



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2013

SOU
1967:H
Ref

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1967:63

Socialdepartementet



FÖRMÅNER OCH AVGIFTER I SLUTEN SJUKVÅRD M.M.

AV 1961 ÅRS SJUKFÖRSÄKRINGSUTREDNING

BETÄNKANDE III

Stockholm 1967

STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1967

Kronologisk förteckning

1. Kommunal bostadsförmedling. Hæggström. I.
2. Allmänna arvsfonden. Esselte. Ju.
3. Utsökningsrätt VI. Esselte. Ju.
4. Ny domkretsindelning för underrätterna. Esselte. Ju.
5. Statlig publicering. Norstedt & Söner. Fl.
6. Finansiella långtidsperspektiv. Esselte. Fl.
7. Den framtida jordbrukspolitiken. Svenska Reproduktions AB. Jo.
8. Barnstugor. Barnavårdsmannaskap. Barnolycksfall. Kihlström. S.
9. Rikskonserter. Esselte. E.
10. Linköpings högskola. Del I. Victor Petterson. E.
11. Programbudgetering. Del I. Esselte. Fl.
12. Programbudgetering. Del II. — Studier och försök. Esselte. Fl.
13. Programbudgetering. Del III. — En sammanfattning. Esselte. Fl.
14. Skolans arbetstider. Esselte. E.
15. Tjänsteställning inom krigsmakten. Esselte. Fö.
16. 1958 års utredning kyrka—stat. VII. Folkbokföringen. Beckman. E.
17. 1958 års utredning kyrka—stat. VIII. De teologiska fakulteterna. Almqvist & Wiksell, Uppsala. E.
18. Invandringen. Esselte. I.
19. Statens stöd till ungdomsverksamhet. Esselte. E.
20. Den statliga länsförvaltningen. I. Norstedt & Söner. K.
21. Den statliga länsförvaltningen. II. Bilagor. Norstedt & Söner. K.
22. Skatteförvaltningen. Norstedt & Söner. K.
23. Länsindelningsutredningen. Victor Petterson. K.
24. Lag om skatterätt. Hæggström. Fl.
25. Narkotikaproblemet. Del I. Hæggström. S.
26. Partiell författningsreform. Esselte. Ju.
27. Förtidsröstning och gemensamma tvådagarsval. Esselte. Ju.
28. Tryckfrihet och upphovsrätt. Berlingska boktryckeriet, Lund. Ju.
29. Transportkostnaderna i Gotlandstrafiken. Esselte. K.
30. Höga eller låga hus? Esselte. I.
31. Filmens inflytande på sin publik. Hæggström. E.
32. Väterns och Vätterns förbindelse med västerhavet. Esselte. K.
33. Väterns och Vätterns förbindelse med västerhavet. Bilagor. Esselte. K.
34. Kompensation i vissa fall för bensinskatt som utgår vid användande av motorsåg och snöskoter. Berlingska boktryckeriet, Lund. Fl.
35. Firmaskydd. Esselte. Ju.
36. Nykterhetsvårdens läge. Del I. Esselte. S.
37. Nykterhetsvårdens läge. Del II. Bilagor. Esselte. S.
38. Skoglig yrkesutbildning. II. Esselte. Jo.
39. Samhällets barn tillsyn, barnstugor och familjedaghem. Esselte. S.
40. Företagareföreningarnas framtida organisation och verksamhet. Kihlström. I.
41. Narkotikaproblemet. Del II. Hæggström. S.
42. Utsädesbetningens effekter. Isaac Marcus. Jo.
43. Miljövårdsforskning. Del I. Forskningsområdet. Kihlström. Jo.
44. Miljövårdsforskning. Del II. Organisation och resurser. Kihlström. Jo.
45. 1958 års utredning kyrka—stat. IX. Kyrklig organisation och förvaltning. Beckman. E.
46. 1958 års utredning kyrka—stat. X. Kyrklig egen dom. Skattefrågor. Prästerskapets privilegier. Esselte. E.
47. Lärarutbildning för folkhögskolan. Esselte. E.
48. Yrkesutbildningen. III. Hæggström. E.
49. Förslag till lag om skyldighet att föra räkenskaper, m. m. Norstedt & Söner. Ju.
50. Kommunala befogenheter inom turistväsendet. Esselte. K.
51. Läkares grundutbildning och vidareutbildning. Esselte. S.
52. Barnbidrag och familjetillägg. Esselte. S.
53. Kommunerna och den sociala omvårdnaden. Esselte. S.
54. Fasta förbindelser över Öresund. Esselte. K.
55. Linköpings högskola. Del II. Esselte. E.
56. Svenska Institutet. Esselte. U.
57. Adoption av utländska barn. Victor Petterson. S.
58. Enhetlig kommuntyp. Städernas auktionsmonopol m. m. Beckman. K.
59. Förundersökning. Beckman. Ju.
60. Bättre hjälpmedel för handikappade. Esselte. S.
61. Semesterspridning. Esselte. S.
62. Stödformer för arbetslösa äldre arbetstagare. Kihlström. I.
63. Förmåner och avgifter i slutet sjukvård m. m. Beckman. S.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1967:63

Socialdepartementet



FÖRMÅNER OCH AVGIFTER
I SLUTEN SJUKVÅRD M.M.

AV 1961 ÅRS SJUKFÖRSÄKRINGSUTREDNING

BETÄNKANDE III

STOCKHOLM 1967

K L BECKMANS TRYCKERIER AB

Innehåll

Skrivelse till departementschefen	5
Kap. I <i>Sammanfattning av utredningens förslag</i>	7
Vårdavgift i slutet sjukvård	7
Vårdavgift m.m. i vissa andra vårdformer	10
Sjukpenning vid sjukhusvård	14
Kap. II <i>Utredningsuppdraget</i>	17
Utredningsdirektiven m.m.	17
Utredningsarbetets uppläggning och bedrivande	19
Kap. III <i>Vårdavgift i slutet sjukvård</i>	21
Förarbetena till nuvarande lagstiftning	21
Gällande lagstiftning	29
Sjukvårdslagen	29
Lagen om allmän försäkring	32
De nuvarande avgiftssystemen inom åldringsvården och långtids- sjukvården	34
Åldringsvården	35
Långtidssjukvården	39
Förfarandet vid utbetalning av ersättning för sjukhusvård från sjukförsäkringen	45
Sjukhusavgifternas ekonomiska betydelse för sjukvårdshuvudmän- nen	50
Utredningens överväganden och förslag	55
Allmänna synpunkter	55
Förslagets närmare utformning	64
(Skyldighet att bereda medicinsk vård kostnadsfritt s. 64. Avgränsningen till personkrets s. 64. Avgränsningen till sjukhus s. 66. Grunden för underhållsavgiftens beräkning s. 67. Tidpunkten för underhållsavgiftens uttagande s. 68. Reglerna för bestämmande av patientens underhållsavgift s. 76. Åtgärder för underhållsavgiftens uttagande s. 83. Inskränkningar i sjukhushuvudmännens rätt att bestämma avgift i slutet vård s. 85. Finansieringsfrågor s. 86. Systemet för beräkning och utbetalning av den allmänna försäkringens ersättning för sjukhusvårdskostnader s. 89. Författningsmässig reglering och ikraftträdande s. 90).	
Kap. IV <i>Vårdavgift m.m. i vissa andra vårdformer</i>	91
Kompletterande vårdformer till den slutna sjukvården	91
Dagsjukhusvård och vård vid rehabiliteringsavdelningar av icke inneliggande patienter	91
Nattsjukhusvård	99
Femdagarsvård	100
Sjukvård i samband med vistelse på patienthotell o.d.	101

Hemsjukvård	104
(Sjukhusansluten hemsjukvård s. 105. Fristående hemsjukvård s. 106. Några uppgifter om den sociala hemhjälpen s. 110.)	
Utredningens överväganden och förslag	112
Dagsjukhusvård	113
Nattsjukhusvård	116
Femdagarsvård	117
Kostnader för övernattnings m.m. i samband med läkarvård utom hemorten	118
Hemsjukvård	119
(Resurser och ansvarsfördelning s. 121. Den enskildes kostnader s. 125. Kostnadsfrågor s. 126.)	
Kap. V Sjukpenning vid sjukhusvård	128
Förarbetena till nuvarande lagstiftning	128
Gällande lagstiftning	129
Förfarandet vid bestämmande av sjukpenning under sjukhusvård	130
Utredningens överväganden och förslag	131
Författningsförslag	136
Motivering till författningsförslagen	154
Särskilt yttrande	161
Bilagor A. Sjukvårdshuvudmännens intäkter av vårdavgifter åren 1961 och 1965 m.m.	163
B. Tabell för beräkning av omedelbart utgående livränta	191
C. Skatteminskningstabeller	192
D. Exempel på beräkning av underhållsavgifter i slutna sjukvård	211
E. Rådgivande taxa för ersättning för social hemhjälp	221

Vissa förkortningar:

AFL = Lagen om allmän försäkring
 AFP = Allmän folkpension
 ATP = Allmän tilläggspension
 SFL = Lagen om allmän sjukförsäkring
 SjuvL = Sjukvårdslagen
 YFL = Lagen om yrkesskadeförsäkring

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet

Genom beslut den 1 december 1961 bemyndigade Kungl. Maj:t statsrådet och chefen för socialdepartementet att tillkalla högst sju utredningsmän för att göra en översyn av sjukförsäkringslagstiftningen. Med stöd av detta bemyndigande tillkallades såsom utredningsmän numera ledamoten av riksdagens första kammare, förbundsordföranden Yngve Persson, tillika ordförande, ledamöterna av riksdagens första kammare, professorn Gunnar Edström och överläkaren Rolf Kaijser, försäkringsdomaren Erik Malm, numera departementsrådet i inrikesdepartementet Gunnar Olofsson, ledamoten av riksdagens första kammare, lantbrukaren Harald Pettersson, och ledamoten av riksdagens andra kammare, ombudsmannen Anna-Greta Skantz.

Utredningsmännen antog benämningen 1961 års sjukförsäkringsutredning.

På därom av försäkringsdomaren Malm gjord framställning entledigades Malm den 1 juni 1966 från uppdraget att vara ledamot av utredningen, varvid experten åt utredningen, byrådirektören hos riksförsäkringsverket Åke Blom, tillkallades att vara ledamot i Malms ställe.

Utredningen har den 10 december 1964 avgivit betänkande om tandvårdsförsäkring (SOU 1965:4) och den 13 maj 1966 betänkande om läkemedelsförmånen (SOU 1966:28).

I utredningens uppdrag ingår bl.a. att undersöka om de nuvarande formerna för utbetalning av ersättning för sjukhusvård i alla delar är lämpliga. Vidare skall fördelarna och nackdelarna av en helt avgiftsfri sjukhusvård undersökas. Därjämte ingår i uppdraget att undersöka frågan om ersättning från sjukförsäkringen vid vissa former av s.k. halvöppen sjukvård samt hur man skall kunna stimulera de försäkrade till vård i hem-

met i fall då sjukhusvård kan undvaras. Sedan ifrågavarande problem gjorts till föremål för särskilda utredningar och överväganden, har utredningen funnit det lämpligt att redovisa dessa delar av uppdraget i ett särskilt betänkande om förmåner och avgifter i sluten sjukvård m.m.

Vid behandlingen av nu nämnda delar av utredningsuppdraget har avdelningschefen Hugo Bolling och socionomen Gunnar Halldén biträtt utredningen som sekreterare.

Särskilt yttrande har avgivits av ledamöterna Edström, Kaijser och Pettersson.

Stockholm den 9 november 1967.

Yngve Persson

Åke Blom

Gunnar Edström

Rolf Kaijser

Gunnar Olofsson

Harald Pettersson

Anna-Greta Skantz

/ Hugo Bolling

Gunnar Halldén

KAPITEL I

Sammanfattning av utredningens förslag

Vårdavgift i slutenvård

Sjukförsäkringsutredningen har prövat grunden för att sjukförsäkringen skall svara för en del av kostnaderna för sjukhusvård genom att patienterna debiteras vårdavgift, som sedan ersätts av sjukförsäkringen. Vid denna prövning har bl.a. övervägts fördelarna och nackdelarna med en helt avgiftsfri sjukhusvård.

Härvid har för utredningen stått klart, å ena sidan, att vissa fördelar onekligen står att vinna med en helt avgiftsfri sjukhusvård.

Å andra sidan har kunnat konstateras att det, sedan principbeslutet om avgiftsfri sjukhusvård tillkom år 1946, inträffat förhållanden som ger anledning till betänkligheter mot att nu införa en sådan ordning.

Utredningen tänker därvid framför allt på de stora förändringar som samhället, inte minst på sjukvårdens område, genomgått. En successivt och i snabb takt stegrad efterfrågan på slutenvård kräver sålunda sedan flera år tillbaka ständigt ökade ekonomiska insatser från samhällets sida. Samtidigt har inkomstutvecklingen varit sådan, att medelinkomsterna för befolkningen ökat väsentligt. Som exempel kan nämnas, att realinkomsten för år 1970 väntas bli fördubblad i förhållande till år 1948.

Vidare har det svårlösta sedan länge diskuterade s.k. överskottsproblemet, varmed avses de långtidssjukas samlande av överskott främst i form av pensionsmedel, fått ökad aktualitet bl.a. i och med införandet av ATP. Det totala årliga överskottet av enbart folkpensionsmedel, som skulle kunna uppkomma för de långtidssjuka på mentalsjukhus, sjukhem för lätt-skötta psykiskt sjuka och sjukhem för långvarigt kroppssjuka och andra anstalter, beräknas till i runt tal 28 milj. kr. år 1963 och 58 milj. kr. år 1966. En helt avgiftsfri sjukhusvård skulle givetvis komma att ytterligare accentuera överskottsproblemet.

Slutligen bör beaktas det problem, som sammanhänger med att man på ålderdomshem tar ut vårdavgift i princip redan från första dagen. En sådan ordning torde redan i dag medföra, att man får en efterfrågan av vård på sjukhemssektorn, som inte är betingad av vårdbehov. Med en helt avgiftsfri sjukhusvård skulle denna olägenhet ytterligare öka.

Utredningen har mot bakgrunden av vad nu anförts funnit övervägande

skäl tala för att patient i sluten vård bör erlägga avgift i någon form. Denna avgift bör emellertid vara konstruerad efter andra principer än de som ligger till grund för nuvarande vårdavgift.

Den nuvarande vårdavgiften i sluten sjukvård kan anses innesluta ersättning för såväl vård (egentlig sjukvård) som underhåll (kost och logi m.m.). För den egentliga sjukvården, i det följande kallad *den medicinska vården*, anser utredningen att den enskilde inte bör erlägga någon avgift, eftersom vården på sjukhus är en grundläggande samhällelig uppgift. Därtill är nämnda medicinska vård i de flesta fall dessutom förenad med så höga kostnader, att endast ett relativt ringa antal personer skulle ha förmåga att själva svara för ens den andel av desamma, som patienter i öppen vård själva får bära. Utredningen föreslår därför, att den medicinska vården i samband med vård på allmän sal på sjukhus kostnadsfritt bereds samtliga patienter, för vilka vårdskyldighet enligt SjuL föreligger. Denna förmån bör få åtnjutas under obegränsad tid på i princip samtliga av de offentliga sjukvårdshuvudmännen drivna sjukhus samt på de enskilda sjukvårdsanstalter, vilkas driftunderskott täcks genom bidrag från staten, landsting, landstingsfri stad eller kommun.

Genomförs förslaget om kostnadsfri medicinsk vård i sluten sjukvård, saknas skäl att i AFL bibehålla förmånen av ersättning för utgifter för sjukhusvård, varför denna förmån föreslås skola brytas ut ur nämnda lag.

Däremot anser utredningen det rimligt att patienterna erlägger viss avgift för det *underhåll* (kost och logi m.m.) de får på sjukhuset. Kostnader av detta slag är något som den enskilde normalt själv får stå för, när han vistas utanför sjukhuset. En sådan avgift ter sig särskilt befogad beträffande sjuka, som mera stadigvarande omhändertagits för vård. Utredningen föreslår, att det nuvarande avgiftssystemet vid sluten vård överges och att vårdavgift enligt SjuL i stället tas ut av huvudmannen i form av en avgift, som i princip motsvarar kostnaderna för patientens underhåll — *underhållsavgift*.

Eftersom det primära syftet inte är att patienter i akutvård skall betala underhållsavgift, föreslår utredningen att avgiften inte tas ut, förrän patienten varit intagen på sjukhus viss tid, i det följande benämnd *karenstid*. Starka administrativa skäl talar också för att en viss karenstid bör tillämpas. Efter att ha övervägt olika alternativ för karenstidens längd har utredningen stannat för att förordna att denna sätts till 180 dagar att gälla vid i princip alla sjukhus. Utredningen lägger också fram förslag till regler för hur avbrott i sjukhusvården skall bedömas vid bestämmandet av underhållsavgift.

Skyldigheten att betala underhållsavgift bör enligt utredningens förslag gälla i all sluten sjukvård och för alla patientkategorier. De som är intagna för vård av epidemisk eller venerisk sjukdom bör dock liksom f.n. vara helt befriade från avgifter. Underhållsavgiften föreslås skola vara maxi-

merad till visst belopp per vård dag. Detta maximibelopp bör vara enhetligt för samtliga sjukhus inom ett och samma sjukvårdsområde. Tills vidare bör den genomsnittliga kostnaden per vård dag för underhåll av patient vid ålderdomshemmen inom sjukvårdsområdet utgöra maximiavgift.

Vid fastställandet av underhållsavgift i varje särskilt fall skall patientens ekonomiska förhållanden i sin helhet beaktas. Hänsyn bör således tas till å ena sidan hans samlade inkomst och förmögenhet efter avdrag för beräknad skatt samt å andra sidan vissa av hans ekonomiska förpliktelser utanför sjukhuset, såsom utgifter för bostad och anhörigas försörjning. Patientens förmåga att betala underhållsavgift bör bestämmas efter förhållandena vid den tidpunkt, då avgiftsskyldighet inträder för honom. Härvid beräknas den mera stadigvarande inkomst, som han kan förväntas åtnjuta under ett å två år framåt i tiden. Till grund för prövningen av betalningsförmågan bör ligga en av patienten eller annan behörig person avgiven deklaration på heder och samvete angående patientens inkomst- och förmögenhetsförhållanden.

I princip skall alla slag av inkomster medräknas. Vid bestämmande av om viss intäkt skall beaktas eller ej föreslås, att reglerna om skattepliktig inkomst i kommunalskattelagen med vissa undantag tillämpas. Beträffande inverkan av förmögenhetsinnehav på underhållsavgift förordar utredningen, att hänsyn skall tas till avkastningen härav varvid medräknas samma slag av intäkter som vid beskattning. I övrigt skall förmögenhetsinnehav ej beaktas i annan mån än att all behållen förmögenhet, som överstiger 100 000 kr., skall antas omplacerad i en omedelbart utgående livränta. Denna omvandling bör ske med användande av en särskild tabell, som intagits såsom bilaga till betänkandet.

Avdrag för beräknad inkomstskatt m.m. bör ske med ledning av skattetablell för beräkning av preliminär skatt för det aktuella året. Med hänsyn till dels att folkpensionärer, som kommer att utgöra majoriteten av alla avgiftspliktiga vid sjukhusen, inte har att erlagga folkpensionsavgift och i regel inte heller sjukförsäkringsavgift och dels att särskilda regler om extra avdrag för folkpensionärer gäller enligt kommunalskattelagen har utredningen låtit utarbeta speciella tabeller för att beräkna skatt för folkpensionärer.

I särskild bilaga framlägger utredningen en rad exempel för beräkning av underhållsavgift i slutet sjukvård.

Utredningens förslag till avgiftssystem i slutet vård bör f.n. ej föranleda annan ändring i 27 § SjlL än den som erfordras för att ge uttryck åt att den medicinska vården i slutet sjukvård skall lämnas kostnadsfritt. Det är nämligen enligt utredningens mening önskvärt att undvika ändringar av mera genomgripande principiell natur i sjukhushuvudmännens rätt att bestämma vårdavgifter, innan en definitiv lösning av frågorna om fördelningen av kostnaderna för sjukvården mellan stat, kommun och försäk-

ring kommit till stånd. Utredningen föreslår, att de närmare bestämmelserna rörande huvudmännens skyldighet att lämna den medicinska vården i sluten vård kostnadsfritt meddelas i en särskild lag angående avgiftsfrihet för medicinsk vård i sluten sjukvård m.m. I fråga om systemet för uttagande av underhållsavgift får utredningens förslag endast betraktas som rekommendationer till huvudmännen.

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

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

För att största möjliga administrativa fördelar skall uppkomma för försäkringskassorna och sjukhushuvudmännen genom utbrytningen av förmånen av ersättning för sjukhusvård ur AFL föreslår utredningen, att kassorna helt befrias från befattningen med vårdavgiftsräkningar från sjukhusen och att riksförsäkringsverket för kassornas räkning — i likhet med vad som nu gäller beträffande kassornas ersättning till apoteken för kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel — svarar för beräkningen och överförandet av den ersättning, som skall tillkomma huvudmännen.

