelningar vid fattigvårdsanstalter, godkända för landstingsbidrag	683 »
å 6 sjukhus i städer, som ej deltaga i landsting	940 »

Summa 2,641 platser

Då de sakkunniga efter denna redogörelse övergå till att behandla frågan om plan för ordnande av vården av de kroniskt sjuka, uttala de till en början, att det vore nödvändigt att hädanefter bygga sjukhus av tre olika slag eller klasser. Den *första* klassens sjukhus skulle vara utrustade med alla till buds stående medel för att ställa diagnos och lämna behandling samt vara avsedda allenast för patienter i behov av den högst kvalificerade sjukvården. Den *andra* klassens sjukhus skulle vara enklare och billigare samt avsedda för rekonvalescenter, patienter i behov av viss efterbehandling samt personer med lindriga sjukdomar. Dessa sjukhus borde förläggas i omedelbar närhet av sjukhusen av första klass, vilkas resurser de i mån av behov skulle kunna få anlita.

Plan för
ordnande av
vården av de
kroniskt sjuka.

För sådana patienter, som icke å sjukhusen av första och andra klasserna kunnat inom rimlig tid återställas till hälsan, borde inrättas *sjukhus av tredje klassen* eller *sjukhem*, som sålunda skulle vara avsedda för vård av *kroniskt sjuka*.

Patienternas behandling måste å dessa sjukhem ledas av läkare och sjukvården i övrigt handhas av fullt utbildade sjuksköterskor med hjälp av tillräcklig personal. Sjukhemmen borde så vitt möjligt inredas så, att patienterna där finge en känsla av hem. Svårskötta patienter borde vårdas å isolerade rum. Vid ett rationellt skött sjukhem komme sjukvården att vara väl så krävande som vid ett lasarett.

Frågan om den kroniska sjukvården skulle utan tvivel få den bästa lösningen, om den omhändertoges av landstingen och de städer, som ej deltog i landsting, enär landstingen och dessa städer hade en rik erfarenhet i sjukhusfrågor och bäst förmådde överblicka frågan i stort. Denna kunde tillfredsställande lösas på olika sätt, och det bleve i varje särskilt fall nödvändigt att taga hänsyn till rådande lokala förhållanden.

Ett sätt vore, enligt de sakkunniga, att inom ett landstingsområde bygga *ett eller flera större sjukhem*. Dessa borde vara belägna i närheten av redan befintliga lasarett. Närheten till ett lasarett kunde nämligen ej skattas nog högt. Därigenom möjliggjordes, att obotligt sjuka kunde utan dröjsmål överföras från lasarettet till sjukhemmet ävensom att sjukhemmets patienter vid behov kunde komma i åtnjutande av lasarettets diagnostiska och terapeutiska resurser. Troligen bleve det i allmänhet ekonomiskt fördelaktigare att ej bygga sjukhemmen alltför små. Att det för de sjukas skötsel vore bättre med något större anstalter syntes otvivelaktigt.

I vissa län, där ett gammalt lasarett stode till förfogande, syntes en *centralisering* av den kroniska sjukvården bliva ekonomiskt mest fördelaktig.

Inom andra län, där sjukstugor stode lediga eller kunde ytterligare utbyggas eller där befolkningen vore gles och kommunikationerna dåliga, bleve det måhända bättre att decentralisera den kroniska sjukvården till *ett flertal smärre sjukhem utan samband med lasarett*. En dylik decentralisering vore ock i många fall önskelig för underlättande av de patologiskt senilas överförande från ålderdomshemmen till sjukhemmen.

I några län syntes en *kombination mellan centralisering och decentralisering* bliva den lämpligaste utvägen.

I större städer bleve säkerligen normaltypen *ett eller flera självständiga sjukhem*.

Sjukhemmen borde vara av enklast möjliga typ. De hygieniska anspråken på lokalerna kunde utan minsta risk ställas avsevärt lägre än vid andra sjukhus. Dagrum och sjukrum kunde förses med möbler, som eljest måste vara förbjudna i en sjuksal, och inredningen kunde göras av enklaste och billigaste slag. Sjukrummen borde emellertid helst endast vara avsedda för två patienter, enär eljest trevnaden och känslan av hem lätt försvunne. Vid sjukhemmen borde vidare finnas ett tillräckligt antal isoleringsrum, utrustade som vanliga sjukrum, ehuru med enklare inredning. Med hänsyn till att det här gällde patienter, vilkas möjligheter att återvinna hälsan vore minimala och vilka av sjukdom tvingades till overksamhet, kunde kravet på luftkub per patient sättas avsevärt lägre än å övriga sjukhus. Av allt som sålunda anförts följde, att enligt de sakkunniga intet hinder mötte att till hem för kroniskt sjuka aptera äldre, för annan sjukvård obehövlige sjukhus eller att därtill inreda andra större byggnader.

Det vore, anförda de sakkunniga vidare, en bjudande plikt för det allmänna, som tidigare tagit sig an vården av nästan alla andra slag av sjuklingar, att även ingripa för beredande av behörig vård åt de kroniskt sjuka, till vilka ofta hörde de allra olyckligaste individerna i samhället. Efter erinran om att fattigvårdslagstiftningskommittén ävensom Kungl. Maj:t och riksdagen vid flera tillfällen uttalat sig i denna riktning, framhålla de sakkunniga, att enligt deras åsikt staten alltså borde delta i såväl anordnandet som driften av erforderliga anstalter.

*Understöd
från det all-
männa.*

För erhållande av statsbidrag borde därvid enligt de sakkunniga följande principer tillämpas:

a) Statsbidrag till anläggningskostnader.

1. Statsbidrag för anläggning av anstalter må utgå såväl till landsting och kommuner som till föreningar och enskilda.

2. Då sjukhem på tillfredsställande sätt kunna organiseras efter flera olika linjer, bör stor frihet lämnas i avseende å sjukhemmens organisation. Sjukhem böra kunna uppföras såsom självständiga anstalter eller i anslutning till lasarett, sjukhus, sjukstugor eller fattigvårdsanstalter. I bestämmelserna angående statsbidrag böra ej fastslås några fordringar för att ett sjukhem skall kunna godkännas såsom sådant. Statsmakterna böra fastställa direktiv, avsedda att säkerställa ett godkännande av anstalter, som äro enkelt byggda men likväl ur sjukhussynpunkt fylla de krav, som rimligen böra ställas på ett sjukhem.

3. Redan befintliga anstalter böra ej erhålla bidrag för havda byggnads- och andra anläggningskostnader.

4. Statsbidrag utgår med hälften av vederbörandes omkostnader men får ej överstiga ett visst maximum per sjukplats. Då sjukhemmen ej nödvändigt förutsätta nybyggnad, skall statsbidrag kunna utgå ej blott då nybyggnad ägt rum utan även då anstalt inredes i en av vederbörande för ändamålet inköpt eller vederbörande redan tillhörig byggnad. Följande maxima för statsbidrag böra gälla, nämligen då nybyggnad ägt rum 2,000 kronor, då anstalt inredes i en för ändamålet inköpt byggnad 1,500 kronor och då anstalt inredes i en vederbörande redan tillhörig byggnad 1,000 kronor, allt per sjukplats. Med ändrade byggnadspriser böra maximisiffrorna modifieras. I likhet med vad som gäller för statsbidrag till epidemisjukhus böra i byggnadskostnaderna ej inräknas utgifterna för tomt eller inventarier. På sätt stadgats beträffande tuberkulossjukhus bör för sjukhem behörlig tomt kunna erhållas genom upplåtelse av kronan tillhörig mark.

5. Såsom villkor för statsbidrag bör uppställas, att planen för byggnaden statligt gillas och byggnaden avsynas. För ernående av enhetlig kontroll bör Kungl. Maj:t, sedan medicinalstyrelsen yttrat sig i ämnet, få avgörandet i sin hand. Byggnadsstyrelsens yttrande behöver icke inhämtas.

6. Såsom ytterligare villkor bör uppställas, att en läkare anställs vid anstalten med ansvar för dess skötsel. På denne ankommer det att tillse, att å sjukhemmet icke vårdas andra personer än sådana för vilka sjukhemmet är avsett och att alltså förhindra, att landsting eller kommun — i syfte att erhålla eljest icke utgående statsbidrag — till sjukhemmet från lasarett, respektive ålderdomshem låter överföra patienter, som bort kvarstanna å någon av sistnämnda anstalter.

7. Sjukhemmet får ej utan Kungl. Maj:ts medgivande användas till annat än därmed avsett ändamål.

8. Formerna för statsbidrags beviljande böra vara desamma, som gälla för statsbidrag till uppförande av epidemisjukhus.

9. När hela den kroniska sjukvården hunnit organiseras, bör dess drift enhetligt regleras genom en för hela landet gällande stadga, utarbetad i analogi med gällande stadgor för lasarett och tuberkulossjukhus.

b) Statsbidrag till driftkostnaderna.

Vad angår statsbidrag till driftkostnaderna böra enligt de sakkunniga följande regler uppställas:

1. Statsbidrag bör utgå till alla sjukhem, som blivit av medicinalstyrelsen godkända, således även till förut befintliga anstalter, som ej fått statsbidrag till anläggningskostnaderna.

2. Statsbidraget bestämmes till en tredjedel av de verkliga driftkostnaderna men får icke överstiga ett visst maximum samt utbetalas endast för fattiga och mindre bemedlade patienter. Med hänsyn till att driftkostnaderna för år 1919 vid hem och anstalter i allmänhet hållit sig omkring 3 kronor för dag och patient, bör maximibidraget utgöra 1 krona för dag och patient, vilket belopp dock bör modifieras i anslutning till levnadskostnaderna. Bidrag utgår ej för patient, som själv erlägger en avgift, som är större än statsbidraget.

3. Formen för beviljande och utbetalande av statsbidrag för driftkostnaden bör vara analog med vad som gäller vid epidemisjukvården.

I de fall, då staten komme att bidraga till driftkostnaderna med $\frac{1}{3}$ av dessa kostnader, skulle desamma med detta förslag komma att bestridas på följande sätt:

a) Vid vård av fattiga kroniskt sjuka å anstalt, som dreves av landsting eller av kommun, som deltog i landsting: med en tredjedel av statsmedel, en tredjedel av landstingsmedel och en tredjedel av kommunala medel. De sakkunniga hade härvid utgått från att åt begreppet »vårdkostnad» i 41 § 2 mom. 1 och 2 stycket fattigvårdslagen skulle komma att givas den tolkning, att med *vårdkostnad*, som i momentet avsåges, förstodes *vårdkostnaden*, sedan statsbidraget för densamma avräknats. De hade tagit under övervägande, huruvida en dylik tolkning skulle kräva ändring i eller tillägg till ifrågavarande moment, men kommit till den uppfattningen, att någon lagändring icke erfordrades, därest i en kommande kungörelse om statsbidrag till driftkostnaderna vid sjukhem förklarades, att ordet »vårdkostnad» i samma moment skulle erhålla den tolkning sakkunniga förutsatt.

b) Vid vård av fattiga kroniskt sjuka å anstalt, som dreves av stad, vilken ej deltog i landsting: med en tredjedel av statsmedel och två tredjedelar av kommunala medel.

c) Vid vård å anstalt, som dreves av landsting eller av kommun, som ej deltog i landsting, av patienter, som själva erlade vårdavgift uppgående till en tredjedel av vårdkostnaden: med en tredjedel av statsmedel, en tredjedel av landstings- eller kommunala medel och en tredjedel av enskilda medel.

d) Vid vård å anstalt, som dreves av föreningar eller enskilda, av patienter, vilka själva erlade viss avgift: med en tredjedel av statsmedel och två tredjedelar av enskilda medel.

De sakkunniga, som undersökt huruvida anledning förefunnes att, på sätt skett beträffande tuberkulosanstalterna, bestämma statsbidraget för dag och patient olika vid olika stora anstalter, hade kommit till den slutsatsen, att en dylik uppdelning varken vore rättvis eller praktisk. Vid tuberkulosanstalterna måste i fråga om vården högre krav ställas på de större anstalterna än på de mindre. Bland annat måste vid de förra såsom överläkare anställas högt avlönade specialister, vilket icke erfordrades vid de senare. Därför

bleve driften vid de större anstalterna dyrbarare än vid de mindre. Mot- svarande förhållanden föreläge ej beträffande sjukhemmen. Beträffande dem vore ett önskemål, att de ej gjordes för stora. För läkarvården erfordrades icke att man vid de större anstalterna anställde specialister, och erfaren- heten hade visat, att, driften vid ålderdomshemmens små avdelningar för kroniskt sjuka ställde sig väl så dyr som driften vid de större, av enskilda och landsting anordnade sjukhemmen.

De sakkunniga övergå härefter till spørsmålet om *statens kostnader* för den kroniska sjukvården enligt de angivna grunderna och behandla därvid särskilt frågan om någon begränsning i tillämpningen av dessa grunder kunde av ekonomiska skäl vara erforderlig.

Utgifterna till bidrag för uppförande och inrättande av sjukhem låte sig för närvarande näppeligen beräkna. Med den utveckling av de medelstora och större städernas kommunala sjukhusvård, som omständigheterna under senare år medfört, skulle det för dessa kommuner tvivelsutan vara relativt lätt att på redan befintliga anstalter inrätta sjukhem. Det vore därför att antaga, att statens kostnader för uppförande och inrättande av sjukhem skulle bli mycket betydande.

Vidkommande statsbidraget till driftkostnader borde enligt en av de sak- kunniga uppgjord approximativ beräkning så många av de redan i gång va- rande sjukhemmen och anstalterna omedelbart kunna av medicinalstyrelsen godkännas, att antalet av vårdplatser, vilka bleve berättigade till statsbidrag, skulle uppgå till:

på enskilda sjukhem	620
» landstings sjukhem	181
» kommunala anstalter.....	1,623
	Summa 2,424

Med en medelbeläggning av 350 dagar för år skulle detta för staten be- tyda en utgift endast för i gång varande anstalter på 848,400 kronor.

Med hänsyn till de stora anslagskrav, som i övrigt ställdes på statsverket, och nödvändigheten att iakttaga största sparsamhet syntes det knappast vara tänkbart att omedelbart kunna tillgodose de anslagsbehov för den kro- niska sjukvården, som sålunda framställde sig. Sakkunniga hade därför sökt utfinna de begränsningar i anslagsbehoven, som med minsta olägenhet skulle kunna tillsvidare vidtagas.

