

Nr 80

Utlåtande i anledning av Kungl. Maj:ts proposition med förslag till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring, m. m. jämte i ämnet väckta motioner.

Genom en den 17 oktober 1969 dagtecknad proposition, nr 125, vilken hänvisats till lagutskott och behandlats av andra lagutskottet, har Kungl. Maj:t, under återopande av propositionen bilagda utdrag av statsrådsprotokollet över socialärenden och lagrådets protokoll, föreslagit riksdagen att antaga vid propositionen 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.

I samband med propositionen har utskottet behandlat följande i ämnet väckta motioner, nämligen

A. vid riksdagens början väckt motion:

1) motionen II: 889 av fru *Kristensson* och fröken *Wetterström* om en frivillig sjukpenningförsäkring för ålderspensionärer, samt

B. i anledning av propositionen väckta motioner:

2) de likalydande motionerna I: 1085 av herr *Kajser* och II: 1256 av fröken *Wetterström m. fl.*,

3) de likalydande motionerna I: 1087 av herr *Nilsson, Ferdinand, m. fl.* och II: 1254 av herr *Jonasson m. fl.*,

4) de likalydande motionerna I: 1088 av herr *Ottosson* och II: 1255 av herrar *Lothigius* och *Clarkson*,

5) de likalydande motionerna I: 1089 av herr *Werner* och II: 1253 av herr *Hermansson m. fl.*,

6) motionen I: 1084 av herr *Hübinette*,

7) motionen I: 1086 av herrar *Lidgard* och *Strandberg*,

8) motionen II: 1252 av fru *Eriksson* i Stockholm och herr *Wiklund* i Stockholm, samt

9) motionen II: 1257 av herr *Åkerlind*.

I anledning av propositionen har till utskottet inkommit en skrivelse från Sveriges läkarförbund.

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 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.

Av propositionen återges i det följande — förutom författningsförslagen — endast vad föredragande departementschefen anfört vid lagsrådsremissen. Beträffande redogörelsen för gällande bestämmelser, socialdepartementets promemoria (Stencil 1969: 2) och remissyttrandena över denna får utskottet hänvisa till propositionen.

De vid propositionen fogade författningsförslagen är av följande lydelse.

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 anlåtats 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.*

(Föreslagen lydelse)

Är uppenbart att försäkrad vid samma sjukdom utan fog sökt mer än en läkare eller att läkare anlåtats 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.

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, därest 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 ersättning för sjukhusvård utgå för högst trehundraåttio dagar och sjukpenning för högst etthundraåttio dagar. För tid, varunder den försäkrade åtnjuter hel förtidspension, må ersättning för sjukhusvård utgå för högst trehundraåttio dagar; 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-

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

(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 tilläggsjukpenning 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 tilläggsjukpenning 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 er-
hålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

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

29 §.

*Vid sjukhus anställd befattnings-
havare må icke mottaga särskild ersätt-
ning för undersökning, behand-
ling eller skötsel av där intagen per-
son eller för åtgärd, som står i ome-
delbart samband med intagning på
eller utskrivning från sjukhuset. Vad
nu sagts gäller dock icke med avse-
ende å åtgärd, som vidtagits vid lä-
kares besök hos den sjuke utanför
sjukhuset. För öppen vård på sjuk-
hus må läkare efter överenskom-
melse med landstingskommunen ut-
taga särskild ersättning av den vård-
sökande.*

*För öppen vård utanför sjukhus
må provinsialläkare, biträdande pro-
vinsialläkare och extra provinsiallä-
kare samt vikarie för sådan läkare
ej uttaga högre ersättning av den
vårdsökande än som följer av över-
enskommelse med landstingskom-
munen.*

*Den som är anställd i sjukvårdan-
de verksamhet som avses i denna
lag må ej för egen räkning motta-
ga ersättning av patient som under-
söktes eller behandlas inom verksam-
heten.*

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

Härigenom 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.

Motionsyrkandena

1) I *motionen II: 889* hemställs, »att riksdagen hos Kungl. Maj:t måtte hemställa att förevarande motion angående frivillig sjukpenningförsäkring för ålderspensionärer överlämnas till 1961 års sjukförsäkringsutredning för beaktande». Syftet med ett sådant överlämnande skulle enligt motionärerna vara att sjukförsäkringsutredningen därmed får i uppdrag att pröva frågan om en frivillig sjukpenningförsäkring för förvärvsarbetande ålderspensionärer.

2) I *motionerna I: 1085* och *II: 1256* yrkas, »att riksdagen måtte besluta» a) »att de ändrade bestämmelserna rörande ersättning för i samhällets regi anordnad öppen vård skall träda i kraft den 1 juli 1970,» b) »att frågan om principerna för de privatpraktiserande läkarnas ställning inom sjukförsäkringsersättningssystemet måtte före fastställandet underställas riksdagen,» samt c) »att hos Kungl. Maj:t hemställa om en parlamentarisk utredning angående sjukvårdskostnadernas samhällsekonomiska betydelse och verkningar».

3) I *motionerna I: 1087* och *II: 1254* hemställs, »att riksdagen vid behandling av propositionen 125 måtte understryka att det bör ankomma på huvudmannen för läkarutbildningen att tillse att läkare finnes att tillgå i den omfattning och till sådan kostnad som i propositionen förutsättes».

4) I *motionerna I: 1088* och *II: 1255* yrkas, a) »att riksdagen med avslag å proposition 125 i vad avser finansieringen hos Kungl. Maj:t måtte hemställa om nytt förslag i enlighet med vad i motionen anförts; samt» b) »att riksdagen måtte besluta att inom samhällets slutna vård vårdavgiften på allmän sal på sjukhus och sjukpenningavdragets maximum skall vara lika stora». I anslutning till yrkandet under a) anför motionärerna att en rimligare fördelning av den kostnadsökning som den föreslagna reformen föranleder bör ske än vad som föreslås i propositionen. I stället för att lägga huvuddelen av kostnadsökningen på arbetsgivarna anser motionärerna att den av reformen betingade kostnadsökningen till lika stora delar bör betalas genom statsbidrag, arbetsgivaravgifter och egenavgifter.

5) I *motionerna I: 1089* och *II: 1253* föreslås, »att riksdagen i anledning av och med bifall i övrigt till Kungl. Maj:ts prop. nr 125 år 1969 måtte besluta 1. att i skrivelse till Kungl. Maj:t hemställa om förslag till riksdagen angående kostnadsfri sjukhusvård i överensstämmelse med riksdagens år 1946 fattade principbeslut»; 2. »att i skrivelse till Kungl. Maj:t hemställa att gällande ordning med vårdavgift och fickpengar inom den slutna sjuk- och åldringsvården blir föremål för en skyndsam översyn»; samt 3. »att ur 4 kap. 3 § i lagen den 25 maj 1962 om allmän försäkring utmönstra den bestämmelse som begränsar sjukhjälpstiden för ålderspensionär och pensionär med hel förtidspension, varigenom sagda paragraf i sin helhet föreslås få följande lydelse»:

(Propositionen)

(Motionerna)

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 trehundra sextiofem dagar och sjukpenning för högst etthundraåttio dagar. För tid, varunder den försäkrade åtnjuter hel förtidspension, må ersättning för sjukhusvård utgå för högst trehundra sextiofem dagar; och skall med sådan tid jämföras efterföljande tid, därest 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 utgå för högst etthundraåttio dagar.

6) I motionen I: 1084 hemställs, »att riksdagen måtte besluta att den i proposition nr 125 föreslagna reformen såvitt avser öppen vård i samhällsregi försöksvis prövas under en tid av förslagsvis ett år i ett av Kungl. Maj:t utsett län samt att vederbörande utskott måtte utarbeta erforderlig lagtext».