Vårdavgift m.m. i vissa andra vårdformer

Den stegrade efterfrågan på sluten sjukvård i förening med de höga kostnaderna för sjukhusvården har bl.a. fått till följd att sjukvårdshuvudmän-

nen såsom komplettering till den traditionella slutna vården vid vissa sjukhus börjat praktisera nya vårdformer. Sådana nya vårdformer är dagsjukhusvård och vård av icke inneliggande patienter på rehabiliteringsavdelningar. Även s.k. femdagarsvård och i vissa fall också nattsjukhusvård är exempel på vårdformer, som tillkommit för att minska trycket på den slutna sjukvården. I syfte att mildra verkningarna av platsbristen inom den slutna vården har vidare den av sjukvårdshuvudmännen stödda hemsjukvården byggts ut betydligt under 1960-talet.

Utredningen betonar angelägenheten av att alla åtgärder, som utgör ett medicinskt sett acceptabelt alternativ till den dyrbara slutna sjukvården och som kan bidra till att avlasta denna, främjas. En utökning av dagsjukhusvården och andra vårdformer, som innebär ett rationellt utnyttjande av vårdpersonal och minskade vårdkostnader, bör därför eftersträvas. En sådan utveckling kan förutsättas verka återhållande på utbyggnadsbehovet beträffande den traditionella slutna sjukvården. Verklig framgång för en utveckling av sjukvården i sådan riktning förutsätter emellertid en positiv medverkan även från de sjuka och deras anhöriga. Om kostnaderna för den enskilde blir alltför betydande i dagsjukhusvård och andra liknande vårdformer vid jämförelse med motsvarande kostnader för slutna vård i traditionell mening, kan enligt utredningens uppfattning intresset för en sådan medverkan försvagas. Härigenom kan en önskvärd utveckling av differentierade vårdformer försvåras.

Utredningen har mot bakgrunden av dessa omständigheter övervägt frågan om kostnadsansvaret vid dagsjukhusvård, nattsjukhusvård, femdagarsvård och hemsjukvård samt i samband med försäkrads övernattnings utom hemorten på patienthotell o.d.

Såvitt gäller *dagsjukhusvård* och *nattsjukhusvård* har utredningen avstått från att ta ställning till frågan, om dessa vårdformer bör hänföras till slutna eller öppna vård. Anledningen härtill är den, att i båda vårdformerna finns inslag av såväl slutna som öppna vård och att det således är i det närmaste omöjligt att passa in dem i visst bestämt vårdfack. Med hänsyn härtill och då frågan om kostnadsansvaret går att lösa utan en sådan bestämning, har utredningen ansett det vara tillfyllest att hänföra dagsjukhusvård och nattsjukhusvård till en särskild vårdform mellan slutna och öppna vård, benämnd halvöppen vård.

Beträffande den medicinska vården i halvöppen vård föreslår utredningen — i linje med sina förslag i fråga om den slutna vården — att den skall tillhandahållas kostnadsfritt av sjukvårdshuvudmannen. Bestämmelser härom bör tas in i den förutnämnda lagen angående avgiftsfrihet för medicinsk vård i slutna sjukvård m.m. Dessutom föreslås, att huvudmännen svarar också för kostnader för patienternas resor till och från sjukhuset i samband med halvöppen vård. Ersättning för patientens underhåll bör huvudmannen kunna ta ut i form av viss avgift per dag med tillämpning

av de regler, bl.a. om karenstid, som förordats beträffande slutna sjukvård.

Med *femdagarsvård* avses vård av patient, som är intagen på sjukhus under hela vårdtiden, när vården organiserats så att patienten vistas utanför sjukhuset under veckosluten. Den som åtnjuter femdagarsvård bör enligt utredningens uppfattning fortlöpande anses vara föremål för slutna vård i SjöL:s mening. Utredningen förordar sålunda, att dess förslag till avgiftssystem i slutna vård skall avse jämväl femdagarsvård. Underhållsavgift bör dock inte tas ut för de dagar patienten vistas utanför sjukhuset — i regel lördag och söndag. Eftersom femdagarsvården organiseras på huvudmannens initiativ, är det enligt utredningens mening skäligt att huvudmannen i princip helt ersätter kostnader för läkarvård eller annan vård, som kan uppkomma för patienten under vistelsen utanför sjukhuset på grund av akut insjuknande eller akut försämring i hans tillstånd. Vidare föreslås att huvudmannen vid femdagarsvård helt ersätter skäliga kostnader för såväl sådana resor som kan bli aktuella vid vård utanför sjukhuset som resor mellan sjukhus och bostad i samband med vistelsen utanför sjukhuset under veckosluten så länge den slutna vården pågår.

För att förhindra att trycket på den slutna vården ökas och för att stimulera patienter till *öppen vård utom hemorten* i samband med upprepade behandlingar bör enligt utredningens mening patienterna i möjligaste mån avlastas merkostnader för uppehälle, när de inte kan resa fram och åter mellan bostaden och den ort, där läkarvården meddelas (behandlingsorten). Utredningen föreslår därför att sjuka som, för att erhålla läkarvård utom hemorten, under vårdtiden övernattar på behandlingsorten inom ramen för sjukreseförordningens bestämmelser från den allmänna försäkringen skall få ersättning för sina utgifter för logi i samband därmed. Dock bör ersättning utgå med högst vad som motsvarar nattaktamente till förrättningsman, tillhörande traktamentsklass C enligt allmänna resereglementet. Ersättning för övernattningskostnad bör aldrig utgå med högre belopp än vad den försäkrade skulle fått utge för resor mellan behandlingsorten och bostaden, om han i stället kunnat tillbringa nattvilan i bostaden, för så vitt han inte enligt den behandlande läkarens ordination av medicinska skäl stannat kvar på behandlingsorten.

Med *hemsjukvård* i den bemärkelse utredningen haft anledning att behandla begreppet avses endast vård i hemmet av den som bedöms vara i behov av slutna sjukvård men som genom olika stödåtgärder från sjukvårdshuvudmannen och anhörig eller annan vårdare kan beredas erforderlig vård i hemmet.

Utredningen har funnit, att det föreligger ett stort behov av hemsjukvård såsom komplement till slutna sjukvård i traditionell mening. Man kan räkna med att detta behov kvarstår även i en situation där gynnsammare balans mellan tillgång och efterfrågan på slutna sjukvård råder än som nu

är fallet. Då det med hänsyn till de otillräckliga vårdresurserna är önskvärt att den dyrbara slutna sjukvården, där så är lämpligt och möjligt, avlastas finner utredningen det synnerligen angeläget att patienter, som bedöms lämpligen kunna vårdas i hemsjukvård i stället för i slutna vård, på olika sätt stimuleras härtill. En förutsättning för att positiva resultat i detta avseende skall kunna nås är att tillgången på vårdpersonal och sjukvårdsutrustning för ändamålet tryggas samt att tillfredsställande ekonomiska villkor erbjuds den sjuke i form av bidrag till eller ersättning för kostnader för sjukvård och hemvård.

Ehuru frågan om åtgärder för att trygga sjukvårdens personalbehov faller utanför utredningens uppdrag, anser sig utredningen böra starkt betona angelägenheten av att kraftfulla åtgärder vidtas för att häva bristen på personal för såväl sjukvård som hemvård inom hemsjukvården.

Ansvar för sjukvården åvilar landstingen och de landstingsfria städerna under det att hemvården är en primärkommunal uppgift. Frågan om ett enhetligt huvudmannaskap för långtidssjukvården och åldringsvården har varit föremål för överväganden i olika sammanhang. Utredningen har den uppfattningen att frågan ännu inte är mogen för ett definitivt avgörande. På grund härav har utredningen, när den övervägt vilka åtgärder som bör vidtas för att stimulera de försäkrade till hemsjukvård, utgått från en oförändrad ansvarsfördelning beträffande sjukvården och hemvården. En sådan ordning behöver enligt utredningens mening inte hindra att tillgängliga resurser främst i fråga om personal inom de båda vårdgrenarna utnyttjas så rationellt som möjligt. Hemsjukvårdens krav på social hemhjälp bör under inga förhållanden få leda till att sjukvårdshuvudmännen tvingas skapa en egen hemvårdsorganisation för hemsjukvård. Även den hemvårdspersonal, som krävs för hemsjukvården, bör därför tillhandahållas av kommunerna.

I syfte att undanröja formella hinder för samordning av sjukvårdshuvudmännens och kommunernas åtgärder på detta område föreslår utredningen att reglerna om statsbidrag till social hemhjälp utvidgas till att omfatta all av kommunen lämnad social hemhjälp, dvs. även hemvård som föranleds av hemsjukvård. 4 § kungörelsen den 29 maj 1964 (nr 427) om statsbidrag till social hemhjälp föreslås därför upphävd. Vidare finner utredningen det motiverat att kommunernas kostnader för hemvård i hemsjukvård till den del de inte täcks genom statsbidrag eller genom avgifter från de sjuka ersätts av landstinget. Utredningen finner det dessutom angeläget att samma regler för avgifter tillämpas för all social hemhjälp inom kommunerna, varvid dessa bör följa den av socialstyrelsen i samråd med kommunförbunden och den rådgivande nämnden för social hemhjälpssamhet utarbete- de rådgivande taxan för social hemhjälp.

Skall de försäkrade stimuleras till här avsedd hemsjukvård i stället för slutna sjukvård, är det enligt utredningens mening väsentligt, att man vid-

tar åtgärder, som leder till att den sjuke i hemsjukvård så långt möjligt blir jämställd med den sjuke i sluten sjukvård. Utredningen föreslår, att den sjukas kostnader för sjukvård, som meddelas i hemsjukvård av läkare, sjukgymnast och annan vårdpersonal och som bedömts erforderlig av för ändamålet förordnad läkare, ersätts av sjukvårdshuvudmannen till den del den allmänna försäkringen inte lämnar återbäring härför. Vidare bör den sjukas kostnader för resor i samband med sjukvård och läkemedel, som ordinerats av läkare, ersättas av huvudmannen till den del de inte ersätts av försäkringen. Slutligen förordar utredningen att den hemsjukvårdade genom sjukvårdshuvudmannens försorg kostnadsfritt tillhandahålls sjukvårdsutrustning, förbandsmateriel och övrig förbrukningsmateriel som erfordras för vården i hemmet.

Beträffande de särskilda hemsjukvårdsbidrag, som sjukvårdshuvudmännen utbetalar mestadels som bidrag till kostnaderna för att anlita annan kompetent vårdare än hemsamarit, föreslås att de i princip utges till alla sjuka i hemsjukvård oavsett sjukdomens art och längd. Utredningen vill dock framhålla, att avgörandet om en patient på huvudmannens bekostnad skall åtnjuta hemsjukvård i här avsedd bemärkelse givetvis skall ankomma på huvudmannen. Vidare föreslår utredningen att sjukvårdshuvudmännens centrala organisationer utarbetar enhetliga regler för hemsjukvårdsbidragen, såväl vad beträffar villkoren för bidrag som bidragens storlek.

Utredningen förordar, att samtliga dess i det föregående avgivna förslag beträffande sjukvårdshuvudmännens åtaganden i fråga om kostnader för patienternas sjukvård m.m. i halvöppen vård, femdagarsvård och hemsjukvård, fränsett förslaget om kostnadsfri medicinsk vård på sjukhus i halvöppen vård och i femdagarsvård, inte lagfästs utan att huvudmännen endast rekommenderas att genomföra desamma.

Sjukpenning vid sjukhusvård

Ett genomförande av förslaget om kostnadsfri medicinsk vård och underhållsavgift i sluten sjukvård föranleder enligt utredningens uppfattning, att bestämmelserna om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård omprövas.

Då dessa bestämmelser infördes angavs som huvudmotiv härför att tillströmningen till sjukhusen borde motarbetas genom att man sökte undvika, att de på sjukhus intagna blev alltför mycket gynnade vid jämförelse med dem som behandlas i öppen vård. Utredningen är väl medveten om de stora skillnader som råder i fråga om kostnader för läkarvård och läkemedel för patient i öppen resp. sluten vård. Det torde inte kunna uteslutas, att detta förhållande kan vara ägnat att öka tillströmningen till sjukhusen

så tillvida, att även personer som i och för sig inte är i oundgängligt behov av sluten vård i viss utsträckning söker bli intagna på sjukhus av ekonomiska skäl.

Nämnda problem har man hittills huvudsakligen sökt komma till rätta med genom bestämmelserna om reducerad sjukpenning vid sjukhusvård. Denna anordning är dock förenad med påtagliga brister. Sålunda kan enligt utredningens åsikt med fog ifrågasättas, om ett avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård med högst 5 kr. per dag verkligen fyller någon reell funktion som utjämnande faktor mellan öppen och sluten vård och därmed som återhållande moment i fråga om efterfrågan på sjukhusvård. Vidare är den utjämning av skillnaderna i kostnader, som uppnås genom avdrag på sjukpenning, begränsad till försäkrade vilka uppbär sjukpenning vid sjukhusvård.

I och för sig går det givetvis att bygga ut nuvarande system så att det bättre än f.n. kan medverka till att minska skillnaderna i kostnader för öppen resp. sluten vård, t.ex. genom att höja det belopp, varmed sjukpenningen skall reduceras, och låta även pensionsförmån bli föremål för reduktion. Utredningen anser dock inte att detta är den rätta vägen att nå fram till en tillfredsställande lösning av frågan. Det främsta skälet härtill är, att varje form av pålaga som betingas av att patient i sluten vård kostnadsfritt har tillgång till läkarvård och läkemedel inte är förenlig med grundtanken bakom utredningens förslag om avgiftsfrihet för den medicinska vården i sluten vård. Dessutom måste det enligt utredningens mening anses principiellt felaktigt att verka för en utjämning mellan öppen och sluten vård genom att göra sistnämnda vårdform från ekonomisk synpunkt mindre attraktiv för den enskilde. En utjämning bör i stället åstadkommas genom successiva förbättringar av förmånerna i den öppna vården. På grund härav har utredningen kommit till den uppfattningen, att det vid ett genomförande av utredningens förslag om avgiftssystem i sluten sjukvård inte är motiverat att bibehålla regeln om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård. Utredningen förordar således, att bestämmelserna om reducerad sjukpenning vid sjukhusvård upphävs, när systemet med underhållsavgifter i sluten sjukvård genomförs.

Upphåvs regeln om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård, kommer försäkringskassorna att befrias från ett ganska omfattande administrativt arbete. Å andra sidan kommer ett avskaffande av sjukpenningavdraget att medföra en kostnadsökning för den allmänna försäkringen. Enligt uppgift från riksförsäkringsverket kan denna med utgångspunkt i 1967 års förhållanden beräknas till ca 35 milj. kr. årligen. Även staten kommer att få vidkännas en kostnadsökning. På grund av reglerna om statsbidrag till grundsjukpenningförsäkringen kan statens kostnader beräknas öka med ca 9,5 milj. kr. årligen.

Slopas bestämmelserna angående avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård

och bryts sjukhusvårdsförmånen ut ur AFL kan det ifrågasättas, om försäkringskassorna har behov av de uppgifter som sjukhusen nu lämnar om in- och utskrivning av patienter i sluten sjukvård. Vid sina överväganden av denna fråga har utredningen funnit övervägande skäl tala för att in- och utskrivningsbeskeden bibehålls med tanke på inskrivningsbeskedets betydelse som sjukanmälan och för att tillgodose kassornas behov av uppgifter i övrigt. Utredningen föreslår därför att ordningen med anmälan från sjukhusen till försäkringskassorna om in- och utskrivning av patienter i sluten sjukvård bibehålls.

Särskilt yttrande har avgivits av ledamöterna Edström, Kaijser och Petersson i anslutning till förslaget att bestämmelserna om reducerad sjukpenning slopas.

KAPITEL II

Utredningsuppdraget

Utredningsdirektiven m.m.

Direktiven för utredningens arbete innefattas i ett anförande till statsrådsprotokollet över socialärenden den 1 december 1961 av dåvarande chefen för socialdepartementet, statsrådet Nilsson. Departementschefen anförde därvid beträffande de frågor, som behandlas i detta betänkande, följande.

En särskild fråga som bör undersökas snarast är frågan om ersättning från sjukförsäkringen vid vissa former av s.k. halvöppen sjukvård, som under senare tid börjat praktiseras i allt större utsträckning. Jag avser härvid särskilt vård på s.k. dagsjukhus samt vård vid rehabiliteringsavdelningar av icke ineliggande patienter. Förslag i denna fråga bör om möjligt framläggas utan att man avvaktar utredningsresultatet i övrigt.

Av intresse i detta sammanhang är också frågan hur man skall kunna stimulera de försäkrade till vård i hemmet i fall då sjukhusvård kan undvaras.

Utredningen bör vidare undersöka om nu tillämpade former för utbetalning av ersättning för sjukhusvård i alla delar är lämpliga. Socialförsäkringens administrationsnämnd skisserade i sitt slutbetänkande (SOU 1960:35) vissa linjer för en mera schablonmässig ordning för överförande av ersättning för sjukhusvård från sjukkassorna till sjukvårdsinrättningarna. En av förutsättningarna för en sådan ordning, nämligen införande av ett enkassesystem över hela landet, har förverkligats genom den administrativa omdaning av sjukkassorna som beslutats och som träder i tillämpning vid ingången av 1962. Utredningen bör undersöka vilka åtgöranden som påkallas för att ernå en önskvärd förenkling på förevarande område.

I anslutning till vad som i det föregående nämnts bör utredningen även pröva grunden för att sjukförsäkringen, som nu sker, skall svara för en del av kostnaderna för sjukhusvård genom att patienterna debiteras vårdavgift som sedan gäldas av försäkringen. Fördelarna och nackdelarna av en helt avgiftsfri sjukhusvård bör undersökas.

Att tagas i övervägande vid utredningens arbete i nu nämnda delar av utredningsuppdraget har Kungl. Maj:t med skrivelse den 13 december 1963 överlämnat riksdagens skrivelse 1963:345 (L²U 62) i anledning av väckt motion angående vissa spörsmål sammanhängande med överskottsmedel å folkpensioner för patienter på mentalsjukhus. Vidare har Kungl. Maj:t med skrivelse den 25 november 1966 under hänvisning till riksdagens skrivelse 1966:323 (L²U 60) överlämnat de likalydande motionerna I:122 och II:131 vid 1966 års riksdag om ersättning från den allmänna sjukförsäkringen

för övernattningskostnader vid behandling på sjukhus.

Statsrådet och chefen för socialdepartementet har till utredningen överlämnat skrivelser

den 18 december 1959 från Svenska sjukkasseförbundet med framställning om översyn av sjukförsäkringslagen,

den 1 juni 1960 från Svenska landstingsförbundet angående ersättning för sjukhusvård under tillfälligt avbrott i vården,

den 14 februari och den 4 april 1961 från Stockholms stads sjukvårdsstyrelse med anhållan om ändring i ersättningssystemet hos sjukkassa vid vård på dagsjukhus m.m.,

den 15 oktober 1962 från Gustav Rudolph, Malmö, angående ersättning för sjukhusvård till folkpensionärer,

den 14 april från Göteborgs sjukvårdsstyrelse angående ersättning av allmänna sjukförsäkringen för vård på dagsjukhus,

den 21 augusti 1964 från Svenska landstingsförbundet med hemställande om medgivande för de allmänna försäkringskassorna att helt ersätta en till 10 kr. per dag höjd allmänsalsavgift vid sjukhusen,

den 13 april 1966 från Pensionärernas riksorganisation angående folkpensionärernas rätt till ersättning för sjukhusvård m.m. och

den 13 april 1966 från Gävleborgs läns landsting angående en vid landstingets möte den 22 mars 1966 väckt motion om befrielse för ålderspensionärer från vårdplatsavgift på sjukhus.

Dessutom har statsrådet och chefen för socialdepartementet till utredningen för kännedom överlämnat avskrift av regeringsrättens utslag den 7 oktober 1965 i ärende angående klander av beslut av Stockholms stads sjukhusavgiftsdelegerade om vårdavgift på sjukhem.

Göteborgs och Bohus läns landsting har till utredningen för kännedom överlämnat en vid landstingets lagtima möte år 1963 väckt motion angående fråga om avveckling av vårdavgiften på sjukvårdsinrättningarna. Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka har i skrivelse den 20 november 1963 hemställt, att den för ålderspensionärer och pensionärer med hel förtidspension enligt AFL begränsade sjukhjälpstiden måtte bli föremål för utredningens uppmärksamhet då frågan om avgiftsfri sjukhusvård övervägs. Kalmar läns socialdemokratiska partidistrikt har med skrivelse den 13 maj 1964 överlämnat en motion rörande pensionärernas rätt till ersättning för sjukhusvård och Jönköpings läns socialdemokratiska kvinnodistrikt har med skrivelse i juli 1966 överlämnat en motion angående upphävande av regeln om minskning av hemmafru tillkommande frivillig sjukpenning vid sjukhusvård.

Vidare har Svenska landstingsförbundet i skrivelse den 19 augusti 1965 hemställt, att utredningen till prövning måtte uppta frågan om avgivande av ett delbetänkande avseende den försäkringsmässiga regleringen av de halvöppna vårdformerna.

Även från andra organisationer och enskilda har utredningen erhållit framställningar rörande den framtida utformningen av de i detta betänkande behandlade förmånerna.