I detta hänseende föresloge de sakkunniga, att man vid bedömande av frågan om statsbidrag till anstalter för kroniskt sjuka tillsvidare skulle bortse dels från enskilda anstalter dels ock från städer med mera än 15,000 invå- nare. Någon orättvisa mot de enskilda anstalterna, som hittills kunnat drivas helt och hållet utan eller med jämförelsevis mindre betydliga bidrag av kommuner eller landsting, kunde detta icke innebära. Vad beträffade de större städerna hade förhållandena där i allmänhet redan föranlett an- ordnandet av en försvarlig anstaltsvård för kroniskt sjuka. Där föreläge icke eller åtminstone endast i undantagsfall den brist på vårdmöjligheter, som i de smärre städerna och på landsbygden ofta vore regel. Därtill komme, att de större städer, som deltog i landsting, genom bestämmelserna i 41 § 2 mom. fattigvårdslagen commit i en synnerligen gynnsam ställning i för- hållande till landstingens övriga kommuner vid vården av fattiga kroniskt sjuka, enär det huvudsakligen varit dessa städer, som varit i tillfälle att enligt berörda bestämmelser av landstinget erhålla bidrag till driften av fattigvårdsanstalternas sjukavdelningar. Med hänsyn därtill ävensom till de

större städernas ekonomiska möjligheter och bärkraft syntes de utan avsevärdare olägenhet kunna avvakta en för staten gynnsammare tid för erhållande av statsbidrag i full omfattning.

Med sålunda vidtagna inskränkningar beräknade de sakkunniga, att statsbidrag till driftkostnaderna skulle till en början utgå för 566 vårdplatser, vilket skulle medföra en utgift för statsverket av omkring 200,000 kronor för år.

Storleken av statens kostnader för uppförande och inrättande av sjukhem — med iakttagande av de gjorda inskränkningarna — kunde ej ens tillnärmelsevis bedömas, men de syntes under första året icke behöva överstiga 100,000 kronor.

I anslutning till vad de sakkunniga sålunda uttalat avgåvo de sakkunniga förslag till bestämmelser angående dels statsbidrag för uppförande eller inrättande av sjukhem för kroniskt sjuka, dels statsbidrag till driftkostnaderna vid dylika sjukhem.

Över de sakkunnigas förslag avgav medicinalstyrelsen den 10 mars 1921 infortrat utlåtande av huvudsakligen följande innehåll.

Vad först anginge frågan, *vilka kroniskt sjuka* borde bliva föremål för de i de sakkunnigas yttrande föreslagna sjukhemmens verksamhet, omfattade styrelsen i stort sett de synpunkter, som av sakkunniga framhållits.

Med avseende på den föreslagna *organisationen av sjukhemsvården* funne medicinalstyrelsen den av sakkunniga i första rummet nämnda anordningen med förläggande av ej alltför små sjukhem invid länslasaretten eller i än närmare förbindelse med dessa såsom lasarettavdelningar vara den utväg, som framför andra borde rekommenderas. Avsevärd besparing i form av gemensam mathållning, tvätt m. m. bleve en följd av sådan anordning. Därigenom tryggade man också åt sjukhemmen tillgång till de bästa läkarkrafterna ävensom samverkan mellan de båda sjukvårdsanstalterna, något, vars betydelse borde högt skattas. Att i ödemarks- eller glest bebyggda områden söka få till stånd en kombination mellan å ena sidan ifrågavarande slag av sjukhem och å andra sidan sjukstugor eller andra mindre sjukvårdsanstalter kunde möjligen vara lämpligt, då ju även i dessa fall minskad driftkostnad och tryggande av läkarvård torde uppkomma. Mindre tilltalande, ehuru ej helt förkastligt, syntes vara att kombinera sjukhemmen med ålderdomshemmen. Skedde detta, syntes emellertid böra tillses, att sjukhemmen bleve fullt självständiga sjukvårdsanstalter, med egen direktion och tryggad tillgång till läkarvård. Minst tilltalande syntes medicinalstyrelsen vara ett anordnande av sjukhem, isolerade vart för sig på landsbygden. För att en sådan anordning skulle kunna tillstyrkas, borde den fordran uppställas, att hemmets läkare vore bosatt i dess grannskap, i analogi med vad man fordrade med avseende på sjukstugor och tuberkulossjukstugor. Ett avvikande från denna princip skulle, såsom ock medicinalstyrelsen i enstaka fall haft tillfälle att iakttaga, medföra så stora olägenheter, att en sådan anordning icke syntes tillräddig.

Vidare delade medicinalstyrelsen de sakkunnigas åsikt, att sjukhemsvården helst borde anordnas av landstingen, respektive de större städer som icke deltog i landsting. Därigenom tryggades på bästa sätt, att sjukhemmen ej urartade till enbart ålderdomshem eller vårdanstalter för utslitna individer, vilka visserligen behövde omhändertagas men därför icke krävde vård å sjukhem.

Yttranden
över sak-
kunnig-
förslaget.

Medicinal-
styrelsen
den 10 mars
1921.

De av de sakkunniga omfattade principerna för statsens bidrag till uppförande eller inredning och drift av dessa sjukhem funne medicinalstyrelsen väl avvägda.

I fråga om *formen för behandlingen av hithörande ärenden* hemställde medicinalstyrelsen om bestämmande att styrelsen skulle hava att i avseende på prövning av byggnadsritningar och kostnadsförslag m. m. för statsbidrag till uppförande eller inredande av sjukhem av nu ifrågasatt slag yttra sig, eventuellt besluta, efter byggnadsstyrelsens hörande på samma sätt som förhållandet vore med lasarettens byggnader och plägat vara med avseende på tuberkulossjukhusen och tuberkulossjukstugorna.

I ärendet hava sedermera utlåtanden avgivits av *överståthållarämbetet*, som överlämnat yttrande av *Stockholms stadsfullmäktige*, samt av *länsstyrelserna i samtliga län efter hörande av landstingen i länen*, varjämte *svenska stadsförbundets styrelse* inkommit med yttrande i ärendet. Flertalet av dessa myndigheter och organisationer hava framhållit nödvändigheten av att åtgärder vidtagas i det av de sakkunniga angivna syftet. Sålunda uttalar *landstinget i Stockholms län*, att vården av kroniskt sjuka är en angelägenhet, som otvivelaktigt bör ordnas så snart ske kan. Likaså anför *landstinget i Östergötlands län*, att frågan om anstaltsvård för kroniskt eller obotligt sjuka är en angelägenhet, som snarast bör bringas till sin lösning. *Landstinget i Södermanlands län* framhåller, att åtgärder från det allmännas sida snarast böra vidtagas för beredande av vård åt kroniskt sjuka. *Länsstyrelsen i Hallands län* finner behovet av att åtgärder med det snaraste vidtagas för att bereda möjlighet till lämplig vård åt kroniskt sjuka vara till fullo ådagalagt. *Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län* anser särskilda anstalter, där av obotlig eller svårbotlig kronisk kroppssjukdom lidande sjuka kunna erhålla erforderlig vård, vara synnerligen välbehöfliga. *Älvsborgs läns landsting* yttrar: »En lucka föreligger uppenbarligen i vårt sjukvårdsväsende i det obotliga eller svårbotliga kroppssjuka, av vilka ett flertal äro i behov av anstaltsvård, ej mottagas på nu befintliga sjukvårdsanstalter.» *Länsstyrelsen i Västmanlands län* uttalar, att trängande behov av anstaltsvård synes föreligga för kroniskt sjuka, vilka på grund av sin sjukdoms beskaffenhet icke böra vårdas å ålderdomshemmen och icke mottagas å läns-lasarett. Även *landstingen i Västerbottens och Norrbottens län* understryka angelägenheten av att anstaltsvård beredes de kroniskt sjuka. Däremot har *landstinget och länsstyrelsen i Jämtlands län* ansett, att, hur behjärtansvärd saken än vore, med byggande av anstalter för kroniskt sjuka borde få tillsvidare anstå. *Länsstyrelsen i Kopparbergs län* har uttalat, att de föreslagna bidragen näppeligen skulle vara tillräckliga för landstingen men däremot skulle kunna stimulera primärkommunerna till byggande av mindre anstalter. Jämväl *överståthållarämbetet* har ställt sig betänksamt mot förslaget med hänsyn till dess ekonomiska konsekvenser.

Beträffande frågan om organisationen av anstalterna för kroniskt sjuka hava gjorts bl. a. följande uttalanden.

Landstinget och länsstyrelsen i Uppsala län framhålla önskvärdheten av frihet i fråga om organisationen av sjukhemsvården. *Landstinget i Södermanlands län*, som likaledes uttalar sig för sådan frihet, finner vården av de

Överståthållarämbetet
och länsstyrelserna
m. fl.

kroniskt sjuka helst böra omhändertagas av landstingen. *Landstinget i Östergötlands län* håller före, att anskaffandet av anstalter och ombesörjandet av vården för kroniskt sjuka i främsta rummet bör bliva en landstingens angelägenhet. *Landstinget i Hallands län* förordar uppförandet av smärre spridda sjukhem. Landstinget anser lämpligt, att mindre kommuner anordna och driva sjukhem gemensamt. *Länsstyrelsen i Hallands län* finner i hög grad önskligt, att sjukhemsvården övertages av landstingen och de städer, som ej deltaga i landsting. Länsstyrelsen anser visserligen en centralisering av nämnda vård icke vara lämplig men antager, att en dylik, som ger möjlighet till intim samverkan med lasaretten, är nödvändig för vissa svårartade sjukdomsformer. *Landstinget i Göteborgs och Bohus län* uttalar, att det vore principiellt riktigast att sjukhemsvården helt lades i händerna på landstingen men att landstingen vore så tyngda av utgifter, att de ej ensamma kunde ordna denna vård. *Landstinget och länsstyrelsen i Älvsborgs län* anse landstingen vara bäst skickade att ordna den kroniska sjukvården samt anför, att största möjliga frihet bör lämnas landstingen att bestämma över sjukhemmens storlek och förläggning. *Landstinget och länsstyrelsen i Värmlands län* förordar sjukhemmens förläggande i olika delar av länet helst i anslutning till andra allmänna sjukvårdsanstalter.

I likhet med de sakkunniga framhålla åtskilliga av de hörda myndigheterna nödvändigheten av att staten bidrager till ordnande av den kroniska sjukvården och tillstyrka förslaget att sådant bidrag skall utgå dels i form av bidrag till anordnande av sjukhem, dels såsom bidrag till sjukhemmens driftkostnader. *Landstinget i Västernorrlands län* hemställer, att sjukhemmen för kroniskt sjuka måtte uppföras genom statens försorg. Behovet av statens ekonomiska stöd på förevarande område betonas särskilt av *landstinget i Södermanlands län, länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län* samt *landstingen och länsstyrelserna i Älvsborgs och Norrbottens län*.

I en del av yttrandena hävdas emellertid — vartill jag skall närmare återkomma — att det statliga ingripandet i fråga om den avsedda sjukvården bör bliva mera omfattande än de sakkunniga föreslagit. I vissa speciella hänseenden hava också på sina håll anmärkningar framställts mot förslaget, och återkommer jag även härtill i det följande.

I en den 6 december 1923 till Kungl. Maj:t gjord framställning har där-
efter *Svenska landstingsförbundets styrelse* hemställt om åtgärder till ordnande av den kroniska sjukvården i huvudsaklig överensstämmelse med de sakkunnigas förslag, dock med sådan ändring att statsbidrag för anordnande av sjukhem komme att utgå jämväl retroaktivt samt att anstalter tillhörande städer med minst 15,000 innevånare icke bleve uteslutna från statsbidrag.

Skrivelse av
1926 års
riksdag.

I anledning av väckta motioner har 1926 års riksdag i skrivelse nr 5 A, punkten 66, förklarar, att riksdagen ansåge det vara av vikt att frågan om anordnande av sjukhem av ifrågavarande slag snarast kunne sin lösning, samt anhållit, att Kungl. Maj:t måtte snarast möjligt framlägga förslag rörande statsbidrag till sjukhem för kroniskt sjuka.

I de till grund för skrivelsen liggande motionerna har bland annat erinrats, att i gällande fattigvårdslag — vilkens bestämmelser om anstaltsväsen trädde i kraft den 1 januari 1931, såvida ej Kungl. Maj:t för visst fall medger uppskov — föreskrives, att med svårare sjukdom behäftade understödstagare skola vårdas å enskilda rum och avdelningar. I motionerna har vidare anförts, att det för den skull vore av största vikt, att med det snaraste kunde inom de olika landstingsområdena uppgöras en fullständig plan huru vården av de kroniskt sjuka skulle ordnas. Det vore i hög grad önskvärt, att landstingen åtog sig även denna vård, men i följd av det av 1918 års riksdag givna löftet om statsbidrag ställde sig — anförde motionärerna vidare — många landsting alltjämt avvaktande till frågan, i väntan på att nämnda löfte skulle bli infriat. Icke minst hänsynen till att ordnandet av fattigvårdens anstaltsväsen ej skulle bli alltför betungande för landskommunerna talade för att riksdagen borde bli i tillfälle att snarast möjligt fatta definitivt beslut i denna fråga.

I anledning härav har Kungl. Maj:t den 18 juni 1926 anbefallt medicinalstyrelsen att efter verkställande av den ytterligare utredning i ämnet, som kunde finnas erforderlig, till Kungl. Maj:t inkomma med förslag rörande statsbidrag till sjukhem för kroniskt sjuka.

Medicinalstyrelsen den 27 september 1926.

Till fullgörande härav har medicinalstyrelsen i skrivelse den 27 september 1926 uttalat huvudsakligen följande.

Styrelsen hölle före, att den redan åstadkomna utredningen medgäve tillräcklig möjlighet för ett bedömande av förevarande fråga, varför styrelsen ej ansett sig böra söka åstadkomma ytterligare utredning.

Styrelsen ansåge sig böra framhålla, att beviljandet av statsbidrag till sjukhem för kroniskt sjuka i viss mån skulle innebära ett avsteg från dithills tillämpade regler i fråga om statens understödande av sjukvården. Hittills hade nämligen statens bidrag i nämnda avseende — fränsett understöden till vanförevården samt mindre bidrag till radiumbehandling, lopusbehandling m. m. — inskränkt sig till att avse dels sjukvårdsanstalter för smittsamma sjukdomar (epidemisjukhus och tuberkulossjukvårdsanstalter) dels ock anstalter för sinnessjuka och sinnesslöa. Att staten åtagit sig att understödja den förstnämnda gruppen av sjukvårdsanstalter hade givetvis betingats av statens stora intresse av de smittsamma sjukdomarnas bekämpande. Vad åter anginge de sinnessjuka och sinnesslöa hade statens ingripande på nämnda område påbörjats redan under gångna tider, och detsamma torde i viss mån grunda sig på det ur ordnings- och säkerhetssynpunkt viktiga intresset av ifrågavarande sjukas omhändertagande.

Hemmen för kroniskt sjuka vore förträdesvis avsedda för sådana sjuka, vilka på grund av sjukdomens kroniska art icke kunde kvarstanna på lasaretten men som vore i behov av fortsatt sjukhusvård och därför icke lämpligen borde vårdas på fattigvårdsanstalter. Lasarettsvården hade dithills omhänderhafts av landstingen och de större kommunerna utan bidrag från statens sida. Till fattigvården lämnade staten icke heller bidrag, fränsett vissa särskilt angivna grupper av understödstagare.

