

Nr 125

Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring, m. m.; given Stockholms slott den 17 oktober 1969.

Kungl. Maj:t vill härmed, under åberopande av bilagda utdrag av statsrådsprotokollet över socialärenden och lagrådets protokoll, föreslå riksdagen att antaga härvid fogade förslag till

- 1) lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring,
- 2) lag om ändring i sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242),
- 3) förordning om ändring i förordningen den 18 december 1959 (nr 555) angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring,
- 4) förordning om bidrag från landsting och städer som ej deltagar i landsting till bestridande av kostnaderna för vård vid karolinska sjukhuset.

GUSTAF ADOLF

Sven Aspling

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås att ett radikalt förenklat ersättningssystem för sjukförsäkringen införs för all den öppna läkarvård som lämnas i samhällets regi. Det föreslagna nya ersättningssystemet innebär att patienten betalar en enhetlig avgift på 7 kr. till sjukvårdshuvudmannen för varje besök hos läkare eller 15 kr. om läkaren gör hembesök. Samtidigt lyfter sjukvårdshuvudmannen ersättning direkt från sjukförsäkringen med 31 kr. per besök. Den erlagda avgiften skall täcka inte bara besöket hos den rådfrågade läkaren utan också röntgen- och laboratorieundersökningar m. m. som patienten blir remitterad till.

För patienter som tas in på sjukhus innebär propositionen att sjukförsäkringen såvitt gäller de försäkrade skall svara för en från den 1 januari 1970 till 10 kr. höjd dagavgift på allmän sal. En betydande förstärkning av sjukförsäkringsskyddet såvitt gäller kostnaden för sjukhusvård föreslås

1 — *Bihang till riksdagens protokoll 1969. 1 saml. Nr 125*

för pensionärer. Förslaget innebär att ersättning alltid skall utgå i 365 dagar efter pensioneringen.

Sjukvårdshuvudmännen har under senare tid vid vissa sjukhus börjat praktisera s. k. halvöppna vårdformer, dagsjukhusvård och nattsjukhusvård, som komplettering till den traditionella slutna vården. Likaså förekommer s. k. femdagarsvård. I propositionen föreslås att dessa vårdformer vid tillämpningen av sjukförsäkringens ersättningsregler genomgående jämföras med sjukhusvård. Samtidigt föreslås att en patient vid sjukhusvård skall få rätt till ersättning för läkarvårdskostnad som han ådrar sig under vistelse utanför sjukhuset.

Propositionen innehåller slutligen förslag om vidgad rätt till ersättning för övernattningskostnader i samband med läkarvård utom hemorten.

Reformerna beräknas medföra att sjukförsäkringens kostnader ökar med sammanlagt ca 250 milj. kr. om året. Därav finansieras ca 200 milj. kr. genom ökade avgifter på så sätt att procentsatsen för arbetsgivarnas avgift till sjukförsäkringen höjs från 2,6 till 2,9 % av avgiftsunderlaget. De försäkrades egna avgifter till sjukförsäkringen påverkas däremot inte. Återstående ca 50 milj. kr. tillskjuts försäkringen i statsbidrag. Staten erhåller dock kompensation härför genom att det s. k. mentalsjukvårdsbidraget till sjukvårdshuvudmännen minskas till följd av den höjda sjukhusavgiften och genom att avgiftsintäkterna vid de statliga sjukhusen ökar.

Förslagen är avsedda att genomföras den 1 januari 1970.

1) Förslag

till

Lag

om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring

Härigenom förordnas, att 2 kap. 2 §, 4 kap. 3 § och 19 kap. 4 § lagen den 25 maj 1962 om allmän försäkring¹ skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

*(Nuvarande lydelse)**(Föreslagen lydelse)*

2 kap.

2 §.

Ersättning för utgifter för läkarvård utgår vid sjukdom, som enligt läkares utsago kräver sådan vård, ävensom vid förlossning *med tre fjärdedelar av utgifterna eller, då dessa överstigit det belopp, vartill de enligt av Konungen fastställd taxa skola beräknas uppgå, med tre fjärdedelar av sistnämnda belopp.* I utgifter för läkarvård skola inräknas kostnader för läkares resa och för läkarintyg, som erfordras för utfående av sjukpenning. *Med läkarvård avses icke vård, som lämnas försäkrad vilken åtnjuter sjukhusvård.*

Taxa, som i första stycket sägs, skall avse sådan vård — däri inbegripen röntgen- och annan undersökning — som kan meddelas av varje läkare, så ock röntgenundersökning samt röntgen- och radiumbehandling, som utföres av därför särskilt utbildad läkare.

Ersättning för utgifter för läkarvård vid sjukdom, som enligt läkares utsago kräver sådan vård, ävensom vid förlossning utgår *enligt grunder som Konungen fastställer.* I utgifter för läkarvård skola inräknas kostnader för läkares resa och för läkarintyg, som erfordras för utfående av sjukpenning.

¹ Senaste lydelse av 19 kap. 4 § se 1966:350.

(Nuvarande lydelse)

Är uppenbart att försäkrad vid samma sjukdom utan fog sökt mer än en läkare eller att läkare anlitats vid flera tillfällen än som varit behövt, utgår ersättning allenast för den vård, som lämnats av den först rådfrågade läkaren, eller för de besök, som skäligen varit behövt. *Har försäkrad, oaktat han uppenbarligen utan risk för försämring av hälsotillståndet kunnat besöka läkare, påkallat besök av läkare i sin bostad eller annorstädes, må ersättningen nedsättas till belopp, som skulle hava utgivits för det fall att den försäkrade besökt läkaren.*

4 kap.

3 §.

För tid efter ingången av den månad, varunder försäkrad fyllt sextiosju år eller dessförinnan börjat åtnjuta ålderspension enligt denna lag, må sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård icke utgå för mer än sammanlagt *ett*hundraåttio dagar. *Vad nu sagts skall i fråga om ersättning för sjukhusvård äga motsvarande tillämpning* för tid, varunder den försäkrade åtnjuter hel förtidspension; och skall med sådan tid jämsställas efterföljande tid, därest förtidspensionen upphört att utgå med månaden näst före den, varunder den försäkrade fyller sextiosju år.

19 kap.

4 §.

Avgift till sjukförsäkringen enligt 1 § skall utgå med två och *sex* tion-

(Föreslagen lydelse)

Är uppenbart att försäkrad vid samma sjukdom utan fog sökt mer än en läkare eller att läkare anlitats vid flera tillfällen än som varit behövt, utgår ersättning allenast för den vård, som lämnats av den först rådfrågade läkaren, eller för de besök, som skäligen varit behövt.

För tid efter ingången av den månad, varunder försäkrad fyllt sextiosju år eller dessförinnan börjat åtnjuta ålderspension enligt denna lag, må *ersättning för sjukhusvård* utgå för högst *tre*hundra*sextiofem* dagar och *sjukpenning för högst ett*hundraåttio dagar. För tid, varunder den försäkrade åtnjuter hel förtidspension, må *ersättning för sjukhusvård utgå för högst tre*hundra*sextiofem* dagar; och skall med sådan tid jämsställas efterföljande tid, därest förtidspensionen upphört att utgå med månaden näst före den, varunder den försäkrade fyller sextiosju år.

Avgift till sjukförsäkringen enligt 1 § skall utgå med två och *nio* tion-

(Nuvarande lydelse)

æls procent av det belopp, varå avgiften skall beräknas. Av avgiften skola *sju tjugosjättedelar* användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tilläggssjukpenning i vad den svarar mot inkomst av anställning. Medlen fördelas mellan kassorna i förhållande till deras utgifter för vardera ändamålet under året; och skola därvid de utgifter för läkemedel, som åvila kassorna, anses ingå i utgifterna för sjukvårdsersättning. Konungen äger med riksdagen förordna, att viss del av de medel, som enligt vad nu sagts skola tillgodoföras de allmänna försäkringskassorna, i stället skall ingå till en fond, benämnd *allmänna sjukförsäkringsfonden*, vilken förvaltas enligt grunder som fastställas i enahanda ordning.

(Föreslagen lydelse)

dels procent av det belopp varå avgiften skall beräknas. Av avgiften skola *tio tjugoniondelar* användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tilläggssjukpenning i vad den svarar mot inkomst av anställning. Medlen fördelas mellan kassorna i förhållande till deras utgifter för vardera ändamålet under året; och skola därvid de utgifter för läkemedel, som åvila kassorna, anses ingå i utgifterna för sjukvårdsersättning. Konungen äger med riksdagen förordna, att viss del av de medel, som enligt vad nu sagts skola tillgodoföras de allmänna försäkringskassorna, i stället skall ingå till en fond, benämnd *allmänna sjukförsäkringsfonden*, vilken förvaltas enligt grunder som fastställas i enahanda ordning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1970.

Beträffande den, som vid lagens ikraftträdande åtnjuter sjukhusvård oavbrutet sedan minst ett år och för vilken rätten till sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård då upphört på grund av 4 kap. 3 § i dess äldre lydelse, gäller fortfarande nämnda lagrum i den äldre lydelsen.

I fråga om avgift som avser tid före ikraftträdandet gäller 19 kap. 4 § i sin äldre lydelse.

2) Förslag

till

Lag**om ändring i sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242)**

Härigenom förordnas, att 29 § sjukvårdslagen den 6 juni 1962 skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

*(Nuvarande lydelse)**(Föreslagen lydelse)*

29 §.

Vid sjukhus anställd befattningshavare må icke mottaga särskild ersättning för undersökning, behandling eller skötsel av där intagen person eller för åtgärd, som står i omedelbart samband med intagning på eller utskrivning från sjukhuset. Vad nu sagts gäller dock icke med avseende å åtgärd, som vidtagits vid läkares besök hos den sjuke utanför sjukhuset. För öppen vård på sjukhus må läkare efter överenskommelse med landstingskommunen uttaga särskild ersättning av den vård sökande.

För öppen vård utanför sjukhus må provinsialläkare, biträdande provinsialläkare och extra provinsialläkare samt vikarie för sådan läkare ej uttaga högre ersättning av den vård sökande än som följer av överenskommelse med landstingskommunen.

Den som är anställd i sjukvårdande verksamhet som avses i denna lag må ej för egen räkning mottaga ersättning av patient som undersökes eller behandlas inom verksamheten.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1970.

3) Förslag

till

Förordning

om ändring i förordningen den 18 december 1959 (nr 555) angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring

Härigenom förordnas, att 5 § förordningen den 18 december 1959 angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring¹ skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

5 §.

Av avgiften till sjukförsäkringen skola *sju tjugosjättedelar* användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tillägssjukpenning.

Av avgiften till sjukförsäkringen skola *tio tjugoniondelar* användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tillägssjukpenning.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 1970.

I fråga om avgift som avser tid före ikraftträdandet gäller äldre bestämmelser.

¹ Förordningen omtryckt 1962:397. Senaste lydelse av 5 § se 1966:351.

4) Förslag

till

Förordning**om bidrag från landsting och städer som ej deltagar i landsting till bestridande av kostnaderna för vård vid karolinska sjukhuset**

Häri genom förordnas som följer.

Intages någon som är bosatt utanför Stockholms län på karolinska sjukhuset för vård, som det enligt sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242) åligger landstingskommun att ombesörja, skall den landstingskommun inom vilken den intagne är bosatt till sjukhuset erlægga bidrag till kostnaderna för vården enligt vad nedan sägs.

I fråga om vård på annan avdelning vid karolinska sjukhuset än radiumhemmet föreligger skyldighet att utge vårdbidrag som avses i första stycket endast under förutsättning att den på sjukhuset intagne antingen insjuknat i den sjukdom vården avser under vistelse inom Stockholms län eller fått hänvisning till sjukhuset för vård, som ej kan beredas på landstingskommunens sjukhus. Närmare föreskrifter om sådan hänvisning meddelas av Konungen.

Vårdbidraget utgår för varje vårddag med det belopp, varmed den för patienten tillämpliga vårdavgiften på allmänt rum vid karolinska sjukhuset överstiger tio kronor.

Vad ovan föreskrives om landstingskommun äger motsvarande tillämpning på stad som ej tillhör landstingskommun.

Utgår vårdbidrag, minskas vårdavgiften med motsvarande belopp.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 1970, då förordningen den 30 juni 1937 (nr 655) angående bidrag från landsting och städer, som ej deltaga i landsting, till bestridande av kostnaderna för vård i vissa fall å karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet skall upphöra att gälla.

Utdrag av protokollet över socialärenden, hållet inför Hans Kungl. Höghet Regenten, Hertigen av Halland, i statsrådet på Stockholms slott den 19 september 1969.

Närvarande:

Statsministern ERLANDER, statsråden STRÄNG, ANDERSSON, LANGE, KLING, HOLMQVIST, ASPLING, PALME, SVEN-ERIC NILSSON, LUNDKVIST, GEIJER, MYRDAL, ODHNOFF, MOBERG, NORLING, LÖFBERG.

Chefen för socialdepartementet, statsrådet Aspling, anmäler efter gemensam beredning med statsrådets övriga ledamöter fråga om *ändringar av sjukvårdsförmånerna inom sjukförsäkringen m. m.* och anför.

I en inom socialdepartementet upprättad promemoria har föreslagits ändringar rörande sjukvårdsförmånerna från den allmänna försäkringen. Promemorian som upptar läkarvårdsersättningen, samordningen med folkpensioneringen, ersättningen i vissa halvöppna vårdformer och vissa finansieringsregler torde få fogas till statsrådsprotokollet i detta ärende som *bilaga 1*.

Över promemorian har, efter remiss, yttranden avgetts av riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, statskontoret, sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), statens handikappråd, Svenska kommunförbundet, Svenska landstingsförbundet, landstingen genom förvaltningsutskott eller sjukvårdsstyrelse, Stockholms och Malmö stads sjukvårdsstyrelser, Sveriges läkarförbund, Försäkringskasseförbundet, Svenska arbetsgivareföreningen (SAF), Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Sveriges akademikers centralorganisation (SACO), Sveriges arbetsledareförbund (SALF), Statstjänstemännens riksförbund (SR), Riksförbundet landsbygdens folk (RLF), Sveriges hantverks- och industriorganisation (SHIO), Pensionärernas riksorganisation och direktionen för karolinska sjukhuset. Försäkringskasseförbundet har bifogat yttranden från de flesta av de allmänna försäkringskassorna. Även andra remissinstanser har bifogat yttranden som de har inhämtat.

Inom socialdepartementet har upprättats en sammanställning över remissyttrandena, vilken torde få fogas till statsrådsprotokollet som *bilaga 2*.

I fråga om gällande bestämmelser och de förslag som har lagts fram i departementspromemorian ber jag att få hänvisa till denna och i fråga om remissyttrandena till den nyssnämnda sammanställningen.

Läkarvårdsersättningen

En kraftig förstärkning av den öppna läkarvården i samhällets regi är en viktig punkt i den sjukvårdspolitiska målsättningen. Bland de åtgärder som har vidtagits i detta syfte vill jag särskilt peka på den reformering av läkarutbildningen som beslutades vid årets vårriksdag. Den plan för fördelningen av våra ökande läkarresurser, som har upprättats i anslutning till reformeringen av läkarutbildningen, innebär en stark prioritering av den offentliga öppna läkarvården. Det är enligt min mening angeläget att nu genomföra en reformering även av sjukförsäkringens ersättningssystem för den öppna läkarvården. Ett av syftena bör även här vara att underlätta en utbyggnad av den vård som drivs i samhällets regi. Ersättningssystemet bör radikalt förenklas och ges en sådan utformning att man förstärker försäkringsskyddet främst för patienter som behöver omfattande och dyrbar läkarvård. Patienten bör på förhand veta vad han skall betala för ett läkarbesök, och denna kostnad bör bestämmas genom en enkel och enhetlig regel. Sjukförsäkringssystemet bör konstrueras om på så sätt att patienten slipper både att ligga ute med pengar för hela läkararvodet och att gå till försäkringskassan för att få återbäring. Förslag efter dessa riktlinjer till en genomgripande reformering av sjukförsäkringens ersättningsregler för läkarbesök har lagts fram i departementspromemorian.

Förslaget i promemorian innebär att ett system med i princip enhetlig avgift införs den 1 januari 1970 för den öppna vård som tillhandahålls genom de offentliga sjukvårdshuvudmännens försorg. Patienterna skall betala en avgift på 7 kr. för varje besök hos läkaren och 15 kr. vid hembesök hos den sjuke samtidigt som sjukvårdshuvudmannen får ersättning genom försäkringskassan med 31 kr. per besök. Den erlagda avgiften skall täcka inte bara besöket hos den rådfrågade läkaren utan också röntgen- och laboratorieundersökningar m. m. som patienten blir remitterad till. Försäkringskassan skall av sjukvårdshuvudmannen direkt debiteras den del av kostnaden som sjukförsäkringen skall ersätta. Den försäkrade skall alltså inte som nu behöva gå till försäkringskassan för att lyfta återbäring från försäkringen för det arvode han betalat för vården. Därigenom kan också arbetet i försäkringskassorna förenklas.

Nästan samtliga remissinstanser ansluter sig till huvudlinjerna i förslaget och anser att det bör genomföras vid förutsatt tidpunkt.

Två remissinstanser — Sveriges läkarförbund och SACO — anser dock att promemorieförslaget inte utan grundlig omarbetning och kompletterande utredning kan läggas till grund för den avsedda reformen. Motivet för detta ställningstagande anges framför allt vara att man befarar att den föreslagna ändringen av betalningssystemet skall påverka efterfrågan på sjukvård och

patientströmmarna i så hög grad att besvärliga problem uppstår.

Även remissinstanser som tillstyrker förslaget genomförande framlägger synpunkter på det föreslagna systemets inverkan på den öppna vården. Riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, statens handikappråd, Spri, Svenska kommunförbundet, Försäkringskasseförbundet, LO, TCO och SALF anser det angeläget att de privatpraktiserande läkarna inlemmas i ett ersättningssystem liknande det som föreslagits för sjukvårdshuvudmännens öppna vård bl. a. med tanke på att avgiftsreglerna annars kan medföra en snedvridning av efterfrågan på läkarvård och leda till överbelastning av sjukvårdshuvudmännens resurser. Några landsting hyser farhågor för att den väntade stegringen av efterfrågan på öppen vård koncentrerar sig till den öppna vård som bedrivs vid sjukhusens mottagningar. I andra remissyttrandet nämns risken för ett tryck på sjukhusens röntgen- och laboratorieavdelningar.

Jag vill erinra om att förslaget har tillkommit bl. a. mot bakgrunden av att efterfrågan på sjukvård har kommit att i alltför hög grad inrikta sig på slutna vård, som allmänt sett är mera resurskrävande än den öppna. En av orsakerna till denna inriktning måste antas ha varit att den slutna vården, trots att den alltså är dyrare att tillhandahålla, ställer sig billigare för den vårdsökande än den öppna vården. I samma riktning kan ha verkat att patienten i öppen vård inte har kunnat på förhand överblicka vårdkostnaden eftersom kostnaden i princip har varit helt beroende på omfattningen av de åtgärder som har krävts i varje enskilt fall. Den slutna vården däremot har lämnats till en enhetlig dagavgift. Slutligen har sjukförsäkringens ersättningssystem som det i allmänhet tillämpats varit till nackdel för den öppna vården eftersom patienten i öppen vård har fått förskottera försäkringsersättningen vid läkarbesöket medan ersättningen i slutna vård har reglerats direkt mellan sjukvårdshuvudmannen och försäkringskassan.

Det föreslagna systemet innebär för patienten i de nämnda, betydelsefulla hänseendena praktiskt sett att kostnaden för öppen vård blir enhetligt bestämd och kan förhandsbedömas på samma sätt som kostnaden för slutna vård. Systemet bör stimulera till en sådan överföring av efterfrågan från den slutna till den öppna sektorn som länge har eftersträfvats. I den mån en sådan överföring av efterfrågan på sjukvård kommer till stånd minskas trycket på sjukvårdshuvudmännens samlade resurser. Däremot kan det föreslagna systemets konstruktion knappast väntas medföra i varje fall någon mera avsevärd stegring av den totala efterfrågan på sjukvård. Bl. a. kan påpekas att förslaget inte innebär att det i enklare fall skulle bli billigare att söka vård än f. n.

För det fall att läkare på den mottagning där patienten först har sökt vård remitterar denne vidare till en annan läkarmottagning som också drivs av sjukvårdshuvudmannen skall enligt förslaget den avgift som patienten har erlagt täcka även besöket i anledning av remissen. Detta innebär att pa-

tienten genom närmaste provinsialläkare har tillgång till hela den öppna vårdens resurser till enhetspris. En sådan ordning är ägnad att stärka den icke sjukhusanslutna öppna vårdens ställning och kan tjäna som en motvikt mot den dragningskraft, som den öppna vården vid sjukhusen har. Den bör också främja ett ändamålsenligt utnyttjande av befintliga resurser.

Det ökade tryck på den sjukhusanslutna öppna vårdens resurser som kan bli en följd av ett genomförande av förslaget bör kunna mötas genom åtgärder från sjukvårdshuvudmännens sida. Systemet har en sådan konstruktion att det bör ge ekonomisk stimulans till en utbyggnad av den öppna vården utanför sjukhusen. Som jag inledningsvis nämnde kommer den vid riksdagen (prop. 1969: 35, SU 83, rskr 215) godkända planen för fördelningen av våra ökande läkarresurser också att medföra en kraftig förstärkning av den öppna läkarvården i samhällets regi.

Mot bakgrunden av det anförda finner jag att förslaget i promemorian bör läggas till grund för en reformering av reglerna om ersättning för läkarvård från den allmänna försäkringen. Jag återkommer senare till vissa detaljfrågor.

Ett genomförande av reformen kräver i vissa avseenden en omläggning av sjukvårdshuvudmännens administration och de rutiner som därvid tillämpas. Jag kan här nämna att landstingsförbundet tillsatt en arbetsgrupp för dessa frågor som bl. a. samarbetar med riksförsäkringsverket.

Jag delar den uppfattning som framförts från flera håll under remissbehandlingen att det är önskvärt att de privatpraktiserande läkarna förs in under reformen. Från socialdepartementets sida har på ett tidigt stadium tagits kontakt i denna fråga med Sveriges läkarförbund. Som en följd av de överläggningar som ägt rum har Kungl. Maj:t den 9 maj i år gett riksförsäkringsverket i uppdrag att mot bakgrunden av de förslag som lagts fram i departementspromemorian utreda frågan om ändrade regler för ersättningen från den allmänna försäkringen vid öppen vård som meddelas av läkare i enskild praktik. Utredningen skall syfta till att skapa ett ersättningssystem som inbegriper hela det arvode som skall utgå till läkaren för vården. Om det visar sig möjligt att genom riksförsäkringsverkets utredning finna en lösning på denna fråga bör ersättningen från försäkringen vid privatläkarvård inordnas i reformen. Tidpunkten härför blir beroende av resultatet av utredningen. Det i promemorian föreslagna ersättningssystemet för läkarvård i offentlig regi kan införas oberoende av frågan om privatläkarvården. Jag anser det angeläget — bl. a. mot bakgrunden av de överläggningar med sjukvårdshuvudmännen som föregått promemorian — att förslaget i promemorian genomförs så snart som möjligt. Jag förordar att så sker med ingången av år 1970.

Kungl. Maj:t bör få riksdagens bemyndigande att fastställa grunder för läkarvårdersättningen. Ett sådant bemyndigande, som alltså kommer att innefatta befogenhet för Kungl. Maj:t att göra anpassningar efter fram-

tida förändringar, exempelvis privatläkarvårdens inordnande i det nu föreslagna systemet, bör lämpligen tas in i 2 kap. 2 § lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring (AFL).

Jag skall i det följande beröra vissa detaljfrågor som har aktualiserats i samband med remissbehandlingen.

Vad som skall avses med ett läkarbesök vid tillämpning av de nya reglerna har gett upphov till tvekan hos en del remissinstanser. Tanken bakom förslagets huvudregel är att varje läkarbesök som omfattas av försäkringen skall kosta 38 kr. eller vid hembesök 46 kr., dvs. för den enskilde patienten 7 resp. 15 kr. Leder besöket till att den försäkrade remitteras till röntgen- eller laboratorieundersökning beräknas inte någon särskild ersättning för sådan undersökning. Det är därvid likgiltigt om den försäkrade får en eller flera remisser och om den eller de föreskrivna undersökningarna kan utföras genast eller ej. Om läkare på den mottagning där patienten först har sökt vård remitterar honom för vård till en annan läkarmottagning som drivs av sjukvårdshuvudmannen bör som jag tidigare angett den redan erlagda avgiften även täcka kostnaden för det första besöket som remissen ger anledning till. Motsvarande bör gälla om den nye läkaren vid detta besök remitterar patienten vidare.

Leder besök på öppen mottagning till omedelbar intagning för sluten vård bör vården i dess helhet betraktas som sluten. Besöket på den öppna läkarmottagningen skall alltså inte debiteras särskilt i detta fall.

Beträffande röntgen- och radiumbehandlingar har i promemorian förutsetts att varje behandling i en serie skall ersättas som ett särskilt läkarbesök. Detta har kritiserats av några remissinstanser. Det framhålls att förslaget leder till kostnadsökning för patienten i jämförelse med vad som nu gäller. En längre serie av behandlingar kan bli kostnadskrävande för patienten. Jag delar de synpunkter som sålunda framförts. En tillfredsställande lösning kan nås om kostnaden för de vid ett läkarbesök ordinerade röntgen- och radiumbehandlingarna i likhet med kostnaden för undersökningar vid röntgenavdelning eller laboratorium täcks av den föreslagna enhetliga läkarvårdsavgiften. Jag förordar en sådan lösning.

Tillämpningen av de principer som jag nyss har berört bör inte bindas alltför hårt i detta sammanhang utan det får som i departementspromemorian har förutskickats ankomma på i första hand riksförsäkringsverket att meddela de anvisningar som behövs för tillämpningen. Förberedelser härför pågår inom riksförsäkringsverket i samarbete med sjukvårdshuvudmännen.

Förslaget i promemorian går ut från att principen om kostnadsfria remisser inte kan tillämpas i andra fall än när läkare som är anställd hos sjukvårdshuvudmannen har utfärdat remissen och följaktligen inte när en privatpraktiserande läkare remitterar till undersökning eller behandling hos sjukvårdshuvudmannen. Förslaget innebär därför i fråga om under-

sökning eller behandling efter remiss från privatpraktiker att avgift i vanlig ordning skall erläggas för besök som i anledning av remissen sker hos sjukvårdshuvudmannen. Detta har föranlett kritik från riksförsäkringsverket. Jag har förståelse för verkets synpunkter. Inom ramen för förevarande förslag torde den berörda frågan dock inte kunna lösas på annat sätt. Problemet får övervägas i anslutning till att frågan om privatpraktikernas ställning tas upp. Den föreslagna regeln skall emellertid, som verket också påpekar, inte tillämpas i de fall då en privatpraktiker sänder in ett prov för analys på laboratorium. I sådant fall måste gälla att frågan om gottgörelse för analysen av provet klaras mellan läkaren och det laboratorium denne anlitat för analysen. Någon ersättning enligt enhetstaxan från sjukförsäkringen till den sjukvårdshuvudman som driver laboratoriet skall alltså inte utgå i sådana fall.

Vid hembesök föreslås i promemorian att läkarvårdsavgiften skall vara 8 kr. högre än avgiften vid besök på läkarens mottagning och att detta belopp läggs på den andel av kostnaden som stannar på patienten. Riksförsäkringsverket har i sitt remissyttrande föreslagit en begränsningsregel för de fall då hembesöket avser flera personer i samma hushåll. Förslaget skulle för sådana fall enligt verkets mening medföra alltför hög avgift. Jag delar verkets åsikt. Grunden till promemorieförslaget har varit den högre kostnad som tillhandahållandet av läkarvård vid hembesök regelmässigt drar genom att läkaren måste lämna sin mottagning och bege sig hem till den sjuke. Denna kostnadsökning är i de vanliga fallen inte avhängig av hur många patienter som vårdas vid hembesöket. Det sagda leder till att förslaget bör modifieras. I likhet med vad som gäller beträffande läkarens inställesearvode enligt nuvarande återbäringsregler bör en bestämmelse ges av innebörd att inte mer än en avgift på 15 kr. tas ut om vård meddelas åt flera personer tillhörande samma hushåll vid ett hembesök. I övrigt beräknas alltså avgiften för den vård som lämnas varje medlem i hushållet till samma belopp som vid besök hos läkaren eller alltså till 7 kr.

Mot den föreslagna nivån för patientens nettoutgift för läkarvård, 7 kr. eller vid hembesök 15 kr., har invänts från Sveriges läkarförbund och SACO att den innebär en fördyring av sådana läkarbesök som enligt nuvarande läkarvårdstaxa hänförs till de lägsta taxegrupperna. Detta är enligt min mening ofrånkomligt om ett system med enhetlig avgift skall kunna genomföras. Jag finner inte skäl att frångå promemorieförslaget, som har lämnats utan erinran av övriga remissinstanser.

Ersättningen från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmannen, 31 kr. per besök, skall enligt promemorian utgå under förutsättning att för vården inte därutöver tas ut högre avgift än 7 kr. eller vid hembesök 15 kr. Detta innebär att rätten till ersättning från försäkringen inte påverkas av att vårdavgiften av sjukvårdshuvudmannen sätts ned under de angivna beloppen. Sjukvårdshuvudmännen skall alltså utan att gå miste om ersättning från

försäkringen kunna beakta de ekonomiska, sociala eller andra skäl till avgiftsnedsättning som kan föreligga i det enskilda fallet.

I enlighet med vad riksförsäkringsverket anfört i sitt remissyttrande måste garantier skapas för att behövlig sjukvård i hemmet kan fås till den angivna taxan, 15 kr. per besök. Det får ankomma på varje sjukvårdshuvudman att organisera jourtjänst som tillgodoser anspråken på läkarvård vid hembesök till sådan taxa.

Promemorieförslaget i fråga om telefonkonsultationer innebär att ersättning från försäkringen till huvudmannen skall utgå med 4 kr. under förutsättning att därutöver inte tas ut högre avgift av patienten än 2 kr. I remissyttrandena av Svenska kommunförbundet, Svenska landstingsförbundet och Stockholms stads sjukvårdsstyrelse har framförts tanken att den enhetliga läkarvårdsavgiften 38 kr. — varav patienten alltså betalar 7 kr. och sjukförsäkringen 31 kr. — bör tillämpas även vid rådfrågningar per telefon som innefattar läkarkonsultation och således utgör ett alternativ till personligt besök på mottagning, medan övriga rådfrågningar per telefon bör vara avgiftsfria. Med anledning av dessa synpunkter vill jag till en början framhålla att förslaget i fråga om telefonkonsultationer liksom i övrigt rör sig inom läkarvårdens ram. Förslaget innebär alltså inte att sjukförsäkringen skall ersätta telefonsamtal som inte innefattar läkarkonsultation. Vad åter angår storleken av den ersättning som bör lämnas vid läkarkonsultation per telefon måste utgångspunkten vara att läkarvård inte gärna kan sökas och ges på detta sätt annat än i mycket enkla fall. Den föreslagna enhetliga läkarvårdsavgiften 38 kr. tar sikte på kostnaderna för läkarvård i allmänhet och vid framräkningen av detta belopp har f. ö. telefonkonsultationerna inte vägts in. Att utsträcka dess tillämpning till telefonkonsultationer kan inte komma i fråga. Jag vill därför förorda den i promemorian föreslagna lösningen.

Även i fråga om telefonkonsultationer vilar förslaget på tanken att det skall stå sjukvårdshuvudmannen fritt att bestämma patientandelens storlek inom ramen för maximibeloppet 2 kr. De kontrollsynpunkter som riksförsäkringsverket i sitt remissyttrande anfört som ett motiv för att alltid kräva att patienten skall ha erlagt 2 kr. får tillgodoses på annat sätt. Jag vill i detta sammanhang understryka att hela det nya systemet med direktdebitering bygger på att sjukvårdshuvudmannen gentemot försäkringskassan bär förstahandsansvar för att de kostnader som debiteras kassan avser ersättningsberättigade personer och ersättningsbara åtgärder enligt gällande regler. I fråga om telefonkonsultationer måste debiteringsunderlaget i varje fall innefatta noteringar om de vårdsökande så att dessa kan identifieras.

Det i departementspromemorian föreslagna systemet för läkarvårdserättning är, som närmare har utvecklats i promemorian, begränsat till sådan läkarvård som omfattas av sjukförsäkringen, dvs. förutom vård av barnaföderskor endast vård vid sjukdom. I en del remissyttrandena har före-

slagits att ersättningssystemet skall utsträckas till förebyggande hälsovård. Jag anser det dock inte möjligt att i förevarande sammanhang gå in på sådana frågor, vilka i realiteten berör sjukförsäkringens grundläggande principer. Jag vill här erinra om att Kungl. Maj:t den 29 maj i år uppdragit åt socialstyrelsen att i samråd med riks-försäkringsverket och sjukvårdshuvudmännen göra en utredning rörande den förebyggande hälsovården.

Vid de överläggningar som har förts mellan representanter för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen har enighet rått om att all öppen vård som läkare meddelar på sjukhus skall föras in under det nya ersättningssystemet. Med andra ord har man varit ense om att varken överenskommelser att läkare skall få ta särskild ersättning av vårdsökande i den av huvudmannen anordnade öppna vården eller sådana avtal som ger läkare rätt till privatmottagning på sjukhus skall förekomma i fortsättningen. I anslutning till förslaget om direktdebitering av försäkringsersättning från sjukvårdshuvudman till försäkringskassa har mot bakgrunden därav i promemorian lagts fram ett förslag om ändring i 29 § sjukvårdslagen (SjvL) den 6 juni 1962 (nr 242). Enligt förslaget skall paragrafen i sin nya lydelse innehålla ett generellt förbud för den som är anställd i sjukvårdande verksamhet som avses i SjvL att för egen del motta ersättning av patient som undersöks eller behandlas inom verksamheten. Motsvarande ändringar förutsätts i reglementena för de statliga sjukhusen.

Omläggningen av ersättningssystemet bör på de skäl som närmare utvecklets i promemorian förfallningstekniskt ske på det sättet att den nuvarande ersättningsnormen i 2 kap. 2 § AFL utmönstras och Kungl. Maj:t i lagrummet ges befogenhet att fastställa grunder för ersättningen för läkarvårdsutgifter. Om en lösning av ersättningsfrågan vid privatläkarvård uppnås förutsätter jag att nödvändiga ersättningsbestämmelser för sådan vård kan ges av Kungl. Maj:t inom ramen för detta bemyndigande. Utöver denna lagändring behövs en omarbetning av återbäringstaxan och provinssiäläkartaxan.

Därjämte bör ändring göras i 29 § SjvL i enlighet med vad jag förut har anfört.

Vårdavgift i slutet sjukvård

Vårdavgiften i slutet sjukvård är f. n. i regel 5 kr. per dag på allmän sal. Sjukförsäkringen svarar i princip för avgiften för sjukhusvård såvitt gäller de försäkrade. För pensionärer är emellertid sjukhjälpstiden avseende ersättning för sjukhusvård i regel begränsad. Enligt 4 kap. 3 § AFL gäller att ersättning för sjukhusvård och sjukpenning sammantagna inte utgår för mer än 180 dagar efter ingången av den månad, varunder den försäkrade fyllt 67 år eller dessförinnan börjat åtnjuta ålderspension enligt AFL. För den som har hel förtidspension är sjukhjälpstiden också begränsad till 180 dagar i fråga om sjukhusvård. Eftersom den som åtnjuter hel förtids-

pension inte kan vara placerad i sjukpenningklass saknas i detta fall mot- svarighet till den regel om sammanräkning av dagar för sjukhusvård med sjukpenningdagar som gäller för ålderspensionärer. Inga begränsningar i sjukhjälpstiden gäller för pensionärer med partiell förtidspension.