Utredningsarbetets uppläggning och bedrivande

Som framgår av direktiven borde utredningen om möjligt framlägga förslag i fråga om ersättning från sjukförsäkringen vid vissa former av s.k. halvöppen sjukvård utan att avvakta utredningsresultatet i övrigt. Vid närmare överväganden av frågan om avgivande av delbetänkande i ämnet kom utredningen emellertid till den uppfattningen, att den inte borde ta definitiv ståndpunkt beträffande förmånerna vid nyssnämnda vårdformer, innan fördelarna och nackdelarna av en helt avgiftsfri sjukhusvård undersökts. Vidare fann utredningen att spørsmålet hur man skall kunna stimulera de försäkrade till vård i hemmet i fall, då sjukhusvård kan undvaras, har så nära samband med frågan om förmånerna i såväl den slutna sjukvården som i den halvöppna sjukvården, att också förmånerna i hemsjukvården borde prövas i detta sammanhang.

För att kunna ta ställning till förmånerna i den slutna sjukvården fann utredningen det nödvändigt att främst undersöka dels sjukhusvårdavgifternas ekonomiska betydelse för sjukvårdshuvudmännen, dels förhållandet mellan huvudmännens bruttoutgifter och inkomster i fråga om den slutna vården och dels omfattningen av ersättningen till huvudmännen för vårdavgifter från den allmänna sjukförsäkringen. Med anledning härav begärde utredningen uppgifter i nu nämnda avseenden för åren 1961 och 1965 från sjukvårdshuvudmännen m.fl. I avsikt att söka kartlägga omfattningen av det s.k. överskottsproblemet har utredningen företagit undersökningar avseende patienterna vid mentalsjukhusen samt vid de enheter inom mental- och kroppssjukvården, som är avsedda främst för långtidssjuka. Undersökningarna avsåg aktuella vårdtider för dem som den 30 april 1963 resp. den 30 april 1966 var inskrivna vid ifrågavarande vårdenheter och som uppbar ålders- eller förtidspension enligt AFL. För att kunna ta ställning till förmånerna i den halvöppna sjukvården och hemsjukvården begärdes i samband med undersökningen, avseende år 1965, uppgifter om dels vårdplatser, beläggning och vård dagar i dagsjukhusvård, dels vårdplatser m.m. vid patienthotell och dels antalet hemsjukvårdade samt sjukvårdshuvudmännens kostnader för hemsjukvårdsbidrag m.m. Resultatet av undersökningarna redovisas i bil. A till betänkandet.

På utredningens uppdrag har landskamreraren Seth Manhem, Nyköping, och biträdande länsrevisorerna Arne Palm, Halmstad, utarbetat anvisningar och tabeller för schablonmässig minskning av i skattetabell angiven preliminär A-skatt, avsedda att användas vid beräkning av skatt för folkpen-

sionärer som enligt utredningens förslag skall erlägga avgift för underhåll i sluten sjukvård. Anvisningarna och tabellerna återfinns i *bil. C* till betänkandet.

Utredningen har under arbetets gång haft kontakt med företrädare för bl.a. riksförsäkringsverket, medicinalstyrelsen, socialstyrelsen, de allmänna försäkringskassorna, kommunförbunden, olika sjukvårdshuvudmän och socialnämndernas storstadsdelegation.

KAPITEL III

Vårdavgift i sluten sjukvård

Förarbetena till nuvarande lagstiftning

Socialvårdskommittén föreslog i sitt betänkande VII med förslag till lag om allmän sjukförsäkring (SOU 1944:15), att den allmänna sjukförsäkringen i möjligaste mån skulle anknytas till den dåvarande statsunderstödda sjukförsäkringen samt att större prestationer icke borde föreskrivas än som föranleddes av kravet på ur social synpunkt erforderlig effektivitet hos försäkringen. Kommitténs förslag vilade på två grundprinciper, dels att försäkringen ej direkt skulle tillhandahålla sjukvård utan endast lämna ersättning för utgifter härför (det s.k. ersättningssystemet) och dels att utgifterna endast skulle ersättas vid försäkrads sjukdom. I fråga om sjukhusvården erinrade kommittén om att vården i mycket stor utsträckning betalades av de erkända sjukkassorna direkt till vederbörande sjukhus. Ersättningssystemet tillämpades sålunda i detta fall icke i praktiken. Kommittén föreslog att sjukkassorna i fortsättningen skulle vara skyldiga att i princip utge full ersättning för sjukhusvården direkt till sjukhuset enligt den för vård på allmän sal på sjukhuset gällande patientavgiften.

Vid den förberedande granskningen inom socialdepartementet av socialvårdskommitténs förslag till lag om allmän sjukförsäkring prövades vissa förslag till jämkning av kommittéförslaget. Denna prövning ledde till utarbetandet inom departementet av en den 31 maj 1945 dagtecknad promemoria, *sjukförsäkringspromemorian*, med vissa ändringar i kommitténs förslag. I promemorian ifrågasattes den ändringen i förslaget, att statsverket skulle överta ansvaret för sjukhusavgifternas erläggande i den mån vården lämnades på allmän sal. Om ett dylikt ansvar för statsverket infördes, kunde sjukhusvården utbrytas ur försäkringen. Enligt promemorian skulle detta för försäkringen medföra den fördelen, att avgifterna till försäkringen för ersättning för sjukvård kunde avsevärt sänkas och det administrativa arbetet förenklas. Kostnadsökningen för staten uppskattades till ca 50 milj. kr. om året. Icke obetydliga besparingar skulle uppkomma för landstingen och för de städer som ej deltog i landsting.

Ehuru i sjukförsäkringspromemorian endast mera i förbigående berörts tanken, att all sjukhusvård på allmän sal skulle göras kostnadsfri för vårdtagaren genom att statsverket övertog ansvaret för vården, blev frågan

om utbrytning av sjukhusvården ur försäkringen föremål för uppmärksamhet hos ett flertal remissinstanser. I åtskilliga av de avgivna remissyttrandena tillstyrktes principiellt den i promemorian framförda tanken härom. Det framhölls därvid, att det var rimligare att kostnaderna för sjukhusvården helt slogs ut på medborgarna efter de för beskattningen gällande grunderna än att de lades på individerna efter huvudtalet. Genom överflyttningen av sjukhusavgifterna på statsverket skulle den sjuke bli befriad från att bestrida avgifter för vårdtid som sträckte sig utöver den för sjukkassorna bestämda sjukhjälpstiden. I administrativt hänseende skulle överflyttningen på staten innebära stora förenklingar både för landstingen och för sjukkassorna. Att sjukkassornas kontrollverksamhet med avseende på de försäkrades anlitan av sjukhusvård skulle komma att bortfalla ansågs ej ägnat att inge större betänkligheter, då möjligheten för kassorna att påverka tillströmningen till sjukhusen var obetydlig. De remissinstanser, som ställde sig avvisande till förslaget, åberopade att försäkringslinjen borde bibehållas, då denna skapade ansvarskänsla hos medborgarna och ledde till större rättvisa. Om staten ställde sig såsom garant för sjukhusavgifterna, förelåg risk för att sjukhusägarnas rätt att organisera sjukvården skulle komma att inskränkas. Ett genomförande av förslaget skulle vidare medföra en ökad belastning av sjukhusen, som endast kunde bemästras genom utökning av såväl den slutna som den öppna vårdens resurser. Den administrativa förenklingen ansågs för sjukkassornas del icke bli av någon mera avsevärd omfattning.

Sedan frågan sålunda väckts att ur den föreslagna sjukförsäkringen utbryta sjukhusvården, tillkallades inom socialdepartementet särskild sakkunnig för denna frågas behandling. Den sakkunnige avlämnade en den 31 december 1945 dagtecknad promemoria angående ifrågasatt övertagande från statens sida av patientavgifterna på allmän sal vid sjukhus inom riket (*sjukhusvårdspromemorian*). Det i sjukhusvårdspromemorian framlagda förslaget innebar i princip, att sjukhusvårdsförmånen skulle brytas ut ur den allmänna sjukförsäkringen och fri sjukhusvård i stället beredas den enskilde på så sätt, att staten inträdde som betalande part i förhållande till sjukhusens huvudmän, vilka således skulle erhålla gottgörelse direkt av staten i stället för av sjukkassorna. Staten skulle med andra ord överta ansvaret för patientavgifternas erläggande. Sjukhusens huvudmän skulle för sin del förbinda sig att icke ta ut avgift av patienterna. Av praktiska skäl ansågs statens gottgörelse böra bestämmas till ett visst begränsat belopp per vård dag för alla sjukhus av samma kategori. Landstingens och övriga kommuners fria rätt att själva på bästa sätt ordna sjukhusvården skulle icke påverkas av den föreslagna anordningen. Vården skulle i princip vara fri på allmän sal oberoende av vårdtidens längd. Den kostnadsfria vården skulle omfatta både sjukdom och barns börd. I syfte att förhindra en ökad tillströmning av patienter till vissa sjukhus, främst storstadssjukhusens

specialavdelningar, föreslogs den inskränkningen i rätten till kostnadsfri vård, att vård på annat sjukhus än hemortssjukhus skulle vara fri för den enskilde endast om behovet av sjukhusvård uppkommit vid vistelse inom det främmande sjukvårdsområdet eller den sjuke från hemortssjukhus remitterats till det främmande sjukhuset. Vid vård på sjukhusens hel- eller halvenskilda rum ansågs gottgörelse av statsmedel böra utgå till sjukhushuvudmannen med belopp motsvarande avgiften på allmän sal men med rätt för huvudmannen att därutöver ta ut viss ersättning av patienten. Beträffande grunderna för beräkningen av statens gottgörelse för indragna patientavgifter vid lasarett och sjukstugor förordade den sakkunnige, att gottgörelsen skulle utgå med ett fast belopp för vård dag, lika för hela riket, oberoende av huruvida vården lämnats på allmän sal eller på hel- eller halvenskilt rum. Beloppet skulle bestämmas av Kungl. Maj:t för löpande tidsperioder av förslagsvis fem år, sedan tillfälle beretts sjukhusägarnas huvudorganisationer att avge yttrande och förslag. Vid uppskattningen av statsverkets kostnad räknade den sakkunnige med ett genomsnittligt belopp per vård dag av 2:50 kr. Statsverkets årliga utgifter skulle enligt förslaget på grundval av dåvarande platsantal och beläggnings-siffror kunna beräknas till drygt 54 milj. kr.

I yttranden över sjukhusvårdspromemorian tillstyrktes av flertalet remissinstanser förslagen att sjukhusvårdsförmånen skulle brytas ut ur sjukförsäkringen och att staten skulle överta ansvaret för patientavgifterna. I åtskilliga yttranden framhölls dock, att förslaget tillstyrktes endast under förutsättning att detsamma varken då eller senare togs till intäkt för statliga ingripanden i landstingskommunernas och städernas rätt att själva ordna sin sjukhusvård.

I prop. 1946: 312 med förslag till lag om allmän sjukförsäkring förordade *föredragande departementschefen* förslagen att sjukhusvården skulle brytas ut ur sjukförsäkringen och att frågan om kostnaderna härför skulle lösas i huvudsaklig överensstämmelse med framlagda förslag, dvs. genom direkta avräkningar mellan staten och sjukhusägarna. Sjukförsäkringsreformen och förslaget om fri sjukhusvård måste genomföras i ett sammanhang. Utan en rationellt ordnad sjukhusvård skulle nämligen en väsentlig förutsättning för den obligatoriska sjukförsäkringen komma att saknas. Beträffande invändningen att förslaget skulle kunna komma att medföra, att de kommunala huvudmännens rätt att bestämma i sjukhusvårdsfrågorna skulle bli lidande på om staten bestämde gottgörelsen, framhöll departementschefen att det icke förelåg någon avsikt att förbinda de ifrågasatta statliga avlösningsbeloppen med några villkor, varigenom huvudmännens rätt skulle komma att begränsas. Därjämte framhölls, att fri sjukhusvård fick anses innebära, att samhället erkände att det låg i dess eget intresse i lika hög grad som i den sjukes att bästa möjliga vård bereddes denne och att hans tillfrisknande påskyndades. Anordningen medförde vidare ur

social synpunkt den fördelen, att den begränsning av sjukhjälpstiden i förevarande avseende, som följde av reglerna för en sjukförsäkring enligt kommittéförslaget, bortföll. Den förnämsta vinsten blev dock en betydande förenkling av administrationen.

Med hänsyn till de föreliggande bristerna i fråga om vårdplatser och personalresurser förordades att sjukförsäkringsreformen skulle träda i kraft först år 1950.

Tredje särskilda utskottet vid 1946 års riksdag framhåll i sitt utlåtande nr 1 att utbrytningen av sjukhusvården från sjukförsäkringen sannolikt torde medföra en viss administrativ förenkling och tillstyrkte förslaget där- om. Därvid förutsattes att landstingens och övriga sjukhushuvudmäns rätt att själva svara för sjukhusvårdens utformning inte skulle komma att beskäras genom reformen. Utskottet tillstyrkte, att lagen om allmän sjukförsäkring skulle träda i kraft den 1 juli 1950.

I skrivelse 1946:559 anmälde riksdagen, att den i princip kunnat godta de av Kung. Maj:t föreslagna huvudgrunderna för tillhandahållande av sjukhusvård. Lagen om allmän sjukförsäkring utfärdades den 3 januari 1947 (nr 1).

Med hänsyn till att tidpunkten för kommunindelningsreformens genomförande — en reform som ansetts ofrånkomlig för att en allmän sjukförsäkring ur organisatoriska synpunkter skulle kunna komma till stånd — förskjutits, framflyttades genom lagen den 17 december 1948 angående ändring i lagen den 3 januari 1947 (nr 1) om allmän sjukförsäkring (nr 733) ikraftträdandet av den allmänna sjukförsäkringen till den 1 juli 1951.

I prop. 1950:253 med förslag till lag ang. ändring i lagen den 3 januari 1947 (nr 1) om allmän sjukförsäkring föreslog *föredragande departementschefen*, att införandet av den obligatoriska sjukförsäkringen skulle uppskjutas till en framtida tidpunkt som framdeles bestämdes av statsmakterna. Han anförde därvid bl.a. följande. Arbetet med den nya kommunindelningens genomförande hade fortskridit så långt, att därav inte betingades någon ytterligare framflyttning av tidpunkten för sjukförsäkringslagens ikraftträdande. I stället hade frågan om det i rådande statsfinansiella läge fanns ekonomiska betingelser att genomföra sjukförsäkringsreformen trätt i förgrunden. Hinder torde emellertid enligt departementschefen ej föreligga mot att sjukhusvårdsreformen genomfördes före den obligatoriska försäkringen. Propositionen bifölls av riksdagen.

Genom lagen den 8 december 1950 angående ändring i lagen den 3 januari 1947 (nr 1) om allmän sjukförsäkring (nr 621) bestämdes, att sjukförsäkringslagen skulle träda i kraft å den framtida dag, varom Kungl. Maj:t med riksdagen framdeles förordnade.

De sakkunniga för fria sjukhusvården, vilka tillkallats år 1948 för att biträda med utredning angående den närmare utformningen av den fria sjukhusvården, utgick i sitt betänkande den 7 mars 1951 (stencilerat) från att

den avgiftsfria sjukhusvården i princip skulle få den innebörden, att förbud utfärdades för andra sjukhusvårdens huvudmän än staten att ta ut avgifter av patienterna och att staten skulle ersätta huvudmännen för av detta förbud förorsakat inkomstbortfall. På statens sjukhus skulle inte heller utgå avgifter. Det sagda gällde inomlänspatienter på allmän sal och motsvarande patienter på statens sjukhus. Den fria vården skulle i princip omfatta alla här i riket bosatta personer. De sakkunniga föreslog, att rätten till fri sjukhusvård, där staten inträdde som helt betalande part i patientens ställe, i överensstämmelse med gränsdragningen i 20 § sjukhuslagen, i fråga om sekundärkommunal vård begränsades till inom sjukvårdsområdet bosatta salspatienter. I fråga om de anstalter, som icke i första hand var avsedda för patienter från visst sjukvårdsområde såsom statens sjukhus skulle fri vård på allmän sal tillkomma inom riket bosatta personer. I båda fallen skulle fri vård lämnas oberoende av patienternas nationalitet. Behovet av föreskrifter angående vilka tjänster och andra förmåner, som skulle tillkomma en patient diskuterades jämväl. Härvidlag befanns föreskrifter icke erforderliga i fråga om den medicinska delen av vården. Ej heller i övrigt syntes några författningsföreskrifter erforderliga på förevarande område.

Beträffande storleken av den statliga gottgörelsen till huvudmännen såsom compensation för förbudet att ta ut avgifter av patienterna övervägdes olika möjligheter att bereda varje huvudman en mot hans inkomstförlust exakt svarande gottgörelse. Emellertid befanns det mest ändamålsenligt att konstruera gottgörelsen så, att den utgick med ett för alla huvudmän och anstalter lika belopp per vård dag. De sakkunniga fann, att med utgångspunkt i 1947 års siffror gottgörelsebeloppet skäligen borde sättas till 2:50 kr. per vård dag. Detta gottgörelsebelopp borde utgå även till andra icke statliga anstalter än sekundärkommunala, vid vilka fri vård obligatoriskt skulle tillhandahållas. Statens huvudsakliga kostnader för den fria vården berodde enligt de sakkunniga av två faktorer. Den ena faktorn var gottgörelsen till andra huvudmän än staten medan den andra faktorn var bortfallet eller, i fråga om rumsavgifter, minskningen av statens inkomster av legosängsavgifter på egna sjukhus. Gottgörelsen beräknades till 46,5 milj. kr. medan inkomstbortfallet på de statliga sjukhusen uppskattades till 19,9 milj. kr. Statens sammanlagda kostnader för den fria sjukhusvården skulle sålunda uppgå till 66,4 milj. kr.

I yttrande över betänkandet angående fri sjukhusvård anförde *Svenska sjukkasseförbundet* bl.a. följande. Förbundet erinrade om 1946 års principbeslut om en obligatorisk sjukförsäkring, enligt vilket fri sjukhusvård icke skulle ingå i försäkringen utan beredas den vårdbehövande allmänheten mot det att staten lämnade sjukhushuvudmännen ersättning för uteblivna patientavgifter. Riksdagsbeslutet kunde ej antas ha tillkommit av andra skäl än rent praktiska. Eftersom den allmänna sjukförsäkringen

med få undantag skulle komma att omfatta hela folket var det naturligt att acceptera tanken på fri sjukhusvård. Med hänsyn till den allmänna tillhörigheten till sjukförsäkringen och den antagna ordningen för försäkringens finansiering i huvudsak genom statsmedel föreföll med all rätt systemet med att bereda ersättning för kostnader för sjukhusvård genom förmedling av sjukförsäkringen oformligt i organisatoriskt avseende. Det borde emellertid konstateras, att ett införande av fri sjukhusvård i samband med genomförandet av den allmänna sjukförsäkringen icke var att anse såsom en reform, vilken för medborgarna skulle medföra ökade sociala förmåner i jämförelse med de förmåner, vilka skulle beredas dem enligt socialvårdskommitténs förslag, utan endast såsom en åtgärd ledande till en förenklad organisation och administration. Om till grund för diskussionen lades uttalandet i 1950 års proposition om anstånd med ikraftträdandet av lagen om allmän försäkring, att hinder icke torde föreligga mot att bl.a. sjukhusvårdsreformen genomfördes från en tidigare tidpunkt än den obligatoriska sjukförsäkringen, torde den fria sjukhusvården få betraktas ur en annan synvinkel. Därvid torde utan vidare kunna göras gällande, att införandet av fri sjukhusvård icke framstod såsom en förstahandsangelägenhet. Bl.a. hade en stor del av allmänheten skaffat sig täckning för sina sjukvårdskostnader genom medlemskap i de erkända sjukförsäkringskassorna, vartill kom att arbetsgivarna i ej obetydlig omfattning bestred sina anställdas kostnader för vård på sjukhus. Vidare framhölls att den enskildes kostnader vid öppen läkarvård i allmänhet var betydligt mera betungande än vid sjukhusvistelse. Visserligen saknade en betydande del av befolkningen försäkringsmässigt skydd för sjukhusvårdskostnader, men detta förhållande torde icke behöva tillmätas en lika dominerande betydelse som frånvaron av eller bristfälligheten i allmänhetens försäkringsskydd vid till följd av sjukdom uppkommet inkomstbortfall. Vid bedömandet av angelägenhetsgraden av en reform innebärande fri sjukhusvård borde nämligen inte bortses från att de vårdavgifter, som togs ut vid vård på sjukhus, i allmänhet var jämförelsevis obetydliga och endast till en mycket ringa del täckte kostnaderna för vården.

I remissyttranden över ett av socialvårdskommittén år 1951 avgivet betänkande (SOU 1951:25) med förslag till yrkesskadeförsäkringslag hade allmänt beklagats, att kommittén ej ansett sig kunna framlägga något förslag till samordning mellan yrkesskadeförsäkringen och sjukförsäkringen. För att i första hand undersöka om inte en samordning kunde komma till stånd tillkallades nya sakkunniga (*1951 års socialförsäkringsutredning*) med uppgift att överse bestämmelserna rörande den allmänna sjukförsäkringen jämte vissa andra spørsmål. I direktiven för utredningen uttalades bl.a. att det borde undersökas på vad sätt statsverkets totala kostnader kunde nedbringas under det belopp, som skulle erfordras om statsbidraget utgick efter de i sjukförsäkringslagen stadgade grunderna, och att i

samband därmed borde prövas, huruvida möjligheterna att genomföra en allmän sjukförsäkring kunde underlättas genom ett etappvis genomförande därav även i annan ordning än som tidigare diskuterats.