Då vården på hemmen för kroniskt sjuka principiellt kunde betraktas såsom ett mellanstadium mellan lasarett- och fattigvård, syntes det vara ur principiell synpunkt mindre logiskt, att statsunderstöd skulle utgå för nämnda

mellanform, medan lasarettsvården och fattigvården i stort sett lämnades utan understöd från statens sida. Denna olikhet måste te sig så mycket egendomligare, som bestämda gränser ej sällan vore svåra att draga mellan, å ena sidan, de fall, som borde vårdas på hem för kroniskt sjuka, och, å andra sidan, dels de fall, som borde åtnjuta lasarettsvård, och dels de fall, som kunde vårdas på fattigvårdsanstalter.

Styrelsen, som främst hade att tillgodose sjukvårdens intressen, ansåge sig emellertid nu liksom förut böra för sin del tillstyrka, att statsbidrag utginge för understödjande av sjukhemmen för kroniskt sjuka, och finge därvid åberopa dels det behärtansvärda i att ifrågavarande synnerligen behövliga vårdform komme till stånd i mer allmän omfattning än vad hittills varit fallet, dels de svårigheter, som visat sig vara förefintliga för vederbörande lokala myndigheter att utan bidrag från statens sida vidtaga anstalter för vårdformens allmänna genomförande. I detta fall syntes de betänkligheter ur principiell synpunkt, som till äventyrs kunde förefinnas, böra vika för behovet av att ett praktiskt resultat åstadkommes, så att sjukhem för ifrågavarande vård anordnades i behörig utsträckning. För sådant ändamål erfordrades uppenbarligen en kraftig uppmuntran från statens sida. Sedan sjukhem av ifrågavarande typ väl kommit till stånd och vederbörande vunnit erfarenhet om de stora fördelar ur såväl lasarettsvårdens som fattigvårdens synpunkt, som tillvaron av dylika sjukhem måste medföra, syntes det kunna tagas under överbågande, huruvida fortsatt understöd från statens sida vore behöfligt.

Vad som sålunda syntes styrelsen närmast erforderligt, vore att staten understödde upprättandet av dylika sjukhem genom bidrag till desammas uppförande eller inrättande. Därjämte syntes staten åtminstone tillsvidare böra bidraga till sjukhemmens drift, varigenom även de landsting eller kommuner, som redan inrättat sjukhem, kunde erhålla en välförtjänt uppmuntran.

Behovet av statsunderstöd i och för förbättrande av vården av kroniskt sjuka hade i de över sakkunnigas betänkande avgivna yttrandena ganska enhälligt framhållits.

Angående den *utsträckning*, i vilken statsbidrag enligt betänkandet borde utgå, hade dock rätt många anmärkningar framställts.

Huvudsakligast riktade sig dessa mot två av förslagen i betänkandet, nämligen *dels* mot förslaget att städer med 15,000 invånare eller däröver ej skulle erhålla statsbidrag till uppförande eller inrättande av sjukvårdsanstalt för kroniskt sjuka, *dels ock* mot sakkunnigas förslag att jämväl enskilda anstalter skulle uteslutas från rätt till dylikt statsbidrag.

Beträffande den förra gruppen av anmärkningar hade överståthållarämbetet, Stockholms stadsfullmäktige, Östergötlands och Blekinge läns landsting samt Västmanlands och Örebro länsstyrelser ansett den i betänkandet föreslagna gränsen om 15,000 invånare icke vara med billighet och rättvisa överensstämmande, varför de avstyrkt denna del av förslaget. Uttalanden i avstyrkande riktning hade därutinnan ock gjorts av Södermanlands och Hallands länsstyrelser samt Göteborgs och Bohus läns landsting.

Beträffande den senare gruppen av anmärkningar kunde anföras, hurusom Blekinge läns landsting samt Malmöhus, Hallands och Västernorrlands länsstyrelser avstyrkt det föreslagna uteslutandet av enskilda anstalter från rätt att erhålla statsbidrag, och att Södermanlands länsstyrelse för sin del föreslagit rätt till statsbidrag »efter prövning i varje särskilt fall även till enskilda anstalter».

Rörande *storleken av de föreslagna statsbidragen* hade Stockholms och Östergötlands, Göteborgs och Bohus läns samt Älvsborgs läns landsting ansett

de av de sakkunniga angivna beloppen väl knappt tillmätta; Älvsborgs läns landsting hade därvid hemställt, att driftbidragen måtte höjas till 2 kronor per dag, d. v. s. till samma belopp som då tillkom epidemi- och tuberkulos-sjukhus.

Vad först beträffade frågan om *nyssnämnda städers uteslutande*, innebure, så vitt styrelsen kunde erinra sig, förslaget härom, i nu föreliggande form, en nyhet. I de rörande statsbidrag till tuberkulossjukvårdsanstalter utfärdade författningarna hade visserligen blivit införda bestämmelser, som begränsade bidragen — så väl till anstalternas uppförande som till deras drift — på visst angivet sätt, men denna begränsning drabbade ej blott större städer utan även länen (utom Jämtlands och Norrbottens). Det hade nämligen föreskrivits, att bidrag ej finge utgå till flera sjukplatser än en på varje tusental av länets eller stadens invånare. Denna inskränkning hade för ifrågavarande städer bibehållits i nu gällande bestämmelser i ämnet (kungörelse den 7 juli 1921, nr 385, respektive den 11 april 1924, nr 494), men vore nu för länens del upphävd.

De icke så få anmärkningar, som i utlåtandena över betänkandet blivit framställda mot denna av styrelsen såsom en nyhet betecknade inskränkning, vore givetvis huvudsakligen angivna från håll, som skulle direkt beröras av densamma. Dessa anmärkningar vore ganska skarpt formulerade. Då den föreslagna inskränkningen blivit av de sakkunniga motiverad med, förutom statsekonomiska skäl, även den omständigheten att de större städerna hade tillräcklig bärkraft att själva, utan statsbidrag, ordna vården av kroniskt sjuka, så hade gent emot detta senare blivit framhållet, hurusom de större i landsting deltagande städerna i hög grad bidroge till landstingens utgifter; från Västerås stad under vissa år med ända till $\frac{1}{3}$ av landstingsskatten i länet. På detta sätt skulle, menade man, dessa större städer få bidraga till kostnaderna för sjukhem, vilka huvudsakligen skulle komma landsbygden till godo och understödjas med statsmedel, under det att städerna själva ej skulle för samma slags sjukhem få dylik förmån.

Såsom av styrelsens förberörda yttrande den 10 mars 1921 framginge, hade styrelsen då biträtt de sakkunnigas förslag i fråga om nu avhandlade inskränkning. Styrelsen hade emellertid icke kunnat undgå att taga starkt intryck av den till synes enhälliga opinion, som mot detta förslag framträtt hos det stora flertalet av dem, som haft att i detta ärende bevaka dessa större städers intressen. Detta intryck hade, efter förnyat övervägande, blivit stärkt därefter, att styrelsen nödgades frångå sin förut i ämnet intagna ståndpunkt och alltså numera tillstyrka, att även städer med 15,000 invånare eller därtöover (således inklusive dem, som bildade egna landstingsområden) borde bliva delaktiga av statens bidrag till vården av kroniskt sjuka, såväl vad beträffade uppförandet av hem för sådana sjuka som ock i fråga om driften av desamma.

En omständighet, som vid ett ställningstagande i denna fråga borde komma i betraktande, vore den, att flera av dessa »större städer» redan hunnit att, utan bidrag av statsmedel, i avsevärd utsträckning uppföra egna anstalter för vård av kroniskt sjuka. Härigenom skulle storleken av de statsbidrag, staten finge vidkännas genom borttagande av inskränkningen, avsevärt reduceras, då ju statsbidrag icke borde utgå till uppförandet av redan (före ikraftträdandet av eventuell förordning i ämnet) färdigbyggda anstalter.

Vad sedan anginge *förslaget att ej heller enskilda skulle kunna bliva delaktiga* av ett eventuellt anslag till uppförande och drift av hem för vård av kroniskt sjuka, ville styrelsen, även här efter jämförelse med bestämmelserna i förut berörda författningar angående dylika bidrag till tuberkulossjukvårdsanstalter, erinra, hurusom alltifrån dessa senare författningars tillkomst en-

skilda ansetts böra utfå dylika bidrag. (Se kungörelser den 27 juni 1914, nr 292, § 1 och den 29 juni 1918, nr 494).

Då styrelsen vore av den åsikten, att starka betänkligheter kunde göras gällande mot utlämnande av statens byggnadsbidrag till enskilda, finge styrelsen uttala sig för att dylikt byggnadsbidrag för hem för kroniskt sjuka icke måtte få utgå till enskilda. Däremot såge styrelsen för sin del intet hinder, varför icke en redan uppförd dylik anstalt som ägdes av enskild person skulle, där särskilda förhållanden talade därför, kunna tilldelas driftbidrag för ett år i sänder, såsom nu vore fallet med samtliga dem, vilka erhöle bidrag till driften av tuberkulossjukvårdsanstalter. Den risk, staten genom beviljande av dylikt blott ett år omfattande bidrag skulle få vidkännas, vore ju till sina följder betydligt lindrigare, än om risken avsåge ett större på en gång utdelat byggnadsbidrag. Styrelsen ville angående denna fråga tillika framhålla, att, då de sakkunniga beräknat antalet sjukplatser å enskilda sjukhem till 837, för en stor del — säkerligen allra största delen — av dessa platser något statsbidrag icke skulle komma att utgå, detta med hänsyn till viss av styrelsen föreslagen inskränkande bestämelse rörande dagavgiften för vården, varom närmare i det följande.

Beträffande bidrag till uppförandet av hem för kroniskt sjuka erinrade styrelsen, hurusom de sakkunniga föreslagit, att bidraget i princip borde utgöra hälften av vederbörandes omkostnader, i vilka emellertid ej finge inräknas kostnaderna för tomt och inventarier, men ej få överstiga en viss maximisumma per sjuksäng. Mot detta förslag, som visserligen ej sammanföle med motsvarande bestämmelser rörande tuberkulossjukvårdsanstalter, hade i de över betänkandet avgivna yttrandena icke några egentliga invändningar blivit gjorda, och även medicinalstyrelsen ansåge sig kunna tillstyrka förslaget i denna del.

Den bland bestämmelserna rörande byggnadsbidrag till tuberkulossjukvårdsanstalt enligt kungörelsen den 7 juli 1921, nr 385, § 2, kvarstående inskränkningen att statsbidrag ej finge för stad, som icke deltagar i landsting, utgå för flera sjukplatser än en på varje tusental av stadens invånare syntes böra (tillika med i samma paragraf nämnt undantag) uppställas jämväl rörande hem för kroniskt sjuka och då utsträckas till att omfatta även landstingsområdena; detta senare med hänsyn till de flytande gränser, som skilde sjukhemmens klientel från lasarettens och fattigvårdsanstalternas.

Vad sedan anginge *bidrag till driften*, hade i flera avgivna utlåtanden framhållits, att detta bidrag vore av sakkunniga satt alltför lågt. Jämväl medicinalstyrelsen — som ansåge, att de sakkunniga, i avsikt att framställa sitt förslag så litet betungande för statsverket som möjligt och därigenom lättare genomförbart, flerstädes i förslaget räknat med så billiga kostnader som möjligt — hölle före, att detta driftkostnadsbidrag blivit satt till alltför ringa belopp för att kunna tillräckligt effektivt stimulera till uppehållet av ifrågavarande för hela landet så erforderliga anstalter. En nära till hands liggande jämförelse erbjöde sig även här med de av staten lämnade bidragen till tuberkulossjukvårdsanstalternas drift. Dessa bidrag, per dag och patient utgjorde för de anstalter, som vore hänförliga till tuberkulossjukhus, 1 krona 75 öre, för kustsanatorier 1 krona 35 öre och för tuberkulossjukstugor och tuberkulosavdelningar å lasarett 1 krona 25 öre. Fråga uppstode nu, med vilken av dessa grupper de tilltänkta hemmen för kroniskt sjuka vore att i detta avseende närmast jämställa. Vid bedömande därav hade styrelsen beaktat, att det klientel, som vore avsett att vårdas å dessa hem, vore av den beskaffenhet, att det för sin skötsel erfordrade en mycket betungande hjälp av den å hemmet anställda personalen, särskilt sjuksköterskorna. Även om möjligen den högre utbildade sjuksköterskepersonalens

(översköterskor eller dylika) antal skulle kunna sättas tämligen lågt, måste man dock i stället räkna med att den lägre personalen (undersköterskor och sköterskebiträden) måste vara så mycket talrikare, i varje fall talrikare än motsvarande personal å en i storlek med respektive sjukhem jämförlig tuberkulossjukvårdsanstalt. Det sjukmaterial, som inlades å dessa sjukhem, utgjordes av personer — ofta äldre sådana — med sjukdomar, vilka, utom det att de vanligen vore för omgivningen mycket besvärande, erfordrade såväl daglig som stundlig hjälp, särskilt som dessa personer oftast vore ur stånd att själva på något sätt underlätta denna vård. Allt detta gjorde, att den personal, vilken detta arbete åläge, måste till antalet ökas i motsvarande grad. Härtill komme, att just med hänsyn till arten av ifrågavarande sjukdomar utgifterna för exempelvis förbandsmaterial, tvätt m. m. ställde sig avsevärt högre än på tuberkulossjukvårdsanstalterna. Denna merkostnad syntes icke kunna fullt uppvägas av den för tuberkulossjukvårdsanstalterna sannolikt något högre kostnaden för patienternas utspisning.

Till ytterligare belysande av frågan om lämpliga storleken av det bidrag staten borde lämna till driften av ifrågavarande sjukhem har medicinalstyrelsen meddelat några uppgifter från en del med dessa hem närmast jämförbara sjukvårdsanstalter, hämtade ur från dem inkomna årsberättelser.

Vid tuberkulossjukhusen var för år 1925 den verkliga sammanlagda driftkostnaden högst 6 kronor 30 öre, lägst 4 kronor 26 öre.

Vad tuberkulossjukstugorna beträffade, utgjorde den sammanlagda driftkostnaden i medeltal 4 kronor 64 öre.

Rörande slutligen lasaretten, till vilkas drift staten icke bidroge, varierade dagkostnaderna (för år 1924) mellan högst 13 kronor 70 öre och lägst 4 kronor 45 öre. Ett exakt medeltal kunde här, lika litet som vid tuberkulossjukhusen, angivas, men för det övervägande flertalet lasarett hölle sig kostnaden mellan 5 och 7 kronor.