Under tid då en försäkrad åtnjuter sjukhusvård skall enligt 3 kap. 4 § AFL avdrag i regel göras på den sjukpenning denne kan vara berättigad till. Avdraget uppgår till 5 kr. per dag, dock högst hälften av sjukpenningens belopp.

I promemorian föreslås att sjukförsäkringen såvitt gäller de försäkrade skall svara för en från den 1 januari 1970 till 10 kr. höjd vårdavgift på allmän sal på sjukhus. Sjukpenningavdraget vid sjukhusvård föreslås bibehållet på nuvarande nivå. Vidare föreslås en förlängning av sjukhjälpstiden för pensionärer från 180 till 365 dagar. Äldre bestämmelser skall dock fortfarande gälla för dem som vid ikraftträdandet av de nya bestämmelserna åtnjuter sjukhusvård oavbrutet sedan minst ett år. För utförsäkrade patienter skall en huvudman efter eget bedömande kunna begagna möjligheten att ta ut vårdavgift motsvarande folkpension efter avdrag för s. k. fickpengar. I de undantagsfall då man trots förstärkningen av sjukförsäkringsskyddet skulle få stötande sociala effekter förutsätts att sjukvårdshuvudmännen medger avgiftsnedläggning eller avgiftsbefrielse.

Förslagen har vunnit stöd från så gott som alla remissinstanser som har yttrat sig över dem. Jag förordar att de genomförs. Samtidigt vill jag föreslå ytterligare en ändring för att förbättra pensionärernas sjukförsäkrings- skydd.

Det i promemorian framlagda förslaget i fråga om pensionärernas sjukförsäkring innebär att sjukpenning och ersättning för sjukhusvård sammanlagt skall utgå för 365 dagar, varav sjukpenning för högst 180 dagar. Enligt promemorian bibehålls alltså nuvarande ordning som innebär att för ålderspensionärer sjukpenningdagar och dagar då ersättning för sjukhusvård har utgått sammanräknas när det gäller att bestämma det återstående antal dagar sjukhjälp skall utgå. Om med andra ord en försäkrad — utan att vara intagen på sjukhus — uppbär sjukpenning ett visst antal dagar som pensionär så minskas antalet dagar för vilka ersättning för sjukhusvård kan utgå i motsvarande mån. I likhet med vad riks-försäkringsverket anfört anser jag att detta samband bör brytas. Jag föreslår alltså att ersättning för sjukhusvård alltid skall utgå i 365 dagar. Den som är sjukpenningförsäkrad skall därjämte ha rätt att uppbära sjukpenning i 180 dagar. Kostnadsökningen för försäkringen på grund av ändringen är inte större än att den ryms inom ramen för de i promemorian angivna kostnadsberäkningarna.

Förbättringen av pensionärernas sjukförsäkring kräver ändring i 4 kap. 3 § AFL. Beträffande vad som i övrigt behandlas i detta avsnitt gäller att det ankommer på sjukvårdshuvudmännen att besluta om såväl höjning- 2 — *Bihang till riksdagens protokoll 1969. 1 saml. Nr 125*

en av vårdavgifterna som avgiftsnedläggningarna. Sjukförsäkringen svarar enligt 2 kap. 4 § AFL för den höjda vårdavgift vid sjukhusvård som i promemorian föreslås från den 1 januari 1970, och detta förslag påkallar således inte någon ändring i AFL. Det bör i detta sammanhang framhållas att vid de överläggningar som förekommit mellan socialdepartementet och representanter för sjukvårdshuvudmännen förutsatts att sjukvårdshuvudmännen i god tid ger till känna om någon ändring av vårdavgiften skulle aktualiseras framdeles.

Höjningen av vårdavgifterna jämte andra i promemorian angivna förhållanden påverkar innehållet i förordningen den 30 juni 1937 angående bidrag från landsting och städer, som ej deltagar i landsting, till bestridande av kostnaderna för vård i vissa fall å karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet. Jag föreslår att förordningen upphävs och ersätts med en ny. Denna bör enbart avse vård vid karolinska sjukhuset eftersom serafimerlasarettet numera övertagits av Stockholms stad.

Den i promemorian förutskickade översynen av SjuL i syfte att underlätta den öppna vården har kommit till stånd genom att Kungl. Maj:t den 29 maj 1969 meddelat den sakkunnige för utredning av vissa frågor angående sjukhusorganisationen m. m. ett vidgat uppdrag. Vidare har Kungl. Maj:t den 27 juni 1969 tillkallat en sakkunnig för att verkställa en utredning av vissa frågor rörande sjukvårdskostnaderna, innefattande dels en samhällsekonomisk analys rörande sjukvårdskostnadernas utveckling och dels en teknisk undersökning rörande verkningar individuellt och kollektivt av nuvarande metoder för sjukvårdskostnadernas finansiering.

Vårdavgift m. m. i vissa halvöppna vårdformer

Sjukvårdshuvudmännen har under senare tid vid vissa sjukhus börjat använda s. k. halvöppna vårdformer — dagsjukhusvård och nattsjukhusvård — som komplettering till den traditionella slutna vården. Tvekan om klassificeringen av de nya vårdformerna har skapat problem bl. a. vid tillämpningen av sjukförsäkringens ersättningsregler. Sådana problem kan också uppkomma vid s. k. femdagarsvård, dvs. när patienten vistas utanför sjukhuset över veckohelgen. I promemorian föreslås en lösning som innebär att dagsjukhusvård och nattsjukhusvård betraktas som slutna vård. Kriterium på vården blir då att den fordrar intagning på sjukhus. Patienten skall anses ha permission de tider då han inte vistas på sjukhuset. Förslaget i promemorian ger därigenom en avgränsning mot området för öppen vård. Endast sådan vård där ett avbrott naturligen har karaktären av permission hänförs hit. Femdagarsvården hänförs också i promemorian till slutna vård.

Förslaget har tillstyrkts av alla remissinstanser som har yttrat sig över

det och jag ansluter mig till det. Dess genomförande fordrar inte lagstiftningsåtgärder.

Som socialstyrelsen har framhållit i sitt remissyttrande kan det i tillämpningen uppkomma tvekan om den vård som i ett visst fall ges en patient skall betraktas som öppen eller sluten. Avgörandet måste grundas på det vårdbehov som kännetecknar det särskilda fallet. Från vårdorganisatoriska synpunkter är det angeläget med en enhetlig tillämpning. Även behovet av klarhet i fråga om ansvaret gentemot patienten och i fråga om kostnaderna för vården talar härför. En förutsättning för att den vård som bedrivs som dagsjukhus- eller nattsjukhusvård skall hänföras till sluten vård bör vara att den pågår ett visst antal dagar i följd. Det får ankomma på socialstyrelsen att i samarbete med riksförsäkringsverket verka för att enhetlighet åstadkoms.

Promemorian innehåller också förslag att patient i sluten vård skall få rätt till ersättning för läkarvårdskostnad som han ådrar sig under vistelse utanför sjukhuset. Förslaget är avsett att lösa vissa problem framför allt för patienter i dagsjukhusvård, nattsjukhusvård och femdagarsvård. Inte heller detta förslag har mött gensaga vid remissbehandlingen och jag förordar att det genomförs genom ändring i 2 kap. 2 § AFL.

I promemorian har intagits vissa rekommendationer till sjukvårdshuvudmännen, som innebär att dessa bör svara för resorna till och från sjukhuset för patienter i dagsjukhusvård, nattsjukhusvård och femdagarsvård. Undantag görs för intagnings- och utskrivningsresor, som försäkringen svarar för enligt nu gällande regler.

En grund för att sjukvårdshuvudmännen skall svara för kostnaderna för patienternas resor är att de vårdformer som det är fråga om framför allt har tillkommit i huvudmännens intresse och bör medföra kostnadsbesparingar för dessa. Jag ställer mig bakom de i promemorian upptagna rekommendationerna. Genom rekommendationerna får vi enhetliga regler för hela landet och slipper den splittring och oklarhet som nu råder. Eftersom de har tillstyrkts av så gott som alla sjukvårdshuvudmän förutsätter jag att rekommendationerna kommer att följas av sjukvårdshuvudmännen och jag anser således att något behov av lagstiftningsåtgärder inte föreligger f. n.

Även förslaget i promemorian om en utvidgning av rätten till ersättning för övernattningskostnader och om uppräknig av maximum för ersättningen har vunnit stöd i remissyttrandena och jag förordar att det genomförs. Genomförandet ankommer på Kungl. Maj:t med stöd av bemyndigande i sjukreseförordningen.

Kostnader och finansiering

På grundval av de beräkningar som redovisas i promemorian kan de förslag som jag i det föregående förordat beräknas medföra att kostnaderna

för sjukförsäkringen ökar med totalt omkring 250 milj. kr. om året. Därav finansieras ca 50 milj. kr. med statsbidrag. Detta statsbidragsbelopp motsvaras av att 45 milj. kr. avräknas på det statliga mentalsjukvårdsbidraget mot bakgrunden av den höjda vårdavgiften vid sjukhusen och av att avgiftsintäkterna vid de statliga sjukhusen ökar. Resten av kostnaderna, ca 200 milj. kr., finansieras med avgifter till sjukförsäkringen. I promemorian föreslås att dessa kostnader täcks genom att procentsatsen för arbetsgivaravgiften till sjukförsäkringen höjs från 2,6 till 2,9 % av avgiftsunderlaget.

Den föreslagna formen för finansieringen har tillstyrkts eller lämnats utan erinran av alla remissinstanser utom SAF och SHIO, som anser att höjningen bör läggas på de försäkrades egenavgifter.

Om ingen ändring vidtas i gällande finansieringsregler skulle kostnadsökningen på grund av förslagen resultera i en avsevärd höjning av de försäkrades egenavgifter. Dessa har under de senaste åren stegrats kraftigt till följd av de förbättringar i försäkringsförmånerna som genomförts. Däremot skulle arbetsgivaravgifter till sjukförsäkringen inte påverkas, eftersom de inte beräknas på grundval av försäkringens utgifter utan på grundval av utgivna lönebelopp. Som närmare har redovisats i promemorian har det bidrag arbetsgivaravgifterna lämnat till läkemedels-, läkarvårds-, rese- och sjukhusvårdsförmånerna — de grenar av sjukvårdsförsäkringen de ansetts i första hand böra lämna bidrag till — successivt sjunkit från ca 75 % av försäkringens kostnad efter avdrag för statsbidrag för år 1967 så att de beräknas bli ca 55 % för år 1969. En orsak till denna utveckling är att kostnaden för reformeringen av läkemedelsförmånerna liksom för uppräknningen av återbäringstaxans normer från ingången av år 1968 inte till någon del har lagts på arbetsgivaravgifterna. Görs det på samma sätt med kostnaderna för förevarande förslag kommer relationen mellan arbetsgivaravgifter och egenavgifter att ytterligare förskjutas. Jag förordar därför att kostnaden finansieras genom en sådan höjning av arbetsgivaravgiften som har föreslagits i promemorian. Detta beräknas, som i promemorian angivits, för år 1970 medföra att arbetsgivaravgiften täcker ca 65 % av kostnaderna för de nyss uppräknade förmånsgrenarna efter avdrag för statsbidrag.

Förslagen leder till ändring i 19 kap. 4 § AFL och 5 § förordningen den 18 december 1959 (nr 555) angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring.

Hemställan

I enlighet med det anförda har inom socialdepartementet upprättats förslag till

1) lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring,

- 2) lag om ändring i sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242),
- 3) förordning om ändring i förordningen den 18 december 1959 (nr 555) angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring,
- 4) förordning om bidrag från landsting och städer som ej deltagar i landsting till bestridande av kostnaderna för vård vid karolinska sjukhuset.

Förslagen torde få fogas till statsrådsprotokollet i detta ärende som bilaga 3¹.

Jag hemställer att lagrådets utlåtande genom utdrag av protokollet inhämtas enligt 87 § regeringsformen över förslaget till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring.

Vad föredraganden sålunda med instämmande av statsrådets övriga ledamöter hemställt bifaller Hans Kungl. Höghet Regenten.

Ur protokollet:

Britta Gyllensten

¹ Bilagan, som fränsett viss redaktionell ändring är likalydande med de vid propositionen fogade förslagen, har uteslutits här.

PRÖMEMORIA

**med förslag till ändringar av sjukvårdsförmånerna
inom sjukförsäkringen m.m.**

Utarbetad inom Socialdepartementet

Stockholm februari 1969

Inledning

I socialdepartementet har tagits upp frågan om en omläggning av sjukförsäkringens regler om ersättning för utgifter för läkarvård.

Vidare har i departementet behandlats de förslag i fråga om vårdavgift i slutet sjukvård m. m. som 1961 års sjukförsäkringsutredning har lagt fram i sitt i december 1967 avgivna betänkande »Förmåner och avgifter i slutet sjukvård m. m.» (SOU 1967: 63).

I förevarande promemoria redovisas de överväganden som skett inom departementet och framläggs förslag till ändringar av sjukvårdsförmånerna inom sjukförsäkringen m. m. Avsikten är att efter remissbehandling av promemorian lägga fram proposition i ämnet till 1969 års höstriksdag.

Överläggningar i berörda frågor har ägt rum mellan representanter för departementet och de kommunala sjukvårdshuvudmännen.

Förslagen innebär i huvudsak följande. Ett radikalt förenklat ersättnings-system för sjukförsäkringen införs för all den öppna läkarvård som lämnas i samhällets regi. I anslutning till att vårdavgiften för salspatienter på sjukhus höjs till 10 kr. per dag genomförs vidare en betydande förbättring av pensionärernas sjukförsäkringsskydd vid sjukhusvistelse. Särskilda ersättningsfrågor som sammanhänger med de nya s. k. halvöppna vårdformerna tas upp. Rätten till ersättning för övernattningskostnader i samband med läkarvård vidgas. Förslagen är avsedda att genomföras den 1 januari 1970.

Enligt nuvarande ordning betalar patienten i regel vid läkarbesöket hela läkararvodet och får sedan återbäring från försäkringskassan med tre fjärdedelar av beloppen i den s. k. återbäringstaxan. Nu föreslås att patienten vid besök hos läkare i offentlig sjukvård i stället skall erlagga en enhetlig läkarvårdsavgift, som tillfaller sjukvårdshuvudmannen. Också ersättningen från försäkringskassan betalas direkt till sjukvårdshuvudmannen.

Patientens läkarvårdsavgift blir 7 kr. per besök eller vid hembesök hos den sjuke 15 kr. Däri ingår eventuella röntgen- och laboratorieundersökningar m. m. Försäkringskassan betalar 31 kr. per besök till sjukvårdshuvudmannen. Det nya ersättningssystemet gäller all läkarvård som meddelas i samhällets regi och beräknas omfatta ca 15 miljoner läkarbesök per år. Det motsvarar ungefär tre fjärdedelar av alla läkarbesök i landet. Vid ett genomförande av den nya ersättningsformen kommer återbäringssystemet inom sjukförsäkringen endast att omfatta besök hos privatpraktiserande läkare.

Det nya ersättningssystemet innebär en förstärkning av försäkringsskyddet främst för patienter som behöver omfattande och dyrbar läkarvård. Re-

formen medför också praktiska lättnader för patienten. Denne slipper både att ligga ute med pengar för läkarvården och att gå till försäkringskassan för att få återbäring. Arbetet i försäkringskassorna kan också förenklas. Man räknar med att administrationskostnaderna härigenom kan minskas med åtminstone 10 milj. kr. om året. Reformen syftar också till att stimulera en fortsatt utbyggnad av den öppna läkarvården.

För patient som tas in på sjukhus ändras inte principerna för nuvarande ersättningsregler i sjukförsäkringen. Dessa regler innebär att försäkringskassan betalar en vårdavgift till sjukhuset och att patientens sjukpenning minskas med högst 5 kr. per dag. Sjukpenningavdragets belopp behålls oförändrat. Däremot avser sjukvårdshuvudmännen att den 1 januari 1970 ändra vårdavgiften från i regel 5 till 10 kr. per dag. Denna höjda avgift kommer sjukförsäkringen att svara för på samma sätt som hittills.

För pensionärerna är sjukförsäkringens sjukhjälpstid begränsad så att ersättning för sjukhusvård och sjukpenning tillsammans kan utgå i högst 180 dagar. Vid en ändring av vårdavgiften på sjukhus till 10 kr. per dag är det nödvändigt att genomföra en betydande förbättring av pensionärernas försäkringsskydd. Det föreslås att den nuvarande 180-dagarsregeln för pensionärernas sjukvårdsförsäkring utsträcks till 365 dagar vad gäller ersättning för sjukhusvård.

Sjukvårdshuvudmännen har under senare tid vid vissa sjukhus börjat praktisera s. k. halvöppna vårdformer, dagsjukhusvård och nattsjukhusvård, som komplettering till den traditionella slutna vården. Tvekan om klassificeringen av de nya vårdformerna har skapat problem bl. a. vid tillämpningen av sjukförsäkringens ersättningsregler. Sådana problem kan också uppkomma vid s. k. femdagarsvård. Promemorians förslag innebär att dessa vårdformer genomgående betraktas som slutna. Samtidigt föreslås den ändringen i reglerna för sjukförsäkringens ersättning för läkarvård, att patient i slutna vård skall ges rätt till ersättning för läkarvårdskostnad som han ådrar sig under vistelse utanför sjukhuset.

Promemorian innehåller slutligen förslag om vidgad rätt till ersättning för övernattningskostnader vid läkarvård utom hemorten.

Sammanlagt beräknas de angivna åtgärderna medföra att kostnaderna för sjukförsäkringen ökar med närmare 250 milj. kr. om året. Därav avgiftsfinansieras ca 200 milj. kr. Det föreslås att dessa kostnader täcks genom att procentsatsen för arbetsgivarnas avgift till sjukförsäkringen höjs från 2,6 till 2,9 %, dvs. med 0,3 %. De försäkrades egna avgifter till sjukförsäkringen påverkas inte.

I. Läkavårdsersättningen

Gällande försäkringsregler

Sjukförsäkringen enligt *lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring* (AFL) ger förutom sjukpenning och moderskapspenning sjukvårdsförmåner. Sjukvårdsförmånerna beskrivs i huvudsak i 2 kap. AFL och utgörs av ersättning för utgifter för läkarvård, viss tandläkarvård och sjukhusvård jämte resor i samband med sådan vård, för vissa särskilda sjukvårdande åtgärder och slutligen för läkemedel.

Försäkrade för sjukvårdsförmåner är på grund av 1 kap. 3 § första stycket AFL alla svenska medborgare och dessutom alla som utan att vara svenska medborgare är bosatta i Sverige. Utlandssvenskarnas sjukförsäkring är dock enligt 2 kap. 8 § AFL begränsad till sjukvårdsförmåner vid vård i Sverige som utgår under förutsättning att vårdbehovet har uppkommit här. Vissa konventioner som Sverige ingått innebär en utvidgning av kretsen förmånsberättigade till andra utlänningar än sådana som är bosatta här. Medlem i sjukkassa i annat nordiskt land är enligt en nordisk överenskommelse den 24 februari 1967 (se SFS 1967: 80) tillförsäkrad sjukvårdsförmåner under tillfällig vistelse eller på genomresa i Sverige om han plötsligt blir sjuk och i behov av läkarvård eller sjukhusvård. Brittisk medborgare som är bosatt i den europeiska delen av brittiska samväldet har också rätt att vid vistelse i Sverige få sjukvårdsförmåner från svensk försäkringskassa enligt den svensk-brittiska konventionen av den 9 juni 1956 (se SFS 1957: 154).

Ersättning för försäkrads utgifter för läkarvård utgår enligt 2 kap. 2 § första stycket AFL vid sjukdom som enligt läkares bedömning kräver sådan vård liksom vid förlossning. Ersättning utgår med tre fjärdedelar av utgifterna. Har utgifterna överstigit det belopp som de enligt en av Kungl. Maj:t fastställd taxa — återbäringstaxan — skall beräknas uppgå till, lämnas dock ersättning endast med tre fjärdedelar av taxans belopp. I utgifter för läkarvård inräknas kostnader för läkares resa och för läkarintyg som fordras för att få ut sjukpenning. Med läkarvård avses inte vård, som lämnas försäkrad vilken åtnjuter sjukhusvård.

I andra stycket av 2 kap. 2 § AFL ges vissa bestämmelser om återbäringstaxans innehåll. Tredje stycket av paragrafen upptar särskilda regler om begränsning av ersättningen för läkarvårdsutgifter för det fall att den försäkrade vid samma sjukdom uppenbarligen utan fog har sökt mer än en läkare eller anlitat läkare vid flera tillfällen än som har varit behövligt, liksom för det fall att han har påkallat besök av läkare i sin bostad eller annor-

städes fastän han uppenbarligen utan risk för försämring av hälsotillståndet hade kunnat besöka läkaren. De merkostnader som uppstår i sådana fall får den försäkrade själv bära helt.

Återbäringstaxan den 24 november 1967 (nr 717) avser sådan läkarvård — däri inbegripen röntgen- och annan undersökning — som kan meddelas av varje läkare liksom röntgenundersökning och röntgen- och radiumbehandling som utförs av läkare som är särskilt utbildad för detta. Vid beräkning av ersättning för specialistvård av annan art än den nämnda skall det emellertid enligt taxan anses att vården hade kunnat meddelas av varje läkare.

Utgifter för läkarvård som meddelas på läkarens mottagning ersätts enligt 2 § återbäringstaxan efter ett enligt grupptaxa beräknat läkararvode. Att arvode beräknas efter grupptaxa innebär att — med vissa undantag som framgår av det följande — alla åtgärder vid ett konsultationstillfälle, inklusive läkemedelsutskrivning, räknas som en enhet i ersättningshänseende. Taxan uppftar tre grupper. För grupp 1, som omfattar enkel rådfrågning eller enkel undersökning och behandling utgår arvodet 10 kr. För grupp 2, som avser konsultation som påkallar mer omfattande eller tidsödande undersökning eller behandling, utgår arvodet 20 kr., i stockholmsområdet (städerna Stockholm, Lidingö, Nacka, Solna och Sundbyberg) 25 kr. Grupp 3 slutligen avser konsultation som påkallar en eller flera särskilt krävande undersökningar eller behandlingar hänförliga till åtgärder som uppräknas i en särskild förteckning. Alltefter åtgärdens art utgår arvodet antingen 40 kr. (i stockholmsområdet 45 kr.) eller 60 kr. För rådfrågning per telefon beräknas ett arvode av 5 kr.

Beträffande läkarvård, som meddelas på läkarmottagning driven av sjukvårdshuvudman, vilken tillgodogör sig erlagda patientavgifter, skall den försäkrades ersättning för utgiften beräknas enligt grupp 1 i grupptaxan om inte annorlunda förordnas i särskild ordning. Sådana särskilda förordnanden om ersättning för läkarvård vid vissa polikliniker har getts den 28 juni, den 22 augusti och den 8 november 1968. De avser vård vid läkarmottagning driven av Stockholms stad och Göteborgs stad, vid karolinska sjukhuset, Ersta sjukhus, allmänna barnbördshuset, Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus, barnsjukhuset Samariten, norrbackainstitutet och akademiska sjukhuset i Uppsala samt Svenska diakonsällskapets epilepsisjukhus. Ersättning får enligt förordnandena utgå efter en avgift av 20 kr., för akademiska sjukhusets del 18 kr., under förutsättning emellertid att sjukvårdshuvudmannen inte tar ut högre avgift.

För sådan röntgenundersökning och röntgen- eller radiumbehandling som utförs av särskilt utbildad läkare utgår ersättning beräknad efter arvodesbelopp som differentieras alltefter åtgärden med ett grundarvode av 12 kr. och tilläggsarvoden på upp till 15 kr. (3 §).

För utgifter för läkarvård vid hembesök utgår, utöver ersättning enligt

grupptaxa, även ersättning beräknad på ett inställelsearvode av 15 kr. och för läkarens resekostnader (4 §). För läkarvård på obekvämtid utgår förhöjning av det beräknade arvudet, i normalfallet med 50 % — dock högst med 20 kr. —, vid hembesök med 12 kr. och vid telefonrådförfrågning med 5 kr. (5 §).

6 § återbäringstaxan ger regler om ersättning för laboratorieundersökningar. Kliniska laboratorieundersökningar indelas i grupper enligt förteckning. De enklaste ger ej särskild rätt till ersättning. För övriga utgår alltefter grupperingen ersättning efter en kostnad av 5 till 20 kr.

I beloppen som anges i de särskilda förordnandena avseende viss poliklinikvård inräknas avgifter för klinisk laboratorieundersökning som utförs i samband med läkarvården.

Ersättning för utgift för läkarintyg som behövs för att få ut sjukpenning utgår efter ett arvode av 5 kr. (7 §). Ersättning för materielkostnader utgår enligt närmare regler för förbandsmateriel, bedövningsmedel, röntgenfilm och kontrastmedel (8 §).

Organisationen av den öppna vården

I *sjukvårdslagen den 6 juni 1962* (nr 242) (SjvL) regleras landstingskommunernas och de landstingsfria städernas skyldighet att meddela såväl slutna som öppna vård. Beträffande statens sjukvårdsanstalter regleras verksamheten i särskilda reglementen och stadgor för de olika vårdenheterna. För sjukvårdsanstalt som drivs av enskild person eller sammanslutning gäller i första hand Kungl. Maj:ts stadga den 22 april 1960 (nr 114) angående enskilda sjukhem m. m.

Beträffande vårdskyldighet och vårdavgifter utgör landstingskommun liksom stad, som ej tillhör sådan kommun, ett sjukvårdsområde (1 §). I fortsättningen kommer beteckningen landstingskommun att användas för såväl de egentliga landstingskommunerna som städerna utanför landsting, om inte annat framgår av sammanhanget.

Med sjukhus förstås en av landstingskommun driven anstalt för ombesörjande av sådan vård för sjukdom, skada, kroppsfel eller barnsbörd, som fordrar intagning på anstalt (sluten vård). Vård som ges åt annan än den som är intagen på sjukhus benämns öppen vård (2 §).

Det åligger landstingskommun att för dem som är bosatta inom sjukvårdsområdet ombesörja såväl öppen som slutna vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd i den mån annan inte drar försorg därom. Samma skyldighet att ombesörja vård har landstingskommun gentemot dem, som vistas inom sjukvårdsområdet utan att vara bosatta där, om behov av omedelbar vård föreligger (3 §).

För öppen läkarvård utanför sjukhus skall landstingskommunen vara indelad i läkardistrikt (4 §).

I varje läkardistrikt i landstingskommun skall finnas minst en provinsial-

läkare. Vidare kan anställas biträdande provinsialläkare och extra provinsialläkare. I stad som inte tillhör landstingskommun skall finnas minst en stadsdistriktläkare i varje läkardistrikt (15 §).

Den som driver sjukhus bestämmer efter vilka grunder och till vilket belopp vårdavgift skall erläggas till sjukhuset för där meddelad sjukvård (27 §).

29 § SjuvL ger ett generellt förbud för befattningshavare vid sjukhus att motta särskild ersättning för undersökning, behandling eller skötsel av där intagen person eller för åtgärd, som står i omedelbart samband med intagning på eller utskrivning från sjukhuset. Förbudet gäller dock inte med avseende på åtgärder som har vidtagits vid läkares besök hos den sjuke utanför sjukhuset.

För öppen vård på sjukhus får läkare efter överenskommelse med landstingskommunen ta ut särskild ersättning av den vårdsökande. För öppen vård utanför sjukhus får provinsialläkare, biträdande provinsialläkare och extra provinsialläkare liksom vikarie för sådan läkare inte ta ut högre ersättning av den vårdsökande än som följer av överenskommelse med landstingskommunen.

Vid *landstingens sjukhus* hade tidigare de dåvarande lasarettsläkarna (de motsvaras numera av överläkarna) egna mottagningar för öppen vård. I viss utsträckning avstod de från denna verksamhet till förmån för underordnade läkare. Främst var detta fallet beträffande jourmottagning och eftervårdsmottagning. Genom införandet av 1959 års sjukhuslag, som sedermera har ersatts av SjuvL, har den öppna vården vid sjukhusen fått en helt förändrad ställning. Den tidigare rätten för lasarettsläkare att driva och tillåta underordnade läkare att driva privatpraktik på sjukhusen har förvandlats till ett tjänsteåliggande att, med utnyttjande av klinikens personal och utrustning, lämna vård i enlighet med landstingskommunens åliggande enligt SjuvL att ombesörja öppen sjukvård.

Läkare som tjänstgör vid landstingens lasarett är enligt lasarettsläkaravtalet regelmässigt skyldiga att i sin verksamhet inom den öppna vården följa den s. k. lasarettsläkartaxan, som i huvudsak överensstämmer med återbäringstaxan. Endast beträffande laboratorieundersökningar föreligger skillnader. Ersättning för läkarintyg regleras ej i avtalet.

Den öppna vården vid *Stockholms stads* och *Göteborgs stads sjukhus* bedrivs huvudsakligen i form av poliklinikmottagning, jourmottagning och privatpraktik.

En poliklinik är antingen direkt inordnad under vederbörande sjukhusklinik, varvid dennas underordnade läkare också tjänstgör vid polikliniken, eller fristående från sjukhusklinik, varvid vården meddelas av särskilda poliklinikläkare. För jourmottagning får läkare i princip ta ut ersättning efter återbäringstaxan.

Sjukhusläkarna hos Stockholms stad har i princip rätt att utöva privatpraktik på sjukhusen. För biträdande överläkare och underläkare gäller den förutsättningen att privatpraktik får bedrivas »i sådan utsträckning, å sådana lokaler och å sådan tid, att sjukhusarbetet icke blir lidande eller att verksamheten i övrigt icke träder stadens berättigade intressen för nära». För underläkare fordras dessutom vederbörande överläkares tillstånd. För vissa tjänster gäller särskilda inskränkningar. För de nyttigheter som sjukhuset tillhandahåller erlägger läkaren i vissa fall ersättning till staden.

Rätt att driva privatpraktik inom Göteborgs stads sjukhus har i princip överläkare och biträdande överläkare. Ersättning till huvudmannen erläggs enligt särskilda bestämmelser.

För den öppna vården vid *allmänna sjukhuset i Malmö* gäller att överläkare och biträdande överläkare inte är taxebundna. Underläkare är där emot i princip skyldiga att tillämpa återbäringstaxan. För annan mottagning än jourmottagning erlägger läkaren viss ersättning per besök till huvudmannen.

Vid *de kommunala undervisningssjukhusen* föreligger vissa särskilda förhållanden. Så tillerkänns t. ex. vissa akademiska lärare med kombinerad kommunal och statlig tjänst (professorer, laboratorer och kliniska lärare) rätt till privatmottagning på sjukhuset.

Vad avser *de statliga sjukhusen* bedrivs poliklinikvård vid karolinska sjukhuset efter samma principer som vid Stockholms stads och Göteborgs stads sjukhus. Efter tillstånd av sjukhusdirektionen får privatmottagning bedrivas av överläkare, biträdande överläkare eller vikarie för sådan. Överläkare och biträdande överläkare är inte taxebundna.

Underläkare skall i de fall de har rätt att uppbära ersättning från patient tillämpa återbäringstaxan. Vid akademiska sjukhuset i Uppsala bedrivs också den öppna vården i form av poliklinikvård, jour- och eftervård och privatmottagning. Ersättningarna till läkarna utgår enligt samma principer som vid karolinska sjukhuset. Samma gäller för statliga läkartjänster vid serafimerlasarettet, Sabbatsbergs sjukhus och S:t Görans sjukhus.

I och med att SjvL trädde i kraft den 1 juli 1963 utvidgades landstingens ansvar som sjukvårdshuvudmän inom landstingsområdet till att i princip omfatta även hela den öppna vården utanför sjukhus. Som framgår av den inledande översikten över SjvL:s bestämmelser, begränsades dock den närmare regleringen av denna vård till vård som meddelas av tjänsteläkare. I samband härmed överfördes provinsialläkarväsendet till landstingen.

De landstingsanställda provinsialläkarna är enligt avtal med huvudmännen skyldiga att inte överskrida lasarettsläkartaxan. Beträffande sjukbesök och annat som inte omfattas av lasarettsläkartaxan tillämpas återbäringstaxans bestämmelser. I den mån arvode erlagts för besök på mottagning betalar läkaren ersättning till landstinget.

Ett tiotal *provinsiälläkare*, som vid provinsialläkarreformen 1963 föredrog att icke övergå till landstingskommunalt huvudmannaskap kvarstår f. n. på övergångsstat i *statlig tjänst*.

Enligt gällande avlöningsbestämmelser äger innehavare av eller vikarie på sådan tjänst åtnjuta inkomster enligt gällande taxa, varmed avses *provinsiälläkartaxan den 10 maj 1963* (nr 160).

Arvodesbeloppen i provinsialläkartaxan an knyter till återbäringstaxans belopp. Beloppen skiljer sig endast beträffande sättet för beräkning av ersättning av resekostnader vid hembesök m. m. I provinsialläkartaxan regleras vidare läkarens skyldighet att erlagga ersättning till huvudmannen. Denna ersättning tillförs en fond för vidareutbildning av provinsialläkare.

Stadsdistriktsläkare som finns i Stockholm, Göteborg och Malmö är taxebundna för vård av obemedlade patienter inom distriktet. För övrig vård är distriktsläkaren inte taxebunden. Läkaren erhåller viss lön av staden och svarar i regel själv för sina allmänna mottagningskostnader.

En kraftigt ökad sjukvårdskonsumtion kan avläsas inom den öppna läkarvården. Utvecklingen återspeglas i antalet läkarbesök, som på tio år har ökat från 15 milj. till omkring 20 milj. läkarbesök per år. Av riks försäkringsverkets kvittoundersökning för år 1966 framgår följande beträffande fördelningen av läkarbesök i öppen vård på olika läkarkategorier:

Provinsiälläkare och stadsdistriktsläkare	24,5 %
Överläkare	20,5 %
Underläkare	20,3 %
Poliklinikvård	8,8 %
Privatpraktiserande läkare	25,9 %

Synpunkter på ersättningsreglernas verkan

Återbäring utgår enligt bestämmelserna med 75 % av den försäkrades utgift för läkarvård i den mån kostnaden inte överstiger återbäringstaxans normer. Det belopp varmed kostnaden kan överstiga normen stannar i sin helhet på den försäkrade.

Riksförsäkringsverket gjorde år 1966 en statistisk undersökning av läkarvårdskvitton för att med ledning av de debiterade läkarvårdsarvodena utvärdera hur stor täckning för den försäkrades utgift den lämnade återbäringen verkligen gav. Resultatet visade en återbäring av 52,8 % för stockholmsområdet och 64,2 % för riket i övrigt.

De nuvarande återbäringsnormerna, som gäller från den 1 januari 1968, innebar en uppräkningsnivå med genomsnittligt ca 35 % i förhållande till den som gällde 1966. Verkan av uppräkningsnivån har riks försäkringsverket försökt mäta genom en statistisk undersökning av vissa läkarvårdskvitton, som har legat till grund för utbetalning av läkarvårdsersättning i september 1968.

I undersökningen ingick endast kvitton, som upptog enbart besök på läkares mottagning enligt 2 § i återbäringstaxan. Urvalsundersökningen omfattade ca 80 000 besök på läkares mottagning. Kvittomaterialet uppdelades på olika läkarkategorier på så sätt att varje i materialet representerad läkare hänfördes till kategori med hänsyn till sin huvudsakliga sysselsättning.