I sitt betänkande »Sjukförsäkring och yrkesskadeförsäkring», (SOU 1952:39), fann socialförsäkringsutredningen det uppenbart att ersättning för sjukhusvård i en eller annan form måste lämnas medborgarna med hänsyn såväl till samordningen med yrkesskadeförsäkringen som sjukförsäkringens effektivitet i övrigt. Frågan var endast om förmånen skulle lämnas inom ramen för sjukförsäkringen eller på det sätt som förutsatts i 1946 års principbeslut. Utredningen framhöll, att ersättning för sjukhusvårdskostnader utgjorde en prestation, som de erkända sjukassorna enligt sjukassaförordningen var skyldiga att utge. Vidare erinrades om att utbrytningen av sjukhusvården ur sjukförsäkringen främst motiverats med den administrativa förenkling detta skulle medföra. Anordningen skulle vidare ur social synpunkt medföra den fördelen, att all begränsning av sjukhjälpstiden skulle bortfalla med avseende på sjukhusvård. En fri sjukhusvård skulle emellertid medföra stora kostnader för staten och utredningen erinrade om att de särskilda sakkunniga, som tillkallats för den närmare utformningen av den fria sjukhusvården, i sitt betänkande av den 7 mars 1951 beräknat att statens årliga kostnader för den fria sjukhusvården skulle uppgå till 66 milj. kr. Om sjukhusvårdsförmåner i stället utgick från sjukförsäkringen, skulle statsverket inte behöva påta sig dessa kostnader.

Enligt socialförsäkringsutredningens mening borde försäkringens kostnader för sjukhusvårdsersättningen bestridas helt av de försäkrades avgifter. Den verkliga vårdkostnaden bestreds i huvudsak av allmänna medel och patientavgifterna utgjorde endast en liten del av denna kostnad. Sjukhusvårdens inrymmande i sjukförsäkringen kunde sålunda — om statsbidrag till kassornas sjukvårdsutgifter ej utgick — antas medföra en besparing för statsverket av omkring 66 milj. kr. för år, vilket i väsentlig mån skulle undanröja de statsfinansiella svårigheterna för den allmänna sjukförsäkringens genomförande. Detta behövde emellertid inte föranleda en motsvarande ökning av försäkringens kostnader. Den tid, under vilken sjukhjälp i form av ersättning för sjukhusvård utgick, kunde nämligen begränsas. Om sjukhusvården inrymdes i försäkringen, bortföll å andra sidan de beräknade fördelarna för sjukassorna och sjukhushuvudmännen i form av minskade arbetsuppgifter. Dessa fördelar borde emellertid inte övervärderas.

I fråga om sjukhusvårdsersättningens storlek anförde socialförsäkringsutredningen att sjukassornas utgifter för sjukhusvården enligt vad som föreslagits skulle bli helt beroende av de avgiftstaxor, som tillämpades för de allmänna sjukhusen. Den dåvarande taxepolitiken påverkades av de mindre bemedlades svårigheter att erlægga patientavgifter. Då praktiskt

taget hela folket sjukvårdsförsäkrades och sjukhusavgifterna i väsentlig mån kom att erläggas av sjukkassorna, kunde risk föreligga för att kostnaderna för sjukhusvården genom höjda avgifter i viss mån överflyttades på sjukförsäkringen med högre försäkringsavgifter som följd. Även om statsbidrag till sjukhusvården inte skulle utgå, kom likväl statsverkets kostnader att påverkas av sjukförsäkringsavgifternas storlek, eftersom staten enligt utredningens förslag i viss utsträckning skulle svara för att sjuk-kassorna erhöll de avgiftsbelopp, som debiterades medlemmarna. Utredningen fann det därför nödvändigt, att möjlighet förelåg att begränsa sjukförsäkringens utgifter för sjukhusvård men avvisade tanken på att vårdavgifterna på allmän sal eller avdelning skulle maximeras i sjukhuslagstiftningen. Detta skulle vara ett alltför starkt ingrepp i den kommunala självstyrelsen. En annan möjlighet var att i sjukförsäkringslagen ange antingen ett enhetligt maximibelopp för sjukkassornas ersättningsskyldighet per vård dag eller olika sådana maximibelopp för olika slag av sjukhus. Utredningen föreslog att Kungl. Maj:t skulle kunna begränsa kassornas ersättningsskyldighet genom en taxa för beräkning av ersättningen för sjukhusvård enligt sjukförsäkringslagen. En sådan taxa skulle sålunda fastställas endast om så befanns påkallat för att hindra att sjukvårdskostnader i större omfattning överfördes på sjukförsäkringen. Detta syntes utredningen vara det smidigaste sättet att åstadkomma den åsyftade begränsningen av ersättningsskyldigheten och samtidigt det sätt som föranledde det minsta ingreppet i den kommunala självstyrelsen. Utredningen utgick från att någon mera betydande ändring av sjukhushuvudmännens taxepolitik inte skulle ske i anledning av den föreslagna lagstiftningen och höll därför för troligt att behov av en sådan taxa i praktiken inte skulle komma att föreligga.

I *remissinstansernas* yttranden över socialförsäkringsutredningens betänkande tillstyrktes så gott som enhälligt att i den allmänna sjukförsäkringen skulle införas ersättning för utgifter för sjukhusvård.

I prop. 1953:178 med förslag till lag angående ändring i lagen den 3 januari 1947 (nr 1) om allmän sjukförsäkring m.m. anförde *föredragande departementschefen* bl.a. att socialförsäkringsutredningen inte ansett sig kunna räkna med att fri sjukhusvård i dåvarande läge skulle kunna genomföras och hade därför i det framlagda förslaget till ändring av sjukförsäkringslagen inarbetat bestämmelser om ersättning för sjukhusvård genom försäkringen. Såsom ett led i strävandena att minska statens utgifter för denna reform — och därmed underlätta sjukförsäkringens genomförande — syntes därför enligt departementschefens mening utredningens förslag i detta hänseende böra godtas. Sjukförsäkringens administration borde naturligen göras så enkel som möjligt. Detta var särskilt önskvärt med hänsyn till det stora antalet ersättningsbelopp det kunde bli fråga om. På grund av förslaget om hempenning och om begränsad

sjukhjälpstid torde det emellertid vara nödvändigt, att sjukassorna under rättades om tid då medlem vårdades på sjukhus. Det syntes i och för sig ej vara behövt att sjukhusen utfärdade särskild räkning för varje patient. De föreslagna bestämmelserna borde inte hindra, att kassorna utbetalade ersättning direkt till sjukhusen, varigenom möjlighet till vissa förenklningar förefanns. Även om departementschefen höll för troligt att en taxa för beräkning av ersättning från sjukförsäkringen för utgifter för sjukhusvård inte skulle visa sig bli behövt, ansåg han likväl att möjlighet borde finnas för Kungl. Maj:t att fastställa en sådan taxa. En taxa påkallades givetvis ej enbart av den omständigheten, att vissa avgiftshöjningar vidtogs inom ramen för den av huvudmännen nu tillämpade taxepolitiken.

Sedan riksdagen med viss ändring godtagit vad i ovannämnda proposition föreslagits i sjukförsäkringsfrågan, utfärdades lagen den 19 juni 1953 (nr 569) angående ändring i lagen den 3 januari 1947 (nr 1) om allmän sjukförsäkring. Enligt bestämmelse i denna ändringslag trädde lagen om allmän sjukförsäkring i kraft den 1 januari 1955.

Genom tillkomsten av lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring, som trädde i kraft den 1 januari 1963, har bl.a. lagen om allmän sjukförsäkring upphört. Även i denna lag har bestämmelser rörande ersättning för sjukhusvård från sjukförsäkringen inarbetats.

Gällande lagstiftning

Sjukvårdslagen

I sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242) (SjvL) regleras landstingskommunernas skyldighet att meddela sjukhusvård och öppen vård. Beträffande statens sjukvårdsanstalter regleras verksamheten i särskilda reglementen och stadgor gällande de olika vårdenheterna. För sjukvårdsanstalt driven av enskilda personer eller sammanslutningar gäller i första hand Kungl. Maj:ts stadga den 22 april 1960 (nr 114) angående enskilda sjukhem m.m.

Beträffande vårdskyldighet och vårdavgifter utgör enligt SjvL landstingskommun och stad, som ej tillhör sådan kommun, ett sjukvårdsområde. I fortsättningen kommer enbart beteckningen landstingskommun att användas för såväl de egentliga landstingskommunerna som städerna utanför landsting, om annat ej framgår av sammanhanget.

Med sjukhus förstås i SjvL av landstingskommun driven anstalt för ombesörjande av sådan vård för sjukdom, skada, kroppsfel eller barnsbörd, som fordrar intagning på anstalt (sluten vård). I 3 § SjvL regleras skyldigheten att bereda sjukvård. Det åligger landstingskommun att för dem, som är bosatta inom sjukvårdsområdet, ombesörja såväl öppen som sluten vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd i den mån annan

inte drar försorg därom. Enahanda skyldighet att ombesörja vård åvilar landstingskommun för dem, som vistas inom sjukvårdsområdet utan att vara bosatta där, om behov av omedelbar vård föreligger. I sådant fall gäller dock skyldigheten att bereda sluten vård endast så länge den vårdbehövande ej utan men kan flyttas till sjukhus där den landstingskommun, i vilken han är bosatt, förfogar över vårdplatser. På sjukhus må intagas endast den som är i behov av vård eller observation på sjukhus. Utan prövning av vårdbehovet skall dock intagning ske av patient med sådan smittsam sjukdom som anges i epidemilagen och den som jämlikt lagen angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar är skyldig att låta sig tas in på sjukhus. Intagning på sjukhem kan i vissa fall ske utan prövning av vårdbehovet. Om intagning på och utskrivning från sjukhus beslutar i princip vederbörande överläkare, sjukstuguläkare eller sjukhemsläkare.

Den som driver sjukhus äger bestämma efter vilka grunder och till vilket belopp vårdavgift skall erläggas för på sjukhus meddelad sjukvård, dock att beträffande vårdavgift som det jämlikt lagen om socialhjälp eller barnavårdslagen åligger kommunen att vidkännas skall gälla vad i dessa lagar är stadgat. Om vårdavgift sätts till lägre belopp för sjuka från det egna sjukvårdsområdet (s.k. inomlänspatienter) än för andra sjuka (s.k. utomlänspatienter) får till sistnämnda grupp ej hänföras den som vid intagningen var bosatt inom sjukvårdsområdet. Vårdavgifterna brukar numera fastställas efter rekommendation av huvudmännens centrala organisationer och är i allt väsentligt desamma över hela landet. Avgiften för vård på allmän sal av patient från det egna sjukvårdsområdet är sålunda f.n. 5 kr. för vård dag. Fastställda avgifter för utomlänspatienter är avsevärt högre, f.n. 225 kr. per dag för remissfall och 110 kr. per dag för akutpatienter. Rätt till kostnadsfri sjukhusvård på allmän sal föreligger för epidemiskt sjuka och veneriskt sjuka.

Enligt 28 § SjuvL är den, som intagits på sjukhus och som själv har att svara för vårdavgiften eller del därav, pliktig att i förskott inbetala vårdavgift för femton dagar åt gången. Ansvarsförbindelse kan lämnas i stället för förskottsbetalning. I fall, då skyndsam vård är av nöden eller intagning för sluten psykiatrisk vård begäres av annan än den sjuke själv, skall intagning på allmän sal ske utan hinder av att vårdavgiften ej inbetalats i förskott och att godtagbar ansvarsförbindelse saknas. I sådant fall skall vårdavgiften inbetalas eller ansvarsförbindelsen tillhandahållas så snart ske kan efter intagningen. Förskottsbetalning eller ansvarsförbindelse får ej heller krävas vid intagning av försvaret tillhörande personal, för vilken vårdavgiften enligt vad därom särskilt stadgats gäldas av statsverket.

Sjukvårdshuvudmannens vårdskyldighet omfattar, som förut nämnts, inte bara dem som är bosatta inom sjukvårdsområdet utan även dem som under vistelse inom området blir i behov av omedelbar vård. Då det inte ansetts skäligt att låta dessa senare patienter erlägga de höga utomlänsavgifterna,

har huvudmännen träffat särskilda överenskommelser (utomlänsavtal), det senaste från år 1965, om ersättning för vård av vissa utomlänspatienter. Avtalet innebär, att utomlänspatient på allmän sal eller den för patienten betalningsskyldige endast har att erlægga en patientavgift, som av samtliga huvudmän fastställts till 5 kr. om dagen. Återstoden av utomlänsavgiften bestrids enligt avtalet av patientens hemlandsting. Utomlänsavtalet gäller med vissa undantag dels patienter som drabbats av sjukdom eller skada under vistelse inom främmande sjukvårdsområde, dels patienter som för specialistvård remitterats till främmande sjukhus av någon hos hemlandstinget anställd överläkare, bitr. överläkare, övertandläkare eller länsortodontist.

För utländsk patient, som icke enligt SjöL är att anse som inomlänspatient, tas i enlighet med tillämpningsföreskrifter till utomlänsavtalet i allmänhet ut samma vårdavgift som för annan utomlänspatient. Till gruppen inomlänspatienter hänförs dock vissa utländska medborgare, som på grund av överenskommelse med främmande makt är berättigade till ersättning för utgifter för sjukhusvård av allmän försäkringskassa. Detta gäller brittiska medborgare bosatta i den europeiska delen av samväldet samt nordiska medborgare. Som inomlänspatient räknas även utomlands bosatta svenska medborgare, som under vistelse i sjukvårdsområdet insjuknat och blivit i behov av sjukhusvård. För utlandssvensk, som söker sjukhusvård i Sverige för icke akut sjukdom i vilken han insjuknat i annat land eller för sjukdom som ej kräver omedelbar intagning på sjukhus, tillämpas inomlänstaxa endast under förutsättning att patienten i bosättningslandet inte kan erhålla tillfredsställande sjukhus- eller förlossningsvård, som ersätts av detta lands socialförsäkring. Vidare gäller i sådana fall inomlänstaxa endast på sjukhus inom det sjukvårdsområde, där patienten var bosatt innan han lämnade landet. Vid vård på annat sjukhus gäller inomlänstaxa endast i de fall patient remitterats dit för specialistvård. För denna grupp utlandssvenskar skall med bosättningsort alltid avses den senaste kyrkobokföringsorten i Sverige.

Enligt 29 § SjöL får vid sjukhus anställd befattningshavare icke ta emot särskild ersättning för undersökning, behandling eller skötsel av där intagen person eller för åtgärd som står i omedelbart samband med intagning på eller utskrivning från sjukhuset. Detta gäller dock icke med avseende på åtgärd, som vidtagits vid läkares besök hos den sjuke utanför sjukhuset. För öppen vård på sjukhus må läkare efter överenskommelse med landstingskommunen ta ut särskild ersättning av den vårdsökande.

Beträffande vårdavgifternas storlek inom olika sjukvårdsområden gäller i huvudsak följande.

Vårdavgiften för inomlänspatient på landstingens sjukhus och förlossningsanstalter utgör per vård dag på allmän sal såsom förut nämnts 5 kr., på halvenskilt rum 20 kr. och på helenskilt rum 35 kr. Västmanlands läns

landsting har fr.o.m. den 1 januari 1963 slopat de särskilda vårdavgifterna för hel- och halvenskilda rum vid landstingets sjukhus. Sådana rum skall enligt vederbörande överläkares bestämmande beläggas endast med hänsyn till medicinska indikationer eller i andra hand synnerligen starka skäl. Landstingen i Örebro och Norrbottens län tillämpar lägre vårdavgifter än de ovan nämnda för hel- och halvenskilda rum vid landstingens samtliga sjukhus och förlossningsanstalter.

Vårdavgiften för utomlänspatient vid landstingens lasarett, sjukstugor och läkarstationer med sluten vård, sanatorier och tuberkulossjukstugor, epidemisjukhus och epidemisjukstugor samt förlossningsanstalter utgör per vård dag för remisspatienter på allmän sal 225 kr., på halvenskit rum 240 kr. och på helenskit rum 255 kr. För övriga utomlänspatienter tas vårdavgift ut med 110 kr. på allmän sal, 125 kr. på halvenskit rum och 140 kr. på helenskit rum.

De städer, som ej tillhör landstingskommun, tillämpar med undantag för Malmö vid sina sjukvårdsinrättningar för patienter på allmän sal samma vårdavgifter som landstingen. Vårdavgifterna för patienter, som ej är bosatta i ifrågavarande städer, regleras genom bestämmelserna i det ovan nämnda utomlänsavtalet. Malmö stad tillämpar, när det gäller inom det egna sjukvårdsområdet bosatta personer, en från övriga sjukhushuvudmän avvikande avgiftssättning för vård av psykiskt sjuka och långvarigt kroppssjuka. Sålunda utgör vårdavgiften vid stadens sjukhus för psykiskt sjuka, Malmö östra sjukhus, 9 kr. per dag och vid dess sjukvårdsinrättningar för långvarigt kroppssjuka likaledes 9 kr. per dag.

Vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet har fastställts vårdavgifter för salspatienter, patienter på halvenskilda och helenskilda rum, som motsvarar de som tas ut av de landstingskommunala sjukhushuvudmännen. För salspatienterna vid de psykiatriska klinikerna vid Malmöhus läns landstings sjukvårdsinrättningar i Lund och akademiska sjukhuset i Uppsala har av Kungl. Maj:t fastställts en vårdavgift av 5 kr. per dag.

Lagen om allmän försäkring

Enligt 2 kap. 4 § sista stycket lagen om allmän försäkring den 25 maj 1962 (nr 381) (AFL) räknas såsom sjukhus i första hand allmänt sjukhus. Därmed förstås sjukvårdsinrättning, som tillhör staten eller till vars drift statsbidrag utgår eller som drivs av landstingskommun eller stad som ej tillhör landstingskommun. Dock räknas inte till allmänt sjukhus sjukvårdsinrättning, som är anordnad vid ålderdomshem eller annat hem som avses i 18 § lagen om socialhjälp. Sjukvårdsinrättning, varöver riks-försäkringsverket förfogar, anses såsom allmänt sjukhus. Slutligen anses såsom sjukhus i lagens mening andra sjukvårdsinrättningar än allmänna sjukhus, som upptagits i en av Kungl. Maj:t fastställd förteckning (kungörelse den 25

maj 1962 /nr 384/ med förteckning över vissa sjukvårdsinrättningar, vilka äro att anse såsom sjukhus jämlikt lagen om allmän försäkring).

Med hemortssjukhus menas allmänt sjukhus, drivet av landstingskommun eller stad som ej tillhör sådan kommun, inom vars område den försäkrade är bosatt.

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

Ersättning för utgifter för sjukhusvård utgår enligt 2 kap. 4 § första stycket AFL, då vården varit erforderlig på grund av sjukdom eller förlösning.

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

Konungen äger fastställa taxa för beräkning av ovan nämnd ersättning för försäkrads utgifter för sjukhusvård. Har sådan taxa fastställts, utgår ej ersättning för belopp, varmed vårdavgiften överstiger i taxan angivet belopp. Bestämmelsen har hittills ej tillämpats.

Statsbidrag utgår icke till de allmänna försäkringskassornas utgifter för ersättning för sjukhusvård i riket.

Sjukhjälpstiden är i princip obegränsad enligt AFL. Härav följer att även ersättning för utgifter för sjukhusvård kan utgå så länge behov föreligger av vård på sjukhus. Beträffande ålderspensionärer och vissa förtidspensionärer föreligger emellertid inskränkningar i sjukhjälpstiden. Sålunda må enligt 4 kap. 3 § AFL för tid efter ingången av den månad, varunder den försäkrade fyllt 67 år eller dessförinnan börjat åtnjuta ålderspension enligt AFL, sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård inte utgå för mer än sammanlagt 180 dagar. I fråga om sjukhusvård är sjukhjälpstiden även för den som åtnjuter hel förtidspension begränsad till 180 dagar. Med tid för hel förtidspension skall i detta sammanhang jämsställas efterföljande tid, om förtidspensionen upphört att utgå med månaden näst föredn, varunder den försäkrade fyller 67 år.

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

Beträffande försäkrads rätt till ersättning för kostnader för sjukhusvård utom riket gäller vad därom är stadgat i kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 388) angående ersättning för sjukvård utom riket enligt AFL.

Enligt 2 kap. 2 § första stycket sista punkten AFL avses med läkarvård inte vård, som lämnas försäkrad vilken åtnjuter sjukhusvård. Denna bestämmelse har sin motsvarighet i bestämmelsen i 29 § första stycket SjvL om förbud för vid sjukhus anställd befattningshavare att ta emot särskild ersättning för undersökning, behandling eller skötsel av där intagen person.