Om nu statsbidraget till hemmen för kroniskt sjuka icke ansåges böra sättas så högt som till de egentliga tuberkulossjukhusen — som nämnt 1 krona 75 öre per dag och patient — syntes dock driftbidraget till dessa hem av förut anförda grunder böra sättas minst till samma belopp, varmed bidragen till tuberkulossjukstugorna utginge, eller 1 krona 25 öre.

I detta sammanhang har styrelsen emellertid ansett sig böra något vidröra en synpunkt, som icke blivit i de sakkunniges betänkande framhållen vid deras beräkning av erforderligt statsbidrag, men som för denna frågas bedömande måste anses spela en viktig roll. Styrelsen syftade därmed på den omständigheten, att de patienter, som komme att intagas på sjukhemmen, i mycket stor utsträckning torde åtnjuta *pensionstillägg eller understöd enligt lagen den 30 juni 1913 om allmän pensionsförsäkring*. Då sjukhemmen enligt 9 § av nämnda lag skulle bliva berättigade att uppbära dylika pensions-tillägg och understöd samt därav tillgodogöra sig kostnaderna för sjukvården, och då det kunde antagas, att sjukhemmen komme att i viss omfattning begagna sig av denna rätt, skulle statens faktiska bidrag beträffande dylika patienter kunna komma att i ej obetydlig grad överstiga det av de sakkunniga föreslagna driftbidraget. Med hänsyn härtill syntes anledning föreligga att rörande detta bidrag införa ett stadgande av liknande slag, som meddelats i § 7 av kungörelserna den 24 oktober 1919 angående understöd med statsmedel at anstalter för obildbara sinnesslöa, at anstalter för bildbara sinnesslöa, som icke äro fallandesjuka, och at epileptikeranstalter (S. F. S. nr 658 och 659). Enligt nämnda stadganden skulle understödet till dylika anstalter minskas med ett belopp, motsvarande vad enligt pensionsförsäkringslagen a staten belöpte av kostnaden för pensionstillägg eller understöd, som anstalten enligt 9 § av pensionslagen ägde uppbära, eller där

statsunderstödet till beloppet ej överstege statens andel av berörda kostnad, icke till någon del utgå. Tillämpningen av detta stadgande medförde emellertid, att för varje gång statsbidrag skulle utbetalas, en besvärlig och tidsödande utredning måste företagas angående beloppet av de pensionstillägg och understöd, som varje anstalt ägt uppbära. I fråga om sjukhemmen för de kroniskt sjuka syntes det vara önskvärt att undvika dylika tidsödande utredningar, som i avsevärd grad skulle fördröja statsbidragens utbetalning. I stället syntes man kunna utgå från att flertalet av sjukhemmens patienter uppbure pensionstillägg eller understöd, som sjukhemmet ägde tillgodogöra sig, och i följd därav minska det fasta driftbidraget med ett belopp, som kunde anses i genomsnitt motsvara statens andel av kostnaderna för ifrågavarande pensionstillägg eller understöd. Då dessa uppginge till 225 kronor för man och 210 kronor för kvinna, varav på staten belöpte tre fjärdedelar, uppginge statens kostnad för varje patient, som uppbure oavkortat pensionstillägg eller understöd, till för man omkring 46 öre och för kvinna omkring 43 öre om dagen. Med hänsyn därtill syntes det kunna antagas, att staten genom dylika pensionstillägg och understöd, som sjukhemmen vore berättigade att uppbära, komme att bidraga till kostnaderna för sjukhemmens drift med i genomsnitt 40 öre för dag och patient.

Från det bidragsbelopp, Kungl. Maj:t kunde finna skäligt föreslå, borde alltså göras avdrag motsvarande detta genomsnittsbelopp av 40 öre.

Rörande de närmare villkoren för åtnjutande av driftbidrag till detta föreslagna belopp ansåge styrelsen, att beloppet borde i likhet med vad fallet vore med enahanda bidrag till tuberkulossjukvårdsanstalterna sättas i viss relation till patientavgiften å allmän sal. I kungörelsen den 7 juli 1921 (nr 384) § 1 föreskrevs, att driftbidrag till tuberkulossjukvårdsanstalt utginge allenast till sådan anstalt (som prövades vara på tillfredsställande sätt anordnad och) »där avgiften för vårdplats å allmän sjuksal icke utgår med högre belopp för dag än: vid tuberkulossjukhus 2 kronor, vid tuberkulossjukstuga och tuberkulosavdelning å lasarett 1 krona 50 öre samt vid kustsjukhus eller kustsanatorium för skrofulösa barn 1 krona 75 öre». För hem åt kroniskt sjuka hölle styrelsen före, att denna begränsning lämpligen kunde sättas så, att driftbidrag utginge endast för sådan patient å allmän sal, där dagavgiften utgjorde högst 1 krona 50 öre. Det i anförda kungörelse härifrån i fråga om tuberkulosanstalter givna undantaget (beträffande anstalt, som vore avsedd för personer, tillhörande viss kommun eller visst landstingsområde) syntes tillika böra stadgas i fråga om hem för kroniskt sjuka.

Jämväl i fråga om driftkostnadsbidraget syntes böra givas bestämmelse om sådan inskränkning i bidraget, att detta bidrag ej finge i något fall utgå för flera sjukplatser än *en på varje tusental* av vederbörande stads, respektive landstingsområdes invånare.

Såsom en för både byggnads- och driftbidrag gemensam bestämmelse syntes böra stadgas eller iakttagas, att bidragen *ej* beviljades *retroaktivt*, d. v. s. att byggnadsbidrag ej tillgodokomme anstalt, som redan vore uppförd, innan en eventuell förordning i ämnet trädde i kraft, och att driftbidrag ej utginge för tid före nämnda tidpunkt.

I de delar av de sakkunnigas förslag, vilka ej blivit av medicinalstyrelsen särskilt behandlade men vilka berörts i styrelsens föregående utlåtande av den 10 mars 1921, har styrelsen hänvisat till sitt nämnda utlåtande. Styrelsen har emellertid förklarat sig vilja framhålla, att styrelsen, som begränsat sitt sist avgivna utlåtande till att huvudsakligen avse förslag om statsbidrag till hem för kroniskt sjuka, hölle före, att återstående delar av sakkunnigas förslag — såsom angående dessa hems närmare organisation och

verksamhet, direktion och läkare ävensom rörande kontroll av dessa hem m. m. — lämpligen borde tagas i ytterligare betraktande vid uppgörande av förslag till den särskilda, dessa anstalter avseende stadga, som, därest statsbidrag till dem komme att utgå, syntes bliva erforderlig.

Härefter har utlåtande i ärendet den 29 oktober 1926 avgivits av stats- *Statskontoret* kontoret, som därvid yttrat i huvudsak följande:

Statskontoret kunde icke underlåta att, då det nu gällde att ytterligare utvidga statens understödjande verksamhet, framhålla vissa betänkligheter däremot. Det syntes nämligen böra uppmärksammas, att de kroniskt sjuka, som för närvarande erhöle vård, intagits antingen å landstingens och de större städernas sjukvårdsanstalter eller å kommunernas ålderdomshem samt att till ifrågavarande vård statsbidrag icke för närvarande utginge. Det syntes därför ligga närmast till hands att tänka sig, att det borde tillkomma nämnda kommunala organisationer att ordna de ifrågasatta särskilda sjukhemmen för de kroniskt sjuka utan att statens medverkan därtill behöfde anlitas.

Ett av skälen för staten att ingripa på detta område, vilket tidigare icke varit föremål för statens understödjande verksamhet, hade ansetts vara, att genom tilldelande av statsbidrag en utjämning av skattebördorna skulle åstadkommas. Detta torde visserligen också i någon ringa mån vinnas genom det föreliggande förslaget, men å andra sidan torde det kunna ifrågasättas, huruvida den utjämning, som på detta sätt kunde ernås, vore av den betydelse, att en särskild anordning med tilldelande av statsbidrag kunde anses vara befogad, i synnerhet som denna anordning för skattedragarna i stort sett dock icke innebure annat än ett överflyttande av viss del av de kommunen åliggande utskylderna från landstingsskatten till den statliga inkomst- och förmögenhetsskatten. Därest, såsom i annat sammanhang ifrågasatts, den kommunala progressivskattens kommunandel förändrades till progressiv landstingsskatt, torde för övrigt de fördelar, som ur utjämningssynpunkt nu stode att vinna, i allt väsentligt bortelimineras. Man syntes dessutom icke kunna helt bortse från att, ehuru statsbidraget givetvis måste anses vara en hjälp av stor betydelse, statens ingripande enligt vad erfarenheten givit vid handen även innebure åtskilliga olägenheter och ökade förpliktelser för dem, som komme i åtnjutande av statsbidrag. En annan synpunkt, som i detta sammanhang syntes förtjäna uppmärksammas, vore den att ett tilldelande av statsbidrag kunde medföra, att de anläggningar, som ordnades med anlitage av bidraget, på grund av statliga myndigheters åtgärder bleve förhållandevis dyrbara. Därest statsbidrag icke lämnades, torde det även kunna förutses, att sparsamhetssynpunkterna i högre grad än vad eljest skolat bliva fallet kunne beaktande.

Såsom ett annat, och kanske det viktigaste, skälet för ett statsingripande på detta område hade åberopats önskvärdheten av att få de kroniskt sjukas vård ordnad på ett mera tillfredsställande sätt. Statskontoret kunde emellertid icke dela den uppfattningen, att, därest statsbidrag icke skulle utgå för vården å dessa sjukhem, landstingens intresse för tillgodoseendet av de kroniskt sjukas behov av vård skulle bliva mindre än om statsbidrag utginge. Erfarenheten från landstingens arbete för ordnandet av den allmänna sjukvården inom länen syntes ingalunda giva stöd för den meningen, att landstingen skulle komma att försumma vården av de kroniskt sjuka, därest de icke därtill erhöle statsbidrag. I detta sammanhang ansåge sig statskontoret icke kunna underlåta att framhålla vikten av att en bestämd gräns uppdroges mellan de olika uppgifter i sjukvårdshänseende, som tillkomme

å ena sidan staten (hospitalsvård) och å andra sidan landstingen och kommunerna. Särskilt syntes böra för framtiden bestämmas de arter av sjukvård (tuberkulossjukvård, epidemisjukvård m. m.), till vilka staten ansåges böra lämna understöd. De nuvarande förhållandena innebure givetvis en mycket stor osäkerhet och medförde därigenom också, att landstingen droge sig för att vidtaga sådana åtgärder, som av dem ansåges erforderliga, detta enär klarhet icke rådde, huruvida det kunde anses tillkomma landstingen att utan bidrag från statens sida vidtaga de påkallade åtgärderna. I denna omständighet syntes åtminstone en av orsakerna vara att söka till att de kroniskt sjukas vård i vissa fall ej blivit redan nu tillfredsställande ordnad.

Enligt statskontorets mening talade alltså åtskilliga skäl för att vården av kroniskt sjuka borde tillkomma landstingen utan särskilt bidrag från statens sida. Därest emellertid statsbidrag ansåges böra utgå för anordnandet av och driften vid sjukhem för kroniskt sjuka, tillstyrkte statskontoret de av medicinalstyrelsen i dess den 27 september 1926 avgivna utlåtande angivna grunderna för sådant statsbidrag utgående.

Pensionsstyrelsen.

Vidare har pensionsstyrelsen den 30 oktober 1926 avgivit utlåtande över medicinalstyrelsens förslag, i vad detsamma avser förhållandet mellan ifrågasatt statsbidrag till hem för kroniskt sjuka samt de pensionstillägg och understöd enligt lagen om allmän pensionsförsäkring, som kunde tillkomma å dylika hem intagna patienter.

I sitt utlåtande anför pensionsstyrelsen följande:

Det av medicinalstyrelsen framlagda förslaget skulle otvivelaktigt medföra en betydande förenkling i jämförelse med det förfarande, som för närvarande komme till användning beträffande anstalter för obildbara sinnesslöa m. fl. anstalter. I fråga om det belopp, varmed statsbidraget skulle minskas, ville styrelsen göra följande erinringar. Det föreslagna avdraget — 40 öre per patient och dag — vore åtminstone för åtskilliga år framåt ej obetydligt högre än genomsnittsbeloppet av statens bidrag till vederbörandes pensionstillägg eller understöd. Skulle på ett hem för kroniskt sjuka flertalet tillhöra den kategori, som erhöle pensionstillägg enligt äldre, mindre förmånliga bestämmelser än de nuvarande — och så torde i allmänhet under de närmaste åren bliva fallet — skulle det av medicinalstyrelsen förordade avdraget å statsbidraget vara för stort, helst en och annan av dessa sjuka sannolikt skulle tillhöra den grupp personer, som på grund av särskilt lagstadgande ej hade rätt till pensionstillägg eller understöd.

Då således ett genomförande av medicinalstyrelsens förslag under en följd av år skulle medföra en väl kraftig minskning av statsbidraget i jämförelse med den minskning, som enligt 7 § av berörda kungörelser den 24 oktober 1919 gällde för anstalter för obildbara sinnesslöa, anstalter för bildbara sinnesslöa, som ej äro fallandesjuka, och epileptikeranstalter, syntes avdraget böra bestämmas till lägre belopp än det av medicinalstyrelsen föreslagna. Att närmare beräkna avdragets storlek läte sig icke göra, men det syntes pensionsstyrelsen, som om ett avdrag av 30 öre per dag och patient skulle komma betydligt närmare det rätta än det av medicinalstyrelsen föreslagna avdraget.

Emellertid kunde det enligt styrelsens mening ifrågasättas, huruvida staten över huvud taget borde göra sitt bidrag till driftkostnaderna för ifrågasvarande eller liknande anstalter beroende av huruvida de vårdade uppburde pension från den allmänna pensionsförsäkringen eller icke. Styrelsen har emellertid i detta sammanhang icke ingått på detta spörsmål.

Slutligen har *svenska föreningen för invärtes medicin* i en till Kungl. Maj:ts ingiven, den 3 december 1926 dagtecknad skrift gjort vissa uttalanden i ämnet. Sålunda yttrar föreningen bland annat följande.

Svenska föreningen för invärtes medicin.

Vården av de kroniskt sjuka vore i vårt land, om man undantog vården av de tuberkulösa, mycket illa tillgodosedd. Under nuvarande förhållanden måste invärtes sjuka, som vårdades vid sjukhusen, om sjukdomen droge ut någon längre tid, utskrivras för att i flertalet fall vårdas i sina hem, vilket ofta bleve liktydigt med ingen vård alls. Detta vore tydligen ur humanitär synpunkt mycket otillfredsställande. Men det vore också ur samhällets direkta intressesynpunkt ofördelaktigt, ty en stor del av dessa patienter med långvariga, invärtes sjukdomar kunde under fortsatt ändamålsenlig vård förbättras eller bliva friska, under det att de i en stor mängd fall utan denna vård icke förbättrades eller t. o. m. försämrades. Graden av deras framtida förvärvsförmåga vore således i icke ringa mån beroende av den vård de kunde komma att få.