7) I motionen I: 1086 hemställs, att riksdagen dels beaktar vad som i motionen anförts om möjligheterna till s. k. privatavtal, dels beslutar om uppskov med reformens genomförande, dels ock uttalar sig för en informationsverksamhet av i motionen angivet slag. Beträffande det förstnämnda yrkandet anför i motionen bl. a. följande:

Läkare, liksom vilken som helst annan anställningshavare i offentlig tjänst, är emellertid oförhindrad att, när det inte inkräktar på hans tjänsteåligganden, utöva privat verksamhet. Om i det enskilda fallet beträffande viss läkare skulle befinnas lämpligt och ändamålsenligt — och det inte heller inkräktar på sjukhusets normala drift — att sådan privat verksamhet utövas inom sjukhusområdet, torde det enbart vara till fördel för den samlade sjukvårdsproduktionen i landet att möjligheterna till privatavtal mellan läkare och sjukvårdshuvudman icke omtintegöres av ett stלבent regelsystem. Man bör rimligen få lov att räkna med att den omtalade enigheten mellan socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen inte i framtiden kommer att föranleda repressalieåtgärder mot den huvudman som kan finna det lämpligt att träffa avtal om lokalupplåtelse m. m. åt läkare som utanför sina tjänsteåligganden vill ägna en del av sin fritid åt privatpraktik. Sjukvårdslagen med dess föreslagna precisering av förbudet till att gälla undersökning och behandling inom verksamheten bör inte kunna åberopas som grund för dylika åtgärder.

Beträffande det sistnämnda yrkandet anför motionärerna följande:

Det förefaller emellertid önskvärt att allmänheten snarast möjligt och senast i samband med reformens ikraftträdande gives en utförlig orientering om reformens innebörd, förslagsvis i broschyrform. Särskilt viktigt förefaller det vara att allmänheten får insikt i vad den har att iakttaga för att tillförsäkra sig goda och personliga kontakter med respektive läkare, vad den enskilde kan göra för att bevara möjligheterna till ett fritt läkarval. Kanske bör det också lämnas upplysning om möjligheterna att genom tidsbeställning planera sina läkarbesök. Även beträffande möjligheten att bevara kontinuiteten i läkarvården är framför allt återfallspatienter betjänta av råd och anvisningar.

8) I *motionen II: 1252* hemställs, a) »att innebörden av § 29 i sjukvårdslagen måtte klarläggas och ges den tolkningen att taxebunden privatmottagning blir möjlig på sjukhusen, åtminstone under en övergångstid, samt» b) »att, om det under utskottsbehandlingen står klart att patienternas rätt till god läkarvård vid reformens start den 1 januari 1970 icke kan tryggas, ikraftträdandet måtte framflyttas till annan tidpunkt».

9) I *motionen II: 1257* hemställs, a) »att riksdagen måtte uttala att ersättning för resor i vissa halvöppna vårdformer bör utgå även vid arbetsresor, samt» b) »att 29 § i förslag till lag om ändring i sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242) erhåller följande lydelse»:

(Propositionen)

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.

(Motionen)

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 såvida ej annan överenskommelse träffats med sjukvårdshuvudmännen.

Beträffande de skäl motionärerna anfört till stöd för sina yrkanden får utskottet, i den mån ytterligare redogörelse därför inte lämnas i det följande, hänvisa till motionerna II: 889, I: 1085, I: 1087, I: 1088, II: 1253, I: 1084, I: 1086, II: 1252 och II: 1257.

Departementschefen

Föredragande departementschefen, statsrådet Aspling, anför i propositionen följande:

Läkarvårdersättningen

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 förslagets genomförande framlägger synpunkter på det föreslagna systemets inverkan på den öppna vården. Riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, statens handikappråd, Spri, Svenska kommunförbundet, Försäkringskassaförbundet, 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 remissyttranden 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 försköttera 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 eftersträvat. 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 patienten 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 vårdensdagen (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 framtida förändringar, exempelvis privatläkarvårdens inordnande i det nu fö-

reslagna 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 förslaget 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 förutsatts 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 undersökning eller behandling efter remiss från privatpraktiker att avgift i van-

lig 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 anlitar 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 inställelsearvode 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 av-

giftsnedläggning 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 vägt 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 läkarvårdersättning 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 föreslagits att ersättningsystemet 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 riksförsäkringsverket 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 försäkringsersättningen 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 utvecklats i promemorian författningstekniskt 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 provinssiälläkartaxan.

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

Vårdavgift i slutna sjukvård

Vårdavgiften i slutna 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 förtidspension 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 avgiftsnedsättning 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 sjukförsäkringsskydd.

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 riksförsäkringsverket 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 höjningen av vårdavgifterna som avgiftsnedsättningarna. 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 vårdorganisationsriskiska 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 mot-

svaras 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 återbäringsstaxans 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 förskjutats. 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 förmångrenarna 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.

Utskottet

I förevarande proposition föreslås ett förenklat system för läkarvårdserättningen inom sjukförsäkringen, vissa ändringar beträffande vårdavgift i sluten sjukvård, vissa klarlägganden och ändringar beträffande vårdavgift m. m. i en del halvöppna vårdformer samt som följd av dessa förslag ändringar i den allmänna försäkringens finansieringsregler.

Läkarvårdsersättningen

Enligt gällande regler utgår ersättning för försäkrads utgifter för besök hos läkare i öppen vård med tre fjärdedelar av utgifterna. Har utgifterna överstigit det belopp som de enligt en av Kungl. Maj:t fastställd taxa, återbäringsaxan, skall beräknas uppgå till, lämnas dock ersättning endast med tre fjärdedelar av taxans belopp. Allt efter konsultationens omfattning och innehåll kan dessa belopp variera mellan 10 och 60 kronor. För rådfrågning per telefon beräknas ett arvode av 5 kronor. Kostnader för läkarens resa, inställelsearvode vid hembesök, ersättning för obekvämt arbetstid samt kostnader för läkarintyg som fordras för att få ut sjukpenning kan tillkomma. Detsamma gäller kostnader för röntgen- och laboratorieundersökningar m. m. Återbäringsystemet tillämpas i regel på sådant sätt att den försäkrade erlägger hela läkararvodet vid läkarbesöket och sedan mot avlämnande av läkarvårdskvittot får ersättning för en del av utgiften från försäkringskassan.

Vid slutna vård uttas endast vårdavgift, f. n. 5 kronor per dag på allmän sal för patient från det egna sjukvårdsområdet. Denna avgift betalas för icke utförsäkrad direkt av försäkringskassan till sjukvårdshuvudmannen. Generellt förbud gäller enligt sjukvårdslagen för befattningshavare vid sjukhuset att ta emot särskild ersättning för undersökning, behandling eller skötsel av där intagen person.

Genom gällande ersättningsregler kommer den slutna vården, trots att den är betydligt dyrare att tillhandahålla, att ställa sig billigare för den vård sökande än den öppna vården. Resultatet härav har blivit att efterfrågan på sjukvård i stor utsträckning kommit att inrikta sig på slutna vård. Av många skäl skulle en förskjutning av efterfrågetrycket från slutna till öppna vård framstå som önskvärd. Statsmakterna har tidigare i år antagit en plan för fördelningen av våra ökande läkarresurser vilken bl. a. innebär en stark prioritering av den offentliga öppna läkarvården. Samma syfte har det nu framlagda förslaget om förenkling av sjukförsäkringens ersättningssystem.

Förslaget innebär att patient vid besök hos läkare i offentlig sjukvård, i stället för att erlägga hela läkararvodet och därefter få återbärning från försäkringskassan, skall erlägga en enhetlig läkarvårdsavgift som tillfaller sjukvårdshuvudmannen. Avgiften föreslås till 7 kronor per besök på sjukhus eller hos provinsialläkare och 15 kronor vid hembesök hos den sjuke. Samtidigt skall försäkringskassan betala 31 kronor per besök direkt från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmannen. Den erlagda patientavgiften skall täcka kostnaden inte bara för besöket hos läkaren utan också för röntgen- och laboratorieundersökningar m. m. som patienten blir remitterad till. Det föreslagna systemet beräknas omfatta cirka 15 miljoner läkarbesök per år eller cirka tre fjärdedelar av alla läkarbesök i landet. För återstående fjärdedel, som gäller besök hos privatpraktiserande läkare, avses nuvarande

återbäringsystem tills vidare skola gälla. Som framgår av det följande pågår arbete med att inordna även dessa läkarbesök under ett system med enhetlig läkarvårdsavgift. Det föreslås att det nya ersättningsystemet för den av samhället tillhandahållna vården skall börja tillämpas den 1 januari 1970.