För patienter, som är utförsäkrade och som åtnjuter någon form av folkpension, har ett flertal landsting utfärdat särskilda bestämmelser om avgiftslindring. I korthet innebär dessa bestämmelser att patient, som uppbär någon form av folkpension och för vilken försäkringskassa enligt AFL ej har att erlägga sjukhusvårdavgift, efter prövning av landstingets förvaltningsutskott eller sjukvårdsstyrelse eller av vederbörande sjukhusdirektion kan beviljas nedsättning av eller befrielse från vårdavgift. För tuberkulösa, som uppbär någon form av folkpension och för vilka försäkringskassa ej svarar för vårdkostnaden, tas i samtliga landsting utom två ut en vårdavgift av en krona per dag. Stockholms läns landsting tar ej ut någon vårdavgift av denna patientkategori medan i Malmöhus läns landsting hälso- och sjukvårdsstyrelsen prövar huruvida och i vad mån avgiften kan nedsättas.

De nuvarande avgiftssystemen inom åldringsvården och långtidssjukvården

Socialpolitiska kommitténs undersökningar beträffande sjukvårdens resurser och patientsammansättning, redovisade i betänkandet »Åldringsvårdens läge» (SOU 1963:47), visar enligt kommitténs mening i hur hög grad sjukvården över hela linjen utvecklats till en medicinsk åldringsvård. Vid en patientinventering i hela landet den 12 april 1962 befanns det, att 4,6 % av alla åldringar var intagna för tillfällig eller långvarig vård på sjukhus och sjukhem av olika slag. Totalantalet patienter över 67 år var 35 000, dvs. lika många som alla intagna på ålderdomshemmen vid den tidpunkten. Undersökningarna visade också, att sjukhem och avdelningar för långvarigt kroppssjuka företedde en ålderssammansättning, som i hög grad liknade ålderdomshemmens. Av åldringarna bland långtidssjukvårdens patienter var hälften över 80 år och en fjärdedel mellan 75—79 år. Med ledning av inhämtade uppgifter om antalet personer i olika vårdformer, som borde vårdas på annat sätt, fann kommittén beträffande på ålderdomshemmen intagna, att totalt högst 10 % eller ca 3 500 av de intagna, borde ha vård i annan form. Den form av vård, som därvid i första hand avsågs, var långtidssjukvård. Kommittén uppskattade att mellan 2 000 — 2 500 in-

tagna på ålderdomshem borde beredas plats inom vården för långvarigt kroppssjuka samt att för omkring 1 000 personer mentalsjukvård var behövlig. Huvuddelen av sistnämnda antal personer bedömdes kunna vårdas på mentalsjukhem. Vid sina överväganden rörande behoven och bristerna inom åldringsvården och långtidssjukvården har kommittén bl.a. framhållit att man, om man håller vårdavgiften på sjukhem för långvarigt sjuka avsevärt lägre än inackorderingskostnaden på ålderdomshem, får ett efterfrågetryck på sjukhemssektorn som kanske inte är påkallat av sjukvårdsbehov. En liknande uppfattning har även framförts till sjukförsäkringsutredningen från företrädare för kommunförbunden vid de kontakter utredningen haft med dem i frågan.

Avgiftssättningen vid ålderdomshemmen har varit föremål för utredning av bl.a. en särskild kommitté, tillsatt av en mellan socialnämnderna i Stockholm, Göteborg, Malmö, Norrköping, Uppsala, Västerås, Hälsingborg, Örebro och Gävle bildad samarbetsdelegation, kallad Socialnämndernas storstadsdelegation. I den utredning med förslag angående avgiftssättning vid ålderdomshem, som kommittén lagt fram den 15 mars 1965, ingår ett avsnitt rörande vårdavgiftsjämförelse sjukhem-ålderdomshem. Som motiv för att en sådan jämförelse skett har kommittén anført att såväl den slutna åldringsvården som långtidssjukvården är av långtidskaraktär, att många människor vid ett något stegrat vårdbehov förs över från ålderdomshem till sjukhem och att många intagna på sjukhem vid förbättrat tillstånd flyttas från sjukhem till ålderdomshem. Utredningskommittén har i detta sammanhang framhållit, att det förhållandet att vårdavgiften på sjukhem i allmänhet endast är 5 kr. per dag kan utgöra ett problem för ålderdomshemsvården. De intagna på ålderdomshemmen har enligt kommitténs mening ofta svårt att förstå, att det skall vara dyrare bo på ett ålderdomshem, ehuru de intagna på sjukhem erhåller en mera kvalificerad vård.

På grund av vad som sagts beträffande beröringspunkter mellan ålderdomshem och sjukhem lämnas i det följande redogörelser för såväl avgiftssystemet inom den slutna åldringsvården som motsvarande system inom den slutna långtidssjukvården och de speciella problem, som hör ihop med respektive avgiftssystem, samt framförda förslag till åtgärder för att åstadkomma förbättringar.

Åldringsvården

Enligt en redogörelse från statistiska centralbyrån, publicerad i mars 1966, fanns vid slutet av år 1964 i hela riket 1 325 ålderdomshem. Av hemmen hade två särskild mentalsjukavdelning, 68 särskild avdelning för långvarigt sjuka samt 64 andra sjukavdelningar, som huvudsakligen var avsedda för hemmens pensionärer vid akuta sjukdomsfall. Totala antalet platser på

hemmen uppgick till 46 908, varav 41 690 på egentliga ålderdomshem, 102 på avdelning för mentalsjuka, 4 051 på särskilda avdelningar för långvarigt sjuka och 1 065 på andra sjukavdelningar. I medeltal hade 93 % av samtliga platser varit belagda under år 1964. Av vårdtagarna var drygt hälften över 80 år och en tredjedel mellan 70 och 80 år. Utgifterna för ålderdomshemmen under år 1964 uppgick till 424 milj. kr., vilket motsvarar 26:71 kr. per vård dag. Största delen av utgifterna föll på avlöningar, arvoden och dylikt. Dessa utgifter uppgick till 15:96 kr. per vård dag. Inkomsterna uppgick till 191 milj. kr., motsvarande 45 % av utgifterna eller 12:03 kr. per vård dag. Vårdavgifterna utgjorde den största inkomstposten. Denna post täckte 35 % av utgifterna. Nettoutgifterna för kommunerna uppgick till 233 milj. kr. eller 14:68 kr. per vård dag.

Storleken av den vårdavgift, som tas ut av de intagna på ålderdomshemmen, har sedan länge fastställts efter två olika huvudprinciper, nämligen

1) enhetlig vårdavgift, lika för alla oavsett den enskildes ekonomiska ställning, och

2) differentierad vårdavgift, olika stor i förhållande till den enskildes betalningsmöjligheter och sålunda varierande från fall till fall.

Oenighet har rått om vilket system, som bör tillämpas. I socialpolitiska kommitténs förutnämnda betänkande anför, att 70 % av ålderdomshemmen synes ha enhetliga vårdavgifter. Dessa bestäms regelmässigt till folkpensionsförmånens belopp minus stadgade fickpengar. Socialstyrelsens statistik för år 1960 visade, att 84 % av vårdtagarna i hela landet betalade efter den s.k. folkpensionsprincipen, dvs. de betalade oavsett vilket vårdavgiftssystem som gällde, endast sin folkpension. Svenska kommunförbundet har i skrivelse den 6 augusti 1965, som delgetts åtskilliga kommuner vilka hemställt om förbundets rekommendation angående taxa för vårdavgifter på ålderdomshem, uttalat att förbundet inte ansåg sig böra lämna någon egentlig rekommendation men att vårdavgifter enligt förbundets uppfattning borde bestämmas med hänsyn till kommunernas självkostnader (driftkostnad och kapitalkostnad) även i de fall pensionär var hemmahörande i kommunen. I skrivelsen framhölls vidare, att en samlad erfarenhet beträffande olika kommuners system för bestämmande av vårdavgiften på ålderdomshem saknades. Enligt förbundets uppfattning syntes det dock vara så, att minoritet förelåg för de kommuner, vilka såsom vårdavgift på ålderdomshem uttog endast folkpension minskad med s.k. fickpengar. De flesta kommuner tog på ett eller annat sätt hänsyn till de verkliga vårdkostnaderna för en plats på ålderdomshem, ofta genom att framräkna medelvårdkostnaderna för de senaste fem åren före beräkningsåret. Alltmer vanligt blev det system, där man tog hänsyn till å ena sidan självkostnaden och å andra sidan vederbörande pensionärs verkliga inkomst (folkpension, annan pension, inkomst av kapital eller fastighet etc.).

Beträffande avgift för vård på ålderdomshem torde fortfarande gälla en

från år 1947, i samband med riksdagens då fattade principbeslut om ålderdomshemmens uppgifter, utfärdad rekommendation till kommunerna om ett enhetligt vårdavgiftssystem, som byggde på principen att folkpensionären skulle bli i stånd att svara för inackorderingsavgiften med sin pension. Denna rekommendation har medfört, att socialstyrelsen i »Råd och anvisningar», nr 125 år 1960 och nr 138 år 1961, uttalat att en enhetlig vårdavgift, motsvarande folkpensionsförmån minus fickpengar, bör tas ut av de intagna på ålderdomshemmen och att hänsyn i allmänhet inte skall tas till inkomst utöver folkpensionen. Som framgår av vad förut sagts följer åtskilliga kommuner emellertid inte denna rekommendation. De ändrade förhållandena rörande avgiftssystemen vid ålderdomshemmen har givetvis uppmärksamats av socialstyrelsen. I ett till JO den 6 maj 1966 avgivet utlåtande i ärende angående en kommuns debitering av vårdavgift på ålderdomshem har styrelsen bl.a. anført, att man kan spåra ett stigande intresse från kommunernas sida att ingå avtal om högre vårdavgifter på ålderdomshem än som svarar mot folkpension minus fickpengar, vilket hänger samman med att allt flera åldringar har inkomster utöver sin folkpension. Risken för att sådana situationer som i det remitterade ärendet, där en kommun felaktigt kvittningsvis tillgodogjort sig folkpensionsmedel, skall uppkomma ökar därigenom och särskilt om kommunerna underlåter att klargöra för sig själva och de enskilda vårdtagarna, hur vårdavgifterna skall erläggas. Det aktuella fallet visar enligt styrelsens uppfattning, att det är angeläget att oklarheten på området skingras. Frågan om avgifter på ålderdomshem har nämligen sedan länge erbjudit en komplicerad problematik. Avslutningsvis har styrelsen hänvisat till pågående utredningar i hithörande frågor, bl.a. inom socialpolitiska kommittén och sjukförsäkringsutredningen, och framhållit att man kan vänta, att klarläggande uttalanden angående dessa förhållanden så småningom kan erhållas.

Den av socialnämndernas storstadsdelegation tillsatta utredningskommittén har i sin tidigare nämnda utredning beträffande avgiftssystem i huvudsak föreslagit, att ett differentierat vårdavgiftssystem införs och tillämpas fr.o.m. den 1 januari 1967, att samtliga på ålderdomshemmen vårdade pensionärer skall gå in under det nya systemet utan särskilda övergångsbestämmelser och att systemet i nämnd ordning skall vara något av följande tre, nämligen

a) avgiften differentieras från lägsta till högsta avgift med maximum vid den för varje särskilt ålderdomshem gällande högsta självkostnaden för vården,

b) avgiften görs i princip enhetlig, fastställs till den vid varje särskilt ålderdomshem gällande högsta självkostnaden för vården samt nedsätts i förhållande till pensionärens betalningsförmåga efter framställning därom från pensionären eller

c) avgiften görs i princip enhetlig, fastställs till den vid varje särskilt

ålderdomshem gällande högsta självkostnaden för vården, varvid pensionären (efter tillskapande av nya regler för utgivande av kommunala bostadstillägg) tillerkänns kommunala bostadstillägg av individuellt varierande storlek men så stora, att pensionärerna får möjlighet betala den för alla lika vårdavgiften.

Skälen för ett differentierat vårdavgiftssystem har utredningskommittén utvecklat sålunda.

»Då en person intages på ålderdomshem, förändras hans livsföring i grunden och ålderdomshemmet träder i stället för det egna hemmet. Han har exempelvis inte några kostnader för hyra av bostad. Ej heller har han särskilda utgifter för mat, läkarvård, medicin, telefon och andra liknande behov, vilka de i sin egen miljö levande åldringarna får svara för med sina pensioner och andra tillgångar. Det är därför riktigt, att pensionären så långt han äger förmåga därtill svarar för sina levnadskostnader sådana de övertagits av ålderdomshemmen upp till gränsen för sin betalningsförmåga. Eftersom denna betalningsförmåga är olika individerna emellan, måste vårdavgifterna också bli olika.»

Som motiv för införande av ett differentierat avgiftssystem har kommittén dessutom anført, att den allmänna tilläggspensioneringen medför att nytillkommande folkpensionärer får en inkomst vid sidan av den grundläggande folkpensionen, som för varje ny årsgrupp pensionärer blir större. Ett av huvudskälen till det ursprungliga vårdavgiftssystemet med avgiftens anslutning till folkpensionens storlek har varit att det icke bedömdes möjligt att tillgodogöra sig nämnvärt större intäkter av vårdavgifter även om man tog ut högre avgifter, eftersom flertalet pensionärer inte har annan inkomst än sin folkpension. Detta skäl blir således enligt kommitténs mening allt mindre giltigt.

Socialnämndernas storstadsdelegation har under åberopande av den av utredningskommittén framlagda utredningen med förslag till avgiftssättning av ålderdomshemmen i skrivelse den 1 december 1965 till socialdepartementet meddelat, att delegationen beslutat rekommendera att ett differentierat vårdavgiftssystem införs vid ålderdomshemmen. Efter att såsom ett alternativ för uttagande av realiter differentierade men formellt sett enhetliga vårdavgifter ha hänvisat till det av kommittén enligt c) ovan angivna vårdavgiftssystemet har storstadsdelegationen föreslagit, att regeln om maximering av kommunalt bostadstillägg vid vård på ålderdomshem enligt kungl. kungörelsen 1955:396 slopas. Ifrågavarande kungörelse har därefter upphört att gälla vid utgången av december 1965.

Problemet med överskottsmedel från folkpensionen gäller inte ålderdomshemmen, eftersom vårdavgifterna vid dessa hem, såsom framgår av det anförda, i regel uppgår till minst folkpensionen minskad med lagstadgade fickpengar, som f.n. utgör 1 020 kr. per år. Enligt bestämmelser i kungl. kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 393) — utfärdad med stöd av 10 kap. 3 § AFL — äger kommun av pensionsberättigad, som under hel månad är

intagen på bl.a. ålderdomshem, uppbära den pensionsberättigades folkpension för månaden samt därav tillgodogöra sig sina kostnader för vården eller försörjningen. Även i dessa fall gäller, att den pensionsberättigade själv har rätt att få behålla lagstadgade fickpengar för sitt personliga behov.

Långtidssjukvården

I samband med undersökningen beträffande sjukvårdshuvudmännens intäkter år 1965 av vårdavgifter m.m., vilken redovisas i avsnittet »Sjukhusavgifternas ekonomiska betydelse för sjukvårdshuvudmännen» i detta kapitel, har utredningen inhämtat uppgifter beträffande vårdplatserna för långtidssjukvård (Bil. A tab. 15). Dessa visar bl.a. följande.

Antalet vårdplatser vid avdelningar på sjukhus och sjukhem för långvarigt kroppssjuka, drivna av landsting och landstingsfria städer, samt vid landstingens mentalsjukhem och avdelningar för långtidssjuka vid de landstingsfria städernas mentalsjukhus uppgick vid utgången av år 1965 till 22 958. Av platserna fanns 18 766 inom vården av långvarigt kroppssjuka och 4 192 inom mentalsjukvården. Antalet vårdplatser vid av primärkommuner inom landstingsområdena drivna sjukvårdsinrättningar för långtidssjukvård (sjukhem och sjukavdelningar vid ålderdomshem) uppgick till 1 633. Totala antalet vårdplatser på ovannämnda sjukvårdsinrättningar den 31 december 1965 uppgick således till 24 591. Av dessa fanns 20 399 inom vården av långvarigt kroppssjuka och 4 192 inom mentalsjukvården.

Antalet enskilda sjukvårdsinrättningar, på vilka landsting och städer utanför landsting disponerade eller utnyttjade vårdplatser för långtidssjukvård eller till vilka ifrågavarande sjukvårdshuvudmän lämnade bidrag till driftkostnaderna, uppgick till 57 och avsåg 1 438 vårdplatser. 44 sjukvårdsinrättningar med 1 209 vårdplatser fanns på inrättningar avsedda för vård av långvarigt kroppssjuka och 10 inrättningar med 230 vårdplatser på inrättningar avsedda för vård av långtidssjuka inom mentalsjukvården.

Som förut nämnts är avgiften för vård på allmän sal för s.k. inomlänspatient i regel 5 kr. per dag. På sjukhemmen för långvarigt kroppssjuka och lättskötta psykiskt sjuka i Kalmar norra län och Örebro län tas dock för utförsäkrad patient, som åtnjuter pension i någon form, ut en avgift av 10 kr. För motsvarande fall i Västerbottens län är avgiften 8 kr. På sjukhemmen för lättskötta psykiskt sjuka uttas för folkpensionär folkpensionens belopp med ett avdrag per år av 780 kr. i Blekinge, 900 kr. i Kronobergs, Kristianstads, Skaraborgs och Kopparbergs samt 1020 kr. i Uppsala, Hallands, Jämtlands, Norrbottens län och Kalmar läns södra. Vårdavgiften vid Malmö stads sjukhus för psykiskt sjuka, Malmö östra sjukhus, och vid stadens sjukvårdsinrättningar för långvarigt kroppssjuka utgör 9 kr. per dag.

Officiell uppgift saknas om vårdavgifternas storlek på de enskilda sjukvårdsinrättningarna. Av en uppgift i betänkandet »Åldringsvårdens läge» (SOU 1963: 47) framgår dock, att avgifterna vid de enskilda sjukhemmen varierade mellan lägst 3 kr. och högst 65 kr. per dygn. Denna uppgift avsåg år 1962.

Överskottsmedlen från folkpensionerna utgör sedan länge ett problem inom framför allt den psykiatriska vården och vården av långvarigt kroppssjuka. Bestämmelserna i 10 kap. AFL om rätt för den som driver anstalt att uppbära så stor del av pensionsberättigads folkpension, som svarar mot kostnaderna för vården på anstalten, avser nämligen icke sjukhus. I de län, där folkpensionens belopp minus fickpengar tas ut som vårdavgift, och i Malmö stad torde något problem inte uppstå. Problemet med överskottsmedel är inte aktuellt på enskilda sjukvårdsinrättningar.

I syfte att erhålla närmare kännedom om omfattningen av nämnda problem har sjukförsäkringsutredningen inhämtat uppgifter från sjukvårdshuvudmännen angående de patienter med allmän ålders- och förtidspension, som vårdas på vissa sjukvårdsinrättningar. Uppgifterna begränsades till att omfatta patienter på mentalsjukhus, sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka, sjukhem för långvarigt kroppssjuka, geriatriska lasarettskliniker och andra i anslutning till lasarett anordnade avdelningar för vård av långvarigt kroppssjuka. Erfarenhetsmässigt är nämligen det övervägande antalet långtidssjuka att finna på dylika inrättningar. Undersökningen avsåg den 30 april 1963 resp. den 30 april 1966 på nämnda sjukvårdsinrättningar inskrivna patienter och antalet patienter därav med ålders- och förtidspension, fördelade efter en aktuell vårdtid om dels 180—365 dagar och dels 366 dagar och däröver. Som aktuell vårdtid räknades den tid, som förflutit efter inskrivningen vid sjukvårdsinrättningen (vid mentalsjukhusen alternativt den tid, som förflutit efter återintagning efter senaste försöksutskrivning). Uppgifterna per den 30 april 1963 avsåg även sanatorier och lungkliniker. I uppgifterna per den 30 april 1966 ingick även ålderdomshemmens sjukavdelningar. Av uppgifterna, som återfinns i *bil. A* (tab. 16 och 17), framgår bl.a. att totala antalet inskrivna patienter på nämnda sjukvårdsinrättningar utom sanatorier, lungkliniker och sjukavdelningar vid ålderdomshem uppgick till 44 389 den 30 april 1963 resp. 49 730 den 30 april 1966. Av de inskrivna fanns 31 211 resp. 31 088 inom mentalsjukvården (mentalsjukhus och sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka) samt 13 178 resp. 18 642 inom vården av långvarigt kroppssjuka (sjukhem för långvarigt kroppssjuka, geriatriska lasarettskliniker och andra avdelningar vid lasarett för långvarigt kroppssjuka). 6 105 resp. 6 117 hade en aktuell vårdtid om minst 180 och högst 365 dagar. De fördelade sig med 2 624 resp. med 2 319 inom mentalsjukvården och med 3 481 resp. med 3 798 inom vården för långvarigt kroppssjuka. Motsvarande uppgifter beträffande patienter med en aktuell vårdtid om 366 dagar och däröver var totalt 26 099

resp. 30 131 patienter, fördelade på mentalsjukvården med 20 775 resp. med 20 807 och på vården av långvarigt kroppssjuka med 5 324 resp. med 9 324. Av antalet patienter med en vårdtid av minst 180 men högst 365 dagar fanns 2 165 resp. 1 890 på mentalsjukhusen. Motsvarande antal för patienter med en vårdtid av 366 dagar och däröver på mentalsjukhusen var 17 108 resp. 16 634. Det övervägande antalet långtidssjuka med möjligheter att samla överskott av folkpensionsmedel fanns sålunda på mentalsjukhusen.