Beträffande organisationen av dylik vård ansåge föreningen, att det borde vara statens och kommunernas sak att ordna denna lika väl som övriga delar av den allmänna sjukvården, så att densamma inordnades i rikets allmänna sjukvårdsorganisation och sjukhusorganisation. Föreningen ville framhålla den stora vikten av att en gemensam hela landet omfattande *organisationsplan* för den kroniska sjukvården snarast möjligt uppgjordes av delegerade från medicinalstyrelsen, från landstingen, från städer som icke deltog i landsting, samt från pensionsstyrelsen.

Då en stor del av de kroniskt sjuka under förutsättning av ändamålsenlig och tillräckligt långvarig behandling kunde undergå vittgående förbättring eller botas, vore det nödvändigt, att de sjukvårdsanstalter, som avsåges för deras vård, vore fullt rustade för effektiv modern behandling. För detta ändamål borde läkare med speciell kompetens för behandlingen av invärtes sjukdomar ställas i spetsen för anstalterna, vilka exempelvis kunde förläggas till länslasarettens som en del av dessas invärtesmedicinska avdelning.

De kroniskt sjuka återigen, vilkas sjukdomstillstånd icke genom behandling kunde ytterligare nämnvärt förbättras men vilka krävde vård på anstalt, borde vårdas på anstalter av enklare typ och med enklare utrustning, vilka kunde göras mindre till storleken och decentraliseras så, att de sjuka finge närmare till sin hemort, men vilka borde sortera under hälsovårds- och ej under fattigvårdsmyndighet. Därvid borde man dock icke förbise, att även dylika enkla vårdanstalter måste vara rustade för att meddela verklig sjukvård, om de skulle fylla sitt ändamål. De måste vara försedda med en viss diagnostisk och terapeutisk utrustning, och anstaltsläkaren borde om möjligt besitta invärtesmedicinsk utbildning.

Sant är visserligen, att vården av de kroniskt sjuka endast mera sällan kan syfta till att uppnå fullständigt tillfrisknande. Det är därför naturligt, att denna gren av sjukvården kommit att stå tillbaka för vårduppgifter, som förefallit mera trängande. Men en god vård av de kroniskt sjuka kan ej sällan helt eller delvis återställa arbetsförmågan, och alltid är den av stor betydelse för lindrande av de själsliga och kroppsliga lidanden, som deras sjukdomar förorsaka. Huvudsakligen därför är det en angelägen uppgift att bereda dylik vård. Möjligheterna att bereda nöjaktig vård åt dessa sjuka äro emellertid för närvarande synnerligen begränsade. Såsom framgått av det förut anförda, kunna de i egentlig mening kroniskt sjuka icke få kvar-

Departementsefen.
Behovet av statsingripande.

stanna för vård å de allmänna sjukvårdsanstalterna. Och den vård, som å fattigvårdsanstalterna kan beredas dem, måste ofta vara otillfredsställande. Såsom framhållits i ärendet, erfordra nämligen dessa sjuka särskild vård och tillsyn, som uppenbarligen ej kan lämnas å fattigvårdsanstalter med vanlig organisation. Ej sällan äro för övrigt sjukdomarna av sådan art, att de sjukas vistande å anstalterna är ägnat att bereda de friska vårdtagarna avsevärda obehag. Härtill kommer, att de sjukas omhändertagande å de allmänna ålderdomshemmen väsentligt ökar dessas driftkostnader.

De befintliga vårdmöjligheterna av tillfredsställande beskaffenhet inskränka sig alltså till de speciellt för kroniskt sjuka avsedda sjukhem eller sjukhusavdelningar, som på initiativ från olika håll på vissa orter tillkommit. Dylika sjukhem finnas emellertid endast i otillräcklig omfattning. I det föregående har anförts, att antalet erforderliga platser för vård av fattiga kroniskt sjuka efter en mycket låg uppskattning uppgår till en på tusen av befolkningen, vilket för hela landet skulle motsvara omkring 6,000 vårdplatser. En undersökning, som verkställdes hösten 1925, gav vid handen, att antalet platser för kroniskt sjuka å sjukhem då skulle utgöra:

å 19 privata sjukhem, anordnade av föreningar eller enskilda.....	937
å 9 landstingsanstalter	320
å avdelningar vid fattigvårdsanstalter:	
a) i städer med minst 15,000 invånare.....	506
b) i andra landstingskommuner.....	878
å sjukhus i städer, som ej deltaga i landsting.....	995
	Summa 3,636

Numera torde antalet platser kunna uppskattas till omkring 3,700. Av dessa komma 350 på 10 landstingsanstalter enligt följande fördelning:

Landstingsområde.	Anstalt.	Antal sjuksängar.
Stockholms läns.....	Avdelningen för kroniskt sjuka å sjukhuset Eira, Stockholm	10
» »	i Väsby.....	40
Uppsala »	» Enköping.....	35
Södermanlands läns.....	» Nyköping	64
Östergötlands »	» Söderköping	40
» »	» Vadstena	35
Kalmar läns norra	» Hjorted	35
Kristianstads läns.....	» Mansdala	35
Värmlands »	» Arvika	22
Kopparbergs »	» Hulån.....	16
Jämtlands »	» Kvarnsved	18
	Summa 350	

Dessutom har Västmanlands läns landsting i samarbete med pensionsstyrelsen uppfört en anstalt för kroniskt (reumatiskt) sjuka. Beslut om samarbete med pensionsstyrelsen för åstadkommande av särskilda lasarettavdelningar för kroniskt sjuka hava fattats av Malmöhus och Skaraborgs läns landsting. Underhandlingar pågå om inrättande av en dylik avdelning även vid Umeå lasarett.

Till de nu angivna siffrorna bör emellertid anmärkas, att å de sjukhem, som anordnats av föreningar och enskilda, oftast upptagas så höga vårdavgifter, att hemmen knappast kunna anses tillgängliga för fattiga kroniskt sjuka. Enligt de uppgifter, som stått att erhålla, skulle endast beträffande omkring 100 dylika vårdplatser vårdavgiften icke uppgå till högre belopp än 1 krona 50 öre per dag. Medräknar man allenast dessa 100 platser, blir antalet för *fattiga* sjuka tillgängliga vårdplatser omkring 2,900.

Den brist på vårdplatser, som sålunda råder, måste uppenbarligen anses i hög grad beklaglig. Riksdagen har ju också vid särskilda tillfällen visat sig behjärta detta och givit uttryck för sin medkänsla med ifrågavarande kategorier sjuka.

Då man undersökt möjligheterna att avhjälpa bristen på vårdmöjligheter, har det allmänt ansetts, att detta icke kunde väntas ske utan understöd från statens sida. Denna uppfattning torde också hava bestyrkts av den hittillsvarande utvecklingen. Å andra sidan kan man påvisa, att därest uppmuntran och understöd erhålles från statens sida, en kraftig utveckling kan väntas på ifrågavarande område. De värdefullaste av de förekommande anordningarna för vården torde vara de, varom landstingen gått i författning. Och det är att märka, att icke mindre än åtta landsting vidtagit sådana förberedelser, att det med visshet kan påräknas, att därest statsbidrag erhålles, vårdmöjligheterna på landstingsanstalter skola avsevärt ökas. Förhoppning finnes därjämte, att andra landsting skola med det snaraste vidtaga liknande åtgärder. I nu angivna hänseenden anhåller jag att få hänvisa till följande sammanställning över läget uti ifrågavarande angelägenhet inom vissa landsting, där frågan är aktuell.

Stockholms läns landsting: I avvaktan på beslut angående statsbidrag har anordnats utredning av frågan om ytterligare åtgärder för vård av kroniskt sjuka inom länet.

Uppsala läns landsting: Landstinget planerar uppförande av en ny anstalt med 25 sjuksängar. Till landstinget har för ändamålet donerats ett belopp av 250,000 kronor. Uppsala stad har erbjudit sig att kostnadsfritt tillhandahålla tomt för anstalten. Riksdagens beslut rörande statsbidrag avvaktas.

Kalmar läns norra landsting: 1925 års landsting beslöt inköpa Kalmar regementes mötesplats vid Hultsfred under motivering bland annat att densamma ägde stort värde för landstinget för inrättande av anstalter för sjukvård, t. ex. hem för kroniskt sjuka. Det gamla regementssjukhuset kunde därvid komma till användning.

Kalmar läns södra landsting: Utredning har anordnats angående inredande vid Kalmar lasarett av en avdelning för kroniskt sjuka.

Gotlands läns landsting: Landstinget planerar inrättande av en anstalt med 40 sjuksängar i Follingbo socken. Riksdagens beslut rörande statsbidrag avvaktas.

Blekinge läns landsting: Förslag föreligger om inrättande av fyra landstingsanstalter, förlagda till eller i närheten av länets fyra städer. Riksdagens beslut rörande statsbidrag avvaktas.

Malmöhus läns landsting: 1926 års landsting har bemyndigat kommitterade för anordnande av hem för kroniskt sjuka att, därest 1927 års riksdag fattar beslut i fråga om statsbidrag till upprättande av hem för kroniskt sjuka och

till vårdkostnader å desamma, verkställa inköp av de förutvarande epidemisjukstugorna i Anderslöv, Billesholm, Höganäs, Klägerup, Skivarp, Skurup, Svedala och Teckomatorp för ett sammanlagt pris av 280,500 kronor och därefter företaga förberedande åtgärder för anordnande av sjukstugorna till hem för kroniskt sjuka. Anstalterna äro avsedda att tillsammans rymma omkring 150 sjuksängar. Vidare har landstinget fattat beslut om samarbete med pensionsstyrelsen för åstadkommande av särskild avdelning för kroniskt sjuka vid Lunds lasarett.

Göteborgs och Bohus läns landsting: Förslag rörande omändring av en äldre sjukstuga till hem för kroniskt sjuka föreligger. Riksdagens beslut rörande statsbidrag avvaktas.

Skaraborgs läns landsting: Förberedande förslag föreligger om inrättande av en eller flera landstingsanstalter med sammanlagt 100 sjuksängar. Riksdagens beslut rörande statsbidrag avvaktas. Dessutom har landstinget fattat beslut om samarbete med pensionsstyrelsen för åstadkommande av särskild avdelning för kroniskt sjuka vid Lidköpings lasarett.

Kopparbergs läns landsting: Utredning av frågan om lämplig fastighet för anordnande av ytterligare en anstalt för kroniskt sjuka pågår.

Västerbottens läns landsting: Inrättandet av en särskild avdelning för kroniskt sjuka vid Umeå lasarett är ifrågasatt.

Norrbottnens läns landsting: Landstinget har år 1922 beslutat att vid lämplig tidpunkt bygga en anstalt för kroniskt sjuka med 60 sjuksängar. Riksdagens beslut rörande statsbidrag avvaktas.

Av denna redogörelse framgår, att inom Stockholms, Uppsala, Gotlands, Blekinge, Malmöhus, Göteborgs och Bohus, Skaraborgs och Norrbottens län statsmakternas beslut om statsbidrag avvaktas, innan definitivt beslut fattas inom landstingen om inrättande av vårdhem, samt att även inom andra landsting, i händelse att statsbidrag beviljas, beslut om hem för kroniskt sjuka torde kunna väntas inom kort komma till stånd.

De hörda lokala myndigheterna hava, såsom förut erinrats, så gott som enhälligt förordat, att åtgärder vidtagas för ordnande av den kroniska sjukvården. De invändningar, som framkommit, röra i allmänhet farhågor för ett förment åläggande för landstingen att ordna denna vård.

Såsom ett skäl att med det snaraste skrida till positiva åtgärder i denna fråga har med styrka framhållits, att därest statsbidrag icke erhålles, fattigvårdssamhällena mångenstädes icke kunna uppfylla fattigvårdslagens åläggande för dem att före ingången av år 1931 hava sin anstaltsfråga ordnad. Jämväl denna synpunkt är enligt min mening värd beaktande.

Visserligen hava statskontoret och i sitt senare yttrande även medicinalstyrelsen uttalat vissa principiella betänkligheter mot den utvidgning av statens understödjande verksamhet, som beviljande av bidrag till vård av kroniskt sjuka enligt ämbetsverkens mening skulle innebära. Såsom medicinalstyrelsen i sitt nämnda yttrande även anfört, synas dock dylika betänkligheter böra få vika inför det ovedersägliga behovet av statliga åtgärder på ifrågavarande område. Det är också att märka, att riksdagen vid olika tillfällen givit uttryck åt den uppfattningen, att övervägande skäl funnes för beviljande av statsbidrag i dylika fall; jag behöver härutinnan endast erinra om 1926 års riksdags i det föregående omförmälda

skrivelse i frågan. Det är för övrigt knappast riktigt, att beviljande av bidrag i detta fall skulle innebära någon principiell utvidgning av statens understödjande verksamhet. Alla slag av kroniskt sjuka äro ju oftast att anse såsom invalider och alltså likställda med vanföra, till vilkas vård staten sedan länge bidrager. I allmänhet är också deras belägenhet i många hänseenden jämförlig med de tuberkulossjukas. Och man torde knappast böra antaga, att, såsom medicinalstyrelsen synes avse, utgångspunkten för statens kraftiga verksamhet till förmån för de tuberkulossjuka varit att söka i denna sjukdoms smittsamma karaktär; snarare torde grunden hava varit det på detta område alldeles särskilt stora vårdbehovet, som icke kunnat tillgodoses utan statens hjälp. Enahanda omständigheter föreligga nu beträffande vården av de kroniskt sjuka. För övrigt är att märka, att staten ju sedan många år genom bidrag till det s. k. radiumhemmet i Stockholm understött vården av de kräftsjuka, av vilka många torde tillhöra de kroniskt sjukas kategori.

Då jag nu på de i det föregående anförda skälen går att tillstyrka Kungl. Maj:t att föreslå riksdagen beviljande av statsbidrag ej blott till anskaffande av ökade vårdmöjligheter för de kroniskt sjuka utan även till själva vården av dem, vill jag emellertid framhålla, att ett bifall till detta förslag icke bör och icke kan betraktas som ett ställningstagande till den mycket större och mera invecklade frågan om statens understödjande av den kroppsliga sjukvården över huvud, en fråga som för övrigt genom motioner bragts inför den innevarande riksdagen.

Den första frågan man möter vid den närmare behandlingen av ifrågasvarande ärende är den, som rör den lämpliga avgränsningen av det område, vilket bör bliva föremål för statens understödjande verksamhet. Beträffande denna fråga har medicinalstyrelsen förklarat sig i stort sett omfatta de synpunkter, som av de sakkunniga framhållits. Dock syntes det styrelsen, som om framskridna fall av *lungtuberkulos*, vilkas vårdande å dessa sjukhem skulle ställa särskilda fordringar å byggnadssätt och vård, knappast annat än tillfälligtvis borde där vårdas. Å andra sidan syntes sådana med svår vanförhet behäftade personer, vilka helt vore beroende av sin omgivning, tills vidare och intill dess för dem möjligen inrättades särskilda asyler, böra likställas med t. ex. kroniska reumatiska artrit och förlamade och alltså kunna vinna inträde å sjukhem.