Utskottet delar departementschefens uppfattning att det framlagda förslaget bör kunna stimulera till en sådan överföring av efterfrågan från den slutna till den öppna sektorn som länge har eftersträfvats. För den enskilde patienten innebär förslaget att han slipper att ligga ute med pengar för läkarvårdskostnader och omgången att hos försäkringskassa återkräva ersättningsberättigad del av utgiften. I många fall torde den föreslagna avgiften 7 respektive 15 kronor medföra att patientens egen del av läkarvårdsutgifterna sjunker. Detta kommer framför allt att gälla patienter som behöver en omfattande vård, inkluderande röntgenundersökningar, röntgen- eller radiumbehandlingar, laboratorieundersökningar, m. m. Här åstadkommes en angelägen utjämning av skillnaderna mellan olika patienters kostnader i öppen vård. Att utjämningen i viss mån sker så att läkarbesök, som enligt nuvarande läkarvårdstaxa hänförs till de lägsta taxegrupperna, kan bli upp till 4 kronor 50 öre dyrare är ofrånkomligt, om ett rimligt system med enhetlig avgift skall kunna genomföras. För försäkringskassorna kan den föreslagna metoden med direktdebitering från sjukvårdshuvudmannen till kassan av läkarvårdsavgiften ge möjligheter till rationaliseringsvinster.

Vid utskottets behandling har inga erinringar i sak riktats mot det föreslagna ersättningsystemet. Tvärtom har förslagets förtjänster på olika sätt understrukits, och utskottet vill med hänvisning till vad ovan anförts tillstyrka ett genomförande av detsamma.

I propositionen uttalas att det föreslagna systemets konstruktion knappast kan väntas medföra i varje fall någon mera avsevärd stegring av den totala efterfrågan på sjukvård. Bl. a. kommer det i enklare fall inte att bli billigare att söka vård än för närvarande. Huruvida denna bedömning kommer att visa sig realistisk kan man ha delade meningar om. Även om den totala efterfrågan inte kommer att visa en avsevärd stegring, kan naturligtvis — så länge inte reformen omfattar hela den öppna vården — vissa förskjutningar av efterfrågan inträffa som på enstaka områden kan innebära en mer eller mindre starkt ökad belastning. Som departementschefen uttalar får det ankomma på sjukvårdshuvudmännen att ha denna fråga under särskild uppmärksamhet och att omgående vidta de åtgärder som kan bli nödvändiga. En utbyggnad av den öppna vården kan därvid på kortare eller längre sikt bli aktuell. För en sådan åtgärd krävs att det ställs såväl ekonomiska som personella resurser till förfogande samt att det finns bl. a. tillräckligt antal läkare att tillgå. Mot denna bakgrund hemställs i *motionerna I: 1087* och *II: 1254* att riksdagen skall understryka »att det bör ankomma på huvudmannen för läkarutbildningen att tillse att läkare finnes att tillgå

i den omfattning och till sådan kostnad som i propositionen förutsättes». Till detta kan anföras att antalet läkare kommer att växa snabbt i landet tack vare den fördubbling av utbildningskapaciteten vid de medicinska högskolorna som genomförts under 1960-talet och den ytterligare ökning av kapaciteten som föreslås i den nyligen avlämnade propositionen 137. Enligt socialstyrelsens beräkningar kommer totalantalet läkare att öka från för närvarande drygt 10 000 till cirka 16 000 år 1975 och nära 20 000 år 1980. Den ökade utbildning som startade under första hälften av 1960-talet har redan börjat ge resultat i färdigutbildade läkare. De som kommer att avlägga examen under första hälften av 1970-talet befinner sig i huvudsak redan inne i utbildningen. Med det anförda anser sig utskottet ha besvarat motionerna I: 1087 och II: 1254.

I åtskilliga motioner uttrycks farhågor för att nödvändigt förberedelsearbete inte hinns med före den föreslagna ikraftträdandedagen den 1 januari 1970. I *motionerna I: 1085* och *II: 1256* anföras att ett omfattande administrativt och organisatoriskt arbete måste föregå reformen liksom kvalificerade förhandlingar mellan huvudmännen och deras personal. Bland detaljproblem som måste lösas nämner motionärerna upprättande av jour-system, utformande av en transportorganisation, översyn av blankettsystem och rutiner samt utförande av kostnadskalkyler och budgetering. De hemställer på grund av dessa förhållanden att de ändrade bestämmelserna rörande ersättning för i samhällets regi anordnad öppen vård skall träda i kraft först den 1 juli 1970. Med hänvisning framför allt till att förhandlingarna mellan läkarna och huvudmännen ännu inte lett till något avtal hemställs i *motionen I: 1086* om uppskov med reformen till en senare tidpunkt. I *motionen II: 1252* uttalas att en knapp förberedelsetid kan vålla många missförstånd och skapa olägenheter för främst gamla patienter och patienter med särskilda läkarbehov. Om det under utskottsbehandlingen står klart att patienternas rätt till god läkarvård vid reformens start den 1 januari 1970 inte kan tryggas, hemställer motionärerna att ikraftträdandet flyttas fram till en annan tidpunkt. Yrkandet i sistnämnda båda motioner tar formellt sikte på hela den i propositionen framlagda reformen men torde ha reell betydelse främst för den del av propositionen som gäller läkarvårdsersättningen. För att någorlunda klara ut verkningarna och skapa sig en uppfattning om det föreslagna systemets funktionsduglighet föreslås i *motionen I: 1084* att det nya ersättningssystemet inom den av samhället bedrivna öppna vården försöksvis prövas under en tid av förslagsvis ett år i ett av Kungl. Maj:t utsett län.

Utskottet har förståelse för de betänkligheter som kommer till uttryck i motionerna beträffande möjligheterna att i förväg garantera att nödvändiga förberedelser hunnit genomföras före den 1 januari 1970. Uppenbarligen måste den föreslagna reformen föregås av åtskilligt arbete på det administrativa och organisatoriska planet. Likaså kräver det i det följande be-

handlade förslaget om förbud för sjukhusläkare att bedriva privatpraktik inom sjukvårdsverksamheten att läkarnas anställningsförhållanden klarläggs genom förhandlingar mellan berörda parter. Det hade väl också varit av värde att man kunnat överblicka utvecklingen av den öppna vården i den privata sektorn. Såsom departementschefen framhåller har förberedelsearbetet för reformen satts i gång på ett tidigt stadium. Landstingsförbundet har redan i april i år tillsatt en arbetsgrupp för dessa frågor som bl. a. samarbetat med riksförsäkringsverket. Preliminära förslag från gruppen lades fram i början av september och slutliga förslag den 17 oktober. Läkarförhandlingarna har påbörjats för någon tid sedan och har redan lett till enighet i vissa principiella frågor. Riksförsäkringsverket har den 13 november 1969 till socialministern överlämnat utredning och förslag om ersättning vid privatläkarvård. Nu nämnda omständigheter gör att invändningarna mot ett ikraftträdande den 1 januari 1970 förlorar i tyngd. Till detta kommer att förberedelsearbetet enligt uppgift från Landstingsförbundet fortskridit i planenlig ordning och att man från förbundets sida är beredd att tillämpa reformen från instundande årsskifte. Med hänsyn härtill och då reformen innebär betydande ekonomiska förbättringar för en stor del patienter, framför allt sådana som är beroende av omfattande och dyrbar läkarvård, anser utskottet att det nya ersättningssystemet bör tillämpas från och med den 1 januari 1970. Utskottet tillstyrker således propositionen i denna del och avstyrker motionsyrkandena om uppskov med reformen. Därmed har utskottet också avstyrkt motionsyrkandet om ett tidsbegränsat försök med ersättningssystemet i ett av Kungl. Maj:t utsett län.

Vid granskningen av förslaget om läkarvårdersättning i detalj har utskottet särskilt uppmärksammat två frågor.