Det totala årliga överskott av folkpensionsmedel som kunde uppkomma för de långtidssjuka per den 30 april 1963, har beräknats till i runt tal 28 milj. kr., fördelade på mentalsjukvården med 20 milj. kr., vården av långvarigt kroppssjuka med 7,5 milj. kr. och tuberkulosvården med knappt 0,5 milj. kr. Till grund för beräkningen har legat det då utgående folkpensionsbeloppet till ensam berättigad pensionär, dvs. 3 400 kr. för år, varvid räknats med en vårdavgift om 5 kr. per dag och ett årligt fickpenningbelopp motsvarande det som tillkom pensionär på ålderdomshem eller 720 kr. Motsvarande beräkning den 30 april 1966 har givit till resultat ett totalt överskott avseende i runt tal 58 milj. kr., fördelade på mentalsjukvården med 37 milj. kr. och vården av långvarigt kroppssjuka med 21 milj. kr. Samma beräkningsgrund som i det tidigare exemplet har använts, varvid räknats med den 30 april 1966 utgående folkpensionsbelopp om 4 330 kr. för år och en vårdavgift om 5 kr. per dag samt ett årligt fickpenningbelopp om 900 kr. (jfr Bil. A tab. 18 och 19).

Även på andra sjukvårdsinrättningar än de ovannämnda torde — ehuru i mindre omfattning — finnas långtidssjuka, som på grund av den låga vårdavgiften på allmän sal har möjlighet att samla överskott. Sålunda medför den nuvarande bristen på vårdplatser inom långtidssjukvården, att ett relativt stort antal sjuka, som borde vårdas på avdelning vid sjukhus eller sjukhem för långvarigt kroppssjuka, upptar plats främst på de medicinska och kirurgiska klinikerna vid lasaretten. Sjukförsäkringsutredningen har emellertid inte inhämtat några uppgifter härom från sjukvårdshuvudmännen med hänsyn till det omfattande arbete i form av individuella bedömningar, som i så fall skulle ha måst utföras vid sjukhusen. Med utgångspunkt i de uppgifter om »adekvat vårdform», som redovisats i socialpolitiska kommitténs betänkande »Åldringsvårdens läge» har sjukförsäkringsutredningen dock uppskattat, att sådana långtidssjuka patienter på medicinska och kirurgiska kliniker samt på andra kliniker och odelade lasarett kan uppgå till ca 3 000 i hela riket. Av dessa torde drygt hälften vara i åldern 67 år och högre.

Diskussionen kring överskottsproblemet har hittills i huvudsak gällt enbart folkpensionsmedlen under det att ev. tjänstepensioner eller andra inkomster lämnats utanför. Sålunda innehöll socialvårdskommitténs förslag till lag om folkpensionering ett stadgande om att, därest någon var intagen

på allmän sjukvårdsanstalt och vårdtiden på anstalten uppgått till mer än två månader, folkpension ej skulle utgå för tiden därefter. När förslaget till lag om folkpensionering år 1946 förelades riksdagen uttalade föredragande departementschefen, att frågan i vad mån folkpension skulle utgå med reducerat belopp till folkpensionärer vid vistelse på allmän sjukvårdsanstalt borde anstå i avvidan på ställningstagande till förslag om statens övertagande av kostnaderna för vård på allmän sal vid sjukhus. I anledning av motioner vid 1949 års riksdag beslöt riksdagen att hos Kungl. Maj:t anhålla om utredning av de spörsmål, som ägde samband med de på offentliga eller statsunderstödda anstalter intagnas rätt till folkpension. Med anledning härav tillkallades i december 1949 sakkunniga, som antog benämningen *sakkunniga för anstaltsvårdades rätt till folkpension m.m.*

Nämnda sakkunniga avgav sitt betänkande år 1951 (SOU 1951:47). Efter att ha avvisat tanken på en allmän avsevärd höjning av vårdavgifterna, konstaterade de sakkunniga, att man för att förhindra uppkomsten av överskott var hänvisad till att välja mellan två metoder, nämligen att föreskriva högre vårdavgifter för folkpensionärer än för andra eller att innehålla en del av folpensionen. De sakkunniga fann övervägande skäl tala för metoden att omreglera folkpensionen för tid, varunder pensionstagaren vårdades på anstalt. Enligt de sakkunnigas förslag skulle vid sjukhusvård samt i övrigt vid avgiftsbelagd vård på statlig, kommunal eller statsunderstödd anstalt folkpensionen, så långt den därtill förslog, utgå med belopp motsvarande dels, i den mån Kungl. Maj:t därom förordnade, indexreglerade fickpengar, dels i andra hand den av anstalten betingade vårdavgiften. De sakkunniga konstaterade vidare att vid vissa anstalter, främst anstalter för vård av sinnessjuka och sinnesslöa, behovet av fickpengar var varierande. I betänkandet föreslogs därför att all utbetalning av folkpensionsmedel för de pensionsberättigades personliga behov skulle bringas att upphöra för pensionärer, som vårdades på dylika statliga, kommunala och statsunderstödda enskilda anstalter, och att i stället anstalterna genom uppräkning av statliga bidrag eller anslag skulle sättas i stånd att med egna medel tillgodose sådana ändamål. Den del av folkpensionen, som motsvarade vårdavgiften, skulle av pensionsstyrelsen utbetalas direkt till vederbörande sjukhus. För att åstadkomma administrativa förenklingar förordades att de på statens sinnessjukhus långvarigt vårdade pensionstagarna under vissa förutsättningar skulle kunna befrias från vårdavgift, vilket skulle medföra att folkpensionen i dessa fall kunde innehållas i sin helhet.

De sakkunnigas förslag i fråga om överskottsproblemet ledde dock inte till lagstiftning.

Riksdagens revisorer framhöll i sin den 31 oktober 1957 avgivna särskilda berättelse om anstaltsvårdades rätt till folkpension m.m., att de senaste årens successiva förbättringar av folkpensionerna och de samtidigt,

trots de avsevärt stegrade vårdkostnaderna, i stort sett oförändrade vårdavgifterna ytterligare accentuerat det sedan länge besvärliga överskottsproblemet. Med en lösning av ifrågavarande problem kunde enligt revisorernas mening inte längre anstå. Revisorerna ansåg det uppenbart, att en helt ny utredning i ämnet var påkallad.

I prop. 1958:126 med förslag till lag om ändring i lagen om allmän sjukförsäkring m.m. gjordes vissa uttalanden i frågan om överskottsmedlen. *Föredragande departementschefen* föreslog, att vårdavgifterna för salspatienter på bl.a. mentalsjukhusen skulle höjas från 3 till 5 kr. per dag. Till följd av höjningen skulle för de patienter, som åtnjöt folkpension, en större del av pensionen gå åt för att betala kostnaderna på anstalten. Såsom en temporär lösning av överskottsproblemet ansågs avgiftshöjningen motsvara rimliga anspråk. I den mån folkpensionerna ytterligare förbättrades skulle emellertid överskottsproblemet ånyo aktualiseras. Departementschefen framhöll också, att höjningen av vårdavgifterna på längre sikt inte undanröjde behovet av en mera definitiv lösning av överskottsproblemet och att frågan om en sådan lösning fick prövas senare. Även *andra lagutskottet* (utl. 1958: B4) fann den förordade avgiftshöjningen godtagbar såsom en temporär lösning av överskottsproblemet. Utskottet underströk att den höjning av folkpensionsförmånerna, varom enighet rådde, relativt snart skulle komma att ånyo aktualisera frågan.

I motion II:197 år 1963 påtalades att gällande bestämmelser om folkpension i vissa fall gjorde det möjligt för på mentalsjukhus intagna pensionsberättigade att av utgående pensionsbelopp samla överskottsmedel, varav vederbörande inte själv hade behov. I motionen framhölls att skäl förelåg, att spörsmålen beträffande dessa överskottsmedel fick sin slutgiltiga lösning. Motionären anhöll att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t skulle hemställa om förslag till sådana ändringar i AFL samt kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 393) om rätt i vissa fall för kommun eller annan att uppbära folkpension, att det i motionen anförda syftet tillgodosågs.

Över motionen avgavs yttranden av riksförsäkringsverket, medicinalstyrelsen, Svenska stadsförbundet, Svenska landskommunernas förbund och Svenska landstingsförbundet. *Riksförsäkringsverket* framhöll bl.a. att införandet av tilläggpensioneringen kommer att medföra, att ännu större pensionsöverskott än hittills kan uppkomma för pensionärer som vårdas på mentalsjukhus. Verket ansåg, att överskottsproblemet borde göras till föremål för ny utredning, men ifrågasatte, om den kunde begränsas att avse allenast pensionärer som vårdades på mentalsjukhus, och ansåg att det borde undersökas, om utredningsarbetet kunde anförtros någon av de på socialförsäkringsfältet redan arbetande kommittéerna. *Svenska stadsförbundet* anförde bl.a. att förbundet i likhet med motionären ansåg en mera definitiv lösning av överskottsproblemet vara i hög grad önskvärd men att problemet inte var begränsat till mentalsjukhusen utan gällde även andra

vårdanstalter. Huruvida problemet kunde och borde lösas genom anpassning av folkpensionen torde enligt stadsförbundets uppfattning inte kunna bedömas utan närmare utredning. En ny allsidig utredning av överskottsproblemet borde därför komma till stånd. Även *Svenska landskommunernas förbund* ifrågasatte, huruvida de åtgärder, som motionären anvisat, var tillfyllest och uttalade bl.a., att en allsidig utredning i ämnet torde vara nödvändig. I avvaktan på resultatet av en sådan utredning borde enligt förbundets mening en temporär anpassning komma till stånd genom en höjning av dagavgifterna på sjukhusen. *Svenska landstingsförbundet* ansåg en utredning av överskottsproblemet erforderlig inte minst med hänsyn till att inom sjukförsäkringsutredningen pågick överväganden om att slopa vårdavgifterna och ersätta dessa med klumpersättningar från sjukförsäkringen. Emellertid var det enligt landstingsförbundets mening angeläget att en omedelbar höjning av vårdavgifterna vid sjukhusen kom till stånd. *Medicinalstyrelsen* framhöll bl.a., att de pensionsmedel som återstått efter vårdavgifternas erläggande för ett växande antal patienter varit till stor glädje och nytta, inte minst ur terapeutisk synpunkt. Styrelsen biträdde uppfattningen, att fonderingar av pensionsmedel som inte kan tillgodogöras patienten bör förhindras, men förutsatte, att ev. åtgärder i anledning av motionen inte skulle medföra en försämring i ekonomiskt avseende för de folkpensionärer, som har ett legitimt behov av penningmedel under sin sjukhusvistelse eller i samband med sin utskrivning från sjukhuset.

I utlåtande (nr 62 år 1963) över motionen ifråga framhöll *andra lagutskottet* följande.

»Folkpensioneringen har till syfte att tillförsäkra pensionstagarna skälig försörjning. Då samhället beträffande vissa pensionstagare svarar härför genom att bereda dessa vård å anstalt, synes det principiellt felaktigt att folkpensionen i stället för att användas för att täcka samhällets verkliga kostnader för vården i vissa fall fonderas och tillfaller arvingar till pensionstagaren. Frågan berör inte blott de statliga mentalsjukhusens pensionsberättigade vårdtagare utan även vårdtagare vid vissa andra offentliga anstalter. En lösning av problemet bör avse alla därav berörda kategorier. Frågan är emellertid komplicerad och bör därför enligt utskottets mening förutsättningslöst utredas. Särskild uppmärksamhet förtjänar härvid spørsmålet om den betydelse tilläggs pensioneringen kan komma att få med avseende på överskottsmedlen.»

I enlighet med utskottets hemställan har riksdagen i skrivelse den 15 november 1963 (nr 345) till Kungl. Maj:t anhängit, att spørsmålet om de överskottsmedel, varom i utlåtandet är fråga, görs till föremål för utredning. Kungl. Maj:t har därefter överlämnat ifrågavarande riksdagsskrivelse jämte utskottsutlåtandet till sjukförsäkringsutredningen att av denna övervägas vid fullgörandet av utredningsuppdraget.

Förfarandet vid utbetalning av ersättning för sjukhusvård från sjukförsäkringen

Enligt bestämmelserna i SjuvL åligger det försäkrad att själv erlægga vårdavgiften på sjukhuset. Liknande bestämmelse återfanns i 1940 års lagstiftning angående vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus. Med anledning av ikraftträdandet den 1 januari 1955 av lagen om allmän sjukförsäkring (SFL) beslöt emellertid Svenska landstingsförbundet och Svenska sjukkassee förbundet att gemensamt rekommendera sina medlemmar speciella anordningar för reglering av vissa administrativa och ekonomiska förhållanden. Denna rekommendation innehåller bl.a. följande:

»Förbundsstyrelserna äro ense, att sjukvårdsavgift icke skall erläggas av sjukförsäkrad patient utan av vederbörande sjukkassa. Även om sjukkassa enligt SFL formellt ej är betalningsansvarig gentemot sjukvårdsinrättning för sjukvårdsavgift, har det dock — i överensstämmelse med hittills tillämpad praxis — ansetts ändamålsenligt att sjukkassan i medlems ställe erlägger betalning till sjukvårdsinrättningen för sjukhusvård, som meddelats medlemmen, dock endast för vård, för vilken denne enligt SFL är berättigad till sjukhusvårdsersättning från kassan.»

Ikraftträdandet av AFL har icke medfört någon ändring i denna överenskommelse utan förfarings sättet som förutsatts i rekommendationen tillämpas alltjämt. Flertalet försäkringskassor tillämpar således systemet med individuell debitering och redovisning särskilt för varje patient. Detta tillgår i stora drag på följande sätt.

Då en person tas in på sjukvårdsinrättning, har inrättningen att utan dröjsmål och senast dagen efter inskrivningen göra anmälan (avisering) till den försäkringskassa, inom vars område den inskrivne patienten är mantalsskriven. Vid denna avisering begagnas en särskild blankett — inskrivningsbesked — innehållande följande uppgifter: Efternamn, alla förnamn, födelsetid, yrke/titel, civilstånd, bostadsadress, adresspostanstalt, telefonnummer, arbetsgivare och dennes adress, närmaste anhörigs (beträffande barn försörjares) namn, adress, telefonnummer, mantalsskrivningskommun och länsbokstav, försäkringskassa, intagningsdag, vårdavdelning och inskrivningsnummer. Vidare uppges på blanketten intagningsorsak.

Försäkringskassan skall omgående undersöka, huruvida kassan eller i förekommande fall annan försäkringskassa har att erlægga vårdavgift för patient, för vilken inskrivningsbesked erhållits. Föreligger betalningsskyldighet behålls inskrivningsbeskedet av den betalningsansvariga kassan. Befinns betalningsskyldighet icke föreligga för kassan, skall inskrivningsbeskedet snarast, om möjligt inom sju dagar från aviseringsdatum, återställas till sjukvårdsinrättningen som härigenom uppmärksammas på att vårdavgift ej kan erläggas. Det ankommer då på sjukvårdsinrättningen att av den intagne eller av annan för denne betalningsskyldig ta ut vårdavgiften. Sjukvårdsinrätt-

ning skall till vederbörande försäkringskassa utan dröjsmål anmäla utskrivning av försäkrad patient. Detta skall ske genom översändande av vådräkning. Om patients rätt till sjukhusvårdsersättning ej skulle vara klarlagd vid utskrivningen, skall vådräkning ändock sändas till den aviserade kassan. Formuläret för vådräkningen är så konstruerat, att detsamma i samband med utskrivningen av inskrivningsbesked med genomskrift kan föras med motsvarande identifieringsuppgifter som finns på inskrivningsbeskedet (dvs. patientens namn, födelsetid, adress m.m.). När patient utskrivs behöver således endast uppgifter om vårdtid och vårdkostnad införas på räkningen. Då försäkringskassa skall betala räkningen sker detta i allmänhet över postgiro. Specifikation över de patienter betalningen avser kan ske genom att de olika vådräkningarnas nummer anges. Likvid bör erläggas vid vissa bestämda tidpunkter, dock senast inom trettio dagar efter vådräkningens översändande.

I de fall den på sjukvårdsinrättningen intagne patienten ej före inskrivningen gjort sjukanmälan till försäkringskassan, vilket nästan alltid är fallet när sjukperiod inleds med sjukhusvård, kommer det från sjukvårdsinrättningen till försäkringskassan översända inskrivningsbeskedet att jämväl utgöra sjukanmälan. Sjukvårdsinrättningen fullgör alltså i sådana fall den försäkrades anmälningsskyldighet till kassan.

Det nu angivna systemet med individuella vådräkningar är tungrott och arbetskrävande både för sjukhusen och de allmänna försäkringskassorna. Vissa rationaliseringsåtgärder har därför vidtagits i samarbete mellan kassorna, sjukhusen och sjukvårdshuvudmännen. Ett flertal kassor har sålunda överenskommit med resp. huvudmän och sjukhus att frångå den individuella debiteringen av vårdavgifter och i stället införa en ordning, som innebär en mera schablonmässig klumpdebitering avseende endast antalet vård dagar under viss tidsperiod, vanligen en månad eller ett kvartal. Kontroll av antalet på räkningarna upptagna vård dagar sker exempelvis mot in- och utskrivningsbesked och genom att kassan från sjukvårdsinrättningen lånar patientjournalerna.

Socialförsäkringens administrationsnämnd skisserade i sitt slutbetänkande (SOU 1960:35) vissa linjer för en mera schablonmässig ordning för överförande av ersättning för sjukhusvård från sjukhuskassorna till sjukvårdsinrättningarna. Enligt administrationsnämnden skulle en förenkling vara att vinna enligt en princip, som skulle innebära att centralsjukhuskassa för landstingsområde eller stad månatligen till sjukhus-huvudmannen utbetalade ett erfarenhetsmässigt beräknat belopp i avräkning mot ett slutligt belopp för kalenderår, som grundades på antalet beläggningsdagar på vederbörande sjukhus under året. Ett efter liknande grunder uppbyggt betalningssystem syntes vidare kunna tillämpas även vid kassornas motsvarande ekonomiska uppgörelser med staten och andra sjukhushuvudmän. De största administrativa vinsterna skulle härvid göras av sjuk-

hushuvudmännen. Vinsterna skulle dock bli betydande även för kassorna. De tänkbara förenklingar, som sålunda skisserades i fråga om utbetalandet av sjukhusvårdersättningarna, påverkade inte i något fall de rättigheter, som lagstiftningen gav de försäkrade, och inte heller rubbades de nuvarande principerna för kostnadsfördelningen mellan kassorna och andra berörda organ.

I sin berättelse över den år 1964 verkställda granskningen av statsverket har *riksdagens revisorer* behandlat frågan angående debitering och avräkning av vårdavgifter mellan försäkringskassorna och sjukvårdsinrättningarna. Från samtliga försäkringskassor införades uppgifter angående dels det system, som tillämpades vid debitering och avräkning m.m. av vårdavgifter, dels de ändringar däri som eventuellt ansågs önskvärda och möjliga att genomföra, dels ock de synpunkter i övrigt kassorna ansåg böra beaktas i hithörande spörsmål. Sedan revisorerna tagit del av kassornas synpunkter, uttalade de bl.a., att de kommit till den uppfattningen, att ett system med kollektiv i stället för individuell debitering av vårdavgifter har påtagliga fördelar samt att de ansåg det angeläget att, så länge nuvarande regler för sjukförsäkringen gäller, sådana system införs av flera kassor än vad som nu är fallet. Såvitt revisorerna kunnat bedöma, borde en anordning med en centralt för hela landet administrerad utbetalning till sjukvårdshuvudmännen av sjukhusvårdavgifterna och en fördelning av kostnaderna härför på de olika kassorna enligt schematiska grunder, exempelvis i ungefärlig analogi med vad som nu gäller i fråga om läkemedelskostnaderna, medföra avsevärda lättnader och förenklingar i arbetet för såväl kassorna som sjukhusvårdens företrädare. Det borde också vara möjligt att avpassa reglerna för kostnadsfördelningen så, att en i stort sett rättvis fördelning av kostnaderna mellan kassorna åstadkoms. Revisorerna ansåg, att spörsmålet om ett sådant system utan större dröjsmål borde upptas till övervägande av 1961 års sjukförsäkringsutredning.

Enligt riksförsäkringsverkets statistik rörande de allmänna försäkringskassornas (sjukkassornas) verksamhet kan antalet dagar, för vilka kassorna under åren 1961—1964 utbetalat ersättning för sjukhusvård, uppskattas till 15,5 15,5, 17 resp. 18 milj. Kassornas utgifter för sjukhusvård inom riket nämnda år har i milj. kr. uppgått till 82,5, 82,8, 89,1 resp. 93,9. För år 1965 uppgick ifrågavarande utgifter till 86,9 milj. kr.

Socialförsäkringens administrationsnämnd uppskattade antalet betalningstransaktioner mellan sjukvårdshuvudmän och sjukkassor till omkring en miljon per år. Det torde vara omöjligt att med någorlunda exakthet ange detta tal, eftersom i den officiella statistiken ej lämnas uppgift härom, men om man utgår från det antal vård dagar för vilka kassorna enligt vad ovan sagts var betalningsskyldiga år 1964 — 18 milj. — och medelvårdtiden inom kroppssjukvården, vilken enligt »Allmän hälso- och sjukvård 1964» uppgick till 19,4 dagar, skulle antalet vårdperioder för nämnda år kunna upp-

skattas till ca 928 000. Medelvårdtiden påverkas emellertid av ett förhållandevis ringa antal fall med lång vårdtid, varför det faktiska antalet vårdperioder snarare torde ha överskridit än underskridit det av administrationsnämnden beräknade antalet av en miljon.