Begreppet
kroniskt sjuka.

Innebördens av uttrycket kroniskt sjuka är i sig själv svävande. Med hänsyn till den förut angivna utgångspunkten för statens understödjande verksamhet synes emellertid den av de sakkunniga föreslagna avgränsningen vara lämplig. Enligt min mening — som torde överensstämma med medicinalstyrelsens uppfattning — bör alltså statens understöd begränsas till att avse sådana kroniskt — vare sig obotligt eller svårbotligt — kroppssjuka, vilka visserligen äro i behov av sjukhusvård och därför icke lämpligen kunna vårdas å allmän fattigvårdsanstalt, men vilkas tillstånd icke berättigar till och vilka icke heller kunna få den särskilda art av vård, för vilken de allmänna

sjukvårdsinrättningarna äro avsedda. Beträffande den praktiska betydelsen av denna definition tillåter jag mig att hänvisa till den tidigare återgivna exemplifiering, som lämnats av de sakkunniga. Denna exemplifiering med de nyss återgivna, av medicinalstyrelsen föreslagna jämkningarna synes mig giva ett riktigt uttryck för vad man här avser. Det torde få ankomma på Kungl. Maj:t att i sammanhang med utfärdande av bestämmelser angående statsbidrag för ifrågavarande ändamål eller eljest närmare utforma begreppet kroniskt sjuka i dess här avsedda, mera inskränkta mening. Lika viktigt som det är att söka åstadkomma en klar avgränsning gent emot lasarettfallen, lika angeläget är det att därvid tillse, att icke sådana vårdbehövande, vilkas vårdbehov bör tillgodoses på de allmänna fattigvårdsanstalterna, kunna bliva hänfödda till de kroniskt sjuka. Då staten för närvarande icke bidrager till lasarettsvården och endast indirekt och till ringa del till vården å ålderdomshem, vore det naturligt, därest en benägenhet från fattigvårdsmyndigheternas sida att få vårdfall hänfödda till kroniska sjukdomsfall skulle komma att yppa sig. Till de åtgärder, som med hänsyn härtill kunna erfordras för att i möjligaste mån hålla gränserna klara, återkommer jag i det följande.

Ifrågasatt
plan för den
kroniska
sjukvården.

I den nyss återgivna skrivelser från svenska föreningen för invärtes medicin förordas, att en gemensam, hela landet omfattande *organisationsplan* måtte uppgöras för den kroniska sjukvården. Även de sakkunniga synas hava utgått från att för ett verkligt rationellt och fullständigt ordnande av denna sjukvård det vore erforderligt att hava en dylik plan att bygga på. Denna uppfattning är tydligen teoretiskt riktig. Ett genomförande av en sådan plan skulle emellertid innebära, att staten nödgades övertaga ledningen på området. Men detta torde för närvarande icke låta sig göra. Det skulle kräva helt andra ekonomiska uppoffringar, än som enligt min mening nu kunna ifrågasättas för ifrågavarande ändamål. Det statsbidrag, jag på nyss angivna grunder har för avsikt att förordas, kan icke rimligen ifrågasättas att erhålla annan karaktär än ett bidrag, avsett till uppmuntran och understöd av frivillig kommunal eller enskild verksamhet. Av detta lärers även följa, att staten i princip bör vara beredd att stödja initiativ på området, varifrån de — i betryggande former — än komma och även om vårdbehovet skulle vara ännu större å andra orter, där dock motsvarande initiativ saknas. Det är emellertid att hoppas, att sedan ifrågavarande vårdverksamhet erhållit en större omfattning och rikligare erfarenheter därav kunnat inhämtas, det så småningom skall låta sig göra att åstadkomma en mera rationell organisation. Denna skulle väl närmast gå ut på *dels* att tillse, att vårdmöjligheterna bliva någorlunda jämnt fördelade efter behovet i de särskilda landsdelarna, *dels* att åstadkomma en uppdelning av de vårdbehövande å olika slag av anstalter allt efter dessas möjlighet att meddela mera komplicerad eller endast enklare vård. I det fall att ett landsting i samråd med primärkommunerna från början vill planlägga verksamheten inom länet, innebär detta naturligtvis en fördel.

Den kroniska sjukvården äger sammanhang med *vissa andra sociala verksam-*

hetsgrenar. Dessa äro framför allt den sociala sjukförsäkringen och pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet ävensom själva pensionsförsäkringen. I förstnämnda hänseende är det, i enlighet med vad jag vid skilda tillfällen haft tillfälle uttala, min avsikt att senare i dag föreslå Kungl. Maj:t framläggande för riksdagen av förslag åsyftande ett väsentligt stärkande och utbyggande av den frivilliga sjukförsäkringen. Enligt detta förslag må emellertid så kallad erkänd, d. v. s. statsunderstödd, sjukkassa icke meddela sjukhjälp under längre tid än två år för varje sjukdomsfall. Genom denna regel avskäres tydligen den stora massan av de kroniska sjukdomsfallen från sjukförsäkringen, och någon kollision kan således därutinnan icke uppstå mellan statens understödjande av sjukförsäkringen och av den kroniska sjukvården. Vad emellertid angår de fall, då någon före utgången av den tvååriga sjukhjälpstiden blir att anse såsom kroniskt sjuk i den här förut angivna bemärkelsen, bör ihågkommas, att staten med sitt bidrag till sjukförsäkringen stimulerat till tagande av denna försäkring; genom denna sättes den sjuke i stånd att erlagga vårdavgift, varigenom fattigvårdssamhällets och landstingets kostnader minskas med större belopp än statsbidraget till sjukförsäkringen. Vad åter beträffar förhållandet till pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet, uppstår ju, vid en riktig fördelning av vårdfallen, icke heller någon konflikt; pensionsstyrelsens verksamhet bör tydligen omfatta allenast sådana personer, beträffande vilka utsikt till återvinnande av arbetsförmågan inom icke alltför lång tid förefinnes, och sådana personer kunna näppeligen hänföras till kroniskt sjuka i den betydelse, jag i detta sammanhang ansett böra inläggas i detta uttryck. Beträffande slutligen den egentliga pensionsförsäkringen, läser det däremot ofta inträffa, att de, som vårdas å kroniska sjukhem under sådana omständigheter att statsbidrag utgår till vården, förr eller senare bliva berättigade till pension enligt pensionsförsäkringslagen. Enligt förut denna dag föreslagen ändring av 9 § i pensionsförsäkringslagen skall emellertid i dylikt fall pensionstillägget icke vidare tillfalla anstalten såsom sådan, utan det skall, liksom avgiftspensionen, utbetalas till den som bestrider vårdkostnaden, alltså vanligen till fattigvårdssamhället. Vid sådant förhållande har, såsom jag i det följande torde få tillfälle att i annat sammanhang utveckla, berörda omständighet ansetts icke böra inverka på rätten till statsbidrag till den kroniska sjukvården.

Emellertid torde av olika skäl vissa begränsningar böra ske med avseende å den utsträckning, i vilken statsbidrag böra utgå.

Beträffande först frågan *till vem bidrag bör kunna utgå*, följer utan vidare av det föregående, att rätt till statsbidrag för anordnande av sjukhem bör tillkomma *landstingen*. Redan den omständigheten, att landstingen hava en långvarig och rik erfarenhet i sjukhusfrågor, som de hittills handhaft på ett synnerligen förtjänstfullt samt för de sjuka välsignelsebringande sätt, torde göra landstingen till de mest kompetenta handhavarna av jämväl den kroniska sjukvården. Därtill kommer, att landstingen i långt högre grad än primärkommunerna kunna införa planmässighet och rationella anordningar på området samt i följd därav med relativt mindre ekonomiska uppoffringar åstadkomma en förstklassig vård. För landstingen själva måste det också

Avgränsning
av området
för stats-
bidrag.

ur olika synpunkter vara ett viktigt intresse att själva omhändertaga ifrågasvarande vård.

Sådant statsbidrag synes mig ock böra utgå till såväl *lands-* som *stads-kommuner*. De sakkunnigas förslag att från statsbidrag utesluta städer med mer än 15,000 invånare har, såsom framgår av de av medicinalstyrelsen återgivna yttrandena, från olika håll mötts av kraftiga gensagor, och jag kan icke biträda detsamma. Frånsett att den föreslagna gränsen för statsbidrag är godtyckligt vald, i det att behov av statsbidrag till anstalter för kroniskt sjuka torde föreligga jämväl i ifrågasvarande städer, synes mig begränsningen vara olämplig ur den nyss anförda synpunkten att bildandet av hem för kroniskt sjuka bör understödjas, varhelst intresset därför kommer till synes. En annan sak är, att av särskilda skäl rätten till statsbidrag kan anses böra i de större städerna begränsas kraftigare än i andra kommuner. Jag återkommer härtill i det följande.

Tydligt torde vara att, därest kommuner — i form av *kommunalförbund* eller eljest — förenat sig om upprättande av sjukhem, statsbidrag bör kunna utgå till en sådan förening.

Likaledes lärer vara uppenbart, att bidrag till kommun bör utgå lika väl för vårdavdelningar vid fattigvårdsanstalter som för fristående sjukhem.

Beträffande frågan huruvida *föreningar* och *enskilda* skola kunna komma i åtnjutande av statsbidrag för anordnande av sjukhem för kroniskt sjuka hava, såsom framgår av den föregående redogörelsen, olika meningar gjort sig gällande. Skälet för avstyrkande av anskaffningsbidrag till hem, anordnat av enskild person, torde framför allt vara, att fortbeståndet av en sådan anstalt icke kan anses tillräckligt tryggt. Emellertid vill det synas mig, att därest fullt betryggande garantier kunna lämnas i dylikt hänseende, hinder icke bör möta för beviljande jämväl av dylikt statsbidrag såväl åt förening som åt enskild person. Dock bör uppenbarligen understöd lämnas endast i de fall, där vården å hemmet är avsedd för *fattiga* sjuka. Detta torde lättast komma till synes genom den för vården fastställda — eller avsedda — vårdavgiften. En gräns torde sålunda kunna dragas så, att understöd utgår endast i förhållande till det antal platser, för vilket vårdavgiften icke överstiger visst, lägre belopp. Efter jämförelse med de vanligaste vårdavgifterna å landstings- och kommunala vårdanstalter vill jag förorda, att gränsen i detta hänseende sättes vid en vårdavgift av 1 krona 50 öre för vårdtag. Med denna begränsning skulle, såsom nyss antytts, för närvarande endast ungefär ett hundratal platser å sjukhem anordnade av föreningar eller enskilda komma att understödjas. Då ett eventuellt statsbidrag stundom lärer kunna verka därhän att vårdavgiften nedsättes, kan det tänkas, att i händelse av statsbidrag detta antal kommer att stiga något. En följd av godkännande av den nu förordade regeln synes böra bliva, att därest ett hem, till vilket anläggningsbidrag åtnjutits, omläggas så att avgifterna höjas över nämnda gräns, detta bör anses på samma sätt som ett användande av hemmet till annat ändamål än kronisk sjukvård. Det bör alltså i sådant fall bero på Kungl. Maj:ts beprövande, huruvida statsbidraget skall helt eller delvis återbäras eller ej.

Medicinalstyrelsen har förordnat, att den nyss angivna *vårdavgiftsgränsen* kommer till tillämpning beträffande alla slag av anstalter. Med utgångspunkt från gällande regler beträffande statsbidrag till tuberkulosvården har nämligen styrelsen föreslagit, att statsbidrag ingenstädes skulle utgå för det fall att vårdavgiften — d. v. s., vad angår fattigvårdspatienter å landstingsanstalter, den avgift som jämlikt 41 § 2 mom. fattigvårdslagen må utkrävas av fattigvårdssamhälle — överstiger 1 krona 50 öre. Då detta förslag med hänsyn till den förut angivna utgångspunkten för mitt förslag synes riktigt, ansluter jag mig i princip till detsamma. Däri torde dock få göras den modifikation, att för det fall att den vårdade är person från annat landstingsområde, respektive från annan kommun, bidrag bör få utgå, ändå att högre vårdavgift uttages än nyss sagts.

Emellertid synes, såsom redan antytts, en begränsning i annat hänseende böra ifrågakomma. Av den föregående redogörelsen har framgått, att medicinalstyrelsen föreslagit, att statsbidrag endast skulle lämnas för *visst antal platser i förhållande till folkmängden*. I sådant hänseende har styrelsen hemställt, att det statsunderstödda platsantalet måtte sättas lika med det uppskattade minimiantalet vårdbehövande fattiga kroniskt sjuka, eller till en på tusen invånare. Även enligt min mening är det nödvändigt, att en begränsning i sådant hänseende stadgas vad avser såväl anskaffnings- som driftbidraget. Därför tala icke endast statsfinansiella skäl. Med hänsyn till de i viss mån svårbestämbara gränserna mellan de sjuka, för vilkas vård bidrag skulle utgå, och exempelvis klienter å allmänna ålderdomshem torde det vara nödvändigt att genom en dylik, rent mekaniskt verkande regel söka åstadkomma, att statsbidrag utgår endast till dem — eller i varje fall endast till så många — som otvivelaktigt falla inom den kategori, staten avser att understödja. Med denna utgångspunkt synes mig den av de sakkunniga förordade gränsen hava goda skäl för sig.

Det må i detta sammanhang erinras om vad medicinalstyrelsen redan anfört eller att en dylik gräns icke är någon nyhet. I fråga om bidragen till tuberkulosvård gällde densamma ursprungligen (kungörelse år 1914 nr 292) för såväl län som stad, vilken ej deltagar i landsting, och var då ävenledes bestämd till en plats på 1,000 invånare. Sedermera har enligt beslut vid 1921 års riksdag (kungörelse år 1921 nr 385) denna begränsning uteslutits, vad angår länen, men ännu kvarstår den för de städernas vidkommande, som ej deltaga i landsting.

Även i förevarande hänseende synes mig i viss mån skillnad böra göras mellan dessa städer och landet i övrigt. Såsom jag antydd vid behandlingen av de sakkunnigas förslag att från statsbidrag utesluta städer med över 15,000 invånare, föreligga enligt min mening icke lika starka skäl för statsbidrag till de större städerna som för landet i övrigt. Dessa städer få nämligen i allmänhet anses äga större ekonomiska möjligheter för ordnande av denna liksom annan sjukvård. Lämplig hänsyn till detta förhållande synes kunna tagas på det sätt, att antalet vårdplatser, för vilka statsbidrag utgår, göres mera inskränkt för de större städerna. Jag vill

alltså föreslå en sådan regel, att för städer, som icke deltaga i landsting, anskaffnings- och driftbidrag må utgå endast för en plats för varje 2,000-tal av folkmängden.