Enligt förslaget skall den enhetliga patientavgiften omfatta inte endast läkarbesöket utan också röntgen- och laboratorieundersökningar till vilka patienten remitteras. Det är därvid likgiltigt om den försäkrade får en eller flera remisser och om den eller de föreskrivna undersökningarna kan utföras genast eller senare. Sjukronorsavgiften skall också omfatta samtliga i en serie ingående röntgen- och radiumbehandlingar som ordinerats vid ett läkarbesök. Anledningen härtill är att sådana behandlingsserier, om varje behandling skulle betinga ett arvode av sju kronor, skulle bli kostnadskrävande för patienten och leda till en kostnadsökning i jämförelse med vad som nu gäller. Enligt utskottets mening kan det tänkas andra behandlingsserier än sådana som gäller röntgen och radium, där samma resonemang kan läggas till grund för en enhetsavgift. Detta förhållande bör ägnas uppmärksamhet vid uppföljningen av tillämpningen av de nya reglerna.

Frågan om ersättning till sjukvårdshuvudmannen för analys av insända laboratorieprov har aktualiserats av Sveriges läkarförbund i en skrivelse

till utskottet. Enligt propositionens förslag får en patient som remitterats från en privatpraktiserande läkare till ett sjukhuslaboratorium för provtagning och analys erlägga sju kronor. Om emellertid läkaren svarar för provtagningen och sänder in provet till laboratoriet, skall frågan om gottgörelse för analys av provet klaras mellan läkaren och laboratoriet. Enligt Läkarförbundet kan detta leda till att sjukvårdshuvudmannen debiterar ett självkostnadspris, som vid många undersökningar kan uppgå till 100 kronor. En sådan ordning kommer att leda till att ett stort antal patienter får räkna med att själv infinna sig på laboratoriet för provtagning och analys, varigenom de åsamkas onödig omgång. Enligt förbundets mening bör bestämmelserna utformas så att, oberoende av om den privatpraktiserande läkaren remitterar patienten till laboratoriet eller sänder av honom själv taget prov till laboratoriet, patientkostnaden för analysen skall uppgå till högst sju kronor. Utskottet kan för egen del ansluta sig till uppfattningen att ersättningsbestämmelserna angående laboratorieanalyser bör utformas på sådant sätt att privatpatienten slipper att själv inställa sig på laboratoriet för provtagning bara för att hålla kostnaden för analysen nere. En sådan ordning belastar inte endast patienten utan även den av huvudmannen tillhandahållna öppna vårderna. Utskottet utgår från att huvudmännen själva kommer att beakta sådana synpunkter när de går att fastställa analyskostnaden för av privatläkare insända prov. När frågan om privatläkarvårdens inordnande i ersättningsystemet tas upp till avgörande, torde frågan kunna få en mer definitiv lösning.

Omläggningen av ersättningsreglerna föreslås författningstekniskt ske på det sättet att nuvarande ganska detaljerade regler utgår och Kungl. Maj:t ges befogenhet att fastställa grunder för ersättningen för läkarvårdsavgifter. I propositionen förutsätter departementschefen att ett sådant bemyndigande inrymmer möjlighet för Kungl. Maj:t att göra anpassningar efter framtida förändringar, exempelvis privatläkarvårdens inordnande i systemet. I *motionerna I: 1085* och *II: 1256* är man inte beredd att ge Kungl. Maj:t den begärda befogenheten såvitt gäller de privatpraktiserande läkarnas framtida ställning i sjukförsäkringen. Även om Kungl. Maj:t har att utfärda detaljbestämmelser i ersättningsfrågan, måste riksdagen ges möjlighet att göra principiella uttalanden angående privatpraktikerna. I *motionerna* yrkas därför att frågan om principerna för de privatpraktiserande läkarnas ställning inom ersättningsystemet måtte underställas riksdagen.

Som redan anförts har riksförsäkringsverket helt nyligen avgivit ett förslag om ersättning från den allmänna försäkringen för öppen läkarvård som meddelats av läkare i enskild praktik. Förslaget har varit tillgängligt under utskottsbehandlingen. Riksförsäkringsverket föreslår att sjukvårdshuvudmännen sluter s. k. läkarvårdsavtal med de privatpraktiserande läkarna. Enligt avtalen skall läkarna få ersättning för sina mot-

tagningskostnader och en inkomst som i varje enskilt fall skall fastställas genom förhandling. I gengäld åtar sig privatläkarna att endast ta ut en viss nettoavgift av sina patienter på högst 10 kronor eller — i första hand i Stockholm — högst 15 kronor i ett för allt. För sina kostnader enligt läkarvårdsavtalen skall huvudmännen få ersättning direkt från försäkringskassan med 31 kronor per läkarbesök. Besök hos avtalsbundna privatpraktiker jämföras i fråga om remiss- och avgiftsregler med besök hos provinsialläkare. Härigenom uppnås bl. a. att patientavgiften, liksom i sjukvårdsreformen, inkluderar erforderliga röntgen- och laboratorieundersökningar m. m. Läkarvårdsavtal föreslås få verkan från den 1 juli 1970. För privatpraktikervård som inte omfattas av läkarvårdsavtal skall den nuvarande återbäringsstaxan gälla tills vidare.

Riksförsäkringsverkets förslag är utsänt på remiss och enligt vad utskottet inhämtat har Kungl. Maj:t för avsikt att ta ställning till frågan under det första kvartalet 1970. För det fall Kungl. Maj:t följer riksförsäkringsverkets förslag med läkarvårdsavtal skulle förhandlingar med läkarna kunna påbörjas i betryggande tid före den 1 juli 1970, då systemet är avsett att börja tillämpas. Som utskottet tidigare uttalat framstår det av många skäl som önskvärt att hela den öppna vården så snart som möjligt kan inordnas under ett system med likartade ersättningsregler. Utskottet finner det ur denna synpunkt tillfredsställande att ett förslag till lösning i sådan riktning redan föreligger och att Kungl. Maj:t får möjlighet att nå fram till beslut kort tid efter årsskiftet. Ett bifall till motionsyrkandet skulle innebära att Kungl. Maj:t måste avge en proposition till riksdagen med begäran om riksdagens yttrande. En sådan åtgärd skulle uppenbarligen innebära risker för en försening av reformens ikraftträdande. På grund härav och då riksdagen redan vid behandlingen av förevarande ärende har möjlighet att diskutera det förslag som lagts fram till lösning av privatläkarvårdens inordnande i ersättningssystemet avstyrker utskottet motionsyrkandet. Utskottet tillstyrker således att Kungl. Maj:t erhåller det begärda bemyndigandet att anpassa grunderna för läkarvårdsersättningen efter framtida förändringar.

Det föreslagna ersättningssystemet innebär att läkare inom den öppna vården i samhällets regi i fortsättningen får hela ersättningen för sitt arbete direkt från huvudmannen. För närvarande fördelar sig hans inkomster på fast lön och patientarvoden. Eftersom reformen är avsedd att äga tillämpning på all öppen vård som läkare meddelar på sjukhus, kommer varken överenskommelser att läkare skall få ta särskild ersättning av vårdssökande i den av huvudmannen anordnade öppna vården eller sådana avtal som ger läkare rätt till privatmottagning på sjukhus att tillåtas i fortsättningen. I anslutning härtill föreslås ett generellt förbud i 29 § sjukvårdslagen för den som är anställd i sjukvårdande verksamhet

som avses i lagen att för egen del ta emot ersättning av patient som undersöks eller behandlas inom verksamheten. Motsvarande ändringar förutsätts i reglementena för de statliga sjukhusen.

Förslaget om ändring i sjukvårdslagen har föranlett yrkanden i tre olika motioner. I *motionen I: 1086* anförs att läkare i princip är oförhindrad att utöva privat verksamhet som inte inkräktar på hans tjänsteåligganden. Om det beträffande viss läkare skulle befinnas lämpligt att sådan privat verksamhet utövas inom sjukhusområdet, torde det enligt motionärernas mening enbart vara till fördel för den samlade sjukvårdsproduktionen i landet att privatavtal mellan läkaren och sjukvårdshuvudmannen kan ingås. Motionärerna hemställer att riksdagen beaktar detta förhållande. I *motionen II: 1252* hemställs att 29 § sjukvårdslagen i den föreslagna lydelsen ges den innebörden att taxebunden privatmottagning blir möjlig på sjukhusen, åtminstone under en övergångstid. I *motionen II: 1257* yrkas att förbudet i sjukvårdslagen inte skall göras generellt utan endast gälla då annan överenskommelse med sjukvårdshuvudmannen inte träffats. I motionen anförs att de knappa läkarresurserna bör kunna utnyttjas till privatpraktik utanför den ordinarie anställningen och att landstingen inte bör betagas rätten att träffa överenskommelser med läkare härom.