För var och en av de olika taxegrupperna i återbäringstaxan uträknades det erlagda medelarvodet för de olika läkarkategorierna i stockholmsområdet och i riket i övrigt. Vidare ställdes medelarvodena i relation till återbäringstaxans motsvarande belopp. Resultaten framgår av tabell 1 i tabellbilagan. Vissa av undersökningsresultaten grundar sig på ett fåtal besök och måste därför tolkas med stor försiktighet.

Resultaten visar bl. a. att en försäkrad som anlitar läkare inom stockholmsområdet i genomsnitt för alla taxegrupper får betala ett medelarvode som överstiger återbäringstaxans normer med 15,0 % hos stadsdistriktsläkare, 33,4 % hos överläkare, 5,4 % hos underläkare och 42,5 % hos privatpraktiker eller i medeltal för alla olika läkarbesök 31,4 %. Motsvarande siffror för landet i övrigt är för vård hos provinsialläkare 0,1 %, stadsdistriktsläkare 11,8 %, överläkare 4,6 %, underläkare 3,0 % och privatpraktiker 32,5 % eller i medeltal 9,6 %.

Dessa resultat innebär en genomsnittlig återbäring inom stockholmsområdet av 55,8 % och i riket i övrigt av 68,6 %.

Av vad som i det föregående anförts framgår att det försäkringsskydd som reglerna om ersättning för utgifter för läkarvård avser att ge i själva verket växlar i hög grad. För den enskilde kan detta ha stor betydelse. En undersökning som avser förhållandena år 1965 visar att mer än 50 % av sjukförsäkringens återbäring för läkarvård betalades ut till endast 10 % av det totala antalet försäkrade. Årsbeloppet för återbäringen översteg i dessa fall 100 kr. per försäkrad.

Återbäringssystemet tillämpas i regel så att den försäkrade vid läkarbesöket erlägger hela läkararvodet varefter han mot avlämnande av läkarvårdskvittot får ersättning för utgiften från försäkringskassan.

För att få ut läkarvårdsersättningen står två vägar till buds för den försäkrade, nämligen besök hos försäkringskassan eller anlåtande av posten. Gjorda undersökningar tyder på att de försäkrade föredrar att göra personliga besök hos försäkringskassan om inte kassans expedition ligger alltför avlägset. Oavsett vilket förfaringssätt den försäkrade väljer är det emellertid uppenbart att systemet ger upphov till besvär och tidsutdräkt för den försäkrade.

En annan för den försäkrade enklare metod praktiseras vid vissa sjukvårdsinrättningar, bl. a. sådana polikliniker som berörs av de i det föregående angivna särskilda taxebesluten. Den innebär att den försäkrade endast betalar den del av läkarvårdskostnaden som slutligen skall stanna

på honom. Återstoden uppför huvudmannen på samlingsräkning som månadsvis tillställs försäkringskassan. Metoden tillämpas vanligen endast för försäkrade i den försäkringskassa inom vars område sjukhuset är beläget.

Det är uppenbart att den vanliga metoden även från försäkringsadministrationens synpunkt är mindre rationell än den som praktiseras inom poliklinikvården. Det finns inte något statistiskt underlag som möjliggör en mera exakt beräkning av försäkringskassornas kostnader för handläggning av läkarvårdskvitton. Det är förenat med stora svårigheter att försöka renodla denna kostnadsfaktor, eftersom såväl personal som lokaler och utrustning jämsides utnyttjas för flera olika verksamhetsgrenar. Vissa beräkningar kan emellertid göras på grundval av uppgifter från de rationaliseringsundersökningar, som utförts hos försäkringskassorna.

Enligt en inom RAFA-utredningens kansli gjord beräkning kan den andel av försäkringskassornas lönekostnader som avser sjukvårdsförsäkringen uppskattas till ca 25 milj. kr. Inräknat försäkringskassornas övriga förvaltningskostnader beräknas sjukvårdsförsäkringens administration kosta ca 36 milj. kr. Härav kan 25 % beräknas belöpa på andra sjukvårdsförmåner än läkarvårdersättning. Med ledning av dessa beräkningar kan man i stora drag uppskatta försäkringskassornas administrationskostnader för läkarvårdersättning till omkring 30 milj. kr. Antalet tjänstemän som sysselsätts med dessa arbetsuppgifter kan beräknas till närmare 1 000 och administrationskostnaden per läkarvårdskvitto till omkring 1: 50 kr.

De läkare som är anställda av sjukvårdshuvudmännen uppbär lön av huvudmannen och har enligt den nu gällande ordningen därutöver rätt att uppbära arvode från patienter i öppen vård. Av de arvoden, som läkaren tillgodogör sig av patienten erlägger läkaren en viss del i efterskott till huvudmannen såsom ersättning för utnyttjande av lokaler, biträdande personal, förbrukningsmateriel m. m. Denna ersättning till huvudmannen är i realiteten ett medel att avpassa läkarens totalinkomst till avsedd nivå. Det är i praktiken inte mottagningskostnadernas nivå utan i stället förhållandet mellan återbäringstaxans, arvodestaxans och den avsedda totalinkomstens nivå, som bestämmer storleken av ersättningen.

Förslag till omläggning av ersättningssystemet

Som framgår av det tidigare anförda finns det starka skäl för en reformering av sjukförsäkringens läkarvårdersättning.

Enligt den grupptaxa som nu gäller för läkarvårdersättningen varierar arvodesbeloppen mellan 10 och 60 kr. beroende på behandlingens art och omfattning. För läkarvård som meddelas på obekvämtid får arvodet höjas med 50 %, dock med högst 20 kr. Arvodesbeloppen enligt grupptaxan skall alltså variera mellan lägst 10 kr. och högst 80 kr. per besök. Eftersom patienten slutligt svarar för 1/4 av kostnaden kan patientens egen kostnad vid taxebunden läkarvård variera mellan 2: 50 och 20 kr. per läkar-
3 — *Bihang till riksdagens protokoll 1969. 1 saml. Nr 125*

besök. Härtill kommer kostnader för röntgen- och laboratorieundersökningar m. m. Särskilt vid upprepade läkarbesök kan läkarvården betyda kännbara kostnader för den sjuke.

Det framstår från rättvisesynpunkt som angeläget att utjämna skillnaden mellan olika patienters kostnader i öppen vård. En förstärkning av försäkringsskyddet för patienter som behöver en omfattande och dyrbar vård är påkallad.

Patientens kostnad bör göras i möjligaste mån oberoende av arten och omfattningen av den behandling som getts. Ersättningen från försäkringen bör vidare bestämmas så att den kostnad som slutligen stannar på den försäkrade under sjukdom blir förhållandevis låg.

Den försäkrade bör inte heller vid läkarbesöket belastas med större utlägg än som slutligen skall stanna på honom. Den del av läkarvårdskostnaden som sjukförsäkringen ersätter skall han alltså inte behöva försköttera. En sådan metod medför uppenbarligen stora fördelar för de försäkrade även rent praktiskt. Patienten slipper både att ligga ute med pengar för läkarvården och att gå till försäkringskassan för att få återbäring.

Genom de angivna åtgärderna bör den öppna vården också kunna vinna i konkurrenskraft gentemot den slutna vården, som ju f. n. är betydligt billigare för patienten än den öppna samtidigt som den för sjukvårdshuvudmännen är mycket kostsammare. En överföring av sjukvårdsefterfrågan till öppnare vårdformer bör alltså kunna främjas av reformeringen av sjukförsäkringens ersättningssystem.

Den vård som de offentliga sjukvårdshuvudmännen tillhandahåller svarar för närmare 75 % av hela vårdvolymen i öppen vård, vilken f. n. uppgår till inemot 20 milj. läkarbesök per år. Det förslag som framläggs i denna promemoria avser all den offentliga öppna läkarvården men däremot inte privatläkarna. Kontakter har tagits med Sveriges läkarförbund angående möjligheterna att finna en lämplig lösning även för privatläkarna. Förvarande förslag torde emellertid kunna genomföras oberoende av om man härvidlag kan komma fram till ett liknande system eller ej.

Ett system med *enhetlig läkarvårdavgift* bör omfatta alla utgifter för läkarvård som 2—8 §§ återbäringstaxan avser. Här avses alltså läkarvård, vare sig den lämnas på läkarens mottagning eller vid hembesök, röntgenundersökningar och röntgen- eller radiumbehandlingar, laboratorieundersökningar och intyg för sjukpenning. Läkarens resekostnader vid hembesök, läkarvård på obekvämd tid och materielförbrukning bör inte heller föranleda särskild debitering.

Beräkningar av de försäkrades nuvarande medelkostnader inom återbäringstaxans ram för läkarvård som tillhandahålls av sjukvårdshuvudmännen redovisas i tabellbilagan till promemorian. Till utgångspunkt för beräkningarna har beträffande grupptaxevård tagits medeltaxebeloppen för vård på läkarens mottagning, vilka ger en bild av hur mycket ett läkarbesök

genomsnittligt kostar. Dessa belopp har framräknats med ledning av de uppgifter som erhållits i riksförsäkringsverkets undersökning av läkarvårdskvitton i september 1968. Medeltaxebeloppet — vilket utgör medelvärdet av de belopp i återbäringstaxan som svarar mot de av läkaren gjorda besöksgrupperingarna — har för läkare med huvudsaklig sysselsättning som anställd hos sjukvårdshuvudman på detta sätt beräknats till 28:77 kr. för stockholmsområdet, 22:05 kr. för riket i övrigt och 22:55 kr. för riket i dess helhet.

Till dessa medeltaxebelopp har lagts de ersättningsgilla kostnaderna för hembesök, laboratorieundersökningar, röntgenundersökningar etc. som enligt det förut anförda bör omfattas av det enhetliga ersättningssystemet, utslagna på totalantalet konsultationer. Resultatet har blivit en genomsnittlig ersättningsgill totalkostnad för stockholmsområdet på 36:20 kr., riket i övrigt 29:77 kr. och hela riket 30:28 kr.

Motsvarande beräkningar för poliklinikvård ger ett resultat för stockholmsområdet av 27:55 kr., för riket i övrigt 24:87 kr. och för hela riket 26:21 kr.

Väger man samman grupptaxevård och poliklinikvård med hänsyn tagen till besöksfrekvensen blir den genomsnittliga ersättningsgilla totalkostnaden i avrundade tal för stockholmsområdet 32 kr. och för riket i övrigt 28 kr. eller för riket i dess helhet 29 kr.

I samband med en omläggning av ersättningssystemet bör den nuvarande ersättningsnivån höjas. Därigenom ges sjukvårdshuvudmännen en bättre kostnadstäckning i den öppna vården och därmed en stimulans till den önskvärda utbyggnaden av denna vårdform. Inom ramen för en höjd ersättningsnivå kan man också komma ifrån den skillnad mellan stockholmsområdet och landet i övrigt som nu föreligger och som alltmer har kommit att framstå som omotiverad. Det föreslås att ersättningssystemet i princip skall anknytas till en avgiftsnivå på 38 kr. per besök.

Förslaget innebär alltså att avgiften för en patient som anlitar läkarvård som tillhandahålls av sjukvårdshuvudman i regel skall vara 38 kr. per besök. Därutöver beräknas inte någon särskild ersättning för undersökningar vid röntgen- eller laboratorieavdelning. Avgiften är avsedd att gälla även för det fall att läkare på den mottagning där patienten först har sökt vård remitterar patienten vidare till annan mottagning hos sjukvårdshuvudmannen. Systemet bör verka så, att patienten och försäkringen inte betalar mer än en vårdavgift första gången den försäkrade uppsöker ett sjukhus för öppen vård. Vid återbesök bör gälla att nya ersättningsbelopp på 38 kr. beräknas. Avgiften 38 kr. bör gälla även när patient har remitterats från privatpraktiserande läkare direkt till sjukvårdshuvudmans röntgen- eller laboratorieavdelning för undersökning.

Röntgen- och radiumbehandlingar förekommer ofta i serier. Den enhetliga läkarvårdsavgiften kan inte utsträckas att gälla hela sådana be-

handlingsserier. Det föreslagna systemet bör här tillämpas så att varje behandling ersätts som ett särskilt läkarbesök.

Endast för läkarvård vid hembesök bör en annan avgift än 38 kr. tillämpas. Kostnaderna för sådana besök blir regelmässigt högre än för vård på läkarens mottagning. Mot bakgrunden härav bör avgiften vid hembesök sättas högre än i normalfallet. Skillnaden bör överstiga det självriskbelopp, vanligen 4 kr., som enligt sjukreseförordningen den 25 maj 1962 (nr 385) gäller beträffande ersättning för den försäkrades egna resekostnader vid besök hos läkaren. Ett pålägg av 8 kr. synes skäligt, vilket innebär en avgift av 46 kr.

Patientens nettoutgift för läkarvård, dvs. den del av läkarvårdskostnaden som slutligen stannar på den försäkrade, uppgår inom den nuvarande återbäringstaxans ram genomsnittligt till ca 7 kr. per konsultation. I det nya systemet bör denna andel behållas på samma nivå. Patientandelen föreslås därför till 7 kr.

Av skäl som nyss utvecklats bör patientkostnaden sättas högre vid hembesök. Skillnaden i avgift är 8 kr. Det är uppenbart att de särskilda kostnader för ett hembesök som drabbar patienten enligt nuvarande återbäringsregler vanligen uppgår till minst detta belopp. Avgiftsskillnaden bör falla på patienten och patientandelen vid hembesök föreslås därför till 15 kr.

Ersättningen från sjukförsäkringen blir i enlighet med det sagda genomgående 31 kr. per besök.

För att syftet med reformen skall nås bör som villkor för ersättning från sjukförsäkringen gälla att för vården inte tas ut högre avgift än 38 kr. eller vid hembesök 46 kr. per besök.

I det föregående har bestämmelserna om rådfrågning per telefon inte berörts. Det synes önskvärt att även sådan förs in i det nya ersättnings-systemet när det gäller läkarvård som tillhandahålls av sjukvårdshuvudman. En enhetlig avgiftsnivå utan tillägg för det fall att rådgivningen skett på obekvämtid bör bestämmas. Beträffande sådan telefonrådgivning som nu åsyftas föreslås därför i huvudsaklig överensstämmelse med nu gällande bestämmelser att återbäring skall utgå med 4 kr. under förutsättning att högre avgift än 6 kr. inte tas ut.

Möjligheten att debitera patient för telefonkonsultationer torde ha den största praktiska betydelsen när konsultationen har lett till utskrivning av läkemedel. F. n. är det vanliga förfaringssättet i dessa fall att läkaren ånger det arvode han begär i samband med att han telefonerar in receptet till apoteket. Apoteket inkasserar då det begärda läkararvodet av patienten i samband med att patienten hämtar medicinen på apoteket och tillställer läkaren beloppet. Förfaringssättet torde med de modifikationer som följer av en nettodebiteringsmetod kunna användas även i det föreslagna ersättningsystemet för den av sjukvårdshuvudmännen drivna öppna vården.

Systemet bör omfatta all sjukvård som meddelas av läkare hos sjukvårdshuvudman. Beträffande läkare vid sjukhus avses därvid all läkarvård som han meddelar vid sjukhuset. Även läkarvård i jourtjänst för hembesök, som huvudman organiserar med deltagande av läkare som eljest inte är anställd hos honom, ingår i den vård som här avses.

I tillämpningen bör observeras att sjukförsäkringen har begränsats till att ge, förutom hjälp till barnaföderskor, endast ersättning vid sjukdom. Utgifter för undersökning och vård som meddelas utan att sjukdom föreligger ersätts inte. Således utgår inte ersättning för förebyggande hälsovård.

Någon definition av begreppet sjukdom finns inte i AFL. Tillämpningen av detta begrepp, som alltså är avgörande för ersättningsrätten, bygger på uttalanden i förarbetena till den tidigare lagen om allmän sjukförsäkring. Dessa uttalanden innebär i huvudsak följande. Vid bedömandet av huruvida sjukdom föreligger bör man i första hand hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse som sjukdom. Med denna utgångspunkt kan som sjukdom betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, som inte sammanhänger med den normala livsprocessen. De störningar och fysiologiska förändringar, som står i samband med det naturliga åldrandet, bör inte anses som sjukdom. Inte heller bör ett medfött lyte i och för sig betraktas som sjukdom. Vid bedömningen bör emellertid även skälighetssynpunkter beaktas. Söker en person läkare och har han skäl att anta att han är sjuk, bör således ersättning kunna utges även om läkaren inte kan konstatera någon sjukdom. Ersättning bör också utges vid vård, som föranleds av medfödda kroppsfel och genom vilken arbetsförmågan hos den vårdade kan höjas. Operation för t. ex. skelögdhet bör ersättas. Däremot bör ersättning inte utgå då fråga är om åtgärder, som huvudsakligen är betingade av ansökan att förbättra utseendet. I tveksamma fall bör ersättning utges, då den lämnade vården enligt läkarens utsago är att betrakta som vård vid sjukdom.

Som framgår av det anförda lämnas både inom och utom sjukhus vård som inte är ersättningsberättigad enligt sjukförsäkringens regler. Vid sådan vård finns således inte utrymme för sjukvårdshuvudmannen att debitera försäkringskassan någon del av vårdkostnaden.

Som inledningsvis nämnts är ett krav på det nya systemet att den försäkrade inte belastas med större utlägg vid läkarbesöket än som motsvarar den kostnad som slutligen skall stanna på honom. Principen om en såvitt möjligt enhetlig läkarvårdskostnad innebär också att avgiften för läkarvården inte är direkt beroende av den behandlande läkarens arbetsinsats i det enskilda fallet. Detta leder till att ersättningen för vården inte längre bör uppbäras av läkaren utan av sjukvårdshuvudmannen. Därmed skapas enkelt förutsättningar för att försäkringskassan på samma sätt som nu förekommer t. ex. i slutna vård betalar försäkringsersättningen direkt till

huvudmannen. Under förutsättning att patienten tillhör försäkringskassa eller är svensk medborgare och det är fråga om vård som avses i 2 kap. 8 § AFL eller patienten på grund av överenskommelse med främmande stat har rätt till sjukvårdsförmåner från försäkringen skall han således inte behöva erlagga större del av läkarvårdskostnaden än som överstiger försäkringens ersättning, dvs. inte mer än 7 kr. per besök eller vid hembesök 15 kr. per besök.

Metoden med *direktdebitering från sjukvårdshuvudmannen till försäkringskassan* innebär för den försäkrade att han efter läkarbesök behöver träda i förbindelse med försäkringskassan endast om han skall lyfta ersättning för resa till läkaren eller sjukpenning.

För försäkringskassorna kan den föreslagna metoden ge möjligheter till betydande rationaliseringsvinster. Därvid förutsätts att ett lämpligt avräkningsförfarande kommer till stånd mellan kassorna och sjukvårdshuvudmännen. Ett sådant bör utarbetas i samråd mellan riksförsäkringsverket och sjukvårdshuvudmännens organisationer. Frågan om kontrollen får därvid även tas upp till överläggning. Rationaliseringsvinsten för försäkringskassorna kan i pengar uppskattas till åtminstone 10 milj. kr. om året. Även för sjukvårdshuvudmännen som ansvariga för den öppna vården liksom för läkarna bör metoden ha väsentliga fördelar, då läkarna kan frigöras från bestyr med att inkassera patientarvoden och utfärda kvitton m. m. och i stället får möjlighet att ägna motsvarande tid åt egentlig sjukvårdande verksamhet.

Systemet innebär att läkaren i fortsättningen får hela ersättningen för sitt arbete från huvudmannen i stället för som nu en del av sin inkomst från patientarvoden. Den omreglering av formerna för ersättningen till läkaren för vården, som blir en följd av det nya systemet, har karaktären av en avtalsfråga som det ankommer på läkarnas och huvudmännens organisationer att lösa. Ingenting hindrar naturligtvis att i det avlöningssystem som skall tillämpas inrymmes moment av prestationsersättning.

Vid de överläggningar som har hållits med representanter för sjukvårdshuvudmännen har dessa gett förslaget sitt stöd. Svenska landstingsförbundet har tillkännagett sin beredvillighet att snarast möjligt ingå överläggningar med riksförsäkringsverket om erforderliga tekniska förberedelser för en övergång till det nya systemet.

Förslagets genomförande fordrar ändring i 2 kap. 2 § AFL. Första stycket av paragrafen innehåller i nuvarande lydelse — förutom bestämmelser som anger vad som anses ingå i utgifter för läkarvård — allmänna regler om ersättning för utgifterna, vilka innesluter bemyndigande för Kungl. Maj:t att utfärda återbäringstaxa. Reglerna innebär i princip att återbäring skall utgå med tre fjärdedelar av utgifternas belopp. I det nya systemet kan återbäringen inte på sådant sätt bestämmas till en viss andel av utgiften. Det föreslås därför att denna ersättningsnorm utmönstras och

bestämmelsen i detta hänseende ges innehållet att ersättning utgår enligt grunder som Kungl. Maj:t fastställer. Som en följd av ändringen bör de närmare bestämmelserna i paragrafens andra stycke angående återbärings-taxans innehåll upphävas. I det nya återbäringsystemet, som avser den av sjukvårdshuvudmännen tillhandahållna läkarvården, är återbäringen 31 kr. oavsett om läkarvården lämnats på mottagning eller vid hembesök. Något utrymme för tillämpning av den särskilda nedsättningsregeln i andra punkten av tredje stycket finns därför inte och det förordas att regeln utgår ur lagen. En motsvarighet till regeln, inskränkt till det område där den fortfarande kan tillämpas, har lämpligen sin plats i de ersättningsgrunder som Kungl. Maj:t fastställer.

Även 29 § SjuvL bör i enlighet med det förut anförda ändras och i sin nya lydelse innehålla ett generellt förbud för den som är anställd i sjukvårdande verksamhet som avses i SjuvL att för egen del mottaga ersättning av patient som undersöks eller behandlas inom verksamheten. Motsvarande ändringar bör göras i reglementena för de statliga sjukhusen.

Vidare krävs en omarbetning av återbäringsstaxan, i vilken grunderna för försäkringens ersättning för läkarvård lämpligen bör tas in, liksom av provinsiälläkartaxan.

De nya bestämmelserna bör träda i kraft den 1 januari 1970. Det får ankomma i första hand på riksförsäkringsverket att i god tid före denna tidpunkt överväga de olika detaljspörsmål som måste lösas innan reformen sätts i kraft.

2. Vårdavgift i slutet sjukvård

Nuvarande ordning

För de grundläggande bestämmelserna om vårdskyldighet och vårdformer har redogörelse lämnats i samband med redogörelsen för den öppna vårdens organisation i föregående avsnitt av denna PM. Som därvid även i korthet omnämnts, bestämmer enligt 27 § SjuvL den som driver sjukhus efter vilka grunder och till vilket belopp vårdavgift skall erläggas. Paragrafen innehåller dock vissa bestämmelser som begränsar friheten i avgiftsättningen. Beträffande vårdavgift som det jämlikt lagen om socialhjälp eller barnvårdslagen åligger kommun att vidkännas skall gälla vad i dessa lagar är stadgat. Om vårdavgift sätts till lägre belopp för sjuka från det egna sjukvårdsområdet (s. k. inomlänspatienter) än för andra sjuka (s. k. utomlänspatienter) får till sistnämnda grupp ej hänföras den som vid intagningen var bosatt inom sjukvårdsområdet. Vårdavgift får inte uttas för vård och underhåll på allmän sal av den som enligt smittskyddslagen är berättigad att kostnadsfritt åtnjuta vård och underhåll på sjukhus.

Vårdavgifterna brukar numera fastställas efter rekommendation av huvudmännens centrala organisationer och är i allt väsentligt desamma över

hela landet. Avgiften för vård på allmän sal av patient från det egna sjukvårdsområdet är sålunda f. n. 5 kr. för vård dag. Fastställda avgifter för utomlänspatienter är avsevärt högre, enligt 1968 års avtal t. ex. som regel 220 kr. per vård dag för akutpatienter. För vård på halvskilt rum är avgiften i allmänhet 15 kr. högre och för vård på enskilt rum i allmänhet 30 kr. högre än avgiften för vård på allmän sal.

Sjukvårdshuvudmannens vårdskyldighet omfattar som förut nämnts inte bara dem som är bosatta inom sjukvårdsområdet utan även dem som under vistelse inom området blir i behov av omedelbar vård. Då det inte ansetts skäligt att låta dessa senare patienter erlægga de höga utomlänsavgifterna, har huvudmännen träffat särskilda överenskommelser (utomlänsavtal), det senaste från år 1968, om ersättning för vård av vissa utomlänspatienter. Avtalet gäller med vissa undantag dels patienter som drabbats av sjukdom eller skada under vistelse inom främmande sjukvårdsområde, dels patienter som för specialistvård remitterats till främmande sjukhus av någon hos hemlandstinget anställd överläkare, bitr. överläkare eller länsortodontist. Avtalet innebär, att sådan utomlänspatient på allmän sal eller den för patienten betalningsskyldige endast har att erlægga en patientavgift, som överensstämmer med inomlänsavgiften. Återstoden av utomlänsavgiften bestrids enligt avtalet av patientens hemlandsting.

De statliga sjukhusen berörs inte av SjuL. Den ordning, för vilken redogörelse här har lämnats, tillämpas emellertid i sina huvuddrag även för de statliga sjukhusens del.

Enligt 2 kap. 4 § sista stycket AFL räknas såsom sjukhus vid tillämpning av lagen i första hand allmänt sjukhus. Därmed avses sjukvårdsinrättning, som tillhör staten eller till vars drift statsbidrag utgår eller som drivs av landstingskommun eller stad som ej tillhör landstingskommun. Dock räknas inte till allmänt sjukhus sjukvårdsinrättning, som är anordnad vid ålderdomshem eller annat hem som avses i 18 § lagen om socialhjälp. Sjukvårdsinrättning som riksförsäkringsverket förfogar över anses också såsom allmänt sjukhus. Slutligen anses såsom sjukhus i lagens mening de andra sjukvårdsinrättningar än allmänna sjukhus, som upptagits i en av Kungl. Maj:t fastställd förteckning (kungörelse den 15 december 1967 (nr 903) med förteckning över vissa sjukvårdsinrättningar, vilka skall anses som sjukhus enligt lagen om allmän försäkring). Med hemortssjukhus menas allmänt sjukhus, drivet av landstingskommun eller stad, inom vars område den försäkrade är bosatt.

Med sjukhusvård förstås enligt 2 kap. 4 § tredje stycket AFL vård, som på sjukhus lämnas där intagen försäkrad, liksom även vård på annan sjukvårdsinrättning, om vården bereds genom riksförsäkringsverkets försorg.

Ersättning för den försäkrades utgifter för sjukhusvård utgår enligt 2 kap. 4 § första stycket AFL, om vården varit erforderlig på grund av sjukdom eller förlösning. Då vården beretts på hemortssjukhus utgår ersättning med

belopp, som motsvarar den för sådan vård vid sjukhuset tillämpade avgiften på allmän sal. Har vård inte kunnat beredas på hemortssjukhus eller har behovet av sjukhusvård uppkommit utanför det sjukvårdsområde, där den försäkrade är bosatt, och har han därför måst intas på annat allmänt sjukhus, utgår ersättningen med belopp som motsvarar den lägsta avgift mot vilken den försäkrade kunnat erhålla vården på sjukhuset. I övriga fall — förutom vid vård som genom riksförsäkringsverkets försorg beretts på vissa sommarkurorter där särskilda regler gäller — utgår ersättning med belopp motsvarande den lägsta avgift mot vilken den försäkrade kunnat erhålla vården på allmän sal vid hemortssjukhus lämpat för vården i fråga.

Kungl. Maj:t kan enligt bemyndigande i AFL fastställa taxa för beräkningen av nyssnämnda ersättningar. Har en sådan taxa fastställts, utgår inte ersättning från försäkringen för det belopp, varmed vårdavgiften överstiger i taxan angivet belopp. Bestämmelsen har hittills inte tillämpats.

Enligt 3 kap. 4 § tredje stycket AFL skall för dag då försäkrad åtnjuter sjukhusvård sjukpenningen minskas med 5 kr., dock med högst hälften av sjukpenningens belopp. Eftersom avdraget är maximerat till hälften av sjukpenningens belopp, är det först i sjukpenningklass nr 6, där sjukpenningen utgör 10 kr., som avdraget kommer att uppgå till 5 kr.

För vissa kvinnliga försäkrade gäller särskilda regler om sjukpenning. Enligt 3 kap. 4 § fjärde stycket AFL utgör sjukpenningen vid sjukhusvård lägst 6 kr. för kvinnlig försäkrad, om hon stadigvarande sammanbor med barn under tio år till henne eller hennes make eller till någon, med vilken hon stadigvarande sammanbor och med vilken hon varit gift eller har eller har haft barn. Med barn likställs enligt 20 kap. 2 § AFL adoptivbarn och fosterbarn. Under tid då kvinnlig försäkrad jämlikt 3 kap. 14 § AFL inte kan komma i åtnjutande av grundsjukpenning — 30 dagar fr. o. m. dagen för förlossningen — skall något avdrag vid sjukhusvård inte göras. Då gäller inte heller någon garanti för en sjukpenning på minst 6 kr., om kvinnan har barn under tio år. Sjukpenning skall i sådana fall utgå med det i sjukpenningstabellen för gällande sjukpenningklass angivna beloppet minus grundsjukpenningbeloppet 6 kr.

Bestämmelser motsvarande dem i AFL angående minskning av sjukpenning vid sjukhusvård finns även intagna i *lagen den 14 maj 1954 (nr 243) om yrkesskadeförsäkring (YFL)* jämte följdförfattningar till AFL och YFL.

Sjukhjälpstiden enligt AFL är i princip obegränsad. Härav följer att även ersättning för utgifter för sjukhusvård kan utgå så länge behov föreligger av vård på sjukhus. Beträffande ålderspensionärer och vissa förtidspensionärer föreligger emellertid inskränkningar i sjukhjälpstiden. Sålunda kan enligt 4 kap. 3 § AFL sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård inte utgå för mer än sammanlagt 180 dagar efter ingången av den månad, varunder den försäkrade fyllt 67 år eller dessförinnan börjat åtnjuta ålderspension enligt AFL. I fråga om sjukhusvård är sjukhjälpstiden även för den som åt-

njuter hel förtidspension begränsad till 180 dagar. Med tid för hel förtidspension jämställs i detta sammanhang efterföljande tid, såvida förtidspensionen har upphört att utgå med månaden näst före den, då den försäkrade fyller 67 år.

Försäkrad som inte är bosatt i Sverige äger rätt till sjukvårdsersättning och därmed också till ersättning för utgifter för sjukhusvård, som åtnjutits här, endast om vårdbehovet uppkommit under vistelse i riket.

Som nyss nämnts är sjukhjälpstiden avseende ersättning för sjukhusvård begränsad för vissa pensionärer. För utförsäkrade patienter, dvs. de som uttömt sin rätt till ersättning och som åtnjuter någon form av folkpension, har ett flertal landsting utfärdat särskilda bestämmelser om avgifts lindring. I korthet innebär dessa bestämmelser att patient, som uppbär någon form av folkpension och för vilken försäkringskassa enligt AFL ej har att erlägga avgift för sjukhusvård, efter prövning av landstingets förvaltningsutskott eller sjukvårdsstyrelse eller av vederbörande sjukhusdirektion kan beviljas nedsättning av eller befrielse från vårdavgift. För tuberkulösa, som uppbär någon form av folkpension och för vilka försäkringskassa ej svarar för vårdkostnaden, tas i samtliga landsting utom två ut en vårdavgift av en krona per dag. Stockholms läns landsting tar ej ut någon vårdavgift av denna patientkategori medan i Malmöhus läns landsting hälso- och sjukvårdsstyrelsen prövar huruvida och i vad mån avgiften kan nedsättas.

Sjukförsäkringsutredningen

Allmänna överväganden angående avgiftsfinansieringen inom den slutna sjukvården

Utredningen erinrar om att det år 1946 i samband med beslutet om införande av en allmän sjukförsäkring fattades ett principbeslut att sjukhusvården skulle vara kostnadsfri för den enskilde och att staten skulle gentemot landstingen överta ansvaret för de kostnader som dittills täckts genom patientavgifter. Lagen den 3 januari 1947 (nr 1) om allmän sjukförsäkring innehöll därför ursprungligen inte några bestämmelser om ersättning för kostnader för sjukhusvård. Reformen, som avsågs träda i kraft den 1 juli 1950, fördröjdes emellertid sedermera av flera orsaker. En av dessa var det statsfinansiella läget, som hindrade staten från att uppfylla åtagandet att kompensera sjukvårdshuvudmännen för bortfallet av patientavgifter i samband med en omläggning av avgiftssystemet. För att en reform ändock skulle kunna genomföras frånfölls slutligen, i enlighet med förslag i prop. 1953: 178, för det dåvarande tanken på fri sjukhusvård och lagen om allmän sjukförsäkring kompletterades med bestämmelser om ersättning för sjukhusvård genom försäkringen. Lagen trädde därefter i kraft den 1 januari 1955.

Utredningen framhåller att 1946 års principbeslut om fri sjukhusvård

syftade till att skapa administrativa lättnader för kassorna och huvudmännen. Beslutet bör dock enligt utredningen främst ses såsom uttryck för en principiell uppfattning om sjukförsäkringens roll i sjukvårdens finansiering. Enligt denna uppfattning borde sjukförsäkringens roll i sjukvårdens finansiering. Enligt denna uppfattning borde sjukförsäkringens roll i sjukvårdens finansiering. Enligt denna uppfattning borde sjukförsäkringens roll i sjukvårdens finansiering. Enligt denna uppfattning borde sjukförsäkringens roll i sjukvårdens finansiering.

Ett system med helt avgiftsfri sjukhusvård med därav följande utbrytning av sjukhusvårdsförmånen ur AFL skulle enligt utredningen medföra administrativa lättnader och därmed kostnadsbesparingar både för försäkringskassorna och sjukvårdshuvudmännen. Försäkringskassorna skulle helt kunna befrias från de med sjukhusvårdsräkningarna förenade arbetsuppgifterna och sjukhusens befattning med sådana räkningar kunna inskränkas avsevärt. Försäkringens utgifter skulle minska med i runt tal 15 kr. per år och försäkrad.

Ett slopande av vårdavgifterna skulle automatiskt medföra, att den nuvarande begränsningen av sjukhjälpstiden i fråga om sjukhusvård för försäkrade med ålderspension eller hel förtidspension upphörde. Därigenom skulle en betydande grupp av de hos kassorna inskrivna försäkrade, som är i en levnadsålder då vårdbehovet är som störst och för vilka sjukhusvistelsen är särskilt betungande, erhålla förbättringar i skyddet mot kostnader vid sjukdom. Antalet försäkrade med ålderspension eller hel förtidspension uppgår till ca 1 miljon eller ungefär en sjättedel av samtliga inskrivna försäkrade.

Trots att vissa fördelar står att vinna med helt avgiftsfri sjukhusvård, finns det dock enligt utredningens mening i dag anledning att ställa sig tveksam till genomförandet av en sådan reform. Det som framför allt satt sin prägel på sjukvården under senare år och som samtidigt är av vital betydelse när det gäller att ta ställning till frågan är kravet på ständigt stegrade ekonomiska insatser från samhällets sida på sjukvårdens område. Orsaken till detta tryck är främst att söka i en successiv och i snabb takt ökad efterfrågan på slutenvård, beroende på den medicinska utvecklingen och den förbättrade sjukvårdsstandarden men även på förhållanden som den hastigt stigande levnadsstandarden samt den växande insikten om hälso- och sjukvårdens betydelse. Befolkningsutvecklingen är också en faktor man måste räkna med då det gäller att förklara den ökade efterfrågan på slutenvård och därav betingat behov av en utbyggnad av vårdplatssektorn.