I likhet med vad som föreskrivits i oförmälda bestämmelser angående statsbidrag till uppförande av tuberkulossjukvårdsanstalter synes dock även beträffande hemmen för kroniskt sjuka böra gälla, att den nu förordade begränsningen icke någonstädes skall tillämpas i fråga om anstalter, som äro avsedda för vård av sjuka från hela riket utan företräde för sjuka från visst län eller viss kommun. Ej heller lärer begränsningen böra äga avseende å anstalter, drivna av föreningar eller enskilda.

Med hänsyn till att enligt det föregående statsbidrag äro avsedda att utgå såväl till landsting som till primärkommuner ävensom till föreningar och enskilda kunna, även med nyss angivna undantagsbestämmelser, särskilda svårigheter uppstå vid tillämpningen av den nu förordade folkmängdsgränsen, nämligen därest exempelvis inom ett och samma län finnas dels en eller flera länsanstalter och dels kommunala anstalter. För sådant fall torde huvudregeln böra vara den, att, med beaktande av nyssnämnda undantag, inom varje län statsbidrag sammanlagt icke må utgå för flera vårdplatser än vartill länets folkmängd berättigar, att i princip tidigare ansökan bör erhålla företräde, att alltså i län, där bidrag lämnats till kommunala anstalter, bidrag till landstingsanstalt må utgå endast i förhållande till skillnaden mellan det antal vårdplatser, vartill folkmängden i länet berättigar, och platsantalet å nämnda anstalter, samt att bidrag till kommunala anstalter icke må utgå, där bidrag redan lämnats för landstingsanstalt i förhållande till länets hela befolkning, respektive endast i den mån så ej skett. Det nu anförda gäller närmast anskaffningsbidraget, men även beträffande driftbidraget lära i huvudsak motsvarande regler böra tillämpas. Därvid kan det dock tänkas, att uppgörelse träffas mellan landsting och primärkommuner exempelvis om att landstingsanstalten avstår från driftbidrag för så många platser, som motsvara folkmängden i det område de kommunala anstalterna avse eller som finnas å nämnda anstalter, mot det att garanti lämnas att vårdbehovet inom dessa kommuner tillfredsställes på dessa, så att landstingsanstalten kan reserveras för övriga delar av länet. I händelse av dylik överenskommelse bör det uppenbarligen icke möta hinder att vid beviljande av statsbidrag taga hänsyn därtill.

De nu behandlade begränsningarna avse såväl anskaffnings- som driftbidraget. Beträffande förstnämnda bidrag tillkommer en ytterligare begränsning. De sakkunniga hava nämligen föreslagit, att statsbidrag till inrättande av nya vårdplatser icke skall utgå retroaktivt. Denna regel har av medicinalstyrelsen närmare utformats så, att bidrag bör utgå endast till platser, som anskaffas efter det en blivande författning i ämnet utfärdats. I detta hänseende hava från vissa håll gjorts allvarliga gensagor, då en dylik regel ansetts bliva orättvis mot dem, som gått i spetsen med ordnande av den kroniska sjukvården.

Tid, från
vilken bidrag
bör utgå.

Redan med statsbidragens förut angivna karaktär av uppmuntringsbidrag överensstämmer onekligen bäst, att anskaffningsbidrag lämnas allenast till sådana anstalter, som anordnas i framtiden. Avgörande betydelse härutinnan måste dock tillmätas den statsfinansiella synpunkten; att på en gång lämna dylikt bidrag för alla redan inrättade platser skulle leda till statsutgifter, som ej gärna kunna ifrågasättas för detta ändamål. Ett dylikt förfaringsätt skulle för övrigt stå i strid med de principer, som vanligen tillämpas på andra liknande områden. Emellertid synes mig den av de sakkunniga — med instämmande av medicinalstyrelsen — föreslagna begränsningen vara något för snäv. Såsom förut erinrats, har jag i årets statsverksproposition tillkännagivit avsikten att föreslå Kungl. Maj:t beviljande av anslag för ifrågavarande ändamål. Med hänsyn till att offentlighet sålunda givits åt planerna att skrida till positiva åtgärder i frågan, synes mig lämpligen ifrågavarande regel böra preciseras så, att statsbidrag kan utgå för anstalter, vilkas uppförande eller inrättande påbörjas eller vilka förvärfvas *efter ingången av innevarande år*. Från rätt till statsbidrag böra därvid tydligen vara uteslutna alla anstalter, som vid nämnda tidpunkt av den, som ämnar driva dem för kronisk sjukvård, användes för *sjukvård överhuvud*, också om icke användningen alls eller icke uteslutande avsåg vård av kroniskt sjuka. Om ej denna begränsning göres, öppnas möjlighet till kringgående av retroaktivitetsregeln.

Beträffande *driftbidraget* har, såsom antytts, någon motsvarande begränsning icke föreslagits. Någon sådan torde icke heller vara lämplig.

De sakkunniga hava föreslagit, att *bidraget till inrättande av nya vårdplatser* måtte bestämmas till högst 2,000 kronor för varje plats å anstalt som nyuppföres, högst 1,500 kronor för plats å anstalt, som inköpes för ifrågavarande ändamål, och högst 1,000 kronor för plats å redan befintlig anstalt, vilken inrättas för ändamålet. Medicinalstyrelsen har biträtt detta förslag. Till jämförelse i detta hänseende må erinras, att statsbidraget till tuberkulos-sjukhus, som tidigare utgick med högst 1,000 kronor för vårdplats, enligt beslut vid 1919 års lagtima riksdag numera utgår med högst 2,000 kronor för vårdplats. Statsbidraget till inrättande av epidemisjukhus utgår med högst 2,500 kronor för varje sjukplats, som sjukhuset med normal beläggning beräknas rymma, och bidragen till arbetshem med högst följande belopp för varje, för å arbetshemmet intagen person avsedd sängplats, nämligen 2,500 kronor i nyuppförd byggnad, 1,500 kronor i redan befintlig byggnad, som inköpes för ändamålet, samt 1,000 kronor i en i vederbörandes ägo befintlig byggnad, som ej uppförts eller inköpts för sådant ändamål. I alla de nu angivna fallen gäller dels den begränsningen att bidraget må utgå med *högst halva kostnaden* för anstaltens uppförande, förvärfvande eller inrättande, dels att i byggnadskostnaden eller lösesumman ej få inräknas utgifterna för tomt eller inventarier. Dessa inskränkningar äro föreslagna även här.

Vid jämförelse med nu angivna siffror bör noga beaktas den skillnad, som bör finnas mellan nu ifrågavarande sjukhem och anstalter för tuber-

Statsbidragets
belopp.

a) Anskaffningsbidraget.

kulos- och epidemivård ävensom, i viss mån, arbetshem. De sakkunniga hava kraftigt understrukt, att man för hemmen för kroniskt sjuka kan nöja sig med betydligt enklare anordningar än som erfordras för nämnda sjukvårdsinrättningar. Här kan det i flertalet fall icke gälla att söka åstadkomma ett botande eller en varaktig förbättring av sjukdomarna, utan uppgiften blir i stället huvudsakligen att bereda de sjuka sådan vård som kan medföra lindring i deras lidanden. Det kan därför tänkas, att ett stort antal redan befintliga byggnader, som icke skulle kunna godkännas som vanliga sjukvårdsanstalter, mycket väl kunna användas till vårdhem för kroniskt sjuka. Jämväl vid nyuppförande av sådana vårdhem — vilket överhuvud endast synes böra ifrågakomma då möjlighet icke finnes att på annat sätt tillgodose behovet av vårdplatser — böra lägre krav på utrymme och hygieniska anordningar kunna uppställas, vartill kommer att de egentliga medicinska avdelningarna här icke tillnärmelsevis kunna kräva samma utrymme och omkostnader. Överhuvud bör alltså all möjlig sparsamhet och enkelhet iakttagas vid inrättande av hem för kroniskt sjuka.

I betraktande av vad nu anförts synes det mig icke orimligt, att någon nedsättning göres av de av de sakkunniga och medicinalstyrelsen föreslagna bidragsbeloppen. Med bibehållande av huvudregeln att bidraget icke må uppgå till mera än halva kostnaden för uppförandet, inköpet eller om- och tillbyggnaden har jag vid övervägande av denna fråga kommit till den uppfattningen, att bidragsbeloppen kunna begränsas till 1,500 kronor för vårdplats i nyuppförd anstalt, till 1,000 kronor för vårdplats i inköpt byggnad och 750 kronor för vårdplats i eu i vederbörandes ägo befintlig, till vårdhem av ifrågavarande slag ändrad byggnad.

I samband med behandlingen av anskaffningsbidraget vill jag framhålla, att jag delar uppfattningen om det lämpliga i att, på samma sätt som gäller beträffande tuberkulossjukvårdsanstalter och alkoholistanstalter, jord som står under kronans omedelbara disposition m. m. må utan särskild ersättning upplåtas till anordnande av hem för kroniskt sjuka. Jag har alltså för avsikt att föreslå inhämtande av riksdagens medgivande i sådant hänseende.

b) Drift-
bidraget.

Storleken av *det till driften utgående bidraget* har varit föremål för olika meningar. De sakkunnigas förslag går ut på att bidraget måtte bestämmas till en tredjedel av de verkliga driftkostnaderna, dock högst 1 krona för dag och patient, vilket belopp dock borde modifieras i anslutning till levnads-kostnaderna. *Medicinalstyrelsen* däremot har föreslagit, att bidraget måtte bestämmas till 1 krona 25 öre för dag, vilket belopp, om anstalterna berättigades att uppbära pensionstillägg enligt pensionsförsäkringslagen, skulle minskas med den uppskattade genomsnittliga storleken per patient av de till vårdade personer utgående pensionstilläggen, eller med 40 öre per dag, och alltså utgöra 85 öre om dagen. *De sakkunniga* hava vid framläggande av sitt förslag utgått från att beträffande kommunala och landstingsanstalter kostnaderna borde delas i lika delar mellan staten, landstinget och kommunerna. Den lika fördelningen mellan kommun och landsting skulle följa av den inledningsvis berörda regeln i 41 § fattig-

vårdslagen. *Medicinalstyrelsen* åter utgår i sitt förslag från att statsbidraget icke borde sättas lägre än till samma belopp som utgår till det enklaste slaget av tuberkulossjukvårdsanstalter, nämligen tuberkulossjukstugorna, för vilka statsbidraget utgör 1 krona 25 öre för vård dag. Beträffande de skäl, som åberopats för de olika ståndpunkterna, må hänvisas till den föregående redogörelsen; här må endast tilläggas, att *pensionsstyrelsen* ansett avdraget med hänsyn till utgående pensionstillägg icke böra göras större än 30 öre.

Flera av de hörda myndigheterna hava ansett de av de sakkunniga föreslagna statsbidragen allt för snävt tillmätta. I denna riktning hava uttalat sig *landstingen och länsstyrelserna i Stockholms, Östergötlands, Älvsborgs, Göteborgs och Bohus* samt *Västerbottens län*. Sålunda finna *landstinget och länsstyrelsen i Östergötlands län*, att statsbidragen böra utgå med samma belopp som i fråga om epidemisjukhus. *Landstinget och länsstyrelsen i Älvsborgs län* ifrågasätta en höjning av statsbidraget till driftkostnaderna från en krona till två kronor för underhållsdag. *Landstinget och länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län* föreslå, att statsbidraget till driftkostnaderna skall utgå med en tredjedel av de verkliga driftkostnaderna utan någon maximibegränsning.

Några landsting och länsstyrelser uttrycka sina tvivel rörande landstingens förmåga att även med de föreslagna statsbidragen tillfredsställande ordna den kroniska sjukvården.

Den av de sakkunniga antagna principen att kostnaden för den kroniska sjukvården bör, i den mån den icke täckes av vårdavgifter, delas i tre ungefär lika stora delar på stat, kommun och landsting bör även enligt mitt förmenande vara grundläggande för bedömandet av ifrågavarande spörsmål. Ser man då till en början på huru stor denna kostnad kan anses vara, befinnes det, att de uppgifter, som stått att erhålla därom, variera på ett sätt, som antyder, att de knappast äro direkt jämförbara. Med denna reservation vill jag emellertid med ledning av en inom *Svenska landstingsförbundet* gjord sammanställning, som dock ej avser ett och samma år utan antingen 1924, 1925 eller 1926, lämna följande uppgifter angående vårdkostnaderna på nu befintliga landstingsanstalter. Högsta dagkostnaden redovisas från sjukhemmen i Enköping (3 kronor 56 öre) och Nyköping (3 kronor 54 öre). För fem av de tio hem, om vilka uppgift lämnas, redovisas en dagavgift av över 3 kronor. Lägsta vårdavgiften hade hemmet i Väsby (2 kronor 9 öre) och hemmet i Hjorted, Kalmar län (2 kronor 18 öre). Medeltalet av den uppgivna vårdkostnaden blir 2 kronor 88 öre per dag. Patientavgiften å allmän sal utgjorde i de hem, där uppgift därom lämnats, högst 1 krona 50 öre och lägst 1 krona för vård dag. — Tillika hava uppgifter lämnats för fyra privata vårdanstalter, för vilka vårdkostnaden uppgives hava utgjort respektive 2 kronor 74 öre, 2 kronor 52 öre, 2 kronor 7 öre och 1 krona 98 öre (Visby).

Om de sålunda uppgivna dagkostnaderna har från förbundets sida anförts, att de förefölle synnerligen laga. Till en del syntes detta bero på att sjukhemmen i stor utsträckning vore förlagda i närheten av andra anstalter, med

vilka de stode i organisatorisk samverkan; och detta bidroge naturligen att sänka dagkostnaden. I en del fall syntes också vissa utgifter, som vore gemensamma för sålunda samverkande sjukvårdsinrättningar — exempelvis läkar- och sysslomansarvodet — alltför litet eller icke alls hava påförts sjukhemmen.

Med ledning av de nu återgivna uppgifterna synes man, trots deras påpekade ojämnhet, med beaktande av de felkällor, som kunna antagas föreligga, kunna i likhet med de sakkunniga utgå från en genomsnittlig normal vårdkostnad av omkring 3 kronor för dag och patient. Understrykas bör, att detta belopp även i ett annat avseende endast utgör en genomsnittssiffra; vårdkostnaden måste uppenbarligen kraftigt växla alltefter sjukdomarnas art och svårighetsgrad, i det att dessa omständigheter i hög grad inverka på behovet av vårdpersonal och därigenom på vårdkostnaderna.