Utskottet delar den uppfattning som kommit till uttryck i propositionen att det föreslagna ersättningssystemet bör omfatta all öppen vård som lämnas i samhällets regi. En konsekvens härav bör bli att sjukvårdslagen kompletteras med ett förbud för sjukhuspersonalen att uppbära ersättning från patient som undersöks eller behandlas i sådan vård. Ett dylikt förbud skall dock icke förstås så att alla överenskommelser mellan huvudmannen och läkarna om mottagning utanför den arbetstid som läkaren åläggs enligt sitt tjänsteavtal omöjliggörs. Tvärtom kan sådana överenskommelser såsom framhålls i berörda motioner i många fall ha fog för sig. Likaså kan det av sjukvårdsekonomiska skäl många gånger vara befogat att vården förläggs till sjukhus. Förutsättningen för att överenskommelser av detta slag skall kunna träffas är dock att parterna är överens om att tillämpa det nu föreslagna ersättningssystemet även vid dessa mottagningar, d. v. s. att vården kommer att bedrivas i huvudmannens regi. För mottagning som sjukhusläkaren bedriver på sin fritid utan någon anknytning till sjukhuset kan han, om ej annat följer av hans anställningsavtal med huvudmannen, själv bestämma sina arvoden. Med det anförda torde motionen I: 1086 och motionen II: 1252 i förevarande delar i stort sett vara tillgodosedda. Det anförda leder också till att utskottet, med avstyrkande av yrkandet i motionen II: 1257, tillstyrker den föreslagna lydelsen av 29 § sjukvårdslagen.

I *motionen II: 1086* framställs ett yrkande som syftar till att allmänheten snarast möjligt och senast i samband med reformens ikraftträdande

ges en utförlig orientering om reformens innebörd, förslagsvis i broschyrform. Som utskottet vid många tillfällen tidigare uttalat är det av vikt att allmänheten hålls underrättad om de socialförsäkringsförmåner som samhället erbjuder samt om de förändringar som beslutas i dessa. Från berörda departement, myndigheter och försäkringskassor har på senare tid en allt större satsning gjorts på sådan informationsverksamhet. Utskottet vill bl. a. erinra om försäkringskassornas och riksförsäkringsverkets stora upplysningskampanj till allmänheten i början av innevarande år. Utskottet förutsätter att man på ansvarigt håll har uppmärksamheten riktad på behovet av information om den nu förestående reformen. Enligt uppgift kommer försäkringskassorna i samråd med riksförsäkringsverket i slutet av december i år att genom en landsomfattande kampanj informera allmänheten om de nya reglerna. Vidare torde huvudmännen var och en inom sin region komma att sprida upplysning om de organisatoriska och administrativa förändringar som kan bli aktuella. Av annonser i dagspressen framgår att vissa huvudmän redan satt i gång sådan verksamhet. Genom vad utskottet nu uttalat torde motionen II:1086 vara tillgodosedd i förevarande del.

Vårdavgift i slutet sjukvård

Med vissa begränsningar ankommer det på den som driver sjukhus att själv bestämma efter vilka grunder och till vilket belopp vårdavgift i slutet sjukvård skall erläggas. Vårdavgifterna brukar numera fastställas efter rekommendation av huvudmännens centrala organisationer och är i allt väsentligt desamma över hela landet. I regel utgör avgiften fem kronor per dag på allmän sal. Sjukförsäkringen svarar i princip för avgiften för sjukhusvård såvitt gäller de försäkrade. Under tid då en försäkrad åtnjuter sjukhusvård skall avdrag med några undantag göras på den sjukpenning som den försäkrade kan vara berättigad till. Avdraget uppgår till fem kronor per dag, dock högst hälften av sjukpenningens belopp. Avdraget torde få ses som en konsekvens av att en försäkrad som är intagen på sjukhus kan räkna med viss minskning av sina levnadsomkostnader.

Vid överläggningar mellan representanter för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen har samförstånd nåtts om bl. a. en höjning av vårdavgiften för salspatienter till tio kronor från den 1 januari 1970. I propositionen föreslås att sjukförsäkringen såvitt gäller försäkrade patienter skall svara för den förhöjda vårdavgiften på allmän sal på sjukhus från och med nämnda datum. Det föreskrivna sjukpenningavdraget vid sjukhusvård föreslås bibehållet på nuvarande nivå.

I *motionerna I:1089* och *II:1253* erinras om att 1946 års riksdag fattade ett principbeslut om fri sjukhusvård för den enskilde och att staten skulle gentemot landstingen överta ansvaret för de kostnader som.

dittills täckts genom patientkostnader. I motionerna görs gällande att fri sjukhusvård bör utgöra en elementär grundtrygghet för alla i samhället, och det yrkas att riksdagen hos Kungl. Maj:t skall hemställa om förslag angående kostnadsfri sjukhusvård i överensstämmelse med 1946 års principbeslut. I *motionerna I: 1088* och *II: 1255* riktas kritik mot förslaget att sjukpenningavdraget, trots att vårdavgiften höjs till tio kronor, föreslås maximerat som hittills till fem kronor. En sådan ordning innebär att den allmänna försäkringen får vidkännas en väsentlig kostnadsökning utan motsvarande besparing genom sjukpenningavdraget. Motionärerna yrkar att riksdagen skall besluta att vårdavgiften på allmän sal och sjukpenningavdragets maximum skall vara lika stora inom samhällets slutna vård.

Utskottet vill framhålla att riksdagens principbeslut från 1946 får anses ha fallit i och med statsmakternas antagande av 1953 års sjukförsäkringslagstiftning. 1961 års sjukförsäkringsutredning har emellertid i sitt i december 1967 avgivna betänkande »Förmåner och avgifter i slutna sjukvård m. m.» på nytt prövat huruvida skäl kunde finnas för införandet av en helt avgiftsfri sjukhusvård. Utredningen har därvid funnit att övervägande skäl talar för att inte göra den slutna vården avgiftsfri. Motiven härför har bl. a. varit kravet på de ständigt stegrade ekonomiska insatserna från samhällets sida, orsakade av en successiv och i snabb takt ökad efterfrågan på slutna sjukvård. Denna efterfrågan har i sin tur berott på den medicinska utvecklingen och den förbättrade sjukvårdsstandarden men även på förhållanden som den hastigt stigande levnadsstandarden och den växande insikten om hälso- och sjukvårdens betydelse. Utredningen har också pekat på den inkomstutveckling som ägt rum i landet sedan principbeslutet fattades. Den nominella medelinkomsten har fyrdubblats och realinkomsten fördubblats. Även det förhållandet att inackorderingsavgifter tas ut på ålderdomshemmen och den snedvridning som en avgiftsfri vård på sjukhemmen för långvarigt sjuka skulle kunna medföra på efterfrågan av sådan vård har tagits med i bilden. Enligt utskottets mening framstår de skäl som sjukförsäkringsutredningen anfört mot en helt avgiftsfri sjukhusvård som övertygande. Utskottet avstyrker därför motionerna I: 1089 och II: 1253 i förevarande del.

När det gäller frågan om sjukpenningavdraget för försäkrade intagna för slutna vård vill utskottet ånyo erinra om att syftet med propositionen bl. a. är att söka styra efterfrågan från slutna vård över till öppen vård. Propositionens förslag om bibehållande av nuvarande maximum för sjukpenningavdraget får ses som ett led i tillgodoseendet av detta syfte. Motionsyrkandet om höjning av avdragets maximum från fem till tio kronor motiveras främst av försäkringsfinansiella skäl och torde i viss mån böra ses i förening med motionärernas förslag till andra finansieringsregler än vad propositionen innehåller. Som framgår av det följande avstyrker utskottet motionerna i sistnämnda del. Vid detta förhållande och på grund av vad utskottet inled-

ningsvis uttalat om propositionens syfte avstyrker utskottet yrkandet i motionerna I: 1088 och II: 1255 om förhöjt sjukpenningavdrag.