Efterfrågan på sjukvård har, framhåller utredningen, stigit kraftigt i vårt land trots att hälsotillståndet oavbrutet har förbättrats. Sjukdomspanoramata har samtidigt förändrats av en rad olika orsaker, däribland den minskade dödligheten och sjukligheten i yngre år, som medfört en stark ökning av me-

dellivslängden. Äldre människor har avsevärt större behov av medicinsk vård än yngre. Exempelvis har en 70-åring fyra gånger och en 80-åring fem gånger så stort sjukvårdsbehov som en 30-åring. De förbättrade behandlingsmetoderna inom sjukvården medför dessutom att många sjuka, som tidigare skulle ha avlidit av sin sjukdom, numera överlever, oftast med långvarigt sjukvårdsbehov. Genom förskjutningen från akuta, snabbt övergående eller dödliga sjukdomar till långvariga sjukdomstillstånd framför allt i högre ålder har sålunda sjukvårdsorganisationen utsatts för en starkt ökad belastning. Denna utveckling pågår alltjämt. I framtiden kommer sannolikt långtidssjukdomarna att få ännu större tyngd.

I detta sammanhang bör även, anför utredningen vidare, beaktas den inkomstutveckling, som ägt rum i landet sedan principbeslutet om fri sjukhusvård fattades år 1946. De nominella medelinkomsterna kan antas bli i runt tal fyra gånger så höga år 1970 som år 1948 under det att realinkomsten mellan de angivna åren antas bli fördubblad. Det är givet att det i ett sådant läge finns anledning ställa sig tveksam till en ordning, som innebär att huvudmännen kostnadsfritt skall tillhandahålla sjukhusvård.

Ett införande av helt avgiftsfri sjukhusvård skulle vidare medföra, att det sedan länge besvärliga s. k. överskottsproblemet, varmed avses de långtids-sjukas samlande av överskott, främst i form av pensionsmedel, ytterligare accentueras. En av förutsättningarna för att man på allvar skall överväga att överge det nuvarande systemet med sjukhusavgifter är därför enligt utredningens mening, att man i samband därmed kan finna en tillfredsställande lösning av överskottsproblemet.

Såväl socialpolitiska kommittén (SOU 1963: 47) som en av Socialnämndernas storstadsdelegation tillsatt kommitté för utredning av frågan om avgiftsättning vid ålderdomshemmen har påtalat det problem, som sammanhänger med att vårdavgiften på sjukhemmen för långvarigt sjuka är avsevärt lägre än inackorderingsavgiften på ålderdomshemmen. En sådan ordning medför, att man kan få en efterfrågan av vård på sjukhemssektorn, som inte är betingad av vårdbehov. Vid avgiftsfri sjukhusvård är givetvis att befara, att risken för sådan styrning av efterfrågan ökar. Målet bör vara att var och en bereds den form av vård han behöver uteslutande på grund av sitt tillstånd. Enligt utredningens mening bör därför i möjligaste mån undvikas en sådan utformning av avgiftssystemet som kan motverka att detta mål nås.

Vid prövningen av frågan om avgift för slutna sjukvård har utredningen mot bakgrunden av vad nu redovisats funnit övervägande skäl tala för att inte göra den slutna vården avgiftsfri.

Förslag till nytt avgiftssystem

Utredningen finner att avgiftssystemet inom den slutna vården bör vara konstruerat på ett annat sätt än nu. När det nuvarande systemet infördes

torde det ha framstått som naturligt att ta ut en låg enhetlig avgift för vård på allmän sal, eftersom denna motsvarade vad det stora flertalet patienter hade förmåga att betala. Dagens situation är i detta avseende enligt utredningens mening väsentligt förändrad. Sålunda har den enskildes förmåga att bära kostnader vid sjukdom ökat väsentligt, främst genom det ökade välståndet men också genom den utbyggnad av förmånerna inom socialförsäkringen, som successivt kommit till stånd. Exempelvis kommer allt flera pensionärer att utöver folkpensionen uppbära allmän tilläggspension, som kan beräknas stiga för varje ny årsgrupp. Inkomsterna kommer dessutom att variera mycket mellan olika pensionärer.

Den vårdavgift som nu utgår innesluter ersättning för såväl egentlig sjukvård som underhåll (kost och logi m. m.). Utredningen anser av flera skäl, att den enskilde inte bör erlægga kostnader för den egentliga sjukvården — i det följande benämnd *den medicinska vården* — i slutenvård. Det främsta skälet är att denna vård på sjukhus är en grundläggande samhällelig uppgift, som i de flesta fall dessutom är förenad med utomordentligt höga kostnader. Endast ett ringa antal patienter skulle ha förmåga att svara för så stor andel av dessa kostnader som motsvarar vad patienter i den mindre kostsamma öppna vården vid sjukhusen själva får bära. Det torde vidare innebära betydande svårigheter att mera exakt beräkna kostnaderna för den medicinska vården på sjukhus i det individuella fallet.

Utredningen föreslår därför att den medicinska vården i samband med vård på allmän sal på sjukhus skall kostnadsfritt beredas samtliga patienter, för vilka vårdskyldighet enligt SjuvL föreligger. Denna förmån bör få åtnjutas under obegränsad tid på i princip samtliga av offentliga sjukvårdshuvudmän drivna sjukhus samt på de enskilda sjukvårdsanstalter, vilkas driftunderskott täcks genom bidrag från staten, landsting, landstingsfri stad eller kommun.

Vid ett genomförande av principen om kostnadsfri medicinsk vård i slutenvård kan bestämmelserna om ersättning för utgifter för sjukhusvård utgå ur AFL.

Som ersättning för den nuvarande vårdavgiften föreslår utredningen ett avgiftssystem, som innebär att patienterna i den slutna sjukvården får betala *kostnader för underhåll* — främst mat och logi — dvs. sådana kostnader som patienterna normalt får svara för om de i stället behandlas i öppen vård. Ett sådant system ter sig enligt utredningen särskilt befogat när det gäller patienter, som av samhället omhändertagits för långtidsvård på sjukhus. Även om patienterna inom långtidssjukvården inte i samma utsträckning som de intagna på ålderdomshemmen är stationära, har dock det övervägande antalet patienter på sjukhemmen i och med intagningen där i verkligheten lämnat livet utanför sjukhuset. Det kan därför göras gällande, att sjukhemmet för flertalet sådana patienter trätt i stället för det egna hemmet. Den sjuke har sålunda inte särskilda utgifter för exempelvis mat, klä-

der, läkarvård, läkemedel m. m. I många fall har patienten ej heller utgift för bostad. Det är därför rimligt att en sjuk, som mera stadigvarande omhändertagits för vård, i princip betalar de kostnader, som är förenade med hans uppehälle.

Sjukhushuvudmännen bör därför enligt utredningens mening vid bestämmande av vårdavgift enligt 27 § SjuvL tillämpa ett system med avgift för underhållskostnad — *underhållsavgift*.

I avgiften för underhållskostnad bör inte inräknas kostnad för den sjukvård patienten meddelas, eftersom den medicinska vården enligt vad som nyss föreslagits skall meddelas kostnadsfritt. Då det i praktiken torde vara utomordentligt komplicerat att ur sjukhusens kapital- och driftkostnader hålla isär vad som hänför sig till den medicinska vården och till patienternas underhåll, förordar utredningen att åtminstone tills vidare — till dess ett säkrare underlag för en sådan uppdelning kan presenteras — den genomsnittliga kostnaden per vård dag för underhåll av patient vid ålderdomshemmen skall utgöra underhållsavgiftens maximibelopp. Beloppet bör vara enhetligt för samtliga sjukhus inom ett och samma sjukvårdsområde.

Vid bestämmande av underhållsavgiften i det enskilda fallet bör patientens ekonomiska förhållanden beaktas. Sålunda bör hänsyn tas till å ena sidan hans samlade inkomst och förmögenhet efter avdrag för beräknad skatt samt å andra sidan vissa av hans ekonomiska förpliktelser utanför sjukhuset (t. ex. utgifter för bostad och anhörigas försörjning). I princip bör alla slag av inkomster medräknas. Någon begränsning till allmän pension skall således inte göras.

Inte heller bör skyldigheten att betala underhållsavgift enligt utredningen begränsas till viss patientkategori eller visst slag av anstalter utan den bör omfatta all slutna sjukvård. Då emellertid det primära syftet inte är att patienter, som är intagna på sjukhus för akutvård, skall erlägga underhållsavgift, bör avgift tas ut först sedan sjukhusvården pågått viss tid i följd. Beräkningarna bör göras så enkla som möjligt, där så kan ske med hjälp av schabloner.

Utredningen anser att problemet angående långtidssjukas samlande av överskott av folkpensionsmedel automatiskt kommer att lösas om förslaget genomförs. Vidare kommer möjligheter att skapas för att tillämpa samma system vid uttag av avgifter inom den slutna sjukvården och den slutna åldringsvården. Härigenom kan undvikas ett efterfrågetryck på sjukhemmen, som inte är påkallat av vårdbehov. Skillnaderna i den enskildes kostnader vid öppen resp. slutna sjukvård, som systemet med låga salsavgifter i slutna sjukvård i hög grad medverkar till, kommer dessutom att minskas, främst vid långtidssjukvård.

Vid sina överväganden beträffande tidpunkten när underhållsavgift skall börja tas ut söker utredningen främst beakta dels huvudsyftet med det föreslagna avgiftssystemet, nämligen att de långtidssjuka skall erlägga avgifter

för uppehälle, och dels att överensstämmelse i möjligaste mån uppnås mellan avgiftssystemen vid ålderdomshemmen och vårdenheterna för långvarigt sjuka, särskilt sjukhemmen, så att ett efterfrågetryck, som inte är påkallat av vårdbehov, undviks på sjukhemssektorn. Tillämpas en relativt lång tid innan underhållsavgift tas ut, i det följande kallad karenstid, skyddas flertalet akutsjuka, men å andra sidan går den eftersträlvade överensställelsen mellan ålderdomshemmen och sjukhemmen i fråga om avgifter för de intagna förlorad. En sådan överensstämmelse uppnås säkrast om en relativt kort karenstid tillämpas. En kort karenstid medför emellertid den nackdelen, att många akutsjuka får betala underhållsavgift. En komplicerande faktor är att det inte går att dra en skarp gräns mellan akutsjukvård och långtidssjukvård vare sig medicinskt eller i fråga om patienternas fördelning på olika sjukvårdsanstalter.

Med hänsyn till de faktiskt föreliggande förhållandena framför allt blandningen av långtidssjuka och akutsjuka såväl på lasaretten för somatisk vård som på lasaretten för psykiatrisk vård, anser sig utredningen inte böra föreslå olika karenstider inom akutsjukvården och långtidssjukvården. Utredningen har i stället stannat för att förorda en enhetlig karenstid inom alla vårdformer på samtliga sjukvårdsinrättningar.

När det gäller frågan om den enhetliga karenstidens längd överväger utredningen tre alternativ, nämligen 90, 180 och 365 dagar. Vid en karenstid av 90 dagar skulle flertalet akutsjuka inom kroppssjukvården undgå att betala underhållsavgift. Den eftersträlvade överensställelsen mellan ålderdomshemmen och sjukhemmen i fråga om avgifter skulle tillgodoses tämligen väl. Däremot skulle ett stort antal akutsjuka på lasaretten för psykiatrisk vård få erlägga underhållsavgift, vilket inte skulle överensstämma med utredningens principiella uppfattning om syftet med det föreslagna avgiftssystemet. En karenstid om 90 dagar skulle sannolikt föranleda sjukhushuvudmännen att inom akutsjukvården av praktiska och andra skäl göra relativt många undantag i fråga om tidpunkten för avgiftsuttaget. Utredningen anser sig på grund av dessa omständigheter inte böra föreslå att karenstiden sätts till 90 dagar.

Vid en karenstid om 365 dagar skulle det övervägande antalet akutsjuka inom alla vårdformer slippa betala underhållsavgift. Detsamma skulle emellertid gälla även åtskilliga långtidssjuka med påföljd att icke obetydliga överskottsmedel av främst pensioner skulle kunna samlas. Strävan att nå överensstämmelse i fråga om avgiftsättningen mellan ålderdomshem och sjukhem skulle inte uppfyllas. Av ekonomiska skäl skulle patienter härigenom kunna föranledas att begära vård på sjukhemmen utan att verkligt behov härav förelåg. En karenstid om 365 dagar anser utredningen av dessa skäl vara alltför lång.

Utredningen finner att en karenstid om 180 dagar utgör en rimlig kompromiss mellan de delvis motstridiga intressen, som bryts mot varandra. Det

alldeles övervägande flertalet akutsjuka inom alla vårdformer skulle slippa att erlægga vårdavgift utan att långtidssjuka därigenom skulle ges möjligheter att samla överskott av nämnavärd betydelse. En karenstid om 180 dagar ger även den långtidssjuka rådrum att ställa om sig till en situation, där sjukhushuvudmannen mera stadigvarande övertar ansvaret för hans uppehälle. Den eftersträvade överensstämelsen mellan avgiftssystemen vid ålderdomshem och sjukhem tillgodoses också enligt utredningens mening på ett acceptabelt sätt. En viss skillnad torde vara motiverad genom att patienterna på de båda typerna av vårdhem inte kan jämföras i alla avseenden. Vistelsen på ålderdomshem har en starkare prägel av valfrihet. De intagna på dessa hem är dessutom i högre grad stationära, dvs. de stannar som regel i årtal på hemmen. Av patienterna på landstingens sjukhem synes en inte ringa del efter längre eller kortare tid skrivas ut för vård i eget eller anhörigs hem. Enligt uppgift beträffande omsättningen av patienter, som fyllt 67 år, vid ifrågavarande sjukhem år 1961, redovisad i betänkandet »Åldringsvårdens läge», hade 21 % av patienterna vid landstingens sjukhem under året skrivits ut för vård i eget eller anhörigs hem. Bl. a. detta förhållande synes motivera en inte alltför kort karenstid vid sjukhemmen. Utredningen föreslår således, att underhållsavgift i slutet sjukvård inte tas ut av patienten, förrän denne åtnjutit sjukhusvård under minst 180 dagar i följd.

Tanken att anknyta karenstiden till viss sjukdom avvisas av utredningen. En sådan regel skulle nämligen ställa sjukhushuvudmännen inför svårigheter av liknande art som sjukhassorna hade att brottas med före den 1 januari 1963, då AFL trädde i kraft.

Från huvudregeln att sjukhusvården skall ha pågått i minst 180 dagar i följd bör enligt utredningens mening göras vissa undantag. I avgiftshänseende är det enligt utredningens uppfattning inte motiverat att skilja patienterna på sjukavdelning vid ålderdomshem från patienterna på avdelningar för egentlig ålderdomsvård vid dessa hem. Vidare bör underhållsavgift erläggas fr. o. m. intagningsdagen för patient, som överförs till sjukhusvård från slutet åldringsvård.

När det gäller skyldigheten att betala underhållsavgift bör bortses från uppehåll eller avbrott i sjukhusvården, som inte överstiger viss inte alltför lång tid. En sådan regel om avbrottstid erfordras enligt vad utredningen funnit för att förhindra att ny karenstid beräknas i fall, där avbrott i sjukhusvistelsen inte är föranlett av att vårdbehovet upphört utan av andra orsaker, exempelvis stängning av vårdavdelning under sommaren eller vistelse under viss tid (sommars eller längre helger) i eget eller anhörigs hem av långtidssjuk, på begäran av den sjuke själv eller anhörig till honom. Utredningen anser, att avbrottstidens längd måste ställas i relation till karenstidens längd. Vid en mycket kort karenstid är behovet av en regel om av-

brottstid minst, ty patienten får då relativt snart erlægga underhållsavgift vid en ny sjukhusvistelse.

Enligt utredningens mening bör avbrottstiden till sin längd bestämmas så, att ren spekulering i fråga om fördelarna av att avbryta sjukhusvistelsen motverkas. Å andra sidan bör den inte sättas så lång, att en patient som varit intagen för akutsjukvård hämmas att söka vård på nytt, om han senare drabbas av sjukdom. Vid avvägningen mellan dessa båda synpunkter har utredningen funnit, att den förstnämnda bör tillmätas största avseende. Utredningen anser därför att en relativt lång avbrottstid bör tillämpas och föreslår, att den fastställs till 180 dagar.

Vid beräkningen av karenstiden bör också beaktas ev. perioder av sluten sjukvård på andra sjukvårdsinrättningar än den, på vilken den sjuke får vård, då det är aktuellt att ta ut underhållsavgift. Av detta följer att regeln om avbrottstid skall tillämpas, oavsett om den sjuke vid ny sjukhusvistelse tas in på samma sjukhus som tidigare eller på nytt sjukhus. Avbrottsregeln skall tillämpas oavsett om karenstiden förflutit helt eller endast delvis när avbrottet inträffar. Regeln om avbrottstid synes kräva, att man vid intagningen inhämtar uppgifter om föregående sjukhusperioder inom 180 dagar före den aktuella intagningsdagen.

Sedan karenstiden förflutit och underhållsavgift skall börja tas ut, kommer, anför utredningen, i vissa fall att återstå så kort vårdtid på sjukvårdsinrättningen, att praktiska skäl kan tala för att huvudmannen underlåter att ta ut underhållsavgift. Tillämpningen av regeln om avbrottstid bidrar ytterligare till uppkomsten av sådana situationer. Utredningens förslag om underhållsavgift innebär inte att huvudmannen är tvingad att ta ut avgift, när det inte är förenligt med hans intressen. Avstår huvudmannen från sin rätt i ett sådant fall strider detta inte heller mot huvudsyftet med underhållsavgiften, nämligen att patienten skall betala för underhållet när hans uppehälle mera stadigvarande tillgodoses genom sjukhushuvudmannen försorg. Utredningen betonar dock angelägenheten av att huvudmännen i sådana fall följer ett så enhetligt mönster som möjligt så att inte olika praxis utbildas inom sjukvårdsområdena.

Vid bestämmandet av den underhållsavgift, som patienten i det särskilda fallet skall betala, skall utgångspunkten som förut nämnts vara kostnadsnivån på de egentliga ålderdomshemmen inom sjukvårdsområdet. En uppfattning om denna nivå får man bl. a. av statistiska centralbyråns redogörelse angående utgifterna för ålderdomshemmen år 1964. Enligt denna redogörelse uppgick genomsnittsutgifterna per vård dag för de egentliga ålderdomshemmen i riket till 26: 71 kr. Med hänsyn till kostnadsutvecklingen torde enligt utredningen kunna antas att den underhållsavgift, som kommer att vara aktuell i slutet av 1960-talet, uppgår till omkring 30 kr. per dag.

Det är uppenbart, att långt ifrån alla sjuka kommer att ha möjlighet att, i varje fall innan den allmänna tilläggspensioneringen ger några större pensionsbelopp, betala en underhållsavgift av sådan storlek. Flertalet långtidssjuka kommer alltjämt att utgöras av sådana pensionärer, vilka som enda inkomst har den allmänna folkpensionen. För långtidssjuka i mera aktiva åldrar torde en stor del av inkomsten behöva användas för att de skall kunna fullgöra sina förpliktelser utanför sjukhuset mot anhöriga, främst make och barn. Reglerna för bestämmande av underhållsavgift måste därför ta hänsyn till den sjukas ekonomiska förpliktelser utanför sjukhuset. Utredningens förslag innebär sammanfattningsvis att hänsyn skall tas till å ena sidan patientens samlade inkomst och förmögenhet efter avdrag för beräknad skatt och å andra sidan vissa av hans ekonomiska förpliktelser utanför sjukhuset såsom utgifter för bostad och försörjning av anhöriga. Förfarandet kommer att innebära, att underhållsavgifterna tas ut med varierande belopp upp till självkostnaden alltefter patienternas förmåga att betala avgift.

Vid genomförande av förslaget om kostnadsfri medicinsk vård i slutet sjukvård och, i samband därmed, utbrytning av sjukvårdsförmånen ur AFL, skulle det enligt utredningens mening vara följdriktigt att försäkringens medverkan i finansieringen av sjukhusvården upphörde. En sådan ordning skulle innebära, att huvudmännens nuvarande inkomster i form av ersättning för vårdavgifter från den allmänna försäkringen upphörde. De vårdavgifter huvudmannen i nuvarande form uppbär från utförsäkrade patienter skulle också bortfalla. Detta skulle tillsammans taget, med utgångspunkt i 1965 års förhållanden, medföra ett bortfall av vårdavgifter om ca 175 milj. kr. årligen. I stället skulle huvudmännen dock få inkomster i form av underhållsavgifter, till övervägande del från patienter som nu är utförsäkrade på grund av bestämmelserna om begränsad sjukhjälpstid enligt AFL. Enligt utredningens beräkningar skulle den totala årliga inkomsten härav under det nya avgiftssystemets första år kunna uppskattas till ca 135 milj. kr.

Om försäkringens medverkan i sjukhusvårdens finansiering upphörde, skulle den nuvarande fördelningen av kostnaderna för sjukvården mellan stat, kommun och försäkring rubbas. Härigenom skulle den mera allmänna översyn av hela frågan, vilken enligt utredningens mening på längre sikt framstår som ofrånkomlig, kunna anses föregripen. På grund härav föreslår utredningen att försäkringens medverkan i finansieringen av sjukhusvårdskostnaderna tills vidare bibehålls. Frågan om storleken av försäkringens ersättning för sådana kostnader bör bli föremål för förhandlingar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen, varvid bör beaktas de förändringar beträffande sjukvårdshuvudmännens intäkter som uppstår om underhållsavgifter enligt utredningens förslag införs.

Sjukpenningavdraget vid sjukhusvård

Utredningen erinrar till en början om de överväganden som ligger bakom de nuvarande reglerna om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård.

Socialvårdskommittén anförde i sitt betänkande med förslag till lag om allmän sjukförsäkring (SOU 1944: 15) att förfaringssättet att utge hel sjukpenning även för tid då sjukkassan ersatte sjukhusvård var mindre tillfredsställande såväl från försäkringens som från det allmännas synpunkt, enär förfaringssättet särskilt i fråga om ogifta personer eller personer som saknade egentligt förvärvsarbete innebar en uppenbar risk för överförsäkring. Kommittén framhöll, att en på sjukhus intagen person erhöll såväl helt fri läkarvård och fria läkemedel som föda, husrum och viss beklädnad. Vistades han i sitt hem skulle han, enligt den av kommittén föreslagna lagstiftningen, få betala en del av läkarvården, i regel halva kostnaden för läkemedel samt alla utgifter för föda, bostad och beklädnad. Dessutom kunde den som vistades hemma även få vidkännas kostnader för hemhjälp. Dessa förhållanden ledde enligt kommittén erfarenhetsmässigt till en ökad tillströmning till sjukhusen, varjämte det med viss sannolikhet kunde antas att vårdtiderna förlängdes genom att de sjuka sökte få stanna kvar längre tid på sjukhusen än som ur ren vårdsynpunkt var erforderligt.

Kommittén föreslog därför att sjukpenningen under tid, då sjukkassa utgav ersättning för sjukhusvård, skulle — utom i vissa fall — utgå med reducerat belopp. Sådan sjukpenning betecknades av kommittén som hempenning. För att tillgodose det större behov av kontant sjukhjälp under sjukhusvistelse, som i regel förelåg för dem som hade försörjningsplikt än för övriga, föreslog kommittén att hempenningen i sådana fall skulle bestämmas till hälften av den normala sjukpenningen och att familjetilläggen skulle utgå med oavkortade belopp. Med hänsyn till att de försäkrade i regel hade vissa fasta utgifter för bostad, skatter, försäkringspremier o. d. ansågs ett visst lägsta belopp för hempenning motiverat. Vidare ansågs att reduktion inte borde ske av sjukpenningen till icke förvärvsarbetande, gifta kvinnor, eftersom behovet av sjukpenning mången gång var störst då kvinnan var intagen på sjukhus.

Även socialförsäkringsutredningen förordade reduktion av sjukpenningen vid sjukhusvård i sitt betänkande »Sjukförsäkring och yrkesskadeförsäkring» (SOU 1952: 39) och angav som skäl att det var önskvärt att tillströmningen till sjukvårdsanstalterna motarbetades. Detta kunde ske genom att man undvek att de som var intagna på anstalter blev alltför mycket gynnade i jämförelse med dem som vårdades utom dessa anstalter.

Sjukförsäkringsutredningen konstaterar att dess förslag till nytt avgiftssystem i sluten vård nödvändiggör omprövning av reglerna om sjukpenningavdrag vid sjukhusvård.

Utredningen uttalar, att den är väl medveten om de stora skillnader som

råder i fråga om de ekonomiska villkoren för patienter i öppen resp. sluten vård. Tanken går därvid inte i första hand till att en patient i sluten sjukvård gör vissa besparingar beträffande föda, husrum och klädsitage. Vårdtiderna på sjukhus är ju i genomsnitt korta och de besparingar i nu nämnt avseende, som kan göras under vistelsen där, torde i allmänhet inte kunna tillmätas någon nämnvärd betydelse. Det väsentliga torde i stället vara skillnaden i kostnaderna för läkarvård och läkemedel. I detta avseende är en patient i sluten vård i hög grad gynnad i förhållande till en patient i öppen vård. Det torde inte kunna uteslutas, att dessa skillnader i de ekonomiska villkoren för de sjuka är ägnade att öka tillströmningen till den slutna vårdformen såtillvida, att även personer som i och för sig inte är i oundgängligt behov av sluten vård i viss utsträckning efterfrågar sådan vård av ekonomiska skäl.

Hittills har man sökt komma till rätta med hithörande problem i huvudsak genom bestämmelserna om reducering av sjukpenningen vid sluten vård. Påtagliga brister vidlåder emellertid enligt utredningens mening denna anordning. Sålunda kan med fog ifrågasättas, om ett avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård med högst 5 kr. per dag verkligen fyller någon reell funktion som utjämnande faktor mellan öppen och sluten vård och därmed som återhållande moment i fråga om efterfrågan på sistnämnda vårdform. Vidare är den utjämning av skillnaderna i kostnader, som uppnås genom avdrag på sjukpenning, begränsad till vissa kategorier försäkrade. Beträffande de många försäkrade, som enbart har sjukvårdsförsäkring, saknas möjlighet att genom avdrag på socialförsäkringsförmåner åstadkomma en sådan utjämning vid sjukhusvård. Dessa försäkrade utgjorde år 1964 1 270 000, varav ca 740 000 med allmän ålderspension och ca 141 000 med hel förtidspension. Deras pensioner reduceras således inte vid sjukhusvård. Pensionärerna själva har inga utgifter för vården, förrän de »förbrukat» den till högst 180 dagar enligt AFL bestämda sjukhjälps tiden. Inte heller alla sjukpenningförsäkrade berörs av avdraget. Som framhållits i det föregående behöver sålunda hemmafruförsäkrade kvinnor med barn under tio år inte vidkännas avdrag på sjukpenningen vid sjukhusvård. Vidare berörs inte statligt eller i statsunderstödd verksamhet anställda av avdraget, eftersom deras sjuklön utgår med samma belopp, oavsett om de under sjukperioderna vistas i hemmet eller åtnjuter sjukhusvård. Staten tillgodogör sig i stället de anställdas sjukpenning. Sådana sjuklöneförmåner har uppskattningsvis 400 000—500 000 personer. Dessutom träffar sjukpenningavdraget de försäkrade olika beroende på inkomst.

I och för sig går det givetvis att bygga ut nuvarande system så att det bättre än f. n. kan medverka till att minska skillnaderna i kostnader för den enskilde i öppen resp. sluten vård, t. ex. genom att höja avdraget på sjukpenning och låta även pensionsförmån bli föremål för reduktion. Utredningen anser emellertid inte att detta är den rätta vägen att nå fram till en tillfredsställande lösning av frågan. För utredningens del är skälet

härtill främst att varje form av pålaga, som betingas av att en patient i sluten vård kostnadsfritt har tillgång till läkarvård och läkemedel, inte är förenlig med grundtanken bakom utredningens förslag om vårdavgift i sluten vård. Detsamma gäller uttagande av särskild avgift, utan tillämpning av karenstid, för besparingar som en patient i sluten sjukvård kan göra beträffande husrum, föda och klädsitage. Enligt nämnda förslag skall ju den medicinska vården i sluten vård vara helt kostnadsfri och underhållsavgift såsom ersättning till sjukhuset för bl. a. kost och logi tas ut först sedan viss karenstid förflutit.

Tillika måste det enligt utredningens mening anses principiellt felaktigt att verka för en utjämning mellan öppen och sluten vård genom att göra sistnämnda vårdform från ekonomisk synpunkt mindre attraktiv för den enskilde. En utjämning bör i stället åstadkommas genom successiva förbättringar av förmånerna i den öppna vården.

Utredningen har med hänsyn till vad nu anförts kommit till den uppfattningen, att det vid ett genomförande av förslaget om avgiftssystem i sluten sjukvård inte är motiverat att bibehålla regeln om avdrag på sjukpenningen vid sjukhusvård. Utredningen förordar således att bestämmelserna härom upphävs när systemet med underhållsavgifter i sluten vård genomförs.

Ett avskaffande av sjukpenningavdraget kommer emellertid att medföra en kostnadsökning för den allmänna försäkringen. Avdraget på sjukpenningen vid sjukhusvård beräknas, med utgångspunkt i 1967 års förhållanden, representera en besparing för försäkringen på ca 35 milj. kr. årligen, varav ca 23,5 milj. kr. avser grundsjukpenningförsäkringen och ca 11,5 milj. kr. tilläggssjukpenningförsäkringen. På grund av reglerna om statsbidrag till grundsjukpenningförsäkringen medför nu gällande avdrag en besparing för staten med ca 9,5 milj. kr. Motivet för att avskaffa avdraget är enligt utredningens mening så övertygande att den kostnadsökning för staten och försäkringen, som blir följderna därav, i och för sig inte bör hindra att regeln om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård upphävs.

Remissyttranden över sjukförsäkringsutredningens förslag

Efter remiss har yttranden över betänkandet avgetts av riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, statskontoret, riksrevisionsverket, riksskattenämnden, universitetskanslersämbetet — efter hörande av de medicinska fakulteterna — statens handikappråd, länsstyrelserna i Östergötlands, Jönköpings, Blekinge, Malmöhus, Älvsborgs, Kopparbergs, Jämtlands och Västerlandstingsförbundet, förvaltningsutskotten i samtliga landsting, Stockholms stadskollegium, Göteborgs stadsfullmäktige, Malmö stads sjukvårdsstyrelse, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Försäkringskasseförbun-

det, Svenska arbetsgivareföreningen (SAF), Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Sveriges akademikers centralorganisation (SACO), Statstjänstemännens riksförbund (SR), Sveriges hantverks- och industriorganisation (SHIO), Pensionärernas riksförbund, styrelsen för Kronprinsessan Lovisas Barnsjukhus, Samariterhemmet i Uppsala, Sveriges arbetsledareförbund (SALF), Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka och Riksförbundet för Mental Hälsa. Försäkringskassaförbundet har bifogat yttranden från samtliga allmänna försäkringskassor. Även andra remissinstanser har bifogat yttranden som de inhämtat.

Avgiftsfri medicinsk vård

Anslutning i huvudsak till riktlinjerna i förslaget om avgiftsfri medicinsk vård tillkännages av *Svenska läkaresällskapet, statens handikappråd, länsstyrelserna i Östergötlands, Jönköpings, Blekinge, Malmöhus, Älvsborgs och Kopparbergs län, Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott, LO, TCO, SR, SHIO, SALF* och *Pensionärernas riksförbund*. Å andra sidan väcker förslaget kritik från ett stort antal remissinstanser, som befarar att det, om det genomförs, kommer att medverka till en snedvridning av efterfrågan på sjukvård.

Svenska landstingsförbundet erinrar om det förhållandet att den öppna och den slutna vården alltmer går in i varandra och bildar ett mönster av åtgärder, som till sin omfattning bestäms dels av den enskilde patientens behov och möjligheter, dels av sjukvårdshuvudmännens resurser. Redan detta gör det omöjligt att isolerat lösa något som man rubricerar som den slutna vårdsektorns problem. Huvudmännen strävar till att styra efterfrågan på sjukvård i sådan riktning att varje patient vårdas på den lägsta omhändertagandenivå, där hans vårdbehov kan tillgodoses på tillfredsställande sätt. Skall denna strävan kunna krönas med framgång måste den vård som lämnas i mera öppna former göras lika attraktiv som den slutna. Därför pågår också en förstärkning av den öppna sektorns resurser. Sjukvårdshuvudmännens strävanden måste emellertid få stöd av ett sådant avgifts- och förmånssystem, som förebygger att allmänheten efterfrågar slutna vård med ekonomiska överväganden som en väsentlig orsak. Avgifts- och förmånspolitiken utgör med andra ord ett viktigt sjukvårdspolitiskt medel, som bör utnyttjas för att styra efterfrågan på sjukvård så att öppen vård för den enskilde framstår som ett ur ekonomisk synpunkt likvärdigt alternativ till slutna vård. Så framstår den inte nu och utredningens förslag innebär för den enskilde i akutsjukvård att skillnaden mellan alternativen blir än större. Så länge det inom den öppna vården råder ett system där den sjuke, förutom sina normala levnadskostnader, har att vidkännas kostnader för medicinsk vård som inte täcks av sjukförsäkringen kan, anser förbundet, den medicinska vården inte göras kostnadsfri inom den slutna vård-

sektorn. Kostnaden för den enskilde i öppen vård måste motsvaras av ett avgiftsuttag eller ett avdrag på sjukpenningen under tid då han åtnjuter slutna vård. Förbundet erinrar om sina tidigare hos Kungl. Maj:t gjorda framställningar, dels om tillsättande av en utredning om en totalintegrerad hälso- och sjukvårdsorganisation och dels om en parlamentarisk utredning för förutsättningslös prövning av frågan om hälso- och sjukvårdens framtida finansiering. Förbundet framför vidare uppfattningen att, i avvaktn på resultatet av det föreslagna utredningsarbetet, avgiften för sjukhusvård liksom sjukpenningavdragets maximum bör höjas från 5 till 10 kr. per dag som en provisorisk lösning av de problem förbundet påtalat.

Liknande uppfattning som Svenska landstingsförbundet har *de enskilda landstingens förvaltningsutskott* utom, som redan nämnts, *Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott*.

Samma uppfattning som Svenska landstingsförbundet tillkännager också *Svenska kommunförbundet, Svenska stadsförbundet, Stockholms stadskollegium, Göteborgs stadsfullmäktige, Malmö stads sjukvårdsstyrelse* och *Samariterhemmet i Uppsala*.

Socialstyrelsen anför liknande synpunkter som landstingsförbundet beträffande den önskvärda inriktningen av vårdresursernas framtida utbyggnad och om verkan av ett införande av helt avgiftsfri medicinsk vård enbart i slutna vård. Styrelsen anser det uppenbart att en förutsättning för att utredningsförslaget skall kunna genomföras är att åtgärder vidtas för att utjämna skillnaderna i kostnader för den enskilde mellan slutna och öppen akutsjukvård. Styrelsen erinrar om att det tidigare i olika sammanhang har framförts skäl mot en helt fri öppen sjukvård. Lösningen bör nu sökas efter nya linjer. Härvid bör frågan om den ersättning, som skall lämnas för sjukvård, närmare utredas liksom den styrning mot olika vårdformer som åstadkoms genom ersättningsreglerna och i detta sammanhang bör även frågan om sjukpenningen beaktas.