I detta hänseende är också att bemärka, att genom ett förut denna dag för riksdagen framlagt förslag till ändringar i pensionsförsäkringslagen (proposition nr 110) den i det föregående berörda frågan om inverkan av pensionstilläggen på statsbidragen till anstaltsvård föreslås att erhålla sin lösning. Detta förslag innebär, att icke blott pensionstillägg utan även avgiftspension i dylika fall skulle uppbäras av den, som bekostar vård på anstalten, d. v. s. i här förevarande fall vanligen fattigvårdssamhället. Samtidigt hava föreslagits (proposition nr 111) sådana ändringar i fattigvårdslagen, att det otvetydigt skall fastslås, att pension som sålunda uppbäres skall tagas i betraktande, då det gäller att i fattigvårdslagens ordning förskaffa sig ersättning av landsting, respektive av annat fattigvårdssamhälle. Innan den vårdkostnad beräknas, vilken helt eller i vissa fall med hälften skall ersättas av den andra parten, skall alltså avdrag göras för pensionen. Vid beräkningen av statsbidragets storlek torde dessa regler böra tagas i betraktande och motsvarande tillvägagångssätt användas. Innan alltså den av mig nyss förordade tredelningen av kostnaderna verkställes, bör från den uppskattade dagkostnaden avdragas dagsbeloppet av pensionen. Detta belopp har av pensionsstyrelsen uppskattats till ett genomsnittligt belopp av omkring 30 öre. I de för denna beräkning uppgjorda kalkylerna har visserligen hänsyn icke tagits till avgiftspensionen, men då denna under en avsevärd tid framåt allttjämt kommer att i allmänhet utgå endast med ganska obetydliga belopp, torde denna omständighet näppeligen böra inverka på beräkningen. Jag vill tillägga, att i sistnämnda proposition tillika föreslås uttryckligt stadgande av innebörd, att även ett eventuellt statsbidrag skall avräknas, innan ersättning kräves enligt fattigvårdslagen; härigenom fastslås, att detta bidrag skall i sista hand tillgodokomma dels hemortssamhället, dels ock vederbörande landsting.

Med de nu angivna utgångspunkterna kommer man fram till att den lämpliga storleken av statsbidraget skulle utgöra $\frac{1}{3}$ (3 kronor—30 öre) = 90 öre för vård dag. Denna beräkning utgår, såsom framgår av det föregående, från det vanligast förekommande fallet, att de vårdade äro fattigvårdsklienter, och att alltså, då fråga är om enskild eller landstingsanstalt, det är fattig-

vårdssamhället, som erlägger vårdavgiften. I andra fall får ju fattigvårdssamhället eller landstinget icke uppbära någon pension, men i gengäld erhålles då från den vårdade eller honom närstående vårdavgift, som säkerligen vida överstiger pensionens belopp. I dylika fall kommer staten tydligen att bestrida mera än en tredjedel av de kostnader, som stanna å det allmänna. Det skulle fördenskull kunna ifrågasättas, att för det fall att av utomstående erlades vårdavgift överstigande exempelvis 1 krona, statsbidraget skulle i någon — dock ej samma — mån minskas. En dylik bestämmelse skulle dock leda till ganska invecklade regler, och med hänsyn till att, som sagt, det stora flertalet av de vårdade torde vara fattigvårdsklienter, har frågan sannolikt icke någon större ekonomisk betydelse. Emellertid vill jag erinra om det förut omnämnda förslaget att statsbidrag ej skall utgå i de fall, då vårdavgiften överstiger 1 krona 50 öre.

Jag föreslår alltså på nu anförda skäl, att statsbidraget till driften generellt bestämmes till 90 öre för vård dag. Jag vill emellertid betona, att då utgångspunkten varit en tredelning av kostnaderna, förändrade förhållanden kunna tänkas böra leda till en jämkning av detta belopp. Tillika bör understrykas, att även driftbidraget huvudsakligen har ett av nuvarande omständigheter betingat uppmuntringssyfte, och att det alltså icke är givet, att detta bidrag bör utgå annat än tills vidare.

Till uppskattning av de kostnader, som bidrag av nu angiven storlek skulle åsamka statsverket, återkommer jag i det följande.

Här må först behandlas vissa frågor om *särskilda villkor för åtnjutande av statsbidrag*.

Ett sådant villkor, vilket synes mig böra uppställas, är att värden skall stå under *tillsyn av särskilt förordnad läkare*. Huru noggrann denna tillsyn bör vara, torde huvudsakligen få bero på arten av vårdfallen, och några allmänna regler därför torde icke kunna uppställas. Det lärer böra ankomma på medicinalstyrelsen att pröva, huruvida de i sådant avseende vildtagna anordningarna äro tillfyllest. Läkaren bör, såsom de sakkunniga anført, även hava till uppgift att tillse, att icke till sjukhemmet överföras patienter, som bort kvarstanna å lasarett eller ålderdomshem. Ävenledes bör läkaren hava att vaka över att hemmet är så anordnat, att garanti vinnes för verklig medicinsk skötsel. Över de intagna patienterna lärer böra föras journal. Beträffande kommunala anstalter torde landstingets förvaltningsutskott eller av detta utsedd särskild nämnd böra äga att verkställa inspektion.

Att å hemmet skall vara anställd tillräckligt talrik och med tillräckligt god utbildning försedd vårdpersonal är ett annat av de särskilda villkor, som synes böra uttryckligen fastslås. Härutinnan böra närmare bestämmelser eller anvisningar utfärdas. — Nu antydda ämnen äro sådana, som böra erhålla sin behandling i den *stadga* angående den kroniska sjukvården, vilken i enlighet med vad medicinalstyrelsen anført synes böra utfärdas, när denna sjukvård erhållit större utbredning och formerna för densamma hunnit något stadga sig.

Särskilda
villkor för
statsbidrag.

Av föreningen för invärtes medicin har framställts förslag, att kommunernas vårdhem eller vårdavdelningar för kroniskt sjuka skulle generellt undantagas från fattigvårdsstyrelsens förvaltning och i stället underställas hälsovårdsnämnden. Detta förslag kan jag icke biträda. Detsamma skulle ofta leda till splittring och andra svårigheter i organisationen och därigenom verka hindrande på utvecklingen av vården. Ej heller torde en dylik öfverflyttning kunna sägas i någon större grad tjäna de medicinska intressena. Dessa torde tillräckligt tillgodoses genom nyssnämnda tillsyn av läkare och landstingsrepresentanter. Någon bestämd regel i detta hänseende bör alltså enligt min mening icke uppställas, utan torde varje kommun härutinnan få vidtaga den anordning, som med hänsyn till de lokala förhållandena prövas lämpligast.

Vad gäller övriga villkor för åtnjutande av de båda slagen av statsbidrag, torde vad de sakkunniga därom föreslagit och som i det föregående (sid. 7 och 8) återgivits böra i huvudsak erhålla tillämpning. Därutinnan må erinras, att av den av de sakkunniga förordade överensstämmelsen med reglerna för beviljande och utbetalande av bidrag till epidemisjukhus följer, att anskaffningsbidrag beviljas av Kungl. Maj:t och utbetalas först efter det hemmet blivit genom medicinalstyrelsens försorg avsynat och godkänt samt räknin-garna över byggnadskostnaden granskats, samt att driftbidraget skall utgå halvårsvis i efterskott och bestämmas av medicinalstyrelsen. Mot tillämpning tillsvidare av motsvarande bestämmelser i nu ifrågakvarande fall synes mig intet vara att erinra.

En undersökning av vilka kostnader ett genomförande av de nu ifrågasatta statsbidragsbestämmelserna skulle medföra för statsverket giver följande resultat.

Enligt det föregående skulle *anskaffningsbidrag* till landstings- och kommunanstalter utgå högst för en plats på 2,000 av befolkningen i städer, som ej deltaga i landsting, och en plats på 1,000 av befolkningen i landet i övrigt. Med hänsyn till senaste folkmängdssiffror skulle detta leda till att statsbidrag skulle utgå för högst inemot 5,600 vårdplatser. Härifrån böra emellertid avräknas de vårdplatser, som redan anordnats och sålunda ej bliva delaktiga av statsbidrag. Med hänsyn tagen till nyssnämnda folkmängdsregel bör antalet platser, som härvidlag skall avdragas, uppskattas till omkring 2,200. Å andra sidan tillkomma platser å anstalter, anordnade av föreningar eller enskilda. Sådana platser — med en vårdavgift understigande 1 krona 50 öre per dag — kunna knappast antagas uppkomma till något större antal. Här räknas med högst 500 sådana platser. Resultatet skulle alltså bliva, att statsbidrag skulle komma att utgå till sammanlagt högst omkring (5,600 — 2,200 + 500) 3,900 platser. Därest alla dessa platser skulle nybyggas, skulle alltså statens sammanlagda kostnad uppgå till högst omkring 5.850 miljoner kronor; om i stället alla platser skulle anordnas i vederbörande redan tillhöriga byggnader, skulle statens maximikostnad uppgå till endast hälften av detta belopp. Huru förhållandena i verkligheten komma att ställa sig är tydligen mycket svårt att angiva; sannolikt torde

maximikostnaden komma att hålla sig mellan 3.5 och 4 miljoner kronor. Härtill är emellertid att märka, att denna kostnad — om den överhuvud någonsin skulle helt utgå — skulle bliva fördelad på ett avsevärt antal år.

Vad angår *driftkostnadsbidraget* har man att vid undersökningen av statens kostnad vid fullt genomförd organisation utgå från *hela* det antal platser, som med hänsyn till folkmängdsregeln kan erhålla bidrag. Av det nyss anförda framgår, att detta antal kan beräknas till högst omkring 5,600 platser, vartill komma omkring (100 + 500) 600 platser å hem anordnade av föreningar eller enskilda. Utgår man från ett statsbidrag av 90 öre per dag och en medelbeläggning av 350 dagar för år, skulle alltså kostnaden för staten vid fullt genomförd organisation kunna beräknas utgöra ($0.90 \times 350 \times 6,200$) 1,953,000 kronor för år eller avrundat högst 2 miljoner kronor för år. Även härvidlag bör emellertid märkas, att kostnaderna icke förr än efter en avsevärd tid kunna beräknas komma att uppgå till detta belopp.

Vad åter angår *kostnaderna för nästa budgetår*, har i statsverkspropositionen angivits, att enligt en vid medicinalstyrelsens förslag fogad kostnadsberäkning, mot vilken statskontoret icke haft något att erinra, årskostnaderna för genomförande av nämnda förslag skulle för första budgetåret efter förslaget antagande kunna beräknas till sammanlagt 975,000 kronor. Under framhållande att det förslag jag hade för avsikt att förorda räknade med andra grunder beträffande både anskaffningsbidrag och driftkostnadsbidrag samt med hänvisning jämväl till andra omständigheter, anförde jag till statsverkspropositionen, att dessa bidrag för nästkommande budgetår för det dåvarande kunde beräknas till sammanlagt omkring 500,000 kronor. Såsom inledningsvis anförts, föreslog också Kungl. Maj:t riksdagen att i avbidan på proposition i ämnet för nästa budgetår beräkna ett anslag till nyssnämnda belopp.

Detta belopp har beräknats på följande sätt. Samtliga befintliga vårdplatser torde icke omedelbart uppfylla de krav, som komma att ställas på dem för erhållande av statsbidrag till driften. Med hänsyn härtill har det antal platser, för vilket sådant bidrag kan beräknas komma att utgå under nästa budgetår, uppskattats till omkring 2,500. Då det icke heller kan antagas, att anstalterna alltifrån budgetårets början skola kunna hinna erhålla godkännande och alltså bliva berättigade till statsbidrag, har jag ansett mig kunna räkna med att i genomsnitt ett par månader komma att förflyta, innan statsbidrag kan börja utgå. Då härtill lägges, att enligt vad förut anförts statsbidragen lära böra utgå halvårsvis i efterskott, kommer följaktligen för nästa budgetår utbetalning av driftkostnadsbidrag att ske allenast för i medeltal en tredjedel av året. Med dessa utgångspunkter skulle alltså kostnaden för driftbidrag under nästa budgetår — under förutsättning av full beläggning — kunna beräknas till $\frac{0.90 \times 365 \times 2,500}{3} = 273,750$ eller avrundat 275,000 kronor.

Vad angår anskaffningsbidraget har i anslutning till uppskattning från medicinalstyrelsen beräknats, att sådant bidrag under budgetåret skulle komma att utbetalas allenast till 50 platser i nyuppförda anstalter och 150 platser,

inredda i för ändamålet inköpta byggnader. Anskaffningsbidraget skulle alltså uppgå till $(50 \times 1,500) 75,000 + (150 \times 1,000) 150,000$ eller sammanlagt 225,000 kronor. Summan av anskaffnings- och driftkostnadsbidragen blir alltså enligt denna uppskattning det förut angivna beloppet 500,000 kronor.

För därefter följande budgetår, 1928—1929, torde dels böra beräknas driftkostnadsbidrag för helt år, dels ökat bidrag till anskaffningskostnader. För sagda budgetår lärer med hänsyn härtill anslaget behöva beräknas till det av medicinalstyrelsen för nästa år uppskattade beloppet eller till och med högre. Närmare uppgifter härutinnan kunna icke för närvarande lämnas, då den hastighet, varmed utvecklingen på området kommer att fortgå, ännu icke kan med någon säkerhet uppskattas.

Utformningen av de nu angivna grunderna för statsbidrags utgående torde böra ankomma på Kungl. Maj:t, liksom Kungl. Maj:t, respektive vederbörande myndighet, torde böra äga utfärda de närmare bestämmelser och kontrollföreskrifter, som erfordras för bringande i tillämpning av det framlagda förslaget.

Under återopande av vad jag sålunda i olika hänseenden anført och föreslagit får jag hemställa, att Kungl. Maj:t måtte föreslå riksdagen att

dels under femte huvudtiteln, avdelningen medicinalstyrelsen samt hälso- och sjukvården, underavdelningen sjukvårdsanstalterna, till *bidrag till uppförande m. m. samt driften av hem för kroniskt sjuka*, att användas i huvudsaklig överensstämmelse med i det föregående angivna grunder, för budgetåret 1927—1928 anvisa ett *extra* förslagsanslag av kronor 500,000;

dels ock medgiva, att jord, som står under kronans omedelbara disposition eller som tillhör någon av de under bruk och bergverk för nödigt skogsfång upplåtna allmänningar eller någon av de genom domänstyrelsens försorg utarrenderade kronoegendomar, vilka icke upplåtits till förenade mötespassevolanskassornas fond, stuterierna eller Vadstena krigsmanshusfond, må, efter av Kungl. Maj:t i varje särskilt fall verkställd prövning, utan särskild ersättning till kronan på de villkor i övrigt, Kungl. Maj:t kan finna skäligt bestämma, upplåtas till lands- ting, kommuner, föreningar eller enskilda för anordnande av hem för kroniskt sjuka.

Till denna av statsrådets övriga ledamöter biträdda hemställan behagar Hans Kungl. Höghet Kronprinsen-Regenten lämna bifall samt förordnar, att proposition av den lydelse bilaga till detta protokoll utvisar skall avlåtas till riksdagen.

Ur protokollet:

Carl Ullman.