En förutsättning för höjning av vårdavgifterna har varit att försäkrings-skyddet för de pensionärer, som nu har begränsad sjukhjälpstid i fråga om sjukpenning och ersättning för sjukhusvård, förstärks. Enligt gällande regler kan sjukpenning och ersättning för sjukhusvård utgå i sammanlagt högst 180 dagar efter det den försäkrade har fyllt 67 år eller dessförinnan har börjat uppbära ålders- eller förtidspension. De som har blivit utförsäkrade får alltså själva stå för avgiften för vård på sjukhus. En höjning av nuvarande vårdavgift kan under sådana omständigheter medföra obilliga konsekvenser för pensionärer som måste anlita akutsjukvården. Sjukhjälpstiden för pensionärer föreslås därför i propositionen förlängd till 365 dagar. Den som är sjukpenningförsäkrad skall därjämte ha rätt att uppbära sjukpenning i 180 dagar. För utförsäkrade patienter skall en huvudman efter eget bedömande kunna begagna möjligheten att medge avgifts-nedsättning eller avgiftsbefrielse i fall då eljest stötande sociala effekter skulle kunna uppstå.

Utskottet instämmer i de synpunkter som anförts i propositionen. Den föreslagna förbättringen av pensionärernas försäkringsskydd finner utskottet välavvägd. Förslaget tillstyrkes sålunda. Därmed har utskottet avstyrkt ett yrkande i *motionerna I: 1089* och *II: 1253* enligt vilket pensionärerna borde tillerkännas obegränsat försäkringsskydd för sjukhusvård. En sådan ordning kan utskottet icke förorda eftersom den skulle motverka strävan till utjämning mellan vårdkostnader på ålderdomshem och hem för långvarigt sjuka. Den skulle också rimma dåligt med pensionärernas ökade möjligheter, tack vare utbyggnaden av folk- och tilläggspensionerna, att sedan de väl lämnat sjukförsäkringen bidra till sina levnadsomkostnader på sjukhus. Vad nu sagts utesluter dock inte att huvudmännen bör ägna de utförsäkrade pensionärernas situation särskild uppmärksamhet och då skäl därtill föranleder medge avgifts-nedsättning eller avgiftsbefrielse. Som framhålls i socialdepartementets promemoria bör en uppföljning ske av de nya reglernas konsekvenser för att få underlag för en bedömning av den fortsatta utvecklingen. Det torde få ankomma på Kungl. Maj:t att noga följa utvecklingen. Av detta ställnings-tagande framgår att utskottet inte i vidare mån än vad som nu angivits kan ansluta sig till ett yrkande i *motionerna I: 1089* och *II: 1253* om en skyndsam översyn av gällande ordning för vårdavgift motsvarande folkpension efter vissa avdrag inom den slutna sjuk- och åldersvården.

I anslutning till förevarande del av propositionen har utskottet behandlat en vid riksdagens början väckt *motion II: 889*, i vilken yrkas att frågan om en frivillig sjukpenningförsäkring för ålderspensionärer skall utredas av 1961 års sjukförsäkringsutredning.

Riksdagen avtog en motion med samma innebörd i föl. Därvid anfördes

att ett försäkringskollektiv, bestående till stor del av förvärvsarbetspersoner över 67 års ålder, skulle få en ur försäkringssynpunkt oförmånlig sammansättning. Uppenbart var att kostnaderna för en frivillig försäkring skulle nå en höjd, som hindrade en mera allmän anslutning till försäkringen. Behovet av den ifrågasatta försäkringen befanns inte heller särdeles stort. I det sammanhanget framhölls att förmånerna inom folkpensioneringen successivt förbättrats och att den fortgående utbyggnaden av ATP alltmer minskade behovet av ett särskilt sjukpenningsskydd på ålderdomen.

Enligt utskottets mening kvarstår de skäl som riksdagen förra året anförde mot en utredning av den aktuella frågan. På grund härav och då pensionärernas sjukpenningsskydd i viss mån förstärks genom propositionen avstyrker utskottet bifall till motionen II: 889.

Av propositionen framgår att Kungl. Maj:t den 27 juni 1969 tillkallat en sakkunnig för att verkställa utredning av vissa frågor rörande sjukvårdskostnaderna, innefattande dels en samhällsekonomisk analys av sjukvårdskostnadernas utveckling och dels en teknisk undersökning rörande verkningar individuellt och kollektivt av nuvarande metoder för sjukvårdskostnadernas finansiering. I *motionerna I: 1085* och *II: 1256* framhålls att båda frågorna är av stor vikt för sjukvårdshuvudmännen liksom för den enskilde människan i hans egenskap både av vårdsökande och skattebetalare. Motionärerna hemställer att utredningsuppdraget anförtros åt en parlamentarisk kommitté.

Som experter i den tillkallade utredningen, som leds av en av planeringscheferna i finansdepartementet, ingår bl. a. representanter för Landslingsförbundet, sjukvårdsstyrelsen i Göteborg, socialstyrelsen och riksförsäkringsverket. Enligt utskottets bedömning framstår detta som en lämplig sammansättning på en utredning som skall syssla med analysproblem och tekniska undersökningar. Ett parlamentariskt inslag i utredningen hade varit naturligt, om utredningsuppdraget även omfattat värderingar och bedömningar av hur sjukvårdskostnaderna skall fördelas mellan stat, kommun och den enskilde. Utskottet föreställer sig att det, när välgående utredningsarbete avslutats, kan bli anledning att överväga tillkallandet av en utredning med sådana uppgifter, varvid frågan om parlamentarisk representation torde få tas upp till prövning. Vad nu anförts leder till att utskottet inte är berett att begära en parlamentarisk förankring av den redan tillkallade utredningen. Motionsyrkandet avstyrkes.

Vårdavgift m. m. i vissa halvöppna vårdformer

I propositionen föreslås att vissa halvöppna vårdformer, nämligen dag- och nattsjukhusvård, ävensom femdagarsvård genomgående skall jämföras med sjukhusvård vid tillämpningen av sjukförsäkringens ersättningsregler. Vidare föreslås att patient i slutet av vården skall få rätt till 3 — *Bihang till Riksdagens protokoll 1969. 9 saml. 2 avd. Nr 80*

ersättning för läkarvårdskostnader som han ådrar sig under vistelse utanför sjukhuset. Utskottet tillstyrker förslagen.

Vissa rekommendationer till sjukvårdshuvudmännen, som innebär att dessa svarar för resorna till och från sjukhuset för patienter i dagsjukhusvård, nattsjukhusvård och femdagarsvård, redovisas också. Rekommendationerna innebär dock inte att patient som är intagen för nattsjukhusvård som regel skall erhålla ersättning för kostnader för resor till och från arbetsplats utanför sjukhuset. Det har ansetts skäligt att patienten betalar dessa kostnader själv av sin arbetsförtjänst. Sistnämnda förhållande har kritiserats i *motionen II: 1257*. I denna framhålls att nattsjukhusvård ofta gäller patienter som är svåra att få ut i förvärvsarbete och att den föreslagna inskränkningen i ersättningsmöjligheterna kan leda till att patienterna blir ännu ovilligare att åta sig arbete. Motionären vill därför att riksdagen skall uttala att ersättning för resor i vissa halvöppna vårdformer bör utgå även vid arbetsresor.