Riksförsäkringsverket finner betänkandet aktualisera några mycket betydelsefulla ekonomiska och administrativa gränsdragningsproblem. Frågan om hur stor del av de vårdkostnader, som föranleds av sjukdom, som skall bestridas av det allmänna — inberäknat socialförsäkringen — tilldrar sig härvid det primära intresset. Verket förklarar sig i princip kunna dela kommitténs uppfattning att utgifter vid slutna vård av medicinsk natur skall bestridas av det allmänna. Ett sådant ståndpunktstagande innebär dock att skillnaden mellan ersättningsnormerna i slutna och öppen sjukvård blir ännu mera påtaglig än som nu är fallet. Avgiftsfriheten måste få verkningar i fråga om den öppna medicinska vården. Beträffande gränsdragningen mellan sjukhushuvudmännens och socialförsäkringens förpliktelser erinrar verket om att socialförsäkringen på förevarande område i princip är så uppbyggd att den skall ge de försäkrade ersättning för deras utgifter. Vid en sådan lösning av frågan om kostnaderna för den slutna vården som ut-

redningen föreslagit bör alltså sjukförsäkringen helt befrias från deltagande i kostnaderna för denna vård. Verket erinrar slutligen om att frågan om socialförsäkringens finansiering i stort är föremål för överväganden, vilkas resultat kan påverka ståndpunktstagandena till dessa gränsdragningsproblemen.

Önskemål att problemen i fråga om vårdavgifterna löses i ett sammanhang för samtliga vårdformer framställs också av *länsstyrelserna i Jämtlands och Västerbottens län, Sveriges läkarförbund, Försäkringskasseförbundet och SACO*.

SAF anser att konsekvenserna av förslaget i fråga om akutvården — att klyftan mellan den slutna sjukvården och andra vårdformer vidgas — gör det oantagbart.

Riksrevisionsverket förordar att nuvarande vårdavgift och avdrag på sjukpenningen vid sjukhusvård bibehålls för sjukpenningförsäkrade och höjs, eventuellt konstrueras så att det ökar med sjukpenningens storlek.

Angående detaljutformningen av förslaget om fri medicinsk vård invänds av ett flertal remissinstanser, däribland *riksförsäkringsverket*, att skäl saknas för att göra skillnad i kostnadshänseende mellan den vård som lämnas på allmän sal och vården på enskilda och halvenskilda rum. Skillnad förekommer enbart i fråga om kost och logi och bör därför endast påverka frågan om uttagande av underhållsavgift och om storleken av denna avgift. Vidare bedöms enligt riks-försäkringsverkets mening bosättningsbegreppet inte alltid på samma sätt vid tillämpning av lagen om allmän försäkring och sjukvårdslagen vilket vid ett genomförande av utredningsförslaget i vissa fall kan leda till otillfredsställande resultat.

Underhållsavgift

Den princip som utredningen lagt till grund för sitt förslag om underhållsavgift — att den som mera stadigvarande omhändertagits för sjukhusvård skall erlägga avgift för kost och logi — vinner allmän anslutning hos remissinstanserna. Likaså betecknas det genomgående som angeläget att likformighet uppnås i avgiftssättningen mellan sektorerna för åldringsvård och långtidssjukvård. Betydelsen av en snar lösning av överskottsproblemet understryks också, särskilt av det skälet att reglerna bör vara fastlagda innan den allmänna tilläggspensioneringen har fått större betydelse.

Den konkreta utformningen av utredningsförslaget ger däremot upphov till starka meningsbrytningar. Endast ett fåtal remissinstanser anser att förslaget kan godtas utan mera genomgripande omarbetning. Dessa är *länsstyrelserna i Östergötlands, Blekinge och Älvsborgs län, förvaltningsutskotten i Östergötlands och Skaraborgs läns landsting samt Sveriges läkarförbund, LO, SR och SALF*. Av dessa anser Sveriges läkarförbund att man nu, i avvaktan på en översyn av förmånssystemet inom den öppna vården, inte bör fastställa ett definitivt förmånssystem för den slutna vården. Detta

hindrar dock enligt förbundets åsikt inte att den föreslagna underhållsavgiften införs. Dess fördel är att den löser överskottsproblemet. Karens- och avbrottstidsreglerna i förslaget kan emellertid medföra konsekvenser som inte är önskvärda. Detta gäller många långtidssjuka barn, t. ex. dem som lider av cerebral pares, andra neurologiska åkommor, muskelsjukdomar, astma eller diabetes. Sådana barn kan behöva återkommande, ofta ganska begränsade perioder av sluten vård med kortare avbrottstid än 180 dagar. Med utredningens förslag kan sådana patienter snart komma i den situationen att underhållsavgift måste avkrävas dem. Dessa patienter har ingen sjukpenning och omkostnaderna i hemmet minskas många gånger inte alls under sjukhusvistelsen bl. a. på grund av de anhörigas resekostnader vid de önskvärda täta besöken hos den intagne. Detta kan därför leda till att effektiviteten i vården äventyras med ökande risk för invaliditet som följd.

LO anser att den differentierade underhållsavgiftens maximum bör fastställas enhetligt för hela landet vid förhandlingar mellan huvudmännen i samband med förhandlingar om kostnadsfördelningen mellan staten, huvudmännen och försäkringen. Beräkningen av underhållsavgift i varje enskilt fall förefaller inte vara komplicerad men en viss schablonisering blir nödvändig. De olägenheter för enskilda patienter som eventuellt kan uppstå bör kunna bemästras inom ramen för underhållsavgiften och denna form av avgift är att föredra framför att bibehålla en avgift i form av sjukpenningavdrag. Om man skulle godta nuvarande sjukpenningavdrag som avgiftsform är det uppenbart att man kan tvingas acceptera att det anpassas till den kostnad det är avsett att täcka. En höjning skulle bli till nackdel särskilt för dem som har låg sjukpenning. LO erinrar om, att den av utredningen föreslagna karenstiden inte utesluter akutsjuka från att behöva betala underhållsavgift. Med hänsyn till att dessa t. ex. inte för en kortare tid kan avveckla ekonomiska åtaganden, för vilka ingen särskild reduktion sker vid avgiftsberäkningen enligt utredningsförslaget, anser LO att en anpassning av underhållsavgiften till den verkliga betalningsförmågan bör kunna göras under loppet av det första avgiftsbelagda halvåret. Därigenom bör svårigheterna kunna minskas för akutsjuka med begränsade inkomster och relativt stora ekonomiska åtaganden.

Pensionärernas riksorganisation godtar förslaget om underhållsavgift under förutsättning att pensionärerna inplaceras i sjukpenningklass liksom hemmafruarna. Likaså krävs en godtagbar lösning av övergångsproblemen. Avgiftssystemet anses dock onödigt komplicerat och bör kunna förenklas.

Förslaget avstyrks bestämt och betecknas som rehabiliterings- och normaliseringsfientligt av *statens handikappråd*, som anför att långtidssjuka och handikappade som regel lever under mycket knappa omständigheter och har oproportionerligt stora kostnader bl. a. för läkarvård och läkemedel under tider då de inte vistas på sjukhus. De har som regel inte möjlighet

att spara summor av betydelse under sjukhusvistelse och bör få sina ekonomiska förhållanden förbättrade med syfte att främja möjligheterna till normalisering och rehabilitering, inte försämrade.

Överskottsproblemet anses ha givits för stora proportioner i utredningen. Ett typiskt fall av överskottssamlade betraktar handikapprådet som sällsynt och från allmän ekonomisk synpunkt sett betydelselöst. Motsvarande synpunkter anförs av *Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka* och av *Riksorganisationen för Mental Hälsa* i fråga om sådana långtidssjuka som inte faktiskt kan anses omhändertagna av samhället för varaktig sjukhusvård. Riksorganisationen för Mental Hälsa anför att det numera är sällan som patienter vårdas varaktigt på mentalsjukhus, detta till följd av terapeutiska framsteg och rådande platsbrist. En vårdtid överstigande 180 dagar förekommer ofta men innebär ingalunda att patienten betraktas eller tillåts själv betrakta sig som varaktigt omhändertagen. Organisationen framhåller vidare, att enligt dess mening patienter som tvångsintagits på sjukhus för psykiatrisk vård under alla förhållanden måste vara befriade från underhållsavgiften i likhet med patienter i epidemisk eller venerisk vård. För detta anges tala inte endast rättsprinciper utan även att avgiftsuttag stärker dessa patienter i deras samhällskritiska attityd, varigenom det terapeutiska arbetet med dem försvåras.

Socialstyrelsen framhåller att närmare diskussion inte förts av utredningen om motiveringen för konstruktionen och beräkningen av den föreslagna avgiften. Avgiften skulle komma att drabba även de sjuka och handikappade patienter som i och för sig skulle kunna tillgodogöra sig de s. k. överskottsmedlen, t. ex. till kläder m. m. Ingen undersökning har heller gjorts om inte dessa medel skulle kunna användas till patienternas omvårdnad i övrigt genom huvudmannens initiativ och på så sätt få en stimulerande och aktiverande effekt. Enligt styrelsens mening har hänsyn inte tagits till alla de sociala och humanitära aspekter som kan läggas på hela denna fråga och som måste vägas mot intresset att stärka finansieringen av sjukvårdskostnaderna. Socialstyrelsens avstyrkande i frågan om avgiftsfri medicinsk vård medför avstyrkande även av förslaget om underhållsavgift. Dessutom görs erinringar mot detaljerna i förslaget av liknande innehåll som riksförsäkringsverkets.

Riksförsäkringsverket tillstyrker i princip differentierade underhållsavgifter och anför att ett tungt vägande skäl för utredningens förslag är att det löser överskottsproblemet. Underhållskostnaden på ålderdomshem framstår dock inte som någon lämplig måttstock för underhållsavgiften vare sig man anser att avgiften skall motsvara den besparing i fråga om uppehållet, som patienten gör under sjukhusvistelse, eller täcka sjukvårdshuvudmannens kostnader för annat än den medicinska vården. Verket tar därför avstånd från att bestämma avgiftens maximum till något genomsnitt av kostnaderna på ålderdomshem och anser i stället att det bör fastställas enhetligt för hela landet och gälla för både sjukvårds- och ålderdomshemssektorn.

Beräkningen av underhållsavgift bör radikalt förenklas. Det ifrågasätts om inte prövningen bör överlämnas åt försäkringskassorna, som har en del av grundmaterialet. Härigenom skulle även problemet med besvärsmot mot besluten lösas. Förslaget i fråga om karenstid är godtagbart men medför att den eftersträfvade likställigheten med åldringsvården går förlorad. Regeln om avbrottstid innebär tvång till omfattande efterforskningar. Verket ifrågasätter om ej karenstidssystemet bör slopas och ersättas med ett system där underhållsavgift uttas utan karenstid på alla institutioner där vården regelmässigt är mycket långvarig. På akutavdelning skulle avgift tas ut så snart det visar sig att det i det särskilda fallet är fråga om långtidsvård. Verkets slutsats blir att förslaget i fråga om underhållsavgift inte kan godtas. Som en provisorisk lösning antyds att dagavgiften vid långtidsvård höjs till exempelvis 10 kr., varigenom överskottsproblemet till väsentlig del tills vidare bemästras. SACO anför synpunkter som i stort sett överensstämmer med riksförsäkringsverkets.

Statskontoret, riksrevisionsverket och riksskattenämnden finner att det föreslagna systemet medför komplicerade beräkningar och administrativa besvärligheter. Det bör grundas på betydligt mer schabloniserade beräkningsgrunder.

Universitetskanslersämbetet anser att förslaget avviker från vissa grundtankar i den hittills förda socialpolitiken då prövning av patientens ekonomiska bärkraft m. m. skall ske i varje särskilt fall. Prövningen kan för den enskilde framstå som en förödmjukande åtgärd från samhällets sida och ge upphov till en negativ inställning hos de vårdsökande. Systemet förutsätter en förhållandevis kostsam administrativ apparat. Ett system med låga, enhetliga avgifter och med möjligheter i särskilda fall till avgiftsbefrielse borde övervägas som ett alternativ.

Svenska landstingsförbundet erinrar om att en allt brokigare flora av regler för avgiftsuttag har vuxit fram inom långtidsvården och ansluter sig till sjukförsäkringsutredningens tanke om ett förenhetligande av vårdavgifterna, som dock bör gälla hela landet. Den nuvarande splittringen ses som ett verkligt allvarligt hot mot en riktig planering och ett adekvat utnyttjande av tillgängliga resurser. En genomgående strävan inom långtidssjukvården är numera att söka undvika ett stadigvarande omhändertagande intill patientens bortgång och i stället låta en mera begränsad behandlingstid med noggranna undersökningar och aktiverande insatser åtföljas av vård på ålderdomshem, i hemsjukvård eller i andra öppna vårdformer som kan ge tillfredsställande vårdvillkor. För detta krävs ett enhetligt system för avgiftssättning inom den primärkommunala ålderdomshemsvården och landstingens vård av sjukhemskaraktär. Sjukförsäkringsutredningens förslag om underhållsavgift avser emellertid enbart den slutna långtidssjukvården. Av yttrandet över förslaget i fråga om avgiftsfri medicinsk vård framgår att förbundet inte kan godta att den medicinska vården skall vara fri inom den slutna men avgiftsbelagd inom den öppna sektorn.

Förbundet kan därför inte heller tänka sig en underhållsavgift, som är fast knuten till något genomsnitt av dagkostnaderna vid ålderdomshemmen. Inom ramen för självkostnaden bör avgiften i stället bestämmas efter vårdpolitiska skälighets- och lämplighetsbedömningar. Frågan bör bli föremål för vidare överväganden och innefattas i den utredning om sjukvårdens allmänna finansiering som förbundet påyrkat.

Förbundets uppfattning delas av så gott som alla landstings förvaltningsutskott.

Liknande inställning som Svenska landstingsförbundet tillkännages av *Svenska kommunförbundet* och *Svenska stadsförbundet*, som tillägger att utredningens förslag snarast synes motverka strävandena till enhetlighet i avgiftssättningen samtidigt som det medför betydande administrativa meruppgifter för huvudmännen. Liknande inställning har också *Stockholms stadskollegium*, *Göteborgs stadsfullmäktige*, *Malmö stads sjukvårdsstyrelse* och *TCO*.

Svenska läkaresällskapet finner det önskvärt att förslaget överarbetas på några punkter. Det är mindre välbetänkt att underhållsavgiften i så hög grad som föreslagits skall differentieras. Det blir ett avsevärt merarbete som kommer att belasta bl. a. kuratorerna. Det kan ifrågasättas om arbetet står i rimlig proportion till det ekonomiska utbytet. En stark förenkling av reglerna förordas. Karenstiden 180 dagar är alltför lång för att någon mera påtaglig reduktion av trycket på den slutna vården skall kunna uppnås. Liknande synpunkter anförs av *länsstyrelserna i Jönköpings, Älvsborgs och Kopparbergs län*.

Försäkringskassförbundet ställer sig tveksamt till utredningsförslaget emedan förslaget kommer att innebära betydligt ökade kostnader för ett stort antal försäkrade som inte tillhör den kategori där överskott uppkommer. Mot det av utredningen föreslagna avgiftssystemet kan enligt förbundet även invändas att det strider mot de tidigare principerna om behovsprövningens avskaffande inom socialförsäkringen. Dessutom kommer den ekonomiska utredningen oftast att ske vid ett tillfälle då den enskilde befinner sig i en sådan situation att utredningen torde komma att kännas både olustig och motbjudande.

SAF tillstyrker införande av underhållsavgift men med radikal förenkling av inkomstprövningen.

Styrelsen för Kronprinsessan Lovisas Barnsjukhus finner beräkningen av underhållsavgiften komplicerad och är tveksam om lämpligheten av att ålägga patienten eller annan behörig person skyldighet att på heder och samvete avge inkomst- och förmögenhetsdeklaration till sjukhuset.

Sjukpenningavdraget vid sjukhusvård

Utredningsförslaget om slopande av sjukpenningavdraget vid sjukhusvård har av flertalet remissinstanser uppfattats som en konsekvens av förslaget

i fråga om avgiftssystemet i den slutna vården och har ej föranlett särskilt yttrande. Den tveksamhet inför de ekonomiska konsekvenserna av förslaget i denna del, som utredningsledamöterna Edström, Kaijser och Pettersson uttalat, delas emellertid även av länsstyrelserna i Östergötlands och Jönköpings län vilka tillstyrkt förslaget om nytt avgiftssystem inom den slutna vården.

Försäkringskassförbundet anser förslaget om slopande av sjukpenningavdraget välmotiverat och förordar att det genomförs snarast även om förslagen angående avgiftssystemet i slutna vård skjuts på framtiden.

Riksförsäkringsverket förklarar sig tveka i ett sådant läge. Det administrativa besväret är inte av sådan storlek att enbart detta utgör en tillräcklig anledning till nedsättningens avskaffande. Ett sådant avskaffande skulle otvivelaktigt också ytterligare öka skillnaden i fråga om förmåner mellan öppen och slutna vård och därtill medföra ökade försäkringskostnader.

Överväganden och förslag

Såsom redovisats i det föregående föreslår sjukförsäkringsutredningen ett nytt avgiftssystem i den slutna sjukvården, innebärande att den medicinska vården alltid skall vara kostnadsfri och att avgift för vad som kallas den sjukes underhåll skall tas ut sedan vården pågått 180 dagar med ett belopp som anpassas till den sjukes betalningsförmåga men i varje fall inte får överstiga självkostnaden. I samband med detta föreslås att nuvarande sjukpenningavdrag vid sjukhusvård avskaffas.

Förslaget har framkallat delade meningar bland remissorganen. En grupp stöder utredningens förslag, om än i vissa fall med tämligen betydande erinringar. Från en annan grupp riktas skarp kritik mot förslaget. En linje i kritiken är att förslaget för akutsjukvården får den verkan att den klyfta som nu finns i kostnadshänseende för patienten mellan slutna och öppen vård vidgas ytterligare genom att sjukhusvården blir kostnadsfri. Detta lägger i sin tur hinder i vägen för sjukvårdshuvudmännen i deras strävan att föra över allmänhetens efterfrågan på sjukvård till öppnare vårdformer. Om reglerna för underhållsavgift hävdas att en prövning från fall till fall av patientens betalningsförmåga innebär en brytning med vissa grundtankar i hittills förd socialpolitik. Att prövningen skall ske under sjukhusvistelsen betecknas som skadligt ur vårdsynpunkt och kanske förödmjukande för den sjuke. Det görs också gällande att de föreslagna reglerna skulle verka på ett olämpligt sätt för ett stort antal fall av annan karaktär än de som utredningen närmast avsett att komma till rätta med. Vidare hävdas bl. a. att reglerna för avgiftsberäkningen är alltför invecklade och det kritiserats att möjligheter att besvara sig över besluten i avgiftsfrågor saknas.

Av väsentlig betydelse för ställningstagandet till utredningens förslag är att sjukvårdshuvudmännen vägrar att acceptera det. I stället har dessa

inriktat sig på att — i avbidan på ytterligare överväganden angående sjukvårdens framtida finansiering — företa en allmän höjning av vårdavgiften för salspatienter på sjukhus till 10 kr. och aviserat höjning redan under år 1969.

Vid de överläggningar som har hållits mellan representanter för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen har samförstånd nåtts om bl. a. följande åtgärder. Vårdavgiften för salspatienter höjs till 10 kr. från den 1 januari 1970. Samtidigt förstärks pensionärernas sjukförsäkringsskydd. För utförsäkrade patienter kan en huvudman efter eget bedömande begagna möjligheten att ta ut vårdavgift motsvarande folkpension efter avdrag för s. k. fickpengar. I de undantagsfall då man trots förstärkningen av sjukförsäkringsskyddet skulle få stötande sociala effekter förutsätts att sjukvårdshuvudmännen medger avgiftsnedsättning eller avgiftsbefrielse. En översyn av sjukvårdslagen i syfte att underlätta den öppna vården kommer till stånd varjämte en samhällsekonomisk analys görs av sjukvårdskostnadernas utveckling liksom en teknisk undersökning rörande verkningar individuellt och kollektivt av nuvarande metoder för sjukvårdskostnadernas finansiering.

Omläggningen av sjukförsäkringens ersättningssystem för den öppna vården, för vilken närmare redogörelse har lämnats i föregående avsnitt av denna promemoria, och höjningen av vårdavgiften i slutna vård bör kunna samverka till en viss överföring av efterfrågan på sjukvård från den slutna till den öppna sektorn. En höjning av vårdavgiften i slutna vård som varit oförändrad sedan 1958 ger även i dagens läge en någorlunda tillfredsställande lösning av de problem som hör samman med den bristande likställigheten i avgiftshänseende mellan slutna långtidssjukvård av åldringar och vård på ålderdomshem. Till belysning av avgiftshöjningens verkan i detta hänseende erinras om att enligt vad utredningen angivit de flesta inackorderade på ålderdomshem, oavsett det avgiftssystem som kommunen tillämpat, i praktiken betalar avgift motsvarande vad som återstår av folkpensionen sedan den sedvanliga fickpenningandelen avdragits. Räknet per dag blir detta f. n. ca 11 kr. för en ensamstående pensionär. Folkpensionen är nämligen ca 14:30 kr. och fickpenningbeloppet ca 3:30 kr.

En mera genomgripande förändring av avgiftssystemet för den slutna vården bör i vart fall inte vidtas förrän erfarenheter har vunnits rörande verkningarna av omläggningen av ersättningssystemet för den öppna vården och de förut angivna utredningarna har slutförts.

En förutsättning för höjning av vårdavgifterna är att en förstärkning av försäkringsskyddet genomförs för de pensionärer, som nu har begränsad sjukhjälpstid i fråga om ersättning för sjukhusvård och sjukpenning. Enligt 4 kap. 3 § AFL kan ersättning för sjukhusvård och sjukpenning utgå i sammanlagt högst 180 dagar efter det den försäkrade har fyllt 67 år eller dessförinnan har börjat uppbära ålders- eller förtidspension. De som på

detta sätt har blivit utförsäkrade får alltså själva stå för avgiften vid vård på sjukhus. En höjning av nuvarande vårdavgift kan under sådana omständigheter medföra obilliga konsekvenser för pensionärer som måste anlita akutsjukvården. Sjukhjälpstiden för pensionärer vad gäller sjukhusvård bör därför förlängas. En förlängning av den angivna tiden från 180 till 365 dagar synes kunna innebära en lämplig avvägning. Förlängningen kräver ändring i 4 kap. 3 § AFL.

De pensionärer, som vid lagändringens ikraftträdande har uttömt sin rätt till sjukpenning och ersättning för sjukhusvård enligt nuvarande lydelse av 4 kap. 3 § AFL, bör i princip få del av den föreslagna förstärkningen av skyddet. En viss begränsning torde dock vara nödvändig. De som dagen före ikraftträdandet vårdas som intagna på sjukhus oavbrutet sedan lång tid tillbaka bör således undantas eftersom beträffande dessa inte finns samma anledning att presumera att de har utgifter av betydelse vid sidan av kostnaderna för sjukhusvistelsen. Om inte något undantag görs skulle de i ett halvår befrias från avgift mot att de för närvarande betalar 5 kr. om dagen. Undantaget bör utformas så, att den som vårdats oavbrutet i minst ett år inte omfattas av de nya bestämmelserna. Övergångsregelns tillämpning kräver att sjukvårdshuvudmännen i samband med ikraftträdandet meddelar försäkringskassorna vilka av de ineliggande patienterna som faller under undantagsbestämmelsen.

Den här föreslagna utvidgningen av försäkringsskyddet torde innebära en tillfredsställande lösning för det stora flertalet fall. Det kan dock uppkomma fall där en vårdavgift, som uppgår till 10 kr. eller motsvarar folkpension minus fickpengar är för hög. Här åsyftas bl. a. det fall att en på sjukhus intagen folkpensionär lyfter pension med det lägre belopp som enligt reglerna i 6 kap. 2 § första stycket AFL utgår när också hans make är pensionsberättigad. Vidare åsyftas över huvud taget pensionärer med särskilda försörjningsplikter liksom vissa fall då en pensionär har bostadskostnader som inte täcks av kommunalt bostadstillägg eller andra inkomster. Fall förekommer också — beträffande utlännningar över 67 år — att en person blir utförsäkrad enligt bestämmelsen i 4 kap. 3 § AFL utan att ha blivit berättigad till folkpension. Det förutsätts att sjukvårdshuvudmännen medger avgiftsnedläggning eller avgiftsbefrielse i sådana fall som här exemplifierats. Huvudmannaorganisationernas representanter har som framgår av det föregående förklarat sig införstådda med detta.

En uppföljning får ske av hur de nya reglerna verkar för att få underlag för en bedömning i fortsättningen. Det torde få ankomma på riksförsäkringsverket att här noga följa utvecklingen.

I anslutning till vad som nyss sagts om åtgärder till stöd för särskilda grupper av pensionärer erinras om att enligt bestämmelse i 10 kap. 1 § AFL gift pensionsberättigad i regel skall likställas med ogift, under förutsättning att han stadigvarande lever åtskild från sin make. Bägge makarna

kan därigenom få högre pension. Tillämpningen av bestämmelsen förutsätter visserligen ansökan från den pensionsberättigade. Försäkringskassan har emellertid en allmän plikt att påminna den som är berättigad till en förmån om hans rätt när kassan får anledning till detta. Denna princip leder till att försäkringskassan i varje fall då en pensionsberättigad, vars folkpension påverkas av att han är gift, blir utförsäkrad enligt 4 kap. 3 § AFL bör undersöka huruvida regeln i 10 kap. 1 § AFL kan vara tillämplig. Kan det antas att så är fallet och att en tillämpning av regeln är till makarnas fördel, bör kassan underrätta dessa om möjligheten att göra ansökan om sådan tillämpning. Riksförsäkringsverket bör här utfärda de anvisningar som kan behövas.

Avdraget på sjukpenning vid sjukhusvård, maximum 5 kr. per dag, bör kvarstå oförändrat.

Ändringen av utförsäkringsreglerna bör genomföras i anslutning till att vårdavgiften på sjukhus den 1 januari 1970 höjs till 10 kr.

Höjningen av vårdavgiften till 10 kr. aktualiserar också en särskild fråga, nämligen om översyn av bestämmelserna om landstingsbidrag till kostnaderna för patienter på karolinska sjukhuset.

Av de allmänna vårdplatserna på karolinska sjukhuset är ett visst antal avsedda för patienter från Stockholms stad och Stockholms län och ett visst antal, de s. k. riksplatserna — beträffande vilka staten ensam har svarat för byggnadskostnaderna — för patienter från landet i övrigt. I fråga om serafimerlasarettet har det förhållit sig på liknande sätt. Huvudmannaskapet för detta sjukhus övergick emellertid den 1 juli 1968 från staten till Stockholms stad. Mellan staten samt Stockholms stad och Stockholms läns landsting har ingåtts avtal, som bl. a. innehåller bestämmelser om skyldighet för staden och landstinget att bidra till karolinska sjukhusets vårdkostnader. Beträffande övriga landsting och städer utanför landsting regleras motsvarande skyldighet genom *förordningen den 30 juni 1937 (nr 655) angående bidrag från landsting och städer, som ej deltaga i landsting, till bestridande av kostnaderna för vård i vissa fall å karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet* (ändrad 1953: 270, 1955: 104, 1958: 433 och 1961: 63), i fortsättningen kallad bidragsförordningen. Enligt 1 § i denna förordning skall landsting (varmed här och i det följande jämställs stad utanför landsting) då en inom dess område bosatt person intas på ifrågasvarande sjukhus för vård, som det enligt sjukhuslagen den 17 april 1959 (nr 112) — numera ersatt av SjuvL — åligger landstinget att ombesörja, till statsverket erlægga bidrag till kostnaden för vården, s. k. vårdbidrag. Vårdbidraget skall, oavsett om vården meddelas på allmänt, enskilt eller halvenskilt rum, för vårddag utgå med det belopp, varmed den för sjuka från landstingsområdet fastställda vårdavgiften på allmänt rum vid karolinska sjukhuset överstiger 5 kr. Vårdavgiften fastställs av Kungl. Maj:t. Så har senast skett genom beslut den 19 december 1968. Enligt detta be-

slut utgör vårdavgiften på allmänt rum för sjuka, boende inom annan del av riket än Stockholms stad eller Stockholms län, i regel 220 kr. per dag för akutfall och 385 kr. per dag för remissfall. Vårdbidraget är alltså nu 215 resp. 380 kr. per vård dag. Som förutsättning för bidragsskyldighet gäller, utom såvitt avser radiumhemmet, att den intagne *antingen* under vistelse inom Stockholms stad eller Stockholms län har insjuknat i den sjukdom, vården avser (akuta fall), *eller* erhållit hänvisning till sjukhuset för vård, som ej kan beredas på landstingets sjukhus (remissfall). Utgår vårdbidrag enligt vad nu sagts, minskas vårdavgiften för den intagne med motsvarande belopp.

Från skyldigheten att utge vårdbidrag ges i förordningens 2 § vissa undantag. Ett gäller om fall, som avses i 4 § lagen den 20 juni 1918 (nr 460) angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar är för handen. Inte heller om den intagne åtnjuter socialhjälp enligt 12 § lagen den 4 januari 1956 (nr 2) om socialhjälp föreligger skyldighet att utge vårdbidrag. Slutligen gäller undantag från bidragsskyldigheten om den intagne är utländsk medborgare som inte är mantalsskriven i riket.

I 3 § förordningen föreskrivs att bestämmelserna i 1 § inte skall äga tillämpning på patienter från Stockholms stad eller län, för vilka ju särskild överenskommelse gäller. I paragrafen sägs vidare att bestämmelserna i den särskilda överenskommelsen skall gälla även om en sådan patient vårdas på en s. k. riksplats.

Bestämmelserna i 1 och 2 §§ förordningen görs genom föreskrift i 4 § i tillämpliga delar gällande för serafimerlasarettet.

Sedan huvudmannaskapet för serafimerlasarettet övergått till Stockholms stad bör bestämmelserna i 4 § bidragsförordningen utmönstras.

Vad åter angår karolinska sjukhuset torde, ehuru en avveckling av de s. k. riksplatserna har förutskickats i prop. 1961: 36, ett behov av bidragsbestämmelser kvarstå under ytterligare ett antal år. Bestämmelserna i 1 § synes i behov av en redaktionell ändring som betingas av att sjukhuslagen efterträtts av SjöL. Dessutom bör lydelsen jämkas med hänsyn till den allmänna höjningen av vårdavgiften på allmän sal till 10 kr.

Undantagen i 2 § från bidragsskyldigheten bör utgå. Undantaget gällande veneriskt sjuka har sin grund i den rätt att erhålla kostnadsfri vård för sådana sjukdomar på allmänt sjukhus som förelåg enligt lagen angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar. Denna lag har numera ersatts av smittskyddslagen den 26 april 1968 (nr 231). Enligt smittskyddslagen åvilar ansvaret för slutna vård för venerisk sjukdom landstingskommunen. Följaktligen måste landstingskommunen anses skyldig att utge vårdbidrag enligt huvudregeln i 1 § bidragsförordningen om vård för venerisk sjukdom lämnas på karolinska sjukhuset.

Undantaget avseende intagna som åtnjuter socialhjälp har sin grund i den förut gällande lagen den 14 juni 1918 (nr 422) om fattigvården. Enligt

bestämmelser i 40—42 §§ nämnda lag skulle fattigvårdssamhälles kostnader för vård av sinnessjuka, tuberkulösa, vanföra och andra kroniskt sjuka liksom lasarettspatienter under vissa förutsättningar gottgöras av vederbörande landsting. Med hänsyn härtill ansågs vid bidragsförordningens tillkomst att landstingsbidrag till vårdkostnaden inte skulle utgå för fattigvårdsbehövande patienter. I socialhjälpslagen saknas motsvarighet till bestämmelserna i fattigvårdslagen om skyldighet för landsting att gottgöra fattigvårdssamhälle sådana vårdkostnader. Den s. k. landstingsfattigvården har således försvunnit och därmed även grunden för ifrågavarande undantagsbestämmelse.

Vad slutligen gäller undantaget beträffande utläningar har landstingskommun enligt 3 § SjvL skyldighet att ombesörja sjukvård för alla som är bosatta inom sjukvårdsområdet. De som är bosatta inom området skall behandlas lika vare sig de är svenska medborgare eller utläningar. Något undantag från bidragsskyldigheten vid vård på karolinska sjukhuset, sådan den bestämts i 1 § bidragsförordningen, synes alltså inte befogat beträffande utläningar.

Kvarstående bestämmelser, nämligen 1 § och 3 §, bör lämpligen upptas i en ny författning. Därvid torde den särskilda regeln i sistnämnda paragraf om förfarandet för det fall att en s. k. riksplats upptas av en patient som omfattas av avtal mellan staten och Stockholms stad eller Stockholms läns landsting kunna utgå. Den fråga som bestämmelsen avser bör regleras i avtalen. Eftersom Stockholms stad numera ingår i Stockholms län behöver Stockholms stad inte särskilt nämnas i förordningen.

3. Vårdavgift m. m. i vissa halvöppna vårdformer

Sjukförsäkringsutredningen framlägger förslag till lösning av de problem, som uppstår vid tillämpningen av SjvL och AFL på de nya s. k. halvöppna vårdformerna. Likaså föreslår utredningen utökad rätt till ersättning från sjukförsäkringen för kostnader för övernattning i samband med läkarvård utom hemorten. Redogörelse för de nämnda förslagen lämnas i det följande.

Slutligen framlägger utredningen vissa förslag i fråga om hemsjukvård i syfte att undanröja formella hinder för samordning av sjukvårdshuvudmännens och kommunernas åtgärder på detta område och att stimulera den enskilde till hemsjukvård. Sedan detta utredningsförslag framlagts har emellertid Svenska landstingsförbundet, Svenska stadsförbundet och Svenska kommunförbundet enats om att rekommendera sina medlemmar ett principavtal om samverkan mellan landsting och kommuner beträffande hemsjukvården. Någon statsmakternas åtgärd torde med hänsyn till detta inte vara erforderlig.

a) Dagsjukhusvård, nattsjukhusvård och femdagarsvård

Nuvarande ordning

Som har framgått i de föregående avsnitten av denna promemoria anses enligt SjuL vård för sjukdom, skada, kroppsfel eller barns börd bli meddelad i sluten form om intagning på sjukhus fordras för vården. I annat fall betraktas vården som meddelad i öppen form.

Huruvida vården anses meddelad i sluten eller öppen form har betydelse för den försäkrades rätt till ersättning för vårdkostnad. Ersättningsreglerna i AFL har likaledes ingående behandlats i de föregående avsnitten.

Regler om ersättning för den försäkrades resekostnader ges i sjukreseförordningen den 25 maj 1962 (nr 385).

Enligt dessa utgår vid sjukhusvård ersättning för utgifter i anledning av resor till och från sjukvårdsinrättningen och vid läkarvård ersättning för utgifter i anledning av sådana resor till och från läkaren, som föranletts huvudsakligen av behovet av läkarvård. I bägge fallen ersätts hela kostnaden med avdrag för ett mindre belopp, vanligen de första fyra kronorna. Vid sjukhusvård görs avdraget från kostnaden för återresan från sjukhuset. Närmare bestämmelser finns till förebyggande av att den försäkrade i förekommande fall erhåller högre ersättning än han skulle ha erhållit om han skaffat sig vården på mest ekonomiska sätt.

Utredningens förslag

Utredningen konstaterar att den stegrade efterfrågan på sluten sjukvård i förening med de höga kostnaderna för sjukhusvården har fått till följd bl. a. att sjukvårdshuvudmännen som komplettering till den traditionella slutna vården har börjat praktisera nya vårdformer vid vissa sjukhus. Sådana nya vårdformer är dagsjukhusvård, innefattande även vård av icke inneliggande patienter på rehabiliteringsavdelningar, nattsjukhusvård och femdagarsvård.