Antalet betalningstransaktioner mellan sjukvårdshuvudmännen och kassorna har givetvis nedbringats avsevärt genom de överenskommelser om kollektiv debitering, som ingåtts mellan ett antal kassor och offentliga sjukvårdshuvudmän, men torde alltså uppgå till flera hundratusental.

Vid ett inom ramen för gällande bestämmelser om försäkringskassornas skyldighet att ersätta kostnader för sjukhusvård förenklat förfarande för överförande av ersättning för sjukhusvård till sjukvårdshuvudmännen krävs i princip att det sjukvårdshuvudmannen tillkommande beloppet skall motsvara ersättning för det antal vård dagar, för vilka kassorna nu efter ett i regel individuellt debiteringsförfarande påförs patientavgifter. Socialförsäkringens administrationsnämnd ansåg, att det härvid i det helt övervägande antalet fall rörde sig om räkningar från en sjukvårdsanstalt, för vilken landstingskommun eller stad utom landstingskommun var huvudman, till lokalsjukkassa inom landstingskommun eller till centralsjukkassa för staden. Det enligt administrationsnämnden tänkta systemet skulle innebära, att kassa för landstingsområde eller stad månatligen till sjukvårdshuvudmannen utbetalade ett erfarenhetsmässigt beräknat belopp i avräkning mot ett slutligt belopp för kalenderår, som grundades på antalet beläggningsdagar på vederbörande sjukhus under året. Vid denna slutavräkning torde vissa smärre justeringar böra göras. Sålunda borde bl.a. frånräknas dagar, för vilka avgift erlagts av patienten själv eller av annan. En sådan ordning skulle visserligen medföra att en kassa å ena sidan fick erlägga avgift för inom kassans område bosatta personer, som på grund av sin mantalsskrivning tillhörde annan kassa, men å andra sidan blev befriad från betalningsskyldighet för hos kassan försäkrade men inom annan kassas område bosatta personer. Vinster och förluster för en kassa av dessa anledningar torde emellertid enligt administrationsnämnden i stort sett jämnas ut sig.

Administrationsnämndens antagande att de fall, där mantalsskrivningsort och bosättningsort ej sammanfaller, skulle jämnas ut sig mellan kassorna torde i stort äga giltighet utom beträffande typiska inflyttningsområden och turistområden. För att belysa den kraftiga inflyttningen till vissa försäkringskasseområden kan nämnas, att antalet inskrivna försäkrade inom verksamhetsområdena för försäkringskassorna i Stockholms län, Göteborgs stad och Älvsborgs län från den 31 december 1962 till den 31 december 1964 ökat med 39 824, 14 058 resp. 13 197 personer. Bl.a. dessa försäkringskassor skulle sålunda drabbas av större kostnader än f.n. men framförallt torde vid tillämpning av det av administrationsnämnden föreslagna systemet de försäkringskassor komma i ett ogynnsamt läge, inom vilkas områden

finns undervisningssjukhus, regionkliniker och andra sjukvårdsinrättningar med upptagningsområden, som ej sammanfaller med försäkringskassornas områden. Detta förhållande skall här nedan belysas med några uppgifter om försäkringskassornas utgifter för sjukhusvård m.m.

Utgifterna per inskriven försäkrad i de allmänna försäkringskassorna för sjukhusvård utgjorde enligt publikationen »Allmän försäkring 1964» genomsnittligt för samtliga länskassor kr. 15:51. Norrbottens länskassa redovisade den högsta utgiften med 20:89 kr. Gotlands och Blekinge länskassor redovisade utgifter på över 18 kr., medan utgifterna för Stockholms, Jönköpings, Kalmar, Kopparbergs och Gävleborgs länskassor understeg 14 kr. Antalet sjukpenningdagar per inskriven sjukpenningförsäkrad (sjuktal) var år 1964 genomsnittligt i länskassorna 14,1. I Gotlands länskassa, som hade en kostnad på över 18 kr. per inskriven försäkrad för sjukhusvård, uppgick sjuktalet ej till mer än 12,0 medan det i Kalmar och Gävleborgs länskassor, där kostnaden var mindre än 14 kr., uppgick till 14,6. Väster-norrlands länskassa hade ett sjuktal på 16,2; det högsta redovisade bland länskassorna. Enligt »Allmän hälso- och sjukvård» fanns inom den slutna kroppssjukvården år 1964 genomsnittligt 966 vårdplatser per 100 000 invånare. För Norrbottens, Gotlands och Blekinge län redovisas 895, 1010 resp. 826 vårdplatser medan antalet dylika i Stockholms, Jönköpings, Kalmar, Kopparbergs och Gävleborgs län utgjorde 670, 883, 898, 847 resp. 802.

Stadskassornas utgifter i kr. per inskriven försäkrad för sjukhusvård uppgick till genomsnittligt kr. 16:65. Göteborgskassan redovisade den högsta utgiften med 18:07 kr. Sjuktalet var väsentligt högre än i länskassorna, nämligen genomsnittligt 19,8. Stockholmskassan hade det högsta sjuktalet, 21,4. Antalet vårdplatser per 100 000 invånare uppgick för städerna utanför landsting till, för Stockholm 1 283, Göteborg 1 055 och Malmö 1 045. Den genomsnittliga utgiften i kr. per inskriven försäkrad för samtliga stadskassor utgjorde 15:74.

Kassornas kostnader för sjukhusvård är som framgår av ovanstående exempel beroende såväl av sjuktalet inom kassorna som av vårdresurserna inom det sjukvårdsområde kassan har att betjäna. Kassor med ett förhållandevis lågt sjuktal, som är verksamma inom sjukvårdsområden med väl utbyggd sluten vård, kan ha högre kostnader per inskriven försäkrad för sjukhusvård än en kassa med högt sjuktal i ett område, där vårdresurserna är mindre väl tillgodosedda. Då alltså tillgången på vårdplatser inom en försäkringskassas område synes direkt påverka kassans utgifter för sjukhusvård föreligger vid genomförandet av förenklingar i debiterings- och betalningssystemet mellan sjukvårdshuvudmän och försäkringskassor på sätt administrationsnämnden föreslagit viss risk för att de försäkrade inom vissa kassor i avgiftshänseende kan komma i sämre ställning än försäkrade i andra kassor. En sådan olägenhet kan förhindras, om en för hela riket lika stor avgift per inskriven försäkrad införs. En enhetlig avgift

skulle för år 1964 ha medfört en avgiftssänkning för försäkrade hos kassorna i städer utanför landsting utom Norrköping och hos elva av länskassorna, medan övriga försäkrade hade fått vidkännas en avgiftshöjning, som enligt 1964 års siffror skulle ha uppgått till 2: 42 kr. per inskriven försäkrad hos Norrköpingskassan och högst 2: 21 kr. per inskriven försäkrad hos länskassa.

Sjukhusavgifternas ekonomiska betydelse för sjukvårdshuvudmännen

Under hösten 1962 och sommaren 1966 verkställde sjukförsäkringsutredningen undersökningar beträffande samtliga sjukvårdshuvudmäns intäkter år 1961 resp. år 1965 av vårdavgifter m.m. Den år 1966 verkställda undersökningen ägde rum i samarbete med Svenska landstingsförbundet och Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation. Båda undersökningarna avsåg i huvudsak att belysa dels avgifternas ekonomiska betydelse för huvudmännen, dels förhållandet mellan huvudmännens bruttoutgifter och inkomster i fråga om den slutna vården och dels omfattningen av sjuk-kassornas resp. försäkringskassornas ersättning till huvudmännen för vårdavgifter.

Insamlingen av materialet skedde genom skrivelser till vederbörande sjukhushuvudmän med begäran om uppgifter enligt översända formulär. För insamlingen av uppgifterna från landstingen svarade vid 1966 års undersökning Svenska landstingsförbundet.

I fråga om sjukhus, drivna av landstingskommun och av städer, som ej tillhör landstingskommun, skulle uppgifterna för år 1961 avse samtliga sjukhus som drevs av huvudmännen enligt sjukhuslagen den 17 april 1959 (nr 112) och uppgifterna för år 1965 samtliga sjukhus som drevs av huvudmännen enligt SjuL. Särskilda uppgifter skulle lämnas beträffande sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka, sjukhem för konvalescenter och mental-sjukhus. Uppgifter angående lasarett och övriga sjukhus och sjukhem, som ej var hänförliga till någon av nyssnämnda kategorier, skulle slås samman. Uppgifter skulle avse sådan sjukhusvård som var sluten vård och som i princip omfattades av SFL resp. AFL. För s.k. dagsjukhusvård eller liknande skulle separata uppgifter lämnas. Antal vårdplatser såväl i genomsnitt under året som per den 31 december 1961 resp. den 31 december 1965 skulle uppges. Särskild uppgift skulle lämnas om antalet vård dagar i epidemi- och könssjukvård, för vilka dagar någon vårdavgift ej debiterats. Uppgifter avseende total driftkostnad, huvudmännens nettokostnad, dvs. det belopp av driftkostnaderna för resp. år som täckts med skattemedel, samt utgående statsbidrag skulle lämnas. I fråga om inkomst av vårdavgifter skulle uppdelning ske mellan avgifter från allmän sjukkassa resp. försäkringskassa, avgifter från (för) utförsäkrade patienter samt avgifter som

influtit enligt avtal med andra huvudmän (utomlänsavtal, regionsjukvårds- eller grannavtal). Vidare skulle bland inkomsterna av avgifter upptas övriga vårdavgifter, som ej kunde hänföras till annan inkomst av avgifter. Hit hörde bl.a. avgifter från patienter på hel- eller halvenskilda rum till den del avgiften översteg avgiften på allmän sal, utländska patienter, för vilka försäkringskassa (sjukkassa) ej erlagt avgifter, och interner.

Liknande uppgifter, anpassade efter förhållandena i det särskilda fallet, inhämtades från statens sjukhus (däri inbegripet jämväl riks-försäkringsverkets sjukhus), primärkommunala sjukvårdsinrättningar och enskilda sjukvårdsanstalter av lasarettskaraktär. Uppgifter om övriga enskilda sjukvårdsanstalter infordrades för år 1961 medan för år 1965 inhämtades uppgifter om landstingens och städernas utanför landsting driftbidrag m.m. till primärkommunala sjukvårdsinrättningar och enskilda sjukvårdsanstalter samt konvalescenthem.

Sammanställningar i tabellform av de inkomna uppgifterna samt de uträkningar utredningen låtit verkställa med ledning av uppgifterna har fogats till detta betänkande såsom *bil. A*.

Uppgifterna (Bil. A tab. 1 och 3) från samtliga landstingskommuner och städer, som ej tillhör landsting, utvisar bl.a. följande (1961 års uppgifter anges inom parentes).

Det totala antalet vårdplatser i genomsnitt under åren 1965 utgjorde i landstingskommunerna 50 808 (46 715) och sammanlagda antalet vård dagar därstädes ca 16 510 000 (15 039 000). Motsvarande siffror för Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping var 19 100 (17 379) vårdplatser och ca 6 523 000 (5 952 000) vård dagar. I förhållande till det disponibla antalet vård dagar utgjorde beläggningen i genomsnitt för hela riket 88,6 (89,7) %.

De totala driftkostnaderna, brutto, uppgick i fråga om landstingen till sammanlagt omkring 1 497,1 (819,9) milj. kr. och i fråga om städerna tillhopa ungefär 648,3 (368,5) milj. kr. eller för hela riket drygt 2 145 (1 188) milj. kr.

Landstingens intäkter från de allmänna försäkringskassorna (sjukkassorna) för av dessa ersatta vårdavgifter — i allmänhet 5 kr. per vård dag — uppgick till sammanlagt ca 55,1 (51,1) milj. kr. De landstingsfria städernas inkomster i motsvarande hänseende utgjorde ca 17,1 (17,1) milj. kr. Sammanlagt för hela riket inflöt sålunda i avgifter från försäkringskassorna (sjukkassorna) omkring 72,1 (68,3) milj. kr. Därjämte inbetalades till landstingen och städerna i avgifter från andra försäkrade än dem, för vilka försäkringskassorna (sjukkassorna) erlade vårdavgift, ett belopp om ca 31,4 (23,2) milj. kr. resp. ca 21,6 (12,6) milj. kr. Intäkterna från andra sjukvårdshuvudmän till följd av utomlänsavtal, regionsjukvårdsavtal och liknande uppgick sammanlagt i hela riket till nära 80,4 (46,6) milj. kr. Ytterligare intäkter av vårdavgifter, avseende rumspatienter samt utomlänspatienter, för vilka annan huvudman ej erlagt avgiften, uppgick till ett

sammanlagt belopp av ca 13,7 (13,8) milj.kr. i landstingen och städerna utanför landsting.

Av den tidigare framställningen framgår, att bruttodriftkostnaderna för av landstingen och de landstingsfria städerna drivna sjukvårdsinrättningar år 1965 utgjorde ca 2 145 (1 188) milj.kr. Totalt erhöles ca 219,2 (164,5) milj.kr. i intäkter av avgifter. Frånräknas från detta belopp ca 94,0 (60,4) milj.kr. utgörande dels intäkter från andra huvudmän jämlikt utomlänss-avtal, regionsjukvårdsavtal och andra driftavtal, dels avgifter från patienter på hel- och halvenskilda rum, återstår i intäkter av egentliga patientavgifter ca 125,2 (104,1) milj.kr. Av denna summa utgjorde 72,1 (68,3) milj.kr. avgifter erlagda av allmänna försäkringskassor (sjukkassor) och 53,1 (35,8) milj.kr. övriga patientavgifter, dvs. avgifter erlagda av eller för patienter, för vilkas vård kassa ej hade betalningsskyldighet (»utförsäkrade»). I procent av de landstingskommunala huvudmännens bruttodriftkostnader uppgick intäkterna av patientavgifter till 5,8 (9,1), därav i avgifter från kassorna 3,7 (6,2) och »övriga patientavgifter» 2,1 (2,9).

Intäkterna av patientavgifterna utgjorde genomsnittligt i de landstingsfria städerna 5,9 (8,1) % av driftkostnaderna, brutto, varvid 2,6 (4,7) % föll på avgifter erlagda av kassorna och 3,3 (3,4) % på »övriga patientavgifter».

I fråga om statens sjukhus har uppgifter (Bil. A tab. 2 och 4) lämnats beträffande mentalsjukhusen, varvid utesluts uppgifterna om familjevård, Vilhemsro epilepsisjukhus, de statliga kroppssjukhusen nämligen karolinska sjukhuset, serafimerlasarettet och akademiska sjukhuset, ävensom riksförsäkringsverkets sjukhus. Statens mentalsjukhus har i det material, som legat till grund för de lämnade uppgifterna år 1961, inte kunnat särskilja vilka patientavgifter som betalats av kassorna och vilka som erlagts av annan betalningsskyldig. På grund härav har för nämnda år beträffande samtliga statens sjukhus endast upptagits den totala intäkten av patientavgifter, oavsett vem som erlagt avgiften.

Sammanlagda antalet vårdplatser på statens sjukhus uppgick år 1965 till 23 895 (24 970) och antalet vård dagar till ca 8 465 000 (8 997 000) exklusive mentalsjukvårdens familjevård. Beläggningen utgjorde i genomsnitt 96,0 (98,7 %). Driftkostnaderna, brutto, var nära 522 (319) milj. kr. Intäkterna av vårdavgifter för patienter på allmän sal uppgick till ca 42,7 (44,8) milj.kr., varav 14,4 milj. från försäkringskassorna och 28,3 milj.kr. från »utförsäkrade» patienter. Avgifter från kommunala sjukvårdshuvudmän för vård vid de statliga kroppssjukhusen uppgick till ca 102,5 (60,4) milj. kr. och övriga avgiftsintäkter till ca 2,2 (2,1) milj.kr. Statens totala intäkter av vårdavgifter uppgick sålunda till ca 147,4 (105,6) milj.kr. I procent av driftkostnaderna, brutto, för sjukhusvården utgjorde de sammanlagda intäkterna 28,2 (33,1). Patientavgifterna utgjorde 8,2 (13,5) % av driftkostnaderna, brutto.

Av de uppgifter, som inkommit från primärkommunala sjukvårdsinrättningar, enskilda sjukvårdsanstalter av lasarettskaraktär och övriga enskilda sjukvårdsinrättningar (Bil. A tab. 8—11), har de som avser storleken av intäkterna av vårdavgifter det största intresset. Genomgående finner man att avgifter erlagda av allmänna försäkringskassor (sjukkassor) sammanlagt för varje vårdform uppgår till väsentligt lägre belopp än de avgifter som erlagts för utförsäkrade patienter eller av landsting och städer utanför landsting. Även summan av de såsom »övriga vårdavgifter» betecknade intäkterna överstiger i samtliga fall icke obetydligt vad som erlagts i avgifter av kassorna.

Vid de primärkommunala sjukvårdsinrättningarna (Bil. A tab. 8) uppgick intäkterna av avgifter från försäkringskassa (sjukkassa) till ca 340 000 (623 000) kr., för utförsäkrade patienter till ca 3,7 (2,0) milj.kr. och bidrag från landstingskommun (motsvarande) till något över 13,4 (5,7) milj.kr. Stor skillnad i intäkter från kassa och landstingskommun förelåg vid enskilda sjukvårdsanstalter av lasarettskaraktär (Bil. A tab. 9). Där uppgick avgifterna från kassorna till ca 2,2 (1,8) milj.kr. och från landstingskommunerna till ca 40,3 (27,9) milj.kr. medan avgiften för utförsäkrade uppgick till ca 1 252 000 (408 000) kr.

För att beträffande de sekundärkommunala huvudmännen belysa den slutna vårdens andel i debiteringssatsen enligt 1960 och 1961 års taxeringar samt 1964 och 1965 års taxeringar har bl.a. med stöd av vid undersökningarna framkomna siffror uträknats denna andel samt patientavgifternas motsvarighet i utdebiterade medel (Bil. A tab. 5 och 6). Den egna slutna sjukvårdens andel i debiteringssatsen utgjorde i genomsnitt i landstingskommunerna enligt 1960 års taxering 2:60,7 kr. och enligt 1961 års taxering 2:37,0 kr. Motsvarande andel enligt 1964 och 1965 års taxering var 4:14,3 kr. resp. 3:57,8 kr. Patientavgifternas andel i debiteringssatsen enligt 1960 resp. 1961 års taxering utgjorde 0:29,2 kr. och 0:26,5 kr. Motsvarande andel enligt 1964 och 1965 års taxering var 0:26,4 resp. 0:22,7 kr. Sistnämnda belopp motsvarar den höjning av debiteringssatsen, som skulle bli erforderlig, om vårdavgifterna slopades.

Motsvarande siffror för städer, som ej tillhör landstingskommun, var såvitt gällde den egna slutna sjukvårdens andel i debiteringssatsen 2:91,9 kr. år 1960, 2:69,9 kr. år 1961, 3:78,7 kr. år 1964 samt 3:38,0 kr år 1965. Patientavgifternas andel var 0:27,9 kr. år 1960, 0:25,8 kr. år 1961, 0:29,2 kr. år 1964 samt 0:26,0 kr. år 1965.

Slutligen har utredningen gjort en sammanställning avseende den genomsnittliga inkomsten per vård dag av patientavgifter och deras procentuella andel av driftkostnaderna vid landstingens och de landstingsfria städernas sjukhus åren 1947, 1961 och 1965 (Bil. A tab. 7). Siffermaterialet för år 1947 har hämtats ur sakkunnigas för fria sjukhusvården betänkande den 7 mars 1951 (stencilerat). Det må framhållas, att i 1947 års siffror inte ingår barn-

sjukhus, konvalescenthem och förlossningsavdelningar, medan dessa sjukhus och avdelningar är medtagna i siffermaterialet för åren 1961 och 1965. Ett avskiljande av barnsjukhusen och förlossningsavdelningarna torde knappast kunna ske, då dessa numera till största delen ingår i lasaretten som särskilda kliniker. Konvalescenthemmen utgör fortfarande en ringa del av sjukvårdshuvudmännens åtaganden. Angivna avvikelser mellan 1947 samt 1961 och 1965 års primärmaterial torde knappast spela någon roll för bedömningen av siffermaterialet i dess helhet. I materialet för samtliga tre år ingår de sekundärkommunala mentalsjukhusen i Stockholm, Göteborg och Malmö. I 1947 års uppgifter hade medtagits akademiska sjukhuset, då detta sjukhus ansågs ha karaktären av centrallasarett inom sjukvårdsområdet. För att erhålla största möjliga kongruens i jämförelsen har så skett även i 1961 och 1965 års uppgifter. Vidare är att märka, att patientavgifterna på allmän sal år 1947 i hög grad varierade mellan olika huvudmannaområden och inom olika vårdformer medan denna avgift åren 1961 och 1965 på några undantag när utgick med 5 kr. för dag på allmän sal hos samtliga huvudmän.