Nattsjukhusvård är en vårdform som förekommer inom psykiatrin och tillämpas såväl vid vissa psykiatriska kliniker som vid lasaretten för psykiatrisk vård. Merendels gäller vården patienter med vissa former av lättare psykiska sjukdomar. Ofta är patienterna i arbete under dagarna men i behov av hjälp på sjukhuset under natten och morgontimmarna, då de i regel känner oro och ångest. Vid lasaretten för psykiatrisk vård förekommer nattsjukhusvården i form av utsträckt frigång. Även här har patienten inte sällan avlönat arbete. Enligt utskottets uppfattning torde det i princip vara riktigt att patienter som under dagarna är i arbete och erhåller arbetsinkomster själva får svara för resekostnader till och från arbetet liksom andra arbetstagare. Å andra sidan kan det många gånger röra sig om patienter som av olika skäl har svårigheter att inordnas i ett förvärvsarbete som ger en acceptabel arbetsförtjänst. Resekostnaden kan också ibland bli förhållandevis hög på grund av svårigheter att placera patienten i arbete i närheten av sjukhuset. Utskottet är därför av den uppfattningen att rekommendationen till huvudmännen beträffande resekostnader vid nattsjukhusvård bör ges en sådan utformning att huvudmännen efter prövning i varje enskilt fall skall ersätta kostnaderna för resor mellan sjukhuset och patientens arbetsplats, i den mån så är skäligt. Denna uppfattning bör bringas till Kungl. Maj:ts kännedom.

Kostnader och finansiering

Reformen beräknas medföra att sjukförsäkringens kostnader ökar med sammanlagt cirka 250 miljoner kronor om året. Därav finansieras cirka 50 miljoner kronor genom statsbidrag. Staten erhåller dock kompensation här för genom att det s. k. mentalsjukvårdsbidraget till sjukvårdshuvudmännen minskas och genom att avgiftsintäkterna vid de statliga sjukhusen ökar. Återstående cirka 200 miljoner kronor föreslås bli täckta genom ökade avgif-

ter på så sätt att procentsatsen för arbetsgivarnas avgift till sjukförsäkringen höjs från 2,6 till 2,9 procent av avgiftsunderlaget. I *motionerna I:1088* och *II:1255* yrkas avslag på propositionen i denna del och hemställs att riksdagen begär ett nytt förslag hos Kungl. Maj:t som innebär att den av reformen betingade kostnadsökningen till lika stora delar betalas genom statsbidrag, arbetsgivaravgifter och egenavgifter.

I propositionen redovisas utförligt de skäl som ligger bakom den föreslagna finansieringen. Utskottet har funnit skälen övertygande och tillstyrker propositionen i denna del. Därmed avstyrker utskottet motionsyrkandet.

Utöver vad ovan anförts har propositionen inte givit utskottet anledning till erinran eller särskilt uttalande.

Hemställan

Utskottet hemställer,

A. att riksdagen antager det genom propositionen framlagda förslaget till ändrad lydelse av 2 kap. 2 § lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring;

B. att riksdagen — med avslag på motionerna I:1089 och II:1253, i motsvarande del, — antager det genom propositionen framlagda förslaget till ändrad lydelse av 4 kap. 3 § lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring;

C. att riksdagen — med avslag på motionerna I:1088 och II:1255, i motsvarande del, — antager det genom propositionen framlagda förslaget till ändrad lydelse av 19 kap. 4 § lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring;

D. att riksdagen — med anledning av motionen I:1086 och motionen II:1252 samt med avslag på motionen II:1257, samtliga motioner i motsvarande del, — antager det genom propositionen framlagda förslaget till ändrad lydelse av 29 § sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242);

E. att riksdagen — med avslag på motionerna I:1088 och II:1255, i motsvarande del, — antager det genom propositionen framlagda förslaget till ändrad lydelse av 5 § förordningen den 18 december 1959 (nr 555) angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring;

F. att riksdagen — med undantag av ikraftträdandebestämmelserna — antager det genom propositionen framlagda förslaget till förordning om bidrag från landsting och städer som ej deltager i landsting till bestridande av kostnaderna för vård vid karolinska sjukhuset;

G. att riksdagen — med avslag på motionerna I:1085 och II:1256, motio-

nen I:1086 och motionen II:1252, samtliga motioner i motsvarande delar, samt motionen I:1084 — antager förslagen till ingresser samt ikraftträdande- och övergångsbestämmelser i de genom propositionen framlagda författningsförslagen;

H. att riksdagen med anledning av motionen II:1257, i motsvarande del, som sin mening ger Kungl. Maj:t till känna vad utskottet anfört beträffande ersättning för arbetsresor vid nattsjukhusvård;

I. att följande motioner, nämligen

1) motionerna I:1087 och II:1254, samt

2) motionen I:1086, såvitt den icke behandlats under punkterna D. och G., i den mån de icke kan anses besvarade genom vad utskottet anfört i sitt yttrande, icke föranleder någon riksdagens åtgärd;

J. att motionerna I:1085 och II:1256, såvitt de avser de privatpraktiserande läkarnas framtida ställning i sjukförsäkringen, icke föranleder någon riksdagens åtgärd;

K. att motionerna I:1085 och II:1256, såvitt de avser en parlamentarisk utredning angående sjukvårdskostnaderna, icke föranleder någon riksdagens åtgärd;

L. att motionerna I:1088 och II:1255, såvitt de icke behandlats under punkterna C. och E., icke föranleder någon riksdagens åtgärd;

M. att motionerna I:1089 och II:1253, såvitt de icke behandlats under punkten B., icke föranleder någon riksdagens åtgärd; samt

N. att motionen II:889 icke föranleder någon riksdagens åtgärd.

Stockholm den 25 november 1969

På andra lagutskottets vägnar:

AXEL STRAND

Vid detta ärendes behandling har närvarit

från första kammaren: herr Strand (s), fru Hamrin-Thorell (fp), herrar Lars Larsson (s), Dahlberg (s), Wanhainen (s), Kaijser (m), Axelson (fp) och fröken Pehrsson (cp);

från andra kammaren: herr Gustavsson i Alvesta (cp), fröken Wetterström (m), herrar Fredriksson (s), Svensson i Kungälv (s), fru Skantz (s), herr Nilsson i Kalmar (s), fru Fränkel (fp) och fru Håvik (s).

Reservationer

1) vid C. i utskottets hemställan av herr Kaijser (m).

2) vid D. i utskottets hemställan av herr Kaijser (m) och fröken Wetterström (m), som ansett

dels att det avsnitt av utskottets yttrande, som börjar på s. 29 med orden »Utskottet delar» och slutar på s. 29 med orden »av 29 § sjukvårdslagen», bort ersättas med text av följande lydelse:

»Utskottet delar den uppfattning som kommit till uttryck i propositionen att det föreslagna ersättningssystemet i princip bör omfatta all öppen vård som lämnas i samhällets regi. En konsekvens härav bör bli att sjukvårdslagen kompletteras med ett förbud för sjukhuspersonalen att uppbära ersättning från patient som undersöks eller behandlas i sådan vård. Ett dylikt förbud skall dock icke förstås så att alla överenskommelser mellan huvudmannen och läkaren om mottagning utanför den arbetstid som läkaren åläggs enligt sitt tjänsteavtal omöjliggörs. Tvärtom kan sådana överenskommelser såsom framhålles i berörda motioner i många fall ha fog för sig. För mottagning som sjukhusläkaren bedriver på sin fritid utan någon anknytning till sjukhuset kan han, om ej annat följer av hans anställningsavtal med huvudmannen, själv bestämma sina arvoden. Om det i det enskilda fallet skulle befinnas lämpligt och ändamålsenligt och icke inkräktar på sjukhusets normala drift torde det även ur sjukvårdsekonomisk synpunkt kunna vara befogat att denna praktik förläggs till sjukhuset eller inom sjukhusområdet, och avtal härom bör kunna träffas mellan vederbörande läkare och sjukvårdshuvudmannen. Denna praktik bör sålunda betraktas såsom liggande utanför den av huvudmannen anordnade sjukvårdande verksamheten för vilken sjukvårdslagen gäller. Det förslag till lydelse av 29 § sjukvårdslagen som lagts fram i motionen II:1257 bör enligt utskottets mening följas. Därigenom blir också motionen I:1086 och motionen II:1252 i förevarande delar tillgodosedda.»

dels ock att utskottet under D. bort hemställa,

»att riksdagen — med förklaring att visst tillägg bör göras i 29 § förslaget till lag om ändring i sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242) — med bifall till motionen II:1257 samt med anledning av motionen I:1086 och motionen II:1252, samtliga motioner i motsvarande del, för sin del antager paragrafen i följande såsom *utskottets förslag* betecknade lydelse»:

(Kungl. Maj:ts förslag)

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

(Utskottets förslag)

Den som är anställd i sjukvårdande verksamhet som avses i denna lag må ej för egen räkning mottaga ersättning av patient som undersöks eller behandlas inom verksamheten såvida ej annan överenskommelse träffats med sjukvårdshuvudmannen.