Beträffande *dagsjukhusvården* anför utredningen att patienten i sådan vård har tillgång till sjukhusets resurser i olika avseenden på samma sätt som patienter i sluten sjukvård. Skillnaden mellan de båda vårdformerna är främst den att patienten i dagsjukhusvård får vistas utanför sjukhuset den del av dygnet eller de dygn då han inte fordrar behandling eller tillsyn. Vidare får han, då han befinner sig utanför sjukhuset, vid behov av sjukvård i första hand lita till den öppna vårdens resurser och själv i princip stå för den kostnad som då uppkommer. Vården på sjukhuset vid dagsjukhusvård synes utredningen närmast vara att jämställa med den vård som lämnas inom den slutna vården. De motiv som utredningen anfört för att i traditionell sluten sjukvård tillhandahålla den medicinska vården kostnadsfritt gäller i princip även vid dagsjukhusvård.

Utredningen finner därför att det kan ligga nära till hands att hänföra dagsjukhusvården till sluten sjukvård. Eftersom det regelmässigt brukar förutsättas för att någon skall anses intagen på sjukhus att han vistas där under natten innebär en sådan lösning en vidgning av begreppet slutenvård. En utvidgning av begreppet slutenvård till att omfatta även dagsjukhusvård kräver emellertid enligt utredningens mening att dagsjukhusvården klart definieras. Utredningen finner icke någon definition som medger en tillräckligt klar gränsdragning mot öppen vård och skapar förutsättningar för en enhetlig tolkning av vad som skall anses som dagsjukhusvård, i vilken den medicinska vården är att jämföras med den som meddelas i traditionell slutenvård.

Utredningen anför vidare att ett innefattande av dagsjukhusvården i slutenvård i vissa fall kan medföra ekonomiska nackdelar för patienten vid jämförelse med nuvarande förhållanden. Med hänsyn till att patienten i alla nuvarande former av dagsjukhusvård tillbringar större delen av dygnet utanför sjukhuset torde han inte sällan ha behov av läkarvård eller annan vård och behandling utanför sjukhuset. Som nämnts får patienten i sådana fall då som regel själv stå för kostnaderna. Någon skyldighet för sjukvårdshuvudmannen att ersätta dem föreligger inte. Om dagsjukhusvården hänförs till slutenvård, torde patienten ej heller kunna räkna med att få återbäring från den allmänna försäkringen för nämnda kostnader, eftersom patientens vistelse utanför sjukhuset mellan de olika behandlingarna i dagsjukhusvård vid tillämpningen av AFL torde komma att anses som sådan kortvarig vistelse som inte föranleder avbrott i sjukhusvården. Patienten riskerar alltså att själv få svara för hela denna vårdkostnad jämte reseutgifter. Detsamma gäller patientens resekostnader i samband med själva dagsjukhusvården, frånsett resan till sjukhuset vid dagsjukhusvårdens början och resan från sjukhuset efter det vården upphört helt.

Enligt utredningens mening är det mindre angeläget att söka pressa in dagsjukhusvården i något av de båda vårdfacken, slutenvård eller öppen vård. Det väsentliga måste vara att få klarhet i hur huvudmännen, den allmänna försäkringen och de försäkrade sinsemellan skall svara för de kostnader som uppkommer i samband med denna vård. I sådant syfte är det heller inte nödvändigt att lösa frågan om dagsjukhusvård bör hänföras till slutenvård eller öppen vård. Det torde vara tillfyllest att man rubricerar dagsjukhusvård som sådan medicinsk vård på sjukhus, som ej lämnas polikliniskt och ej heller är att hänföra till slutenvård, och bestämmer sig för hur kostnaderna för densamma skall fördelas på olika intressenter. Med ett sådant synsätt blir dagsjukhusvård att betrakta som en särskild vårdform mellan slutenvård och öppen vård, i det följande kallad halvöppen vård.

Beträffande den medicinska vården föreslår utredningen på skäl som tidigare nämnts — främst vårdens höga kvalitet och dess överensstäm-

melse i övrigt med slutna vård — att den i likhet med den medicinska vården i slutna vård tillhandahålls kostnadsfritt av sjukvårdshuvudmännen. Systemet med underhållsavgift bör tillämpas i de fall patienten tillhandahålls kost. När det gäller kostnaderna för patienternas resor till och från sjukhus i samband med dagsjukhusvård och jämförlig halvöppen vård finner utredningen det praktiskt och från administrativ synpunkt lämpligt, att sjukvårdshuvudmännen svarar för dylika kostnader. I stor utsträckning torde sjukhusen genom sina transportorganisationer kunna på ett smidigt sätt ombesörja erforderliga resor. Kostnaderna för läkarvård eller annan vård och behandling, som meddelas utanför sjukhuset eller polikliniskt på sjukhus, och för resor och läkemedel vid sådan vård får patienten stå för med rätt att erhålla återbäring från den allmänna försäkringen i den mån kostnaderna är ersättningsberättigande enligt AFL.

Genom att den som vistas på sjukhus under natten enligt praxis anses intagen där kan den som är föremål för *nattsjukhusvård* i princip anses åtnjuta slutna vård i SjuL:s mening.

Formerna för nattsjukhusvård kan, anför utredningen, variera rätt avsevärt. Vid lasaretten för psykiatrisk vård förekommer nattsjukhusvården i form av utsträckt frigång. Patienterna i denna vård tillbringa som regel varje natt på sjukhuset. Den aktiva medicinska vården av dessa patienter, som ofta har arbete utanför sjukhuset och inte är sjukskrivna, är i många fall ringa. Den huvudsakliga anledningen till dessa patienters vistelse på sjukhus är i allmänhet behovet av gemenskap och viss tillsyn på kvällar och nätter. Vid de psykiatriska klinikerna på lasaretten för huvudsakligen somatisk vård varierar behovet av nattsjukhusvård för patienterna från en till flera nätter i veckan. Omfattningen av den medicinska vården i denna vårdform kan växla mera i det individuella fallet än i övrig slutna vård men ofta synes patienterna under kvällen och natten bli föremål för en intensivare behandling och övervakning än vad eljest vanligen är fallet i somatisk vård. Patienterna vistas större delen av vårdperioden utanför sjukhuset. Härunder har de ofta behov av läkarvård eller annan vård och behandling, som meddelas utanför sjukhuset eller polikliniskt på sjukhuset.

Vad nu sagts visar enligt utredningens åsikt att i nattsjukhusvård liksom i dagsjukhusvård finns inslag av såväl öppen som slutna sjukvård och att det är lika vanskligt att hänföra nattsjukhusvård till viss bestämd vårdform, slutna eller öppen vård. På i princip samma grunder, som anförts beträffande dagsjukhusvården, föreslår utredningen därför att nattsjukhusvården hänförs till den särskilda vårdform mellan öppen och slutna vård, som utredningen benämner halvöppen vård. Med hänsyn härtill föreslår utredningen vidare att begreppet slutna vård i SjuL:s mening i fortsättningen tillämpas så att nattsjukhusvård i den bemärkelse denna vårdform här diskuteras inte betraktas såsom slutna vård.

När det gäller ansvaret för de kostnader som uppkommer i samband med nattsjukhusvård föreslår utredningen att i stort sett samma regler skall gälla, som förordats vid dagsjukhusvård. Den medicinska vården på sjukhus samt resorna till och från sjukhuset för erhållande av sådan vård förutsätts således skola tillhandahållas kostnadsfritt av sjukvårdshuvudmännen och underhållsavgift bör tas ut med tillämpning av förut förordat system. Däremot anser utredningen det inte motiverat att patient i nattsjukhusvård erhåller ersättning för kostnader för resor till och från arbetsplats utanför sjukhuset, eftersom det får anses skäligt att patienten betalar dessa kostnader av sin arbetsförtjänst. För utgifter för läkarvård utanför sjukhuset eller polikliniskt på sjukhus och resor i samband därmed skall patienten ha rätt till återbäring från den allmänna försäkringen.

Den som åtnjuter s. k. *femdagarsvård* bör enligt utredningens uppfattning fortlöpande anses vara föremål för slutna vård i SjuL:s mening, eftersom han i princip vistas på sjukhuset hela dygnet. Det förhållandet att patienten tillbringar några dagar, i regel lördag och söndag, varje vecka utanför sjukhuset bör inte betraktas som avbrott i den slutna vården. Så länge han inte definitivt skrivits ut från sjukhuset får nämligen behovet av slutna vård anses kvarstå även under de dygn, som han vistas utanför sjukhuset. Utredningen förordar sålunda att dess förslag till avgiftssystem i slutna vård skall avse jämväl femdagarsvård. I fråga om underhållsavgift föreslås dock att sådan avgift inte tas ut för de dagar patienten vistas utanför sjukhuset.

I detta sammanhang har utredningen övervägt frågan om ersättning skall utgå för sådana kostnader för läkarvård, som kan uppstå för patient vid vistelse utanför sjukhuset, samt för resor i samband därmed eller mellan sjukhus och bostad under veckosluten. Patient i femdagarsvård har f. n. inte möjlighet att få ersättning från den allmänna försäkringen för sådana kostnader. Eftersom femdagarsvården organiseras på huvudmannens initiativ i rationaliseringssyfte, är det enligt utredningens mening skäligt att huvudmannen i princip helt ersätter kostnader för läkarvård eller annan vård, som kan uppkomma för patienten på grund av akut insjuknande eller akut försämring i hans tillstånd under vistelse utanför sjukhuset. Vidare föreslås att huvudmannen vid femdagarsvård helt ersätter skäliga kostnader för såväl sådana resor som kan bli aktuella vid vård utanför sjukhuset som resor mellan sjukhus och bostad i samband med vistelsen utanför sjukhuset under veckosluten så länge den slutna vården pågår.

Remissyttrandena

De remissinstanser som tar avstånd från utredningens förslag angående fri medicinsk vård och underhållsavgift i slutna vård gör i regel invändning

mot en tillämpning av detta system även på den s. k. halvöppna vårdens område och anser vidare att förslagen i övrigt i förevarande del bör ses som provisorier till dess en slutlig lösning åstadkommits inom ett större sammanhang. Frånsett sådana reservationer tillstyrks förslagen i stort av en så gott som enig remissopinion. Allmänt uttalas ett önskemål att förslagen i dessa delar genomförs oavsett om utredningens övriga förslag kommer till utförande.

Den form för genomförande, rekommendationer till huvudmännen, som utredningen skisserat för de flesta av förslagen, anses av *riksförsäkringsverket* liksom av bl. a. *länsstyrelsen i Västerbottens län* och *TCO* böra utbytas mot författningsmässig reglering.

Tanken i utredningsförslaget att arbeta med ett särskilt begrepp, halvöppen vård, som lämnas utan reglering i sjukvårdslagen, möter invändningar från ett flertal remissinstanser. Ehuru *socialstyrelsen* anser det önskvärt att lagstiftningen framdeles underkastas de ändringar som erfordras för att alla vid ett sjukhus mottagna patienter i princip skall vara likställda oavsett vilken nyans av omhändertagandeformerna som tillämpas i varje ögonblick anför styrelsen att det synes otillfredsställande att i dagens läge vissa på ett sjukhus intagna patienter inte skulle anses åtnjuta sluten vård, särskilt som sluten vård i 2 § 1 mom. SjvL definieras såsom vård för sjukdom m. m. som fordrar intagning på anstalt. Inom den psykiatriska vården har de typer av vård som utredningen hänfört till halvöppna särskild aktualitet och enligt lagen den 16 juni 1966 (nr 293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall m. m. anses den som åtnjuter försökspermission under del av dygn vara intagen på sjukhuset. Styrelsen yrkar därför, att ändring inte görs i den hävdvunna tolkningen av begreppet sluten vård i vad avser patient som åtnjuter permission under dagen. I stället bör i sjukförsäkringsförfattningarna meddelas en specialregel för intagen patient som åtnjuter permission under dagen. Innebörden av denna regel bör vara att sådan patient äger rätt till återbäring för kostnader för läkarvård, som han under sin bortovaro från sjukhuset blir i behov av. Detsamma bör gälla för patienter som endast vistas på sjukhuset under dagen eller som åtnjuter s. k. femdagarsvård. Dessa bör sålunda anses åtnjuta permission under natten resp. över veckoslutet. Om begreppet intagning uppmjukas på sätt utredningen föreslagit, får detta konsekvenser för tolkningen av SjvL på flera punkter. Sålunda skulle t. ex. bestämmelserna i 24—26, 28 och 30 §§ ej bli tillämpliga på patient i s. k. halvöppen vård. Förbudet i 29 § att mottaga särskild ersättning av intagen patient skulle ej heller bli gällande, vilket måste anses olämpligt. Med den av styrelsen föreslagna lösningen uppnås att ersättning för läkarvård m. m. under de tider då patienten inte vistas på sjukhuset kan utgå i varje fall enligt lagen om allmän försäkring.

Göteborgs stadsfullmäktige förordar likaledes att dagsjukhusvård och nattsjukhusvård jämställs med traditionell sjukhusvård. Motivet för detta

ställningstagande har varit att ett enhetligt och lättillämpligt system bör gälla för en sjukvårdsform, som i främsta rummet präglas av åstundan att knappa resurser skall komma till största möjliga nytta för så många som möjligt. Om man inte valde att betrakta halvöppen vård som sluten vård skulle man logiskt få jämföra den med olika slag av poliklinisk vård och behandling, vilket i sin tur skulle medföra att läkarvård, sjukgymnastisk behandling, behandling med kortvåg etc. skulle debiteras de sjuka var för sig och av dessa i efterhand kunna återsökas hos försäkringskassan. Även *Stockholms stadskollegium* och *Svenska stadsförbundet* anser att dagsjukhusvård och nattsjukhusvård bör hänföras till sluten vård.

Förslagen i fråga om kostnadsansvaret för patienternas resor och för läkarvård vid vistelse utanför sjukhuset har föranlett invändningar från några sjukvårdshuvudmän. *Förvaltningsutskotten i Södermanlands och Kopparbergs läns landsting* anför att förslaget angående resekostnader i princip torde innebära en övervältring av kostnader från försäkringen till sjukvårdshuvudmännen. *Uppsala läns landstings förvaltningsutskott* anför att någon övertygande argumentering varför resekostnaderna skall åvila landstinget och icke försäkringskassan inte har förebragts. Utskottet anför vidare: I fråga om nattsjukhusvård föreslår utredningen att resor mellan sjukhuset och hemmet skall tillhandahållas kostnadsfritt men däremot inte resa till och från arbetsplats. Denna uppdelning förefaller krystad. Vid nattsjukhusvård torde flertalet patienter inte ha någon anledning att resa till sitt hem utan alla aktuella resor kommer att ske mellan sjukhuset och arbetsplatsen. Att då förutsätta att allmänna medel skall bekosta en viss del av denna resa, nämligen så lång sträcka som skulle motsvara resan mellan sjukhuset och hemmet, förefaller helt orimligt. *Jämtlands läns landstings förvaltningsutskott* erinrar om att resekostnaden vid vanlig sluten vård ersätts av försäkringen. Från patientens synpunkt sett torde det vara svårt att förstå varför reseersättning skall begäras från skilda håll i olika vårdformer. Oberoende av vårdform bör reseersättning utgå från samma myndighet. Till en början torde det även bli svårt att avgöra skillnaden mellan vanlig öppen vård och vård i s. k. halvöppen form. Att ha skilda regler för bl. a. resekostnader när det torde vara svårt att hålla vårdformerna strikt isär synes mindre lämpligt.

Länsstyrelsen i Älvsborgs län erinrar om att i utredningens förslag inte nämns något om den kategori läkare, som patienten bör anlita vid uppkommet behov av läkarvård under vistelse utanför sjukhuset. För att huvudmannens kostnader skall kunna hållas på rimlig nivå bör sägas att patienten skall ersättas för utgifterna efter försäkringskassans återbäringsprinciper. Taxebunden tjänste- eller lasarettsläkare bör anlitas och eventuella resekostnader bör ersättas enligt de regler, som tillämpas av försäkringskassa.

Överväganden och förslag

Utredningens förslag innebär i korthet att femdagarsvård hänförs till sluten vård enligt SjuL medan dagsjukhusvård och nattsjukhusvård betraktas som särskilda s. k. halvöppna vårdformer. Även för dessa sistnämnda vårdformer skall emellertid samma avgiftssystem som för sluten vård tillämpas så långt det är möjligt. Eftersom dagsjukhusvård och nattsjukhusvård inte hänförs till sluten vård har patienten rätt att erhålla återbäring från sjukförsäkringen för kostnader för läkarvård och för resor till läkaren om han blir nödsakad att anlita läkare under sådan tid då han vistas utanför sjukhuset. Motsvarande möjlighet står inte till buds för patient i femdagarsvård och där föreslår utredningen att sjukvårdshuvudmannen ersätter dessa kostnader. För samtliga nu behandlade former av vård föreslår utredningen att sjukvårdshuvudmannen svarar för patientens resor till och från sjukhuset, förutom intagnings- och utskrivningsresorna och resor som patient i nattsjukhus gör mellan sjukhus och arbetsplats.

Mot utredningens förslag riktas kritik från bl. a. socialstyrelsen. Utredningen motiverar sin lagtekniska lösning av frågan om dagsjukhusvårdens och nattsjukhusvårdens behandling ifrån svårigheterna att definiera dessa vårdformer på ett sådant sätt att de klart avgränsas från öppen vård. Vidare åberopar utredningen att vissa nackdelar uppstår för patientens del om vårdformerna hänförs till sluten vård.

Den av utredningen valda lösningen innebär mot bakgrunden av SjuL:s uppbyggnad att dessa vårdformer hänförs till öppen vård. De definitions-svårigheter som utredningen påtalat synes också kvarstå, om än i förändrad form.

Socialstyrelsen har föreslagit en lösning som innebär att dagsjukhusvård och nattsjukhusvård betraktas som sluten vård. Kriterium på vården blir då att den fordrar intagning på sjukhus. Patienten skall anses åtnjuta permission de tider då han inte vistas på sjukhuset. Därigenom åstadkommes en avgränsning mot området för öppen vård. Endast sådan vård, där ett avbrott naturligen har karaktären av permission, hänförs hit. Socialstyrelsens förslag synes böra läggas till grund för tillämpningen. Utredningens förslag i frågan om femdagarsvårdens behandling ligger i linje med denna lösning och bör godtas.

För att den nackdel som utredningen i fråga om dagsjukhusvården och nattsjukhusvården påtalar hos denna lösning skall undanröjas, förordas att regeln i 2 kap. 2 § första stycket sista punkten AFL — att med läkarvård inte anses vård, som lämnas försäkrad vilken åtnjuter sjukhusvård — får utgå ur lagen. Den nyssnämnda regeln har haft till syfte att klarlägga att i den sjukhusvård, som ersätts enligt 2 kap. 4 § AFL, även skall ingå den läkartillsyn som fordras för de vårdade patienterna och att alltså ersättning för denna läkarvård inte skall utgå samtidigt som sjukhusvården ersätts.

Regeln ingår således trots sin placering närmast i definitionen av sjukhusvård. Den har emellertid som utredningen nämnt fått den konsekvensen, att ersättning inte kunnat utgå när en patient åsamkats kostnader för läkarvård i samband med kortvarig vistelse utanför sjukhuset, eftersom vistelsen inte har betraktats som avbrott i sjukhusvården. Genom ändringen avses att undanröja denna konsekvens, som numera måste betraktas som mindre lämplig. Ändringen innebär däremot givetvis inte någon förändrad inställning till den principiella gränsdragning mellan läkarvård och sjukhusvård, som regeln enligt vad nyss sagts haft till syfte att uttrycka.

Alla försäkrade som åtnjuter sjukhusvård ges genom ändringen möjlighet till ersättning för läkarvårdskostnader, jämte reseutgifter, som de kan komma att ådra sig under tillfälliga avbrott i sjukhusvården. Självfallet får ersättningsmöjligheten den största betydelsen för patienter i dagsjukhusvård, nattsjukhusvård och femdagarsvård. Söker den försäkrade vård vid det sjukhus där han är intagen, betraktas emellertid som nämnts den vård som lämnas honom, enligt regeln i 2 kap. 4 § AFL, som ingående i den sjukhusvård han åtnjuter och inte som läkarvård.

Utredningens förslag har i övrigt karaktären av rekommendationer till sjukvårdshuvudmännen och har godtagits av så gott som alla dessa liksom av remissinstanserna i stort. Det synes ej heller i huvudsak finnas anledning att rikta erinran mot förslagen. Den rekommendation som avser rätt för patient i femdagarsvård att erhålla ersättning av huvudman för kostnad för läkarvård och därmed sammanhängande resa måste dock betraktas som överflödigt med hänsyn till den här föreslagna ändringen i AFL. Rekommendationen angående ansvaret för patienternas resor vid nattsjukhusvård har vid remissbehandlingen väckt invändningar. Dessa bör tillgodoses genom att rekommendationen förtydligas så att reseersättning i princip inte skall påfordras till patient som har arbete om dagarna.

b) Kostnader för övernattning i samband med läkarvård utom hemorten

Gällande bestämmelser

Med stöd av bemyndigande i sjukreseförordningen har Kungl. Maj:t i 8 § kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 386) med tillämpningsföreskrifter till sjukreseförordningen gett bestämmelser om ersättning för försäkrads utgift för övernattning. Sådan ersättning kan utgå, när den försäkrade vid anlitan- de av fortskaffningsmedel i reguljär trafik inte hade kunnat avsluta resan före klockan 24 den dag resan anträtts eller, vid resa till sjukvårdsinrätt- ning för erhållande av slutet vård, före den tidpunkt samma dag då han hade kunnat bli intagen på inrättningen. Vid resa till och från läkare eller vid återresa från sjukvårdsinrättning skall resa anses ha avslutats på den

plats som enligt bestämmelser i sjukreseförordningen är avgörande vid beräkning av ersättning för återresa från läkare eller sjukvårdsinrättning. Ersättningen beräknas på det belopp som den försäkrade har erlagt för logi, dock högst 15 kr. för natt. Har övernattning inte ägt rum och skall kostnadsjämförelse göras för bestämning av resekostnadsersättning, uppskattas övernattningskostnad till 15 kr. för natt.

Utredningen

Enligt utredningens mening är de föreliggande ersättningsmöjligheterna alltför begränsade. Utredningen anför att det, för att inte mera kostnadskrävande vårdformer än som motiveras av patienternas sjukvårdsbehov skall behöva tas i anspråk, är betydelsefullt att såvitt möjligt låta enbart medicinska skäl vara avgörande för intagning av patient på sjukhus. Åtgärder som syftar till att undanröja behov av att ta in patienter av andra skäl, exempelvis sociala och ekonomiska, bör därför främjas. Exempel på sådana åtgärder är de inackorderingsmöjligheter, som vissa sjukvårdshuvudmän framför allt i anslutning till regionsjukhus har ordnat i form av patienthotell eller på annat sätt för patienter i öppen vård, vilka måste övernatta utom hemorten i samband med upprepade behandlingar. De initiativ som sjukvårdshuvudmännen har tagit i detta hänseende är ett viktigt led i strävandena att avlasta den slutna vården och en fortsatt utveckling på detta område är önskvärd. I de fall huvudmannen inte svarar för ifrågasvarande patienters mat- och logikostnader, stannar merparten av kostnaderna på patienterna själva. Ersättning för logikostnad kan i fall som här avses i regel endast erhållas från den allmänna försäkringen för en natt. För patienterna kan härigenom uppkomma kännbara merkostnader, främst för logi, vid jämförelse inte bara med patienter i slutna vård utan även vid jämförelse med sådana patienter i öppen vård som har möjligheter att resa fram och åter mellan bostaden och den ort där läkarvården meddelas. För att stimulera patienter till öppen vård bör enligt utredningens mening patienterna i möjligaste mån avlastas merkostnader för uppehälle, när de inte kan resa fram och åter mellan bostaden och behandlingsorten.

Utredningen föreslår därför att sjuka, som erhåller läkarvård utom hemorten och under vårdtiden tillfälligt bor på behandlingsorten, inom ramen för sjukreseförordningens bestämmelser får ersättning från den allmänna försäkringen för den kostnad de har erlagt för logi, dock högst med ett belopp som motsvarar nattaktamente för förrättningsman, tillhörande traktamentsklass C enligt allmänna resereglementet. Ersättning för övernattningskostnad bör enligt utredningen aldrig utgå med högre belopp än vad den försäkrade skulle ha fått utge för resor mellan behandlingsorten och bostaden, om han i stället hade kunnat tillbringa nattvilan i bostaden. Denna begränsning bör dock inte gälla, om den försäkrade av medicinska skäl en-

ligt den behandlande läkarens ordination har stannat kvar på behandlingsorten. Med nattvila bör i detta sammanhang avses en sammanhängande tid av åtta timmar, i vilken ingår tiden mellan kl. 0 och kl. 6.

Remissyttrandena

Förslaget tillstyrks av så gott som samtliga remissinstanser som yttrat sig över det. *Riksförsäkringsverket* ifrågasätter dock starkt om inte, när fråga är om läkarvård vid sjukhus, sjukvårdshuvudmännen närmast bör svara för övernattningskostnaderna. Verket anför som skäl för en sådan lösning att vårdformen medför fördelar för huvudmännen då den avlastar trycket på den slutna vårdsektorn. Saknas patienthotell eller annan övernattningsmöjlighet måste nämligen patienter med långa reseavstånd tas in på sjukhuset av sociala skäl. Verket påpekar vidare att förslaget fått en utformning som också medför en uppräknig av maximum för sådana övernattningskostnader som är ersättningsgilla enligt författningsrummets nuvarande lydelse från 15 kr. till ett belopp som knyts till natraktamentet i allmänna resereglementets klass C.

Överväganden och förslag

Utredningens förslag till utvidgning av rätten till ersättning för övernattningskostnader är välmotiverat och bör genomföras i anslutning till övriga förslag i departementspromemorian. Det nu gällande maximibeloppet för ersättning för varje övernattnig bör också som utredningen föreslagit räknas upp. Mot den föreslagna direkta anknytningen av ersättningsunderlaget till allmänna resereglementets tariff måste dock påpekas att resereglementet avser förhållandet mellan tjänstemän i allmän tjänst och deras arbetsgivare. Sedan dessa tjänstemän numera har fått förhandlingsrätt fortbestår resereglementet endast övergångsvis och avsikten är att det skall ersättas med en reglering av kollektivavtals natur. Mot den bakgrunden framstår den föreslagna anknytningen som mindre lämplig. Maximibeloppet för kostnadsersättningen bör i stället fixeras i tillämpningskungörelsen.

4. Kostnader och finansiering

Sjukförsäkringen finansieras genom avgifter från arbetsgivarna och från de försäkrade själva. Statsbidrag utgår vidare med 40 % av kostnaderna för sjukvårdsersättning, grundsjukpenning, barntillägg och moderskapspenning. Till de kostnader för sjukvårdsersättning som avser sjukhusvård i Sverige utgår dock inte statsbidrag.

Arbetsgivaravgiften beräknas på arbetsgivarnas lönekostnader, varvid man

bortser från den del av varje arbetstagares lön som för år räknat överstiger sju och en halv gånger det vid årets ingång gällande basbeloppet. Uttagsprocenten är 2,6.

De kostnader som inte täcks genom statens och arbetsgivarnas bidrag slås ut på de försäkrade som är inskrivna hos försäkringskassa i form av sjukförsäkringsavgifter. Avgiften består egentligen av tre delar, som vid avgiftsdebiteringen följer olika regler. 1) Den avgift som avser utgifter för sjukvårdersättning, vari inbegrips försäkringskassornas utgifter för läkemedel, debiteras alla som har haft beskattningsbar inkomst till statlig inkomstskatt under året. För samtaxerade är det tillfyllest för sådan debitering att någon av de samtaxerade haft sådan inkomst. Avgift debiteras dock inte den som under året har fyllt 67 år eller för december månad åtnjutit ålders- eller förtidspension enligt AFL. 2) Den avgift som avser utgifter för grundsjukpenning, inbegripet barntillägg och moderskapspenning, debiteras alla som varit placerade i sjukpenningklass under den ytterligare förutsättning beträffande taxeringen som förut har angetts. 3) Den avgift slutligen som avser utgifter för tilläggssjukpenning debiteras den som under året varit placerad i sådan sjukpenningklass som ger rätt till tilläggssjukpenning. För pensionärer gäller att om någon på grund av bestämmelserna i 4 kap. 3 § AFL inte är berättigad till sjukpenning för minst 90 dagar vid ingången av den månad för vilken avgift avseende utgifter för grundsjukpenning eller tilläggssjukpenning skall debiteras, sådan avgift för hans del nedsätts till hälften.

Den reform av läkarvårdersättningen som föreslås i denna promemoria beräknas medföra en ökning av sjukförsäkringens kostnader vid oförändrad vårdvolym med 121 milj. kr. per år avseende utgifter för läkarvårdersättning. Sjukförsäkringens kostnadsökning svarar mot en ökning av sjukvårdshuvudmännens intäkter med ca 117 milj. kr. per år (varav ca 3 milj. kr. för karolinska sjukhuset) och en minskning av de försäkrades nettokostnader vid läkarbesök av ca 4 milj. kr. per år. Av försäkringens kostnadsökning täcks i enlighet med gällande grunder ca 48 milj. kr. genom statsbidrag. Återstoden, ca 73 milj. kr., finansieras avgiftsvägen.

Sjukförsäkringens årliga kostnader för ersättning för sjukhusvård beräknas genom höjningen av vårdavgiften och förbättringen av pensionärernas sjukvårdsförsäkring tillsammans komma att stiga med ca 125 milj. kr., övergångsvis något mera. Härav beräknas ca 120 milj. kr. avse de kommunala sjukvårdshuvudmännen och ca 5 milj. kr. statliga sjukhus. Denna kostnadsökning för sjukförsäkringens finansieras i sin helhet avgiftsvägen.

Vad avser förslagen i avsnitten om vårdavgift m. m. i vissa halvöppna vårdformer torde den kostnadsökning för försäkringens som blir följd av utvidgningen av rätten till ersättning för läkarvårdsutgifter bli obetydlig.

Den årliga kostnaden för de föreslagna förbättringarna i fråga om ersättning för övernattningskostnader beräknas till ca 2 milj. kr., varav ca 1 milj. kr. finansieras med statsbidrag och återstoden avgiftsvägen.

Sammanfattningsvis medför alltså förslagen en årlig ökning av kostnaderna för sjukvårdsförmånerna med ca 250 milj. kr., varav ca 200 milj. kr. avgiftsfinansieras.

Nuvarande normer för arbetsgivaravgift fastställdes år 1966 i samband med den då beslutade reformen av sjukpenningförsäkringen. Arbetsgivaravgiften höjdes då från 1,5 % till förut nämnda 2,6 % och även reglerna om avgiftsunderlag ändrades. Den del av avgiften som skulle användas till bestridande av försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning ökades samtidigt från 0,4 % till 0,7 % av avgiftsunderlaget.

Arbetsgivaravgifterna för sjukvårdsersättningen har i första hand ansetts böra lämna bidrag till läkemedels-, läkarvårds-, rese- och sjukvårdsförmånerna. År 1967 täckte de 74 % av kostnaderna för dessa grenar av sjukförsäkringen efter avdrag för statsbidrag.

Härefter har genomförts dels en reform av läkemedelsförmånen, dels den förut angivna uppräknigen av återbäringsstaxans normer från ingången av 1968. Kostnaderna för dessa åtgärder har helt fått bäras av de försäkrade, som har fått vidkännas en betydande höjning av sjukförsäkringsavgiften för sjukvårdsförmåner. Det bidrag till sjukvårdsförsäkringen som arbetsgivaravgifterna lämnar har samtidigt relativt sett sjunkit. För år 1968 täckte arbetsgivaravgiften 63 % av kostnaderna för de nyss angivna förmånsgrenarna efter avdrag för statsbidrag. För år 1969 beräknas med utgångspunkt från nu föreliggande material motsvarande siffra bli 55 %.

Mot bakgrunden av vad sålunda anförts synes den kostnadsökning som blir följd av de nu framlagda förslagen böra finansieras genom en höjning av uttagsprocenten för arbetsgivaravgiften till den del kostnadsökningen enligt gällande regler inte täcks av statsbidrag. Den höjning av arbetsgivaravgiften som behövs motsvarar 0,3 % av avgiftsunderlaget. Denna höjning beräknas för år 1970 medföra att arbetsgivaravgiften täcker ca 65 % av kostnaderna för nyssnämnda förmånsgrenar efter avdrag för statsbidrag.

Bestämmelserna i 19 kap. 4 § AFL om storleken av arbetsgivaravgiften till sjukförsäkringen föreslås således ändras så att avgiften höjs till 2,9 % av avgiftsunderlaget, varav 1,0 % (10/29) skall användas till bestridande av utgifter för sjukvårdsersättning.

Motsvarande ändring bör ske i 5 § förordningen den 18 december 1959 (nr 555) angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring.

Ändringarna bör träda i kraft den 1 januari 1970 och äldre bestämmelser alltjämt gälla i fråga om avgift för tid före ikraftträdandet.

Här bör slutligen nämnas att den från den 1 januari 1970 höjda vårdavgiften på sjukhus medför en minskning av sjukvårdshuvudmännens netto-

kostnader per vård dag även vid mentalsjukhusen, vilket enligt gällande avtal kan utlösa förhandlingar rörande det statliga mentalsjukvårdsbidraget. Denna kostnadsminskning vid mentalsjukhusen kan beräknas till ca 55 milj. kr. per år. Vid de överläggningar som förts mellan företrädare för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen har överenskommelse nåtts om att det belopp som skall avräknas på mentalsjukvårdsbidraget fixeras till 45 milj. kr. per år. Detta belopp fördelas på sjukvårdshuvudmännen i förhållande till det vårdplatsantal som enligt gällande mentalsjukvårdsavtal grundar rätt till driftbidrag. Formella tilläggsavtal om avräkningsförfarandet bör träffas mellan statens förhandlingsnämnd och vederbörande sjukvårdshuvudmän. I samband därmed avstår sjukvårdshuvudmännen från ändring av driftbidraget enligt löpande mentalsjukvårdsavtal till följd av hittills inträdda höjningar av pensionskostnader inkl. socialförsäkringsavgifter.

De kommunala sjukvårdshuvudmännen beräknas genom den höjda vårdavgiften på sjukhus tillföras totalt ca 165 milj. kr. per år, varav ca 120 milj. kr. per år beräknas belöpa på sjukförsäkringen. Genom att 45 milj. kr. per år avgår på mentalsjukvårdsbidragen kan intäktsökningen för sjukvårdshuvudmännen på denna punkt alltså beräknas till netto ca (165 - 45) 120 milj. kr. per år. Som framgår av det förut anförda tillförs de kommunala sjukvårdshuvudmännen därutöver ca 115 milj. kr. ytterligare per år genom höjningen av läkarvårdsersättningen.

Förslag

till

Lag

om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring

Härigenom förordnas, att 2 kap. 2 §, 4 kap. 3 § och 19 kap. 4 § lagen den 25 maj 1962 om allmän försäkring¹ skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

*(Nuvarande lydelse)**(Föreslagen lydelse)*

2 kap.

2 §.

Ersättning för utgifter för läkarvård utgår vid sjukdom, som enligt läkares utsago kräver sådan vård, ävensom vid förlossning *med tre fjärdedelar av utgifterna eller, då dessa överstigit det belopp, var till de enligt av Konungen fastställd taxa skola beräknas uppgå, med tre fjärdedelar av sistnämnda belopp.* I utgifter för läkarvård skola inräknas kostnader för läkares resa och för läkarintyg, som erfordras för utfående av sjukpenning. *Med läkarvård avses icke vård, som lämnas försäkrad vilken åtnjuter sjukhusvård.*

Taxa, som i första stycket sägs, skall avse sådan vård — däri inbegripen röntgen- och annan undersökning — som kan meddelas av varje läkare, så ock röntgenundersökning samt röntgen- och radiumbehandling, som utföres av därför särskilt utbildad läkare.

Ersättning för utgifter för läkarvård vid sjukdom, som enligt läkares utsago kräver sådan vård, ävensom vid förlossning utgår *enligt grunder som Konungen fastställer.* I utgifter för läkarvård skola inräknas kostnader för läkares resa och för läkarintyg, som erfordras för utfående av sjukpenning.

¹ Senaste lydelse av 19 kap. 4 § se 1966: 350.

(Nuvarande lydelse)

Är uppenbart att försäkrad vid samma sjukdom utan fog sökt mer än en läkare eller att läkare anlitas vid flera tillfällen än som varit behöfligt, utgår ersättning allenast för den vård, som lämnats av den först rådfrågade läkaren, eller för de besök, som skäligen varit behöfliga. *Har försäkrad, oaktat han uppenbarligen utan risk för försämring av hälsotillståndet kunnat besöka läkare, påkallat besök av läkare i sin bostad eller annorstädes, må ersättning nedsättas till belopp, som skulle hava utgivits för det fall att den försäkrade besökt läkaren.*

(Föreslagen lydelse)

Är uppenbart att försäkrad vid samma sjukdom utan fog sökt mer än en läkare eller att läkare anlitas vid flera tillfällen än som varit behöfligt, utgår ersättning allenast för den vård, som lämnats av den först rådfrågade läkaren, eller för de besök, som skäligen varit behöfliga.

4 kap.

3 §.

För tid efter ingången av den månad, varunder försäkrad fyllt sextiosju år eller dessförinnan börjat åtnjuta ålderspension enligt denna lag, må sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård icke utgå för mer än sammanlagt *etthundraåttio* dagar. Vad nu sagts skall i fråga om ersättning för sjukhusvård äga motsvarande tillämpning för tid, varunder den försäkrade åtnjuter hel förtidspension; och skall med sådan tid jämföras efterföljande tid, där est förtidspensionen upphört att utgå med månaden näst före den, varunder den försäkrade fyller sextiosju år.

För tid efter ingången av den månad, varunder försäkrad fyllt sextiosju år eller dessförinnan börjat åtnjuta ålderspension enligt denna lag, må sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård icke utgå för mer än sammanlagt *trehundra sextiofem* dagar, *varav sjukpenning för högst etthundraåttio dagar.* Vad nu sagts skall i fråga om ersättning för sjukhusvård äga motsvarande tillämpning för tid, varunder den försäkrade åtnjuter hel förtidspension; och skall med sådan tid jämföras efterföljande tid, därest förtidspensionen upphört att utgå med månaden näst före den, varunder den försäkrade fyller sextiosju år.

19 kap.

4 §.

Avgift till sjukförsäkringen enligt 1 § skall utgå med två och *sex tion-*
6 — *Bihang till riksdagens protokoll 1969. 1 saml. Nr 125*

Avgift till sjukförsäkringen enligt 1 § skall utgå med två och *nio*

(Nuvarande lydelse)

dels procent av det belopp, varå avgiften skall beräknas. Av avgiften skola *sju tjugosjättedelar* användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tilläggssjukpenning i vad den svarar mot inkomst av anställning. Medlen fördelas mellan kassorna i förhållande till deras utgifter för vartdera ändamålet under året; och skola därvid de utgifter för läkemedel, som åvila kassorna, anses ingå i utgifterna för sjukvårdsersättning. Konungen äger med riksdagen förordna, att viss del av de medel, som enligt vad nu sagts skola tillgodoföras de allmänna försäkringskassorna, i stället skall ingå till en fond, benämnd *allmänna sjukförsäkringsfonden*, vilken förvaltas enligt grunder som fastställas i enahanda ordning.

(Föreslagen lydelse)

tiondels procent av det belopp, varå avgiften skall beräknas. Av avgiften skola *tio tjugoniondelar* användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tilläggssjukpenning i vad den svarar mot inkomst av anställning. Medlen fördelas mellan kassorna i förhållande till deras utgifter för vartdera ändamålet under året; och skola därvid de utgifter för läkemedel, som åvila kassorna, anses ingå i utgifterna för sjukvårdsersättning. Konungen äger med riksdagen förordna, att viss del av de medel, som enligt vad nu sagts skola tillgodoföras de allmänna försäkringskassorna, i stället skall ingå till en fond, benämnd *allmänna sjukförsäkringsfonden*, vilken förvaltas enligt grunder som fastställas i enahanda ordning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1970.

Beträffande den som vid lagens ikraftträdande åtnjuter sjukhusvård oavbrutet sedan minst ett år gäller fortfarande 4 kap. 3 § i sin äldre lydelse.

I fråga om avgift för tid före ikraftträdandet gäller alltjämt 19 kap. 4 § i dess äldre lydelse.

Förslag

till

Lag

om ändring i sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242)

Härigenom förordnas, att 29 § sjukvårdslagen den 6 juni 1962 skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

29 §.

Vid sjukhus anställd befattningshavare må icke mottaga särskild ersättning för undersökning, behandling eller skötsel av där intagen person eller för åtgärd, som står i omedelbart samband med intagning på eller utskrivning från sjukhuset. Vad nu sagts gäller dock icke med avseende å åtgärd, som vidtagits vid läkares besök hos den sjuke utanför sjukhuset. För öppen vård på sjukhus må läkare efter överenskommelse med landstingskommunen uttaga särskild ersättning av den vårdsökande.

För öppen vård utanför sjukhus må provinsialläkare, biträdande provinsialläkare och extra provinsialläkare samt vikarie för sådan läkare ej uttaga högre ersättning av den vårdsökande än som följer av överenskommelse med landstingskommunen.

Den som är anställd i sjukvårdande verksamhet som avses i denna lag må icke för egen räkning mottaga ersättning av patient som undersökes eller behandlas inom verksamheten.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1970.

Förslag
till
Förordning
om ändring i förordningen den 18 december 1959 (nr 555) angående redares
avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring

Härigenom förordnas, att 5 § förordningen den 18 december 1959 angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring¹ skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

5 §.

Av avgiften till sjukförsäkringen skola *sju tjugosjättedelar* användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdstersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tillägssjukpenning.

Av avgiften till sjukförsäkringen skola *tio tjugoniondelar* användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdstersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tillägssjukpenning.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 1970.

Äldre bestämmelser gäller alltjämt i fråga om avgift för tid före ikraftträdandet.

¹ Förordningen ontryckt 1962: 397. Senaste lydelse av 5 § se 1966: 351.

Förslag

till

Förordning

om bidrag från landsting och städer som ej deltagar i landsting till bestridande av kostnader för vård i vissa fall vid karolinska sjukhuset

Härigenom förordnas som följer.

1 §.

Intages någon på karolinska sjukhuset för vård, som det enligt sjukvårdslagen åligger landstingskommun att ombesörja, skall den landstingskommun inom vilken han är bosatt till sjukhuset erlægga bidrag till kostnaderna för vården enligt vad nedan sägs.

I fråga om vård på annan avdelning vid karolinska sjukhuset än radiumhemmet föreligger skyldighet att utgiva vårdbidrag som avses i första stycket endast under förutsättning *antingen* att den å sjukhuset intagne under vistelse inom Stockholms län insjuknat i den sjukdom vården avser, *eller* att han fått hänvisning till sjukhuset för vård, som ej kan beredas på landstingskommunens sjukhus. Närmare föreskrifter om sådan hänvisning meddelas av Konungen.

Vårdbidraget skall, oavsett om vården meddelas på allmänt, enskilt eller halvenskilt rum, för varje vård dag utgå med det belopp, varmed den för patienten i fråga tillämpliga vårdavgiften på allmänt rum vid karolinska sjukhuset överstiger tio kronor.

Vad ovan föreskrives om landstingskommun skall även gälla stad som ej tillhör landstingskommun.

Utgår vårdbidrag minskas vårdavgiften med ett häremot svarande belopp.

2 §.

Är den intagne bosatt inom Stockholm län skall vad i 1 § sägs ej äga tillämpning.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 1970 då förordningen den 30 juni 1937 (nr 655) angående bidrag från landsting och städer, som ej deltaga i landsting, till bestridande av kostnaderna för vård i vissa fall å karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet skall upphöra att gälla.

Tabell 1. Läkararvode i kronor och i % av återbärings-taxans belopp för olika grupper enligt riks-försäkringsverkets kvittoundersökning i september 1968

Läkarkategori	Grupp 1			Grupp 2			Grupp 3 a			Grupp 3 b			Samtliga grupper		
	Antal besök	Läkararvode per besök		Antal besök	Läkararvode per besök		Antal besök	Läkararvode per besök		Antal besök	Läkararvode per besök		Antal besök	Läkararvode per besök	
		kr	% av taxan		kr	% av taxan		kr	% av taxan		kr	% av taxan		kr	% av taxan
<i>Stockholmsområdet</i>	taxearvode 10 kr			taxearvode 25 kr			taxearvode 45 kr			taxearvode 60 kr					
Provinsialläkare	16	10,00	100,0	154	20,64	82,6	3	27,33	60,7	—	—	—	173	19,77	82,5
Stadsdistr.läkare	72	11,17	111,7	564	29,31	117,2	53	46,42	103,2	1	60,00	100,0	690	28,77	115,0
Överläkare	10	15,90	159,0	526	37,51	150,0	237	56,58	125,7	98	65,71	109,5	871	45,62	113,4
Underläkare	64	11,18	111,8	1 306	26,71	106,8	244	45,68	101,5	26	59,62	99,4	1 640	29,45	105,4
Privatpraktiker	151	14,70	147,0	4 182	37,85	151,4	996	56,13	124,7	175	67,91	113,2	5 504	41,48	142,5
Samtliga	313	12,96	129,6	6 732	34,55	138,2	1 533	54,15	120,3	300	66,45	110,8	8 878	38,25	131,4
<i>Riket i övrigt</i>	taxearvode 10 kr			taxearvode 20 kr			taxearvode 40 kr			taxearvode 60 kr					
Provinsialläkare	1 518	9,96	99,6	16 595	20,09	100,4	420	38,15	95,4	18	41,50	69,2	18 551	19,69	100,1
Stadsdistr.läkare	136	10,77	107,7	1 565	22,75	113,8	84	38,99	97,5	3	46,67	77,8	1 788	22,64	111,8
Överläkare	636	10,13	101,3	7 726	21,33	106,6	2 821	40,96	102,4	258	61,29	102,2	11 441	26,45	104,6
Underläkare	1 302	11,14	111,4	17 589	20,77	103,8	2 928	39,97	99,9	248	61,03	101,7	22 067	23,20	103,0
Privatpraktiker	1 164	12,16	121,6	11 450	28,29	141,4	2 380	46,27	115,7	277	67,38	112,3	15 271	30,58	132,5
Samtliga	4 756	10,87	108,7	54 925	22,27	111,4	8 633	41,93	104,8	804	62,81	104,7	69 118	24,41	109,6

Beräkningsgrunder i tab. 2—4

På grundval av tidigare nämnd kvittoundersökning avseende september 1968 har medelvärdena av de mot besöksgrupperingarna motsvarande beloppen i återbäringstaxan, de s. k. medeltaxebeloppen, beräknats motsvara nedan angivna belopp.

	Stockholmsområdet, kr.	Riket i övrigt, kr.	Hela riket, kr.
Provinsialläkare.....		19: 67	19: 71
Stadsdistriktsläkare.....	25: 02	20: 25	21: 58
Överläkare.....	34: 21	25: 28	25: 91
Underläkare.....	27: 95	22: 51	22: 89
Privatpraktiker.....	29: 32	23: 08	24: 73
Samtliga.....	29: 11	22: 28	23: 05
Samtliga utom privatpraktiker	28: 77	22: 05	22: 55

Här angivna medeltaxebelopp avser endast vård på läkarens mottagning, för vilken ersättning beräknats efter grupptaxan. Därutöver tillkommer i förekommande fall belopp för röntgen- och laboratorieundersökningar m. m.

Med utgångspunkt från 1968 års taxenivå, sådan den framstår bl. a. av ovanstående uppgifter om medeltaxebelopp för läkare i allmän tjänst, och från 1970 års beräknade vårdvolym, redovisas i tabellerna 2—4 för vart och ett av taxeområdena samt för hela riket totalkostnad, kostnadsfördelning emellan försäkring och patienter samt det totala arvodesbeloppet per besök vid olika förutsättningar angående vilka delprestationer som ersättningsbeloppet skall avses täcka.

Stockholmsområdet*Grupptaxebesök*

Vårdvolym: Enligt riksförsäkringsverkets kvittoundersökning för år 1966 uppgick antalet grupptaxebesök för de aktuella läkarkategorierna till ca 1,0 milj. Detta belopp torde emellertid såvitt avser stadsdistriktsläkarna ligga ca 0,2 milj. för högt och beräknas därför till 0,8 milj. En uppräknings till år 1970 med 12 % — grundad på uppgifter från Stockholms stad angående den öppna vårdens ökningstakt — ger en vårdvolym på 0,9 milj. besök.

Medeltaxebelopp: Riksförsäkringsverkets stickprovsundersökning avseende september 1968 utvisar ett medeltaxebelopp för de aktuella läkarkategorierna på 28: 77 kr.

Hembesök

Vid beräkning av vårdvolym och medeltaxearvode för hembesök har hänsyn tagits jämväl till den öppna jourverksamhet, som Stockholms stad bedriver i samarbete med Stockholms läkarförening.

Vårdvolym: Enligt uppgifter från Stockholms stad uppgår antalet hembesök för stadsdistriktsläkare till ca 2 000 och i jourläkarverksamheten till ca 55 000. Vårdvolymen beräknas därför till 0,06 milj. hembesök.

Medeltaxebelopp (exkl. inställeledelen) kan beräknas till 42 kr., utgörande summan av 25 kr. som är det vanligaste grupptaxebeloppet och 17 kr. som är enhetskostnad för läkarens resa med s. k. jourbil.

Tabell 2.

Stockholmsområdet	Antal besök, milj.	Ersättningsbelopp, kr.	Försäkringens kostnad, milj. kr.		Patientens kostnad,		Total kostnad, milj. kr.
			Nu	Förslag	Nu	Förslag	
<i>Vård efter differentierade läkararvoden</i>							
a Grupptaxebesök på mottagning.....	0,9	28: 77	19,4	19,6	6,5	6,3	25,9
b Hembesök (inkl. resekostnader).....	0,06	42: —	1,9	2,1	0,6	0,4	2,5
Summa.....	1,0		21,3	21,7	7,1	6,7	28,4
Genomsnittligt ersättningsbelopp per besök..		28: 40					
c Lab.undersökn. (inkl. mtrl).....		+3: —	+2,3	+3,0	+0,7	—	+3,0
Summa a—c.....		31: 40	23,6	24,7	7,8	6,7	31,4
d Röntgen (inkl. film och mtrl).....		+2: 80	+2,1	+2,8	+0,7	—	+2,8
Summa a—d.....		34: 20	25,7	27,5	8,5	6,7	34,2
e Obekvämtid.....		+0: 60	+0,4	+0,6	+0,2	—	+0,6
Summa a—e.....		34: 80	26,1	28,1	8,7	6,7	34,8
f Inställelsearvode vid hembesök.....		+0: 90	+0,6	+0,4	+0,3	+0,5	+0,9
Summa a—f.....		35: 70	26,7	28,5	9,0	7,2	35,7
g Läkarintyg.....		+0: 50	+0,3	+0,5	+0,2	—	+0,5
Summa a—g.....		36: 20	27,0	29,0	+9,2	7,2	36,2
h Utfyllnad till 38: — kr..		1: 80	—	+1,8	—	—	+1,8
Summa a—h.....		38: —	27,0	30,8	9,2	7,2	38,0
Kostnadsändring:			+3,8		—2,0		
<i>Poliklinikvård</i>							
i Poliklinikbesök.....	0,9	20: —	13,5	11,7	4,5	6,3	18,0
j Röntgen.....		7: —	4,7	6,3	1,6	—	6,3
Summa i—j.....		27: —	18,2	18,0	6,1	6,3	24,3
k Läkarintyg.....		+0: 55	+0,3	+0,5	+0,2	—	+0,5
Summa i—k.....		27: 55	18,5	18,5	6,3	6,3	24,8
l Utfyllnad till 38: — kr..		10: 45	—	+9,4	—	—	+9,4
Summa i—l.....		38: —	18,5	27,9	6,3	6,3	34,2
Kostnadsändring:			+9,4		0		
<i>All vård</i>							
Summa a—g och h—k. Kostnadsändring:	1,9	38: —	45,5 +13,2	58,7	15,5 —2,0	13,5	72,2

Det sammanlagda antalet grupptaxebesök på mottagning och hembesök hos patienten utgör den totala vårdvolym, för vilken patientavgift om 7 kr. och försäkringens ersättningsbelopp beräknas. Det genomsnittliga ersättningsgilla arvodesbeloppet för dessa besök utgör således 28:40 kr.

I tabellens därunder följande avsnitt visas hur arvodesbeloppet stiger om man beträffande vissa verksamhetsformer övergår från separat arvodering till påslag på den ovan angivna vårdvolymen.

Vidare framgår kostnadsfördelningen mellan försäkring och patienter allt under medelarvodets framväxt samt den slutliga kostnadsfördelningen om ersättningsbeloppet sättes till 38 kr. per besök.

Laboratorieundersökningar

Laboratorieundersökningarna antas belasta grupptaxebesöken och hembesöken med i genomsnitt 3 kr. Till grundval härför ligger beräkningar om i vilken mån poliklinikavgiften i Stockholm belastas av laboratorieverksamheten.

Röntgen

Medeltaxebeloppet år 1968 beräknas till 28:— kr. (21:75 kr. exkl. röntgenfilm och materiel). Volymen år 1966 var 0,1 milj. besök. Totalkostnaden blir således 2,8 milj. kr.

Obekvämtid

Ersättning för läkarvård som meddelas på obekvämtid synes enligt riksförsäkringsverkets kvittoundersökning år 1966 ha utgetts i ca 5 % av antalet grupptaxe- och hembesök för ifrågavarande läkargrupper, dvs. vid ca 0,05 milj. besök.

Tillägget torde i genomsnitt utgöra 12:50 kr. dvs. 50 % av 25 kr., vilket är det vanligaste grupptaxebeloppet. Totala ersättningsbeloppet för obekvämtid uppskattas för år 1970 till 0,6 milj. kr.

Inställelsearvode

Utöver grupptaxearvode och resekostnader beräknas vid läkares hembesök hos patienten även ersättning med tre fjärdedelar av ett till 15 kr. beräknat arvodestillägg för läkares inställelse. Vårdvolymen beräknas till 0,06 milj. och medeltaxebeloppet till 15 kr. Totalt beräknas kostnaden till 0,9 milj. kr.

Läkarintyg

För läkarintyg, som erfordras för att få ut sjukpenning, beräknas i återbäringsstaxan ersättning efter ett belopp av 5 kr. Antalet läkarintyg för denna grupp av läkare kan beräknas till ca 200 000. Totalkostnaden beräknas således till ca 1,0 milj. kr. som fördelas med 0,5 milj. kr. på grupptaxebesök och 0,5 milj. kr. på poliklinikbesök.

Poliklinikbesök

Vårdvolymen, som enligt riksförsäkringsverkets kvittoundersökning år 1966 utgjorde 980 000 besök, beräknas med stöd av uppgifter från huvudmän och försäkringskassor till 0,9 milj. besök. Poliklinikavgiften utgör fr. o. m. den 1 augusti 1968 20 kr.

Tabell 3

Riket i övrigt	Antal besök, milj.	Ersättningsbelopp, kr.	Försäkringens kostnad, milj. kr.		Patientens kostnad,		Total kostnad, milj. kr.
			Nu	Förslag	Nu	Förslag	
<i>Vård efter differentierade läkararvoden</i>							
a Grupp-taxebesök på mottagning.....	11,2	22: 05	185,3	168,6	61,7	78,4	247,0
b Hembesök (inkl. rese-kostnader).....	0,3	31: 50	7,1	7,4	2,4	2,1	9,5
Summa.....	11,5		192,4	176,0	64,1	80,5	256,5
Genomsnittligt ersättningsbelopp per besök..		22: 30					
c Lab.undersökn. (inkl. mtrl).....		3: —	+25,9	+34,5	+8,6	—	+34,5
Summa a—c.....		25: 30	218,3	210,5	72,7	80,5	291,0
d Röntgen (inkl. film och mtrl).....		+3: 17	+27,3	+36,4	+9,1	—	+36,4
Summa a—d.....		28: 47	245,6	246,9	81,8	80,5	327,4
e Obekvämt tid.....		+0: 35	+3,0	+4,0	+1,0	—	+4,0
Summa a—e.....		28: 82	248,6	250,9	82,8	80,5	331,4
f Inställelsearvode vid hembesök.....		+0: 39	+3,3	+2,1	+1,2	+2,4	+4,5
Summa a—f.....		29: 21	251,9	253,0	84,0	82,9	335,9
g Läkarintyg.....		+0: 56	+4,8	+6,4	+1,6	—	+6,4
Summa a—g.....		29: 77	256,7	259,4	85,6	82,9	342,3
h Utfyllnad till 38: — kr..		+8: 23	—	+94,6	—	—	+94,6
Summa a—h.....		38: —	256,7	354,0	85,6	82,9	436,9
Kostnadsändring:			+97,3		—2,7		
<i>Poliklinikvård</i>							
i Poliklinikbesök.....	0,9	19: 65	13,3	11,4	4,4	6,3	17,7
j Röntgen.....		4: 67	3,1	4,2	1,1	—	4,2
Summa i—j.....		24: 32	16,4	15,6	5,5	6,3	21,9
k Läkarintyg.....		+0: 55	+0,3	+0,5	+0,2	—	+0,5
Summa i—k.....		24: 87	16,7	16,1	5,7	6,3	22,4
Utfyllnad till 38: — kr..		13: 13	—	+11,8	—	—	11,8
Summa i—l.....		38: —	16,7	27,9	5,7	6,3	34,2
Kostnadsändring:			+11,2		+0,6		
<i>All vård</i>							
Summa a—g och h—k .	12,4	38: —	273,4	381,9	91,3	89,2	471,1
Kostnadsändring:.....			+108,5		—2,1		

Röntgenundersökning vid poliklinikbesök

Röntgenundersökning förekom år 1966 vid ca 25 % av poliklinikbesöken. Volymen kan därför uppskattas till 225 000 röntgenbesök av poliklinikpatienter. Medeltaxebeloppet beräknas liksom vid röntgenundersökning i samband med grupptaxebesök till 28 kr., vilket ger en totalkostnad om 6,3 milj. kr.

Vid arvodesnivån 38 kr. blir kostnadsförändringarna följande.

Inom den vård, som meddelas mot differentierade arvoden, stiger försäkringens kostnader med 3,8 milj. kr. och sjunker patienternas kostnader med 2,0 milj. kr. Inom poliklinikvården stiger försäkringens kostnader med 9,4 milj. kr. Räknat för all vård stiger försäkringens kostnader med 13,2 milj. kr. och sjunker patienternas kostnader med 2,0 milj. kr.

Riket i övrigt

Grupptaxebesök

Vårdvolym: Enligt riksförsäkringsverkets kvittoundersökning för år 1966, uppgick antalet grupptaxebesök för de aktuella läkarkategorierna till ca 9,5 milj. En uppräknig till år 1970 med 18 % — grundad på ökningstakten under perioden 1963—66 — ger en vårdvolym på 11,2 milj. besök.

Medeltaxebelopp: Riksförsäkringsverkets stickprovundersökning avseende september 1968 utvisar ett medeltaxebelopp för de aktuella läkarkategorierna på 22: 05 kr.

Hembesök

Vårdvolym: Hembesöken för provinsial- och stadsdistriktsläkare uppgick enligt kvittoundersökningen 1966 till 270 000, vilket för 1970 avrundas till 0,3 milj. besök.

Medeltaxebeloppet (inkl. grupptaxebelopp och reseersättning men exkl. inställelsearvode) kan beräknas till 31: 50 kr.

Det sammanlagda antalet grupptaxebesök på mottagning och hembesök hos patienten utgör den totala vårdvolym, för vilken patientavgift om 7 kr. och försäkringens ersättningsbelopp beräknas. Det genomsnittliga ersättningsgilla arvodesbeloppet för dessa besök utgör således 22: 30 kr.

I tabellens därunder följande avsnitt visas hur arvodesbeloppet stiger om man beträffande vissa verksamhetsformer övergår från separat arvodering till påslag på den ovan angivna vårdvolymen.

Vidare framgår kostnadsfördelningen mellan försäkring och patienter allt under medelarvodets framväxt samt den slutliga kostnadsfördelningen om ersättningsbeloppet sättes till 38 kr. per besök.

Laboratorieundersökningar

Laboratorieundersökningarna antas belasta grupptaxebesöken och hembesöken med i genomsnitt 3 kr. Till grundval härför ligger beräkningar om i vilken mån poliklinikavgiften i Stockholm belastas av laborativ verksamhet.

Röntgen

Volymen utgjorde år 1966 1,2 milj. besök enligt förenämnda kvittoundersökning. Medeltaxebeloppet beräknas för år 1968 till 28 kr. (21: 75 kr. exkl.

röntgenfilm och materiel). Vårdvolymen för år 1970 kan beräknas öka till 1,3 milj. besök, varför totalbeloppet kan sättas till 36,4 milj. kr.

Obekvämtid

Ersättning för läkarvård som meddelas på obekvämtid synes enligt kvittoundersökningen år 1966 ha utgetts i ca 3,5 % av antalet grupptaxe- och hembesök för ifrågavarande läkargrupper, dvs. vid ca 0,4 milj. besök.

Tillägget torde i genomsnitt utgöra 10:— kr., dvs. 50 % av 20 kr., vilket är det vanligaste grupptaxebeloppet. Totala ersättningsbeloppet för obekvämtid uppskattas för år 1970 till 4,0 milj. kr.

Inställelsearvode

Utöver grupptaxearvode och resekostnader beräknas vid läkarens hembesök hos patienten även ersättning med tre fjärdedelar av ett till 15 kr. beräknat arvodestillägg för läkarens inställelse. Vårdvolymen beräknas till 0,3 milj. och medeltaxebeloppet till 15 kr. Totalt beräknas kostnaden till 4,5 milj. kr.

Läkarintyg

För läkarintyg, som erfordras för att få ut sjukpenning, beräknas i återbäringsstaxan ersättning efter belopp av 5 kr. Antalet läkarintyg för denna grupp av läkare kan beräknas till ca 1,4 milj. Totalkostnaden beräknas således till ca 6,9 milj. kr. som fördelas med 6,4 milj. kr. på grupptaxebesök och 0,5 milj. kr. på poliklinikbesök.

Poliklinikvård

Vårdvolymen för 1970 kan med stöd av uppgifter från Göteborg och Uppsala beräknas till 0,9 milj. besök. En sammanvägning av gällande poliklinikavgifter ger medeltaxearvodet 19: 65 kr.

Röntgenundersökning vid poliklinikbesök

Röntgenundersökning förekom år 1966 vid ungefär vart sjätte poliklinikbesök och kan därför beräknas liksom vid röntgenundersökning i samband med grupptaxebesök till 150 000 besök med ett medeltaxebelopp av 28 kr. (se ovan), vilket ger en totalkostnad om 4,2 milj. kr.

Vid arvodesnivån 38 kr. blir kostnadsförändringarna följande.

Inom den vård, som meddelas mot differentierade arvoden, stiger försäkringens kostnader med 97,3 milj. kr. och sjunker patienternas kostnader med 2,7 milj. kr. Inom poliklinikvården stiger försäkringens kostnader med 11,2 milj. kr. och patienternas kostnader med 0,6 milj. kr. Räknat för all vård stiger försäkringens kostnader med 108,5 milj. kr. och sjunker patienternas kostnader med 2,1 milj. kr.

Tabell 4

Hela riket	Antal besök, mlj.	Ersättningsbelopp, kr.	Försäkringens kostnad, milj. kr.		Patientens kostnad,		Total kostnad, milj. kr.
			Nu	Förslag	Nu	Förslag	
<i>Vård efter differentierade läkararvoden</i>							
a Grupptaxebesök på mottagning.....	12,1	22: 55	204,7	188,2	68,2	84,7	272,9
b Hembesök (inkl. resekostnader).....	0,36	33: 33	9,0	9,5	3,0	2,5	12,0
Summa.....	12,5		213,9	197,7	71,2	87,2	284,9
Genomsnittligt ersättningsbelopp per besök..		22: 79					
c Lab.undersökn. (inkl. mtrl).....		+3: —	+28,2	+37,5	+9,3	—	+37,5
Summa a—c.....		25: 79	241,9	235,2	80,5	87,2	322,4
d Röntgen (inkl. film och mtrl).....		+3: 14	+29,4	+39,2	+9,8	—	+39,2
Summa a—d.....		28: 93	271,3	274,4	90,3	87,2	361,6
e Obekvämt tid.....		+0: 37	+3,4	+4,6	+1,2	—	+4,6
Summa a—e.....		29: 30	274,7	279,0	91,5	87,2	366,2
f Inställelsearvode vid hembesök.....		+0: 43	+3,9	+2,5	+1,5	+2,9	+5,4
Summa a—f.....		29: 73	278,6	281,5	93,0	90,1	371,6
g Läkarintyg.....		+0: 55	+5,1	+6,9	+1,8	—	+6,9
Summa a—g.....		30: 28	283,7	288,4	94,8	90,1	378,5
h Utfyllnad till 38: — kr..		+7: 72	—	+96,4	—	—	+96,4
Summa a—h.....		38: —	283,7	384,8	94,8	90,1	474,9
Kostnadsändring:			+101,1		—4,7		
<i>Poliklinikvård</i>							
i Poliklinikbesök.....	1,8	19: 83	26,8	23,1	8,9	12,6	35,7
j Röntgen.....		5: 83	7,8	10,5	2,7	—	10,5
Summa i—j.....		25: 66	34,6	33,6	11,6	12,6	46,2
k Läkarintyg.....		+0: 55	+0,6	+1,0	+0,4	—	+1,0
Summa i—k.....		26: 21	35,2	34,6	12,0	12,6	47,2
l Utfyllnad till 38: — kr..		+11,79	—	+21,2	—	—	+21,2
Summa i—l.....		38: —	35,2	55,8	12,0	12,6	68,4
Kostnadsändring:			+20,6		+0,6		
<i>All vård</i>							
Summa a—g och h—k .	14,3	38: —	318,9	440,6	106,8	102,7	543,3
Kostnadsändring:			+121,7		—4,1		

Sammanställning

av remissyttranden över departementspromemoria med förslag till ändringar av sjukvårdsförmånerna inom sjukförsäkringen m. m.

Yttranden över promemorian har avgetts av riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, statskontoret, sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), statens handikappråd, Svenska kommunförbundet, Svenska landstingsförbundet, så gott som samtliga landsting genom förvaltningsutskott eller sjukvårdsstyrelse, Stockholms och Malmö stads sjukvårdsstyrelser, Sveriges läkarförbund, Försäkringskasseförbundet, Svenska arbetsgivareföreningen (SAF), Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Sveriges arbetsledareförbund (SALF), Statstjänstemännens riksförbund (SR), Riksförbundet landsbygdens folk (RLF), Sveriges hantverks- och industriorganisation (SHIO), Pensionärernas riksförbund och direktionen för karolinska sjukhuset. Försäkringskasseförbundet har bifogat yttranden från de flesta av de allmänna försäkringskassorna. Även andra remissinstanser har bifogat yttranden som de har inhämtat.

Läkarvårdsersättningen

En praktiskt taget enhällig remissopinion ansluter sig till *förslagets huvudlinjer*.

Svenska landstingsförbundet anser att förslaget innebär väsentliga förändringar och rationaliseringsvinster för alla som berörs av den offentliga sjukvården. Patienter, försäkringskassor och läkare befrias från åtskilliga problem av praktisk natur och därjämte innebär förslaget att patienter som behöver omfattande och dyrbar läkarvård erbjuds betydande ekonomiska lättnader. För sjukvårdshuvudmännens del skapas bättre förutsättningar för planeringen och utbyggnaden av den öppna vården, vars kostnader efter ersättningssystemets omläggning kommer att bli mer tillfredsställande täckta.

Sveriges läkarförbund anser dock att förslaget i dess nuvarande utformning inte kan läggas till grund för den avsedda reformen. Förbundet förklarar att det i alla väsentliga avseenden ställer sig bakom förslagets strävan och anser det viktigt att reformens positiva sidor genomförs så snart det är möjligt framför allt med hänsyn till patienterna. Stora risker föreligger emellertid för att den föreslagna ändringen av betalningssystemet kan påverka efterfrågan inom sjukvården och patientströmningen i så hög grad att mycket besvärliga problem uppstår såväl för sjukvården i dess helhet

som för patienter och läkare under en lång övergångstid. Det är också mycket tveksamt om det föreslagna systemet — med den utformning det har — når det mål som har ställts upp för reformen. Förslaget bör därför omarbetas grundligt och kompletteras med dokumentering i de frågor som är viktiga. Dessa gäller framför allt kostnadsfördelningen mellan patientkategorier och de konsekvenser ett ändrat betalningssystem får för sjukvårdskonsumtion och patientströmning. Samma uppfattning tillkännager SACO.

Allmänt kritiskt mot förslagens utformning är också *Uppsala läns landstings förvaltningsutskott*.

Synpunkter på inverkan på *den öppna vårdens resurser* av det föreslagna systemet framläggs också av flera andra remissinstanser.

Riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, statens handikappråd, Spri, Svenska kommunförbundet, Försäkringskassoförbundet, LO, TCO, SACO och SALF m. fl. anser det angeläget att *de privatpraktiserande läkarna* inlemmas i ett ersättningssystem liknande det som föreslagits för sjukvårdshuvudmännens öppna vård, bl. a. med tanke på att avgiftsreglerna annars kan medföra en snedvridning av efterfrågan på läkarvård och leda till överbelastning av sjukvårdshuvudmännens resurser. Konsekvenserna av en sådan överbelastning skulle inte minst drabba patienterna. *Statens handikappråd* understryker särskilt vikten av en revision av ersättningsreglerna för privatpraktikervården med tanke på de patienter, för vilka av olika skäl möjligheten att anlita sjukvårdshuvudmännens öppna vård inte är ett praktiskt användbart alternativ till privatpraktikervård. Enligt *riksförsäkringsverkets* mening bör man sträva efter en sådan ordning att den försäkrade i princip inte behöver betala mera vid besök hos privatpraktiker än hos andra läkare. Verket anser det önskvärt — men inte nödvändigt — att man kan komma fram till detta redan den 1 januari 1970. *Försäkringskassoförbundet* förordar att försäkringskassorna ges möjlighet att träffa avtal med privatpraktiserande läkare enskilt eller gruppvis om tillämpning av ett ersättningssystem liknande det i promemorian föreslagna. *Sveriges läkarförbund* anser att ett nettobetalningssystem bör införas inom privatpraktikersektorn i likhet med vad som föreslagits för den offentliga sektorn. Vidare bör en metodik utarbetas för årlig anpassning av patienternas subventionering med hänsyn till kostnadsutvecklingen.