3) vid E. i utskottets hemställan av herr Kaijser (m).

4) vid G. i utskottets hemställan av herr Kaijser (m) och fröken Wetterström (m), som ansett

dels att det avsnitt av utskottets yttrande, som börjar på s. 25 med orden »Utskottet har» och slutar på s. 26 med orden »utsett län», bort ersättas med text av följande lydelse:

»Utskottet har stor förståelse för de betänkligheter som kommer till uttryck i motionerna beträffande möjligheterna att genomföra nödvändiga förberedelser för reformen före den 1 januari 1970. Uppenbarligen måste den föregås av åtskilligt arbete på det administrativa och organisatoriska området. Visserligen har förberedelsearbetet satts i gång på ett tidigt stadium. Men avtalsförhandlingarna med läkarna har ännu inte slutförts, och såväl sjukvårdshuvudmännen som sjukhusen behöver tid på sig för den omställning som krävs. Visserligen innebär reformen vidare betydande ekonomiska förbättringar för en stor del patienter, framför allt sådana som är beroende av omfattande och dyrbar läkarvård, men det är angeläget att reformen redan från början kan fungera på ett tillfredsställande sätt så att icke förtroendet för densamma blir rubbat. Det anförda leder enligt utskottets mening till den slutsatsen att reformen bör, såvitt gäller den del som rör läkarvårdsersättningen, sättas i kraft först den 1 juli 1970. I övriga delar godtar utskottet propositionens förslag om ikraftträdande den 1 januari 1970. Förslaget om ett tidsbegränsat försök med ersättningssystemet i ett av Kungl. Maj:ts utsett län kan utskottet inte tillstyrka.»

dels ock att utskottet under G. bort hemställa,

»att riksdagen — med förklaring att vissa ändringar bör göras beträffande ikraftträdandebestämmelserna — med bifall till motionerna I:1085 och II:1256 samt med anledning av motionen I:1086 och motionen II:1252, samtliga motioner i motsvarande delar, ävensom med avslag på motionen I: 1084, för sin del antager förslagen till ingresser samt ikraftträdande- och övergångsbestämmelser i de genom propositionen framlagda författningsförslagen med följande såsom *utskottets förslag* betecknade ändringar i ikraftträdandebestämmelserna i *dels* förslaget till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring, *dels* förslaget till lag om ändring i sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242)»:

(Kungl. Maj:ts förslag)

(Utskottets förslag)

a) lagen om ändring i lagen om allmän försäkring

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1970.

Denna lag träder i kraft, såvitt gäller 2 kap. 2 § den 1 juli 1970, och i övrigt den 1 januari 1970.

Beträffande den, — — — — — äldre lydelsen.

I fråga — — — — — äldre lydelse.

(Kungl. Maj:ts förslag)

(Utskottets förslag)

b) lagen om ändring i sjukvårdslagen

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1970.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1970.

5) vid *J. i utskottets hemställan* av herr *Kaijser* (m) och fröken *Wetterström* (m), som ansett

dels att det avsnitt av utskottets yttrande, som börjar på s. 28 med orden »Riksförsäkringsverkets förslag» och slutar på s. 28 med orden »framtida förändringar», bort ersättas med text av följande lydelse:

»Riksförsäkringsverkets förslag är utsänt på remiss och enligt vad utskottet inhämtat har remissvaren infordrats till mitten av februari 1970 varefter Kungl. Maj:t avser att utfärda erforderliga föreskrifter. Riksdagen har visserligen redan nu möjlighet att diskutera det av riksförsäkringsverket framlagda förslaget, men det är även för riksdagen av väsentlig betydelse att få ta del av remissinstansernas synpunkter på och Kungl. Maj:ts eget ställningstagande i denna viktiga fråga. Även om Kungl. Maj:t har att utfärda detaljbestämmelser i ersättningsfrågor förutsätter utskottet att riksdagen får möjlighet att göra principiella uttalanden i ärendet. Utskottet anser sålunda att frågan om de privatpraktiserande läkarnas ställning inom ersättningssystemet måtte i enlighet med yrkandet i motionerna I: 1085 och II: 1256 underställas riksdagen, innan bestämmelserna härom utfärdas. I övrigt tillstyrker utskottet att Kungl. Maj:t erhåller det begärda bemyndigandet att anpassa grunderna för läkarvårdsersättningen efter framtida förändringar.»

dels ock att utskottet under *J.* bort hemställa,

»att riksdagen med bifall till motionerna I:1085 och II:1256, i motsvarande del, hos Kungl. Maj:t hemställer att frågan om de privatpraktiserande läkarnas ställning inom sjukförsäkringens ersättningssystem underställs riksdagen, innan bestämmelser i ämnet utfärdas».

6) vid *K. i utskottets hemställan* av herr *Kaijser* (m) och fröken *Wetterström* (m), som ansett

dels att det avsnitt av utskottets yttrande som börjar på s. 33 med orden »Som experter» och slutar på s. 33 med orden »Motionsyrkandet avstyrkes», bort ersättas med text av följande lydelse:

»Som experter i den tillkallade utredningen, som leds av en av planeringscheferna i finansdepartementet, ingår bl. a. representanter för Landstingförbundet, sjukvårdsstyrelsen i Göteborg, socialstyrelsen och riksförsäkringsverket. För en utredning, som skall syssla enbart med analyspro-

blem och tekniska undersökningar kan detta synas vara en lämplig sammansättning. Med anledning av att nu gällande principöverenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet angående finansieringen av den egentliga mentalsjukvården utlöper i och med 1971 års utgång och att i samband därmed en mera allmän omprövning av parternas ekonomiska mellanhavanden, innefattande bl. a. en allmän översyn av kostnadsprövningen inom sjukvården, bör komma upp är emellertid en parlamentarisk utredning erforderlig. En sådan bör sättas i gång redan nu för att i tid kunna framlägga sina resultat. Utskottet tillstyrker således motionsyrkandet.»

dels ock att utskottet under K. bort hemställa,

»att riksdagen med bifall till motionerna I:1085 och II:1256, i motsvarande del, hos Kungl. Maj:t hemställer om en parlamentarisk utredning angående sjukvårdskostnadernas fördelning och samhällsekonomiska betydelse».

7) vid N. i utskottets hemställan av fröken Wetterström (m).

Särskilt yttrande

av fru Hamrin-Thorell (fp) och fru Frænkel (fp), som anfört:

Utskottet uttrycker förståelse för de betänkligheter som kommit till uttryck i motioner beträffande möjligheterna att i förväg garantera att nödvändiga förberedelser för den föreslagna sjukvårdsreformen hunnit genomföras före den 1 januari 1970. I den allmänna debatten har från olika håll, från sjukhusadministratörer, läkare, patienter och allmänheten, varnats för ett förhastat genomförande av reformen. Man har därvid pekat på den mängd av olösta organisatoriska, administrativa och personella problem som alltjämt föreligger. Det är uppenbart att förtroendet för den föreslagna reformen — som i sak innebär väsentliga förbättringar i förhållande till gällande ordning — skulle kunna allvarligt rubbas, om komplikationerna i samband med dess genomförande blev alltför stora. En reform av den aktuella storleken för alltid med sig vissa anpassningsproblem när den skall omsättas i praktiken. Detta torde man få acceptera och väga mot de fördelar som reformen erbjuder. Vi har ansett oss kunna utgå från att Kungl. Maj:t omsorgsfullt prövat möjligheterna att utan oacceptabla komplikationer kunna sätta reformen i kraft redan den 1 januari 1970. På grund härav och då Landstingsförbundet tydligen är berett att låta de nya bestämmelserna bli giltiga från nämnda datum har vi ansett att man i enlighet med propositionens förslag bör införa de föreslagna förbättringarna i sjukförsäkringen så snart som möjligt.