Socialstyrelsen framhåller att, om ersättningsproblemet vid privatpraktikervård inte löses, det inte är otänkbart att resultatet kommer att bli en ökad belastning på sjukhusens öppna mottagningar. Patienter som hittills sökt privatpraktiker kan nämligen komma att vända sig direkt till sjukhusen och inte till de hårt arbetsbelastade provinsialläkarna.

Direktionen för karolinska sjukhuset anser att uppenbar risk föreligger att de öppna mottagningarna vid sjukhusen och därvid främst de, som nu fungerar som specialistmottagningar, inte kommer att kunna återremittera

patienter till inremitterande privatpraktiker i samma utsträckning som nu sker om de taxor som tillämpas vid sjukhuset alltför mycket avviker från privatpraktikernas. Försämrade möjligheter att återremittera patienter efter specialistundersökning minskar specialistmottagningarnas möjligheter att ta emot nya fall för utredning och behandling. Detta kan befaras drabba karolinska sjukhuset i högre grad än sjukhus i landsorten eftersom inslaget av privatpraktiker är större i Stockholm än i landet i övrigt.

Farhågor för att den väntade stegringen av efterfrågan på öppen vård koncentrerar sig till den öppna vård som bedrivs vid sjukhusens mottagningar yppas också av en del remissinstanser från utgångspunkten att patienten där för samma avgift som vid öppen vård utanför sjukhus kan tillgodogöra sig ett lasarets större resurser. Enligt *Kronobergs läns landstings sjukvårdsstyrelse* talar detta förhållande för att en gradering av läkarvårdsavgiften bör övervägas. *Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott* förklarar sig av flera skäl inte vilja föreslå att en sådan utveckling motverkas taxevägen utan anser att, om en sådan tendens skulle bli märkbar, andra medel får tillgripas för att rätta till förhållandet. *Socialstyrelsen* finner det angeläget att huvudmännen intensifierar utbyggnaden av den öppna vården i enlighet med socialstyrelsens program för denna så att en konkurrenskraftig öppen vård utanför sjukhus kan erbjudas.

Risk för ett efterfrågetryck på *sjukhusens röntgen- och laboratorieavdelningar* på grund av det föreslagna systemet med enhetsavgift hävdas föreligga av *Uppsala läns landstings förvaltningsutskott*. Med all sannolikhet kommer nämligen önskemålen om sådana undersökningar att stegras från både patient och läkare när undersökningen i alla fall inte kostar extra för patienten. Strävan att göra den öppna vården så grundlig och kvalificerad att den framgångsrikt kan konkurrera med den slutna vården verkar i samma riktning. Det ökade trycket på serviceavdelningarna kommer sannolikt att tvinga huvudmännen till utbyggnad av bl. a. röntgenavdelningarna, som på många håll redan nu arbetar med långa väntetider. Liknande synpunkter anförs av *Sveriges läkarförbund*. Även *direktionen för karolinska sjukhuset* förutser ett sådant efterfrågetryck. Direktionen anser dock att det i varje fall för karolinska sjukhusets del kan mötas genom att avdelningarnas apparatur utnyttjas intensivare, dvs. används även på annan tid än reguljär dagtid, eventuellt i ökad utsträckning under lördagar.

Riksförsäkringsverket betonar att det, för att inte det föreslagna systemet på sina håll skall bli ett slag i luften i fråga om hembesök, är angeläget att alla sjukvårdshuvudmän organiserar *jourttjänst* som också ger möjlighet till hembesök. Det är inte acceptabelt att en patient som anlitar den enda jourttjänst som finns att tillgå i en stad får betala kanske mer än dubbelt så mycket som han skulle få erlägga om jourttjänsten hade varit organiserad av sjukvårdshuvudmannen. Beträffande jourttjänsten för hembesök i stockholmsområdet anför *Stockholms stads sjukvårdsstyrelse* att det för-

hållandevis stora behovet av sådan service har gjort det nödvändigt att organisera jourtjänsten på grundval av tillfälliga och frivilliga åtaganden från läkarnas sida och att anskaffa behövlig läkarpersonal från en bred rekryteringsbas. De städer som ingår i området har därför uppdragit åt Stockholms läkarförening att sköta verksamheten. Förutsättningar för uppgörelserna med läkarföreningen har varit att de tjänstgörande läkarna inte skall betraktas som tjänsteläkare och att de skall ha självbestämmanderätt i fråga om arvodesättningen.

I olika avseenden begärs förtydliganden av de *begrepp* som promemorian arbetar med och av de föreslagna *ersättningsreglerna*.

Besöksbegreppets innebörd tas upp av bl. a. *riksförsäkringsverket*, *Svenska kommunförbundet* och *Svenska landstingsförbundet*, som förutsätter att denna liksom dess återverkan på ersättningsreglerna klarläggs vid överläggningar mellan riks-försäkringsverket och sjukvårdshuvudmännen.

Remissreglerna berörs av bl. a. *socialstyrelsen* som anför att, som styrelsen uppfattat det, systemet kommer att verka så att patienten och försäkringen inte betalar mer än en vårdavgift vid det första besöket hos läkare i öppen vård och att denna avgift inkluderar ersättning för undersökningar vid röntgen- eller laboratorieavdelning liksom intyg för utfående av sjukpenning. Det är enligt styrelsens mening inte klart utsagt om den vid det första besöket erlagda avgiften skall avse alla undersökningar i samband med besöket, oavsett om undersökningarna kan äga rum i anslutning till detta eller på grund av sin art, patientens tillstånd eller andra sådana faktorer måste äga rum vid ett eller flera andra tillfällen. Det sistnämnda är ofta fallet, inte minst vid användning av s. k. standardiserade utredningsprogram. Ett sådant utredningsprogram kan omfatta ett flertal åtgärder som t. ex. elektrokardiogram, blodgruppering, diverse blodprover och röntgenundersökningar. För att minska patienternas väntetider på sjukhuset förläggs många gånger de olika undersökningarna till skilda dagar. En del undersökningar kan av medicinska skäl inte heller utföras samtidigt. Sådana utredningsprogram, som löper utan nytt läkarbesök innan samtliga resultat föreligger, kan förorsaka en patient kostnader som betydligt överstiger 7 kr. för läkarbesöket. För dylika utredningar, som måste företas vid flera olika besök, kunde en maximering av avgiftsdebiteringen tänkas, så att patienten debiteras högst för två, eventuellt tre besök för utredning som står i direkt samband med den sjukdom, för vilken han har sökt vård. *Riksförsäkringsverket* anför att röntgen- och laboratorieundersökningar inte hör till terapin utan är hjälpmedel för läkaren vid bedömningen av sjukdomens art. Verket förutsätter därför att endast ett besök skall anses föreligga även i de fall att röntgen- eller laboratorieundersökning av tidsskäl eller annan anledning inte kommer till stånd samma dag som läkarbesöket. Av samma skäl bör enligt verkets mening inte besöksavgift avkrävas patienten och försäkringen när patienten besöker sjukhus för röntgen- eller laboratorieunder-

sökning, som han hänvisats till av läkare hos sjukvårdshuvudmannen på tjänstemottagning utanför sjukhuset eller vid hembesök.

Riksförsäkringsverket tar även upp till diskussion den föreslagna regeln att avgiften 38 kr. skall gälla när en patient har remitterats till sjukvårdshuvudmans röntgen- eller laboratorieavdelning av privatpraktiserande läkare. Verket erinrar om att patienten i sådana fall får betala först för ett besök hos privatpraktikern, sedan för besök på laboratorium eller röntgenavdelning och så eventuellt för ett ytterligare besök hos privatläkaren, medan en patient som söker t.ex. provinsialläkare slipper betala för besöket på laboratorie- eller röntgenavdelning. Verkets principiella uppfattning är att man bör sträva efter en sådan ordning att de försäkrade inte behöver drabbas av högre kostnader vid privatläkarvård än om de söker andra läkare. I vart fall bör dock den föreslagna regeln inte tillämpas i de allt vanligare fall då laboratorieundersökning kommer till stånd på så sätt att prov tas av läkare på mottagning i öppen vård utanför sjukhus, varefter provet skickas till ett laboratorium. Resultatet av undersökningen meddelas därefter till den behandlande läkaren. Av promemorian framgår inte helt klart om avsikten är att kostnaderna för en sådan laboratorieundersökning skall debiteras den provtagande läkaren eller den försäkrade och försäkringskassan. Tillämpningen är f. n. olika hos olika sjukvårdshuvudmän. Det är enligt riksförsäkringsverkets mening under inga förhållanden godtagbart att sjukvårdshuvudmannen för enbart analys av ett prov debiterar på samma sätt och med samma belopp som vid besök. Eftersom 6 § återbäringstaxan förutsätts vara tillämplig i fråga om besök hos den provtagande läkaren, skulle detta nämligen innebära att samma prov betalades två gånger. I detta sammanhang framhåller riksförsäkringsverket att laboratorietaxan är i starkt behov av omarbetning. Bl. a. kan erinras om att man numera börjat använda analysmaskiner som besvarar alla möjliga frågor som kan ställas i anslutning till ett laboratorieprov. Den nuvarande laboratorietaxan är inte avsedd för sådana fall. *Stockholms stads sjukvårdsstyrelse* erinrar om att laboratorieläkaren f. n. tar betalt direkt av beställaren för analys av prover som sänts in från utomstående sjukvårdsinrättningar och privatpraktiker. Enligt sjukvårdsstyrelsens mening bör denna ersättningsform inte bibehållas utan laboratorieläkarnas ersättningsfråga lösas enhetligt efter samma princip som avses gälla för övriga läkare hos huvudmannen.

Det föreslagna systemets tillämpning på *radium- och röntgenbehandlingar* diskuteras av *socialstyrelsen*, *Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott*, *Försäkringskassaförbundet*, *LO* och *TCO*. De erinrar om att sådana behandlingar även med den enhetliga avgiften kan bli starkt kostnadskrävande för patienten när de ingår i längre serier. *Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott* och *Försäkringskassaförbundet* framhåller att förslaget innebär kostnadsökning för patienten i jämförelse med

vad som nu gäller. TCO liksom *socialstyrelsen* ifrågasätter om inte någon reduktions- eller maximeringsregel bör införas vid särskilt långa behandlingsserier. LO föreslår att regler införas som innebär att den försäkrade i fall som här avses har att erlægga en lägre avgift än den vanliga per behandling och anför att, om svårigheter skulle möta att avgränsa fallen genom angivande av vilka typer av behandling som avses, avgränsningen torde kunna ske genom minimigräns för frekvens och period.

Förslaget om förhöjd avgift vid *hembesök* bör enligt *riksförsäkringsverkets* mening kompletteras med en begränsningsregel för de fall då flera personer tillhörande samma hushåll bereds läkarvård vid ett och samma hembesök, eftersom huvudregeln i sådana fall synes medföra alltför hög avgift.

Den avgiftshöjning som föreslagits för *hembesök* anser *Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott* också böra gälla vid *jourvård på läkarmottagning*. Nuvarande avgiftssystem innebär att patienten får betala högre avgift för vård på obekvämtid, vilket bedöms ha en viss återhållande effekt på besöksfrekvensen under sådan tid. Med hänsyn till att läkarnas *jourbörda* helst bör minskas och i varje fall inte ökas ifrågasätter utskottet lämpligheten av att någon avgiftsförhöjning inte skall gälla vid vård under obekvämtid. Liknande mening hävdar *Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott*.

Sveriges läkarförbund anför att det föreslagna systemet medför en fördyring av de läkarbesök som i grupp taxan hänförs till grupp 1 eller 2 och därmed framför allt återbesöken. De tillstånd som föranleder upprepade eller återkommande läkarbesök återfinns enligt förbundet företrädesvis hos äldre människor och sådana som är socialt handikappade. Samma uppfattning framförs av SACO.

Ett flertal remissinstanser tar upp frågan om *sambandet mellan den försäkrades kostnad och försäkringsersättningen* enligt förslaget. *Svenska kommunförbundet* liksom *Svenska landstingsförbundet* påpekar att det i det avsnitt i promemorian som handlar om slutna vård uttryckligen förutsätts att sjukvårdshuvudmännen skall kunna medge patienten befrielse från vårdavgift i vissa fall. Motsvarande måste gälla även den öppna vården. Om den enskilde av ekonomiska, sociala eller andra skäl av huvudmannen medges avgiftsbefrielse, får detta inte påverka försäkringskassans ersättning till huvudmannen. *Stockholms stads sjukvårdsstyrelse* redovisar liknande uppfattning.

Den föreslagna regleringen av ersättningen för *telefonkonsultationer* kräver enligt *Kronobergs läns landstings sjukvårdsstyrelse* förtydligande, eftersom det inte framgår klart hur rådfrågningsersättningen skall klaras mellan läkare, patient, apotek och sjukvårdshuvudman. *Riksförsäkringsverket* anför att det i de fall då läkemedel ordinerats inte möter några svårigheter att av den försäkrade ta ut den del av arvodet som denne skall

betala. Apoteket skall då vid utlämnandet av läkemedlet ta ut 2 kr. av den försäkrade och redovisa dessa till sjukvårdshuvudmannen, som också debiterar försäkringskassan 4 kr. I de fall åter, där telefonkonsultationen inte lett till utskrivning av läkemedel, blir sjukvårdshuvudmannen tvungen att tillställa den försäkrade räkning på beloppet 2 kr. Det administrativa besväret med att avkräva den försäkrade ett sådant belopp torde vara förenat med kostnader som kanske överstiger beloppet. Man kan inte heller bortse från att sådana krav skulle kunna betraktas som »småtteri» och väcka irritation hos patienterna. I de fall då patienten av sagda skäl inte erlägger 2 kr. bör inte heller försäkringen avkrävas ersättning för telefonrådförfrågning. Försäkringskassorna får eljest ingen kontrollmöjlighet i fallen.

Stockholms stads sjukvårdsstyrelse anser att någon anledning till avvikelser från principen om en enhetlig läkarvårdsersättning inte finns beträffande de fall då rådförfrågning per telefon innefattar läkarkonsultation, eventuellt förenad med förskrivning av läkemedel, och således utgör ett alternativ till personligt besök på läkarmottagning. Enhetskostnaden 38 kr. bör då gälla. Övriga rådförfrågningar per telefon bör däremot vara kostnadsfria. Liknande uppfattning framför *Svenska kommunförbundet* och *Svenska landstingsförbundet*.

Det föreslagna systemet för läkarvårdsersättning bygger på sjukförsäkringens allmänna principer och avser således, som närmare har utvecklats i promemorian, förutom vård av barnaföderskor, endast *vård vid sjukdom*. *Socialstyrelsen* framhåller att styrelsen i ett uttalande till sjukförsäkringsutredningen nyligen föreslagit en liberalare tolkning av sjukdomsbegreppet så att all konsultation hos läkare eller annan medicinalpersonal skall berättiga till ersättning från den allmänna försäkringen såvitt den inte har till syfte att få ut medicinskt certifikat (friskintyg, tjänsteduglighetsintyg etc.). *Svenska landstingsförbundet* åberopar sitt remissyttrande över betänkandet »Företagshälsovård» (SOU 1968: 44) där förbundet biträtt förslaget att gottgörelsevillkoren avseende förebyggande hälsovård skall omprövas. *Uppsala läns landstings förvaltningsutskott* och *Sveriges läkarförbund* hävdar likaså att en utvidgning av ersättningsrätten bör ske. *Svenska kommunförbundet* anser att det behövs ett ytterligare klarläggande angående vad som är ersättningsberättigad vård och att ett sådant klarläggande kan åstadkommas vid de överläggningar mellan riks-försäkringsverket och sjukvårdshuvudmännen som i promemorian har förutsatts komma till stånd om tekniska förberedelser för övergången till det nya systemet. *Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott* anser ett sådant klarläggande angeläget för att reformen redan från dess genomförande skall få den klarhet och fasthet som ligger i såväl patienternas som huvudmännens intresse.

Den *nettodebiteringsmetod*, som föreslagits i promemorian, anses allmänt innebära stora fördelar för patienterna. Den administrativa förenklingen

för patientens del blir dock enligt *Uppsala läns landstings förvaltningsutskotts* mening delvis illusorisk genom att denne i alla fall måste hänvända sig till försäkringskassan för att kvittera ut ersättningen för resa till läkaren. Det är enligt utskottets mening önskvärt med ett enklare system härvidlag som innebär att patienten får sina resekostnader reglerade samtidigt som han på läkarmottagningen betalar kostnaden för läkarbesöket.

Statskontoret anför att det föreslagna systemet innebär att en rationalisering, som sedan länge framstått som angelägen vad avser försäkringskassornas bestyr med läkarvårdsersättningar, kan förverkligas. Även för de försäkrade innebär reformen fördelar bl. a. från servicesynpunkt. Av läkarvårdsersättningarna, som uppgår till ett antal av ca 20 milj. årligen, utbetalas drygt 80 % kontant. Arbetsbelastningen som dessa utbetalningar över disk medför visar variationer såväl under dagen som under olika årstider med växlande sjuklighetsfrekvens. Dessa förhållanden bidrar i avsevärd mån till att försäkringskassorna nu måste hålla en dyrbar betalningsberedskap i form av en stor personal för kundbetjäning och betydande summor av likvida medel. Frekvensstudier som har gjorts bl. a. inom RAFA-utredningen styrker de beräkningar av rationaliseringsvinsterna för försäkringskassorna vid en omläggning av systemet som gjorts i promemorian.

Riksförsäkringsverket finner också den föreslagna metoden medföra betydande administrativa fördelar. Beträffande de rationaliseringsvinster i personellt avseende som kan följa för försäkringskassornas del framhåller verket att den arbetskraft som frigörs åtminstone under en övergångstid i stor utsträckning torde behöva utnyttjas för andra uppgifter inom kassorna.

Försäkringskassaförbundet understryker vikten av att möjligheterna till rationaliseringsvinster bevakas, men tycker sig finna att de av reformen föranledda vinsterna för försäkringskassornas del överskattas i promemorian. Direkta inbesparingar torde enligt förbundets mening kunna göras endast vid sådana större kontor där man f. n. har förhållandevis många ärenden om utbetalning av läkarvårdsersättning som inte är förenade med anspråk på ersättning för resekostnad. För flertalet mindre och medelstora kontor gäller att läkarbesöken är förenade med resekostnad. Detta gör att försäkringskassorna även i fortsättningen måste hålla en i stort sett oförändrad personalstyrka eftersom framställningar om resekostnadsersättning oftast är mer tidsödande att handlägga än ärenden om läkarvårdsersättning.

I promemorian förutsätts att ett lämpligt *avräkningsförfarande* kommer till stånd mellan kassorna och sjukvårdshuvudmännen och att ett sådant utarbetas i samråd mellan riksförsäkringsverket och sjukvårdshuvudmännens organisationer. *Riksförsäkringsverket* anför att en arbetsgrupp redan har bildats för ändamålet, bestående av representanter för berörda parter och RAFA-utredningen.

Stockholms stads sjukvårdsstyrelse tar upp frågan hur man i avgifts- och ersättningshänseende bör förfara med en patient som tillhör försäkringskassa för annat sjukvårdsområde än huvudmannens. Inom stadens poliklinikverksamhet tillämpas för sådan patient bruttodebitering, men starka skäl talar för att man inom sjukförsäkringens ram inför nettodebitering även för dessa patienter. *Statskontoret*, som uppenbarligen utgår från en sådan regel, framhåller att man, om en exakt fördelning av kostnaderna på olika försäkringskassor skulle medföra ett omfattande merarbete, kan tillämpa en schablonmetod för fördelningen, baserad på periodvis utförda stickprovsundersökningar.

Enligt *Sveriges läkarförbunds* mening är det inte rimligt att den avtalsmässiga rätt till viss privatmottagning som sjukhusläkarna i storstäderna och vid universitetssjukhusen har skall upphöra genom beslut lagstiftningsvägen. Reformen bör därför avse bara den öppna vård som står under offentligt huvudmannaskap medan däremot rätten till privatmottagning skall regleras genom avtal. *Direktionen för karolinska sjukhuset* anför att den föreslagna nya lydelsen av 29 § SjuvL inte är fullt klar till innebörden beträffande läkarnas rätt till enskild verksamhet på sjukhusen. För karolinska sjukhusets del anser direktionen att ett motsvarande bortfall av rätten till privatverksamhet vid sjukhuset kan göra det svårare för direktionen såväl att upprätthålla nu gällande anmälningsskyldighet beträffande privat verksamhet som att — så länge läkarna inte har reglerad arbetstid — i förekommande fall begränsa omfattningen av privatpraktik och uppdrag i övrigt utanför tjänsten.

Förslaget om *ikraftträdande* av det nya ersättningssystemet den 1 januari 1970 tillstyrks eller lämnas av det stora flertalet remissinstanser utan annan erinran än att en förutsättning för systemets genomförande då är att det omfattande förberedelsearbete som är nödvändigt bedrivs med kraft och snabbhet. *Socialstyrelsen* ifrågasätter liksom *Kalmar läns södra landstings förvaltningsutskott* om man inom sjukvårdsområdena kan hinna med det myckna organisationsarbete som krävs till den 1 januari 1970. *Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott* anför att, om reformen genomförs innan rationella administrativa rutiner har tillskapats inom ramen för det nya redovisningssystem för landstingens hela verksamhet som f. n. utreds av Svenska landstingsförbundet, huvudmännen kommer att drabbas av stora kostnader under övergången. *Direktionen för karolinska sjukhuset* finner tiden väl knapp för att bl. a. genomföra de åtgärder som är möjliga för att snabbt öka den sjukhusbundna öppna vårdens kapacitet.

Vårdavgift i slutet sjukvård

Så gott som alla remissinstanser som har yttrat sig över förslagen rörande vårdavgift i slutet sjukvård ansluter sig till huvudlinjerna i förslagen.

SAF finner dock att förslagen i fråga om vårdavgifter, sjukpenningavdrag och förstärkning av pensionärernas sjukförsäkring ger upphov till invändningar såväl av principiell natur som från kostnadssynpunkter. För att uppnå den angelägna dämpningen av efterfrågetrycket på den mycket dyra slutna vården är det enligt föreningens mening motiverat att höja inte bara vårdavgiften utan även sjukpenningavdraget. Förslaget att sjukpenningavdraget skall kvarstå oförändrat trots höjningen av vårdavgiften från den 1 januari 1970 innebär vidare att den kostnadsökning som höjningen av vårdavgiften medför för sjukförsäkringen inte följs av någon motsvarande besparing på sjukpenningssidan. Beträffande pensionärernas sjukförsäkring erinrar föreningen om sjukförsäkringsutredningens förslag om en underhållsavgift, som i princip skulle stå i paritet med den differentierade avgift som förekommer på ålderdomshem och tas ut efter en karenstid av 180 dagar, dvs. efter utförsäkringstiden för pensionärer. Även om utredningens förslag i övrigt rönte åtskillig kritik tycks det bland remissinstanserna ha rått stor enighet om att karenstiden i varje fall inte borde sättas längre än till 180 dagar. Det framstår därför som egendomligt att departementspromemorian, trots den nu föreslagna lägre avgiftsnivån, föreslår en förlängning av pensionärernas sjukhjälpstid vad gäller sjukhusvård från 180 dagar till ett år. Föreningen anser att den rätta lösningen av frågan om en förstärkning av pensionärernas skydd inte bör vara att generellt förlänga pensionärernas sjukhjälpstid utan i stället att, med utgångspunkt från gällande utförsäkringsregler, i linje med promemorians förslag i den delen öka betalningssvaga pensionärers möjligheter att få nedsättning eller befrielse från avgift genom huvudmännens försorg.

Pensionärernas riksorganisation vidhåller den inställning organisationen har gett uttryck åt i remissyttrande över sjukförsäkringsutredningens förslag. Organisationen förordar således att begränsningarna av pensionärernas sjukförsäkring när det gäller ersättning för sjukhusvård och sjukpenning helt avskaffas och att ett system med underhållsavgift vid sjukhusvård införs. Dessutom bör alla pensionärer inplaceras i sjukpenningklass som ger rätt till grundsjukpenning.

När det gäller de enskilda förslagen i detta avsnitt förordar *TCO* att sjukpenningavdragets maximum som varit oförändrat under många år bör höjas med 2—3 kr. av den anledningen att kost och logi vid korttidsvård inte bör vara billigare för patienten på sjukhus än i hemmet. *Försäkringskassaförbundet* vidhåller sin i remissyttrandet över sjukförsäkringsutredningens förslag framförda uppfattning att avdraget under alla förhållanden bör slopas.

Förslaget om förstärkning av pensionärernas sjukförsäkringsskydd föranleder *riksförsäkringsverket* till kommentaren att förslaget behåller nuvarande ordning såtillvida att sjukpenningdagar (upp till ett antal av 180) avräknas på den tillgängliga tiden för sjukhusvård även om den försäkrade inte är intagen på sjukhus. En försäkrad som har arbete och på grund

därav är placerad i sjukpenningklass får alltså sina möjligheter till ersättning för sjukhusvård beskurna om han är sjuk utan att få sådan vård. Verket anser att ersättning för sjukhusvård bör utgå för 365 dagar även för de sjukpenningförsäkrade och sålunda utan sammanräkning med sjukpenningtid. Verket räknar med att den kostnadsökning som en sådan ändring medför torde rymmas inom ramen för de i promemorian angivna kostnadsberäkningarna.

LO tar upp till diskussion det i promemorian förutsatta förfarandet med nedsättning eller befrielse från vårdavgift för utförsäkrade i ömmande fall och påpekar att tillämpningen i förtidspensionsfallen måste vara generös. *Statens handikappråd* erinrar om vad som sagts i remissyttrandena över sjukförsäkringsutredningens betänkande om handikappades och långtids-sjukas behov av medel för normalisering och rehabilitering och hemställer att en särskild undersökning företas i central regi för att närmare kartlägga den berörda sociala problematiken. Undersökningen bör sedan läggas till grund för utformningen av fastare regler, ägnade att ge långtids-sjuka möjlighet att få behålla sådana kostnadsbelopp som fordras för deras normalisering och rehabilitering. Rådet hävdar också att frågan om fullständig avgiftsbefrielse för alla tvångsintagna psykiskt sjuka och smittsamt sjuka bör övervägas.

Vårdavgift m. m. i vissa halvöppna vårdformer

Promemorians förslag i fråga om *dagsjukhusvård, nattsjukhusvård och femdagarsvård* tillstyrks av alla remissinstanser som yttrat sig över det. *Försäkringskassaförbundet* betraktar förslaget som en önskvärd anpassning av regelsystemet till nya vårdformer. *Jönköpings läns landstings förvaltningsutskott* anser att förslagets genomförande kommer att gynna strävandena att använda de nya vårdformerna. *Socialstyrelsen* framhåller att man, med hänsyn till den skiftande utformning av sjukvården som håller på att växa fram, inte torde kunna upprätthålla den nuvarande, på formella skäl grundade skarpa gränsen mellan slutna och öppna vård vid en mera radikal omprövning av avgifts- och ersättningssystemet. Då nu denna gräns behålls i avvaktan på en genomgripande omprövning av reglerna måste vid de tekniska förberedelserna för genomförande av förevarande förslag beaktas de praktiska svårigheterna att bestämma gränsen mellan dagsjukhusvård å ena sidan och närliggande former av öppen sjukvård å den andra. Gällande ersättningsregler medför att gränsdragningsfrågornas lösning får stor betydelse i ekonomiskt hänseende och detta kan föranleda tolkningstvister. Det finns eller planeras vård som inte utan vidare kan hänföras till den ena eller den andra formen. Socialstyrelsen har dock utgått från att som slutna vård inte skall anses vård som innebär att patienter t. ex. en eller två gånger i veckan under ett antal timmar får viss behand-

ling på ett sjukhus eller att diabetespatienter vistas en enstaka dag på sjukhuset för insulininställning. Närmare detaljanvisningar torde dock behöva meddelas så att en enhetlig tillämpning kan vinnas. Därvid bör i första hand vårdens duration och kontinuitet tas i betraktande, möjligen även de krav som ställs på lokaler och utrustning, exempelvis sängar.

Statens handikappråd anför att det måste tillses att utförsäkrade patienter i halvöppna vårdformer får behålla pensionsbelopp som är tillräckliga för att klara de levnadskostnader de måste svara för utanför sjukhuset.

Synpunkter på de rekommendationer som sjukförsäkringsutredningen har föreslagit framförs av *förvaltningsutskotten i Uppsala, Östergötlands och Västernorrlands läns landsting*, som anser att sjukförsäkringen bör bära kostnaderna för patienternas resor mellan sjukhus och bostad i halvöppen vård. *Stockholms stads sjukvårdsstyrelse* erinrar om att sjukvårdshuvudmännen ställs inför uppgiften att på relativt kort tid bygga upp en ändamålsenlig organisation för patienttransporterna. Styrelsen framhåller att dessa transporter sannolikt kommer att medföra betydande kostnadsökningar, som får vägas mot de kostnadsbesparingar som står att vinna genom övergången från sluten vård i traditionell form. *LO* anser att den principen bör gälla för avgiftssystemet vid de s. k. halvöppna vårdformer-na att den försäkrade inte belastas ekonomiskt i större omfattning än fallet är för sluten vård i traditionell mening. *LO* anser det också viktigt att denna princip bekräftas av alla sjukvårdshuvudmän så att alla försäkrade behandlas på samma sätt oberoende av bosättningsort. Principen leder till att valet av vårdform kan göras utan hänsyn till ersättningsfrågan och därigenom stimuleras utbyggnaden av halvöppna vårdformer. Principen synes också prägla de framlagda förslagen. Reseersättning vid nattsjukhusvård bör dock utgå med skillnaden mellan vad patienten haft att erlægga för resa bostad—arbetsplats och kostnaden för resa sjukhuset—arbetsplatsen.

Förslaget om utvidgning av rätten till *ersättning för övernattningskostnader* vid läkarvård utanför hemorten och om uppräknig av maximum för ersättningen stöds allmänt i remissyttrandena.

Kostnader och finansiering

Den föreslagna formen för avgiftsfinansiering av sjukförsäkringens kostnadsökning tillstyrks eller lämnas utan erinran av alla remissinstanser utom *SAF* och *SHIO*. *SAF* anför att arbetsgivaravgiften till sjukförsäkringen huvudsakligen tillkom för att finansiera försäkringen för tilläggs-sjukpenning. Bidraget till sjukvårdsförsäkringen var ursprungligen mycket lågt (0,1 %) och skulle närmast till viss del finansiera läkemedelsförmånerna. Denna inriktning av arbetsgivaravgiften var välmotiverad. Efter hand som avgiften har höjts har den i allt större utsträckning kommit att avse sjukvårdsförmånerna. Promemorieförslaget innebär att man släpper

allt samband med de principer som har legat till grund för kostnadsfördelningen mellan försäkrade och arbetsgivare. Arbetsgivaravgiften till sjukförsäkringen höjdes så sent som år 1967 från 1,5 till 2,6 % samtidigt som avgiftsunderlagets tak höjdes från 22 000 kr. till ATP-taket. Vidare höjs år 1970 avgiftsuttaget till ATP med 0,5 % varefter avgiften stiger med 0,25 % per år t. o. m. 1974. Denna successivt allt större belastning på företagens lönekostnader bör tillmätas större vikt än det i promemorian framförda önskemålet att återställa kostnadsfördelningen mellan de försäkrade och arbetsgivarna till de vid en viss tidigare tidpunkt gällande förhållandena. Föreningen motsätter sig således förslaget om en höjning av arbetsgivaravgiften och anser att de försäkrade bör bära de ökade kostnaderna genom en höjning av sjukförsäkringsavgiften. Föreningen framhåller f. ö. att den del av sjukförsäkringens kostnadsökning som måste avgiftsfinansieras skulle begränsas väsentligt om föreningens förslag i avsnittet om vårdavgifter i sluten vård följdes. *SHIO* ansluter sig till den mening *SAF* framfört.

Utdrag av protokoll, hållet i lagrådet den 14 oktober 1969.

N ä r v a r a n d e :

f. d. justitierådet LIND,
regeringsrådet MARTENIUS,
justitierådet BERNHARD,
justitierådet HESSER.

Enligt lagrådet den 29 september 1969 tillhandakommet utdrag av protokoll över socialärenden, hållet inför Hans Kungl. Höghet Regenten, Hertigen av Halland, i statsrådet den 19 september 1969, hade Kungl. Maj:t förordnat, att lagrådets utlåtande skulle för det i 87 § regeringsformen avsedda ändamålet inhämtas över upprättat förslag till *lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring*.

Förslaget, som finns bilagt detta protokoll, föredrogs inför lagrådet av hovrättsassessorn Björn Sjöberg.

Lagrådet lämnade förslaget utan erinran.

Ur protokollet:

Ingrid Hellström

*Utdrag av protokollet över socialärenden, hållet inför Hans Maj:t
Konungen i statsrådet på Stockholms slott den 17 oktober
1969.*

Närvarande:

Statsministern PALME, statsråden STRÄNG, ANDERSSON, LANGE, ASPLING, SVEN-ERIC NILSSON, LUNDKVIST, GEIJER, MYRDAL, ODHNOFF, WICKMAN, MOBERG, BENGTSSON, NORLING, LÖFBERG, LIDBOM, CARLSSON.

Chefen för socialdepartementet, statsrådet Aspling, anmäler efter gemensam beredning med statsrådets övriga ledamöter lagrådets utlåtande över förslag till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring.

Föredraganden upplyser, att lagrådet lämnat förslaget utan erinran och anför.

En mindre redaktionell jämkning bör vidtas i lagförslaget.

Jag hemställer att Kungl. Maj:t genom proposition föreslår riksdagen att

dels anta det i det föregående nämnda förslaget till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring med angiven ändring,

dels anta de vid statsrådsprotokollet den 19 september 1969 fogade förslagen till

- 1) lag om ändring i sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242),
- 2) förordning om ändring i förordningen den 18 december 1959 (nr 555) angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring,
- 3) förordning om bidrag från landsting och städer som ej deltagit i landsting till bestridande av kostnaderna för vård vid karolinska sjukhuset.

Med bifall till vad föredraganden sålunda med instämmande av statsrådets övriga ledamöter hemställt förordnar Hans Maj:t Konungen att till riksdagen skall avlåtas proposition av den lydelse bilaga till detta protokoll utvisar.

Ur protokollet:

Britta Gyllensten

Innehållsförteckning

	Sid.
Proposition	1
Författningsförslag	3
Utdrag av statsrådsprotokollet den 19 september 1969	9
Läkarvårdsersättningen	10
Vårdavgift i slutet sjukvård	16
Vårdavgift m. m. i vissa halvöppna vårdformer	18
Kostnader och finansiering	19
Hemställan	20
<i>Bilaga 1. »Promemoria med förslag till ändringar av sjukvårdsför-</i> <i>månerna inom sjukförsäkringen m. m.»</i>	23
Inledning	24
Läkarvårdsersättningen	26
Vårdavgift i slutet sjukvård	39
Vårdavgift m. m. i vissa halvöppna vårdformer	66
a) Dagsjukhusvård, nattsjukhusvård och femdagarsvård	67
b) Övernattningskostnader i samband med läkarvård utanför hem-	
orten	74
Kostnader och finansiering	76
Författningsförslag	80
Tabellbilaga	86
<i>Bilaga 2. Sammanställning av remissyttranden över promemorian</i>	94
Läkarvårdsersättningen	94
Vårdavgift i slutet sjukvård	102
Vårdavgift m. m. i vissa halvöppna vårdformer	104
Kostnader och finansiering	105
Utdrag av lagrådets protokoll den 14 oktober 1969	107
Utdrag av statsrådsprotokollet den 17 oktober 1969	108