En jämförelse (Bil. A tab. 7) mellan åren 1947, 1961 och 1965 utvisar beträffande landstingen, att antalet vård dagar ökat från ca 10 329 000 år 1947 till ca 15 362 000 år 1961 och till ca 16 865 000 år 1965 samt att driftkostnaderna, som år 1947 uppgick till 154,4 milj.kr., år 1961 stigit till 852,1 milj.kr. samt år 1965 till 1 549,8 milj.kr. Inkomsterna av patientavgifter var år 1947 ca 17,3 milj.kr. och år 1961 ca 76 milj.kr. samt år 1965 88,3 milj.kr. eller i kr. per vård dag 1:67 år 1947 och 4:94 år 1961 samt 5:25 år 1965. I procent av driftkostnaderna uppgick inkomsterna av patientavgifter år 1947 till 11,2 och år 1961 till 8,9 samt år 1965 till 5,7.

För de landstingsfria städerna (Bil. A tab. 7) kan följande jämförelse göras. Antalet vård dagar i avrundade siffror var 4 764 000 år 1947 mot 5 952 000 år 1961 samt 6 523 000 år 1965 och driftkostnaderna ca 78,1 milj. kr. år 1947 mot inte mindre än ca 368,5 milj.kr. 1961 samt ca 648,3 milj.kr. år 1965. Inkomsterna av patientavgifter utgjorde år 1947 omkring 10,5 milj. kr. och år 1961 omkring 29,7 milj.kr. samt år 1965 ca 38,7 milj.kr. Uttryckt i kr. per vård dag var beloppen 2:21 år 1947 och 5:00 år 1961 samt 5:93 år 1965. Patientavgifterna utgjorde i procent av driftkostnaderna 13,5 år 1947 och 8,1 år 1961 samt 5,9 år 1965.

I genomsnitt för hela riket utgjorde huvudmännens intäkter av patientavgifter i procent av driftkostnaderna 12,0 år 1947 och 8,7 år 1961 samt 5,8 år 1965.

Sammanfattningsvis må framhållas följande. Vid de ovan nämnda undersökningarna beträffande sjukvårdshuvudmännens intäkter av vårdavgifter m.m. åren 1965 och 1961 redovisades för landsting och städer utom lands- ting, enskilda sjukvårdsanstalter av lasarettskaraktär och primärkommunala sjukvårdinrättningar sammanlagt 74 632 937 resp. 70 714 215 kr. i in-

täkter av sjukhusvårdavgifter från allmän försäkringskassa resp. sjuk-kassa, motsvarande i runt tal 14,9 milj. resp. 14,1 milj. debiterade vård-dagar. Från statens sjukhus redovisades intäkter från försäkringskassorna (sjukkassorna) med 14 400 000 resp. uppskattningsvis 14 700 000 kr. mot-svarande i runt tal 2 880 000 resp. 2 940 000 debiterade vård dagar.

Enligt de uppgifter sjukförsäkringsutredningen sålunda erhållit från sjukvårdshuvudmännen skulle huvudmännen år 1965 resp. år 1961 i intäk-ter av patientavgifter erlagda av de allmänna försäkringskassorna (sjuk-kassorna) ha uppburit ca 89 030 000 kr. resp. ca 85 850 000 kr. motsvarande ca 17 800 000 vård dagar resp. ca 17 170 000 vård dagar.

I riksförsäkringsverkets statistik för allmän försäkring anges kassornas utgifter för sjukhusvård och vård på förlossningsanstalt för år 1965 och år 1961 till 86 918 000 resp. 82 515 000 kr. Skillnaden mellan huvudmännens beräknade intäkter och kassornas utgifter för nämnda år — 2 112 000 resp. 3 335 000 kr. — torde bero på att i sjukvårdshuvudmännens uppgifter inräk-nats även vid årets utgång av kassorna ännu ej likviderade vårdräkningar medan i riksförsäkringsverkets statistik upptagits de av kassorna under året bokförda utgifterna för sjukhusvård och vård på förlossningsanstalt. Kas-sornas verkliga utgifter bör således anses vara lika med huvudmännens be-räknade intäkter, dvs. 89 030 000 resp. 85 850 000 kr. Antalet vård dagar för vilka kassorna under år 1965 resp. år 1961 haft ersättningsskyldighet kan därför beräknas till 17 800 000 resp. 17 200 000.

Utredningens överväganden och förslag

Allmänna synpunkter

Utredningen har enligt sina direktiv att pröva grunden för att sjukför-säkringen skall svara för en del av kostnaderna för sjukhusvård genom att patienterna debiteras vårdavgift, som sedan ersätts av sjukförsäkringen. Vid sina överväganden av detta spörsmål har utredningen först prövat fördelar-na och nackdelarna av en helt avgiftsfri sjukhusvård.

I vårt land svarar samhället sedan gammalt för huvudparten av den slut-na sjukvården. Skyldighet att bereda sådan vård åvilar främst landstingen och städerna utanför landsting. Ursprungligen avsåg avgiften vid sjukhus-vård — den s.k. legosängsavgiften — att täcka enbart kostnaden för för-plägnad under det att den sjuke skulle erhålla husrum, medikamenter och vård kostnadsfritt. Den vårdavgift, som sjukhushuvudmännen numera med stöd av bestämmelserna i SjuL tar ut, får dock anses innesluta ersättning för såväl vård som underhåll (behandling samt kost och logi m.m.). För vård på allmän sal utgör avgiften i regel 5 kr. per vård dag. Att avgiften hållits så låg beror huvudsakligen på hänsyn till de mindre bemedlade i samhället.

Enligt den undersökning rörande sjukhusavgifter m.m., som redovisats i det föregående, uppbar huvudmännen för år 1965 ca 89 milj.kr. i ersättning för vårdavgifter från den allmänna försäkringen och ca 86,4 milj.kr. i avgifter för s.k. utförsäkrade patienter. Sammanlagt utgjorde således patientavgifterna ca 175,4 milj.kr. Därav föll på landstingen 86,5 milj.kr., på de landstingsfria städerna 38,7 milj.kr. och på staten 42,7 milj.kr. Återstoden, ca 7,5 milj.kr., fördelade sig mellan huvudmän för enskilda sjukvårdsanstalter av lasarettskaraktär — ca 3,4 milj.kr. — och primärkommunala huvudmän — ca 4,1 milj.kr. I procent av bruttodriftkostnaderna utgjorde huvudmännens intäkter i form av vårdavgifter för år 1961 13,9 för landstingskommunerna och 13,6 för städerna utanför landsting (Bil. A tab. 1). Motsvarande procenttal för år 1965 utgjorde 9,4 resp. 12,2 (Bil. A tab. 3). Håller man sig enbart till intäkterna från de allmänna försäkringskassorna blir procentsiffrorna för år 1961 6,2 resp. 4,7 och för år 1965 3,7 resp. 2,6. Det är således endast en ringa del av sjukhusvårdskostnaderna, som täcks genom ersättning från den allmänna försäkringen.

1946 års principbeslut om fri sjukhusvård förutsatte att sjukhushuvudmännen inte skulle få ta ut vårdavgifter. Beslutet byggde vidare på den förutsättningen att staten skulle gottgöra huvudmännen för de intäkter från patienter och sjukassor som de härigenom skulle gå miste om. Enligt de beräkningar som redovisats ovan skulle statsutgifterna för år 1965 ha ökat med ca 175,4 milj.kr. vid fri sjukhusvård. Härav skulle 42,7 milj.kr. ha motsvarat bortfallet av avgifter från försäkringskassorna och utförsäkrade patienter vid statens egna sjukvårdsinrättningar. Om avgiftsbortfallet för landstingskommunerna i stället skulle ha tagits ut över landstings- resp. kommunalskatten, kan utdebiteringen för landstingskommunerna och städerna utanför landsting beräknas ha ökat med i genomsnitt 24 öre per skattekrona (Bil. A tab. 6).

Principbeslutet om fri sjukhusvård syftade till att skapa administrativa lättnader för kassorna och huvudmännen men bör främst ses såsom uttryck för en principiell uppfattning om sjukförsäkringens roll i sjukvårdens finansiering. Enligt denna uppfattning borde sjukassorna främst svara för skyddet mot inkomstbortfall vid sjukdom, medan det allmänna i annan ordning skulle sörja för att läkar- och sjukhusvård samt läkemedel stod till den enskildes förfogande mot rimlig kostnad. Bakgrunden till att det tidigare principbeslutet om fri sjukhusvård frångicks vid införandet av den allmänna sjukförsäkringen den 1 januari 1955 var enligt vad som anfördes i prop. 1953:178 strävandena att minska statens utgifter för reformen. Någon ändrad principiell inställning till sjukförsäkringens roll i sjukvårdens finansiering kom däremot inte till uttryck.

När det gäller att bedöma fördelarna av ett system med helt avgiftsfri sjukhusvård har sjukförsäkringsutredningen funnit följande omständigheter vara betydelsefulla.

Den utbrytning av sjukhusvårdsförmånen ur AFL, som en sådan reform skulle innebära, skulle medföra administrativa lättnader och därmed kostnadsbesparingar både för försäkringskassorna och sjukvårdshuvudmännen. Sålunda skulle försäkringskassorna helt kunna befrias från de med sjukhusvårdsräkningarna förenade arbetsuppgifterna och sjukhusens befattning med sådana räkningar kunna inskränkas avsevärt.

Enligt nuvarande system med individuell ersättning för sjukhusvårdskostnader erlägger som redovisats i det föregående försäkringskassorna ersättning till sjukhusen mot ett stort antal räkningar, var och en omfattande i regel små belopp. Särskilt när det gäller kortare vårdtider torde administrationskostnaderna ofta ej stå i rimlig proportion till ersättningsbeloppens storlek. Visserligen har en del administrativa förenklingar redan kommit till stånd inom ramen för nuvarande system och ytterligare förenklingar kan säkerligen genomföras utan att ändringar i själva systemet behöver vidtas. Emellertid kvarstår försäkringskassornas skyldighet att i en eller annan form kontrollera, att förutsättningarna för rätt till ersättning för sjukhusvård föreligger. Sådana kontroller är i varje fall tidvis arbetskrävande för kassorna. Då och då leder de till relativt omfattande utredningar för att spåra felkällor och korrigera felaktiga debiteringar. Dessutom måste sjukhusen, oavsett vilka förenklingar som vidtas inom systemet, utfärda vårdavgiftsräkningar till flera försäkringskassor och sålunda fortfarande bevaka patienternas tillhörighet till olika kassor.

Såväl landstingen som försäkringskassorna har undan för undan tillfört nya och omfattande uppgifter. Senast har landstingen övertagit huvudmannaskapet för mentalsjukvården den 1 januari 1967 och försäkringskassornas arbetsuppgifter har fr.o.m. samma tidpunkt ökats väsentligt på grund av ändringarna i AFL beträffande karensdagar m.m. De vidgade arbetsuppgifterna ökar betydelsen av att alla möjligheter till förenklingar i de administrativa funktionerna hos såväl kassorna som sjukvårdshuvudmännen tillvaratas.

Om sjukhusvårdsförmånen bryts ut ur AFL skulle försäkringens utgifter minska med i runt tal 15 kr. per år och försäkrad.

Ett slopande av vårdavgifterna skulle automatiskt medföra, att den nuvarande begränsningen av sjukhjälpstiden i fråga om sjukhusvård för försäkrade med ålderspension eller hel förtidspension upphörde. Därigenom skulle en betydande grupp av de hos kassorna inskrivna försäkrade, som är i en levnadsålder då vårdbehovet är som störst och för vilka sjukhusvistelsen är särskilt betungande, erhålla förbättringar i skyddet mot kostnader vid sjukdom. Antalet försäkrade med ålderspension eller hel förtidspension uppgick år 1964 enligt den av riksförsäkringsverket utgivna publikationen »Allmän försäkring» till 947 169. Hela antalet inskrivna försäkrade hos de allmänna försäkringskassorna var 5 964 438 vid utgången av år 1964. Gruppen pensionärer utgjorde sålunda ca 15,9 % av samtliga inskrivna försäkrade vid denna tidpunkt.

För att belysa den skillnad i fråga om vårdbehov, som råder mellan olika åldersgrupper, kan erinras om resultatet av en av socialpolitiska kommittén gjord inventering av antalet patienter på sjukhus och sjukhem m.m. avseende förhållandena den 12 april 1962. Inventeringen, som avsåg akut kroppssjukvård, vård av långvarigt kroppssjuka och vård på mentalsjukhus och mentalsjukhem, har redovisats i betänkandet »Åldringsvårdens läge» (SOU 1963:47). Den visar bl.a. att antalet patienter på sådana vårdanstalter i procent av samtliga personer i resp. åldersgrupp uppgick till 3,86 i åldern 67 år och däröver, 2,52 i åldern 65-66 år, 2,08 i åldern 60-64 år, 1,46 i åldern 50-59 år, 0,99 i åldern 40-49 år, 0,50 i åldern 15-39 år och 0,22 i åldern 0-14 år.

De remissinstanser, som på sin tid ställde sig avvisande till förslaget om utbrytning av sjukhusvårdsförmånen ur den allmänna sjukförsäkringen, befarade bl.a. att genomförandet av fri sjukhusvård skulle medföra en ökad belastning för sjukhusen, som endast kunde bemästras genom utökning av såväl den slutna som den öppna vårdens resurser. Vidare framhölls att svårigheterna att reglera tillströmningen till sjukhusen skulle öka i och med att kassornas kontrollverksamhet beträffande sjukhusvården skulle bortfalla.

Gentemot dessa farhågor kan enligt utredningens mening invändas att de nuvarande vårdavgifterna sällan torde utgöra ett ekonomiskt hinder för den enskilde att söka sjukhusvård och att införandet av helt avgiftsfri sjukhusvård därför knappast skulle påtagligt öka efterfrågan på sådan vård. Ehuru de försäkrade f.n. formellt har att själva erlägga vårdavgiften torde de allra flesta, för vilka försäkringen ersätter utgifterna, uppfatta systemet så, att de redan nu åtnjuter fri sjukhusvård eftersom vårdavgifterna regleras direkt mellan sjukhusen och försäkringskassorna.

Beträffande kassornas kontrollverksamhet må framhållas, att det vid nuvarande system i fråga om intagning och utskrivning vid sjukhus inte är möjligt för kassorna att inverka på patienttillströmningen eller på vårdtidens längd. I dessa avseenden är läkarna bestämmande. Enligt huvudregeln i 24 § SjäL beslutar sålunda vederbörande överläkare, sjukstuguläkare eller sjukhemsläkare om intagning. Enligt 25 § samma lag får endast den som är i behov av vård eller observation på sjukhus tas in. Dessutom får inte utan sjukvårdsstyrelsens medgivande tas in annan än den för vilken landstingskommun jämlikt nämnda lag eller enligt avtal har att ombesörja slutna vård. Enligt sjukförsäkringsutredningens mening finns det således knappast anledning befara, att införandet av helt avgiftsfri sjukhusvård i och för sig skulle medföra, att trycket på den slutna sjukvården ökade.

Trots att vissa fördelar onekligen står att vinna med helt avgiftsfri sjukhusvård, finns det dock enligt utredningens mening i dag anledning att ställa sig tveksam till genomförandet av en sådan reform. Sedan principbeslutet

om avgiftsfri sjukhusvård tillkom år 1946 har samhället genomgått stora förändringar, inte minst på sjukvårdens område.

Det som framför allt satt sin prägel på sjukvården under senare år och som samtidigt är av vital betydelse när det gäller att ta ställning till frågan om avgift för sjukhusvård eller ej är kravet på ständigt stegrade ekonomiska insatser från samhällets sida på sjukvårdens område. Orsaken till detta tryck är främst att söka i en successivt och i snabb takt ökad efterfrågan på sluten vård, beroende på den medicinska utvecklingen och den förbättrade sjukvårdsstandarden men även på förhållanden som den hastigt stigande levnadsstandarden samt den växande insikten om hälso- och sjukvårdens betydelse. Befolkningsutvecklingen är också en faktor man måste räkna med då det gäller att förklara den ökade efterfrågan på sluten vård och därav betingat behov av en utbyggnad av vårdplatssektorn.

Efterfrågan på sjukvård har stigit kraftigt i vårt land trots att hälso-tillståndet oavbrutet har förbättrats. Sjukdomspanoramat har samtidigt förändrats genom en rad olika orsaker, såsom den minskade dödligheten och sjukligheten i yngre år, vilket medfört en stark ökning av medellivslängden. Antalet åldringar i förhållande till antalet personer i produktiv ålder har bl.a. härigenom successivt ökat. År 1950 fanns det drygt sju personer i produktiv ålder på varje åldring. År 1980 beräknas det gå ungefär fyra personer i produktiv ålder per åldring. Äldre människor har avsevärt större behov av medicinsk vård än yngre. Som läkarprognosutredningen (SOU 1961:8) visat har exempelvis en 70-åring fyra gånger och en 80-åring fem gånger så stort sjukvårdsbehov som en 30-åring. De förbättrade behandlingsmetoderna inom sjukvården medför dessutom att många sjuka, som tidigare skulle ha avlidit av sin sjukdom, numera överlever, oftast med långvarigt sjukvårdsbehov. Genom förskjutningen från akuta, snabbt övergående eller dödliga sjukdomar till långvariga sjukdomstillstånd framför allt i högre ålder har sålunda sjukvårdsorganisationen utsatts för en starkt ökad belastning. Denna utveckling pågår alltjämt. I framtiden kommer sannolikt långtidssjukdomarna att få ännu större tyngd.

Enligt en i Statistiska Meddelanden B 1963:12 publicerad riksprognos i fråga om den väntade befolkningsutvecklingen beräknas folkmängden i riket år 1980 vara 8 531 000. Det innebär en ökning med 1 033 000 från år 1960. I prognosen har befolkningen bl.a. delats upp i åldersklasserna 0-15 år (barn), 16-66 år (produktiva) och 67 — w (åldringar). De tre åldersklassernas andel i procent av totalbefolkningen vid slutet av år 1960 och den väntade andelen år 1980 framgår av följande tabell.

År	0—15 år	16—66 år	67—w år
1960	23,9	66,1	10,0
1980	22,9	62,6	14,5

Enligt nämnda prognos väntas antalet personer, som fyllt 70 år, öka från 562 000 år 1960 och 644 000 år 1965 till 739 000 år 1970, 847 000 år 1975 och 968 000 år 1980. Detta innebär en ökning med 72 procent från år 1960 till år 1980.

Den ökade efterfrågan på slutna sjukvård, som utvecklats snabbt, har inte kunnat tillgodoses. Främst föreligger brist på platser inom långtidssjukvården. Läkarpåprognosutredningen beräknade i sitt ovannämnda betänkande, att vårdplatsbehovet i långtidssjukvården — inklusive vissa grupper lätt-skötta mentalt sjuka — motsvarade 4 promille av totalbefolkningen eller 55 promille av befolkningen i åldern 70 år och däröver. Med utgångspunkt i ovan angivna uppgifter om antalet 70-åringar åren 1960, 1965 och 1970 kan vårdplatsbehovet inom långtidssjukvården för åren 1960 och 1965 beräknas ha uppgått till ca 28 700 resp. ca 35 400. För år 1970 kan det beräknas till ca 40 600. Uppgifter om vårdplatsutvecklingen, redovisade i bilaga 6 till 1965 års långtidsutrednings huvudrapport (SOU 1966:13), visar att tillgången på platser i den slutna vården av långvarigt kroppssjuka år 1960 var 18 647 och år 1970 beräknas vara 35 800. Enligt uppgifter som sjukför-säkringsutredningen inhämtat från sjukvårdshuvudmännen utgjorde antalet platser i långtidssjukvården år 1965 ca 24 600 (Bil. A tab. 15). En jämförelse mellan behov och tillgång på vårdplatser ger således vid handen, att en brist på ca 10 000 platser inom långtidssjukvården skulle ha förelagat åren 1960 och 1965 samt att det år 1970 alltså skulle finnas en brist på ca 5 000 platser inom nämnda vårdområde.

Skall eftersläpningen beträffande vårdplatser i långtidssjukvården tas igen och utbyggnaden av vårdplatser kunna fortsätta i takt med den ytterligare ökning av behovet som väntas, krävs avsevärda investeringar. Enligt medicinalstyrelsens bedömning ger en framskrivning av läkarpåprognosutredningens beräkningar ett behov av 46 500 vårdplatser år 1975 och 53 250 år 1980. De sammanlagda årliga investeringskostnaderna inom hälso- och sjukvården beräknas enligt långtidsutredningens rapport öka från 530 milj. kr. år 1963 till omkring 1 500 milj.kr. år 1970. De totala driftkostnaderna beräknas öka från 2 598 milj.kr. år 1963 till drygt 4 000 milj.kr. i genomsnitt under åren 1966—1970 eller, under förutsättning av en jämn procentuell stegring, till närmare 5 000 milj. kr. år 1970. Stora krav på samhället kommer att ställas för att hälso- och sjukvården skall kunna tillföras de avsevärt ökade resurser, som således krävs för att tillgodose de stegrade behoven. Till bilden hör att detta skall ske i en situation, där både statens och lands-tingens resurser redan är hårt ansträngda i olika avseenden.

I detta sammanhang bör även beaktas den inkomstutveckling, som ägt rum i landet sedan principbeslutet om fri sjukhusvård fattades år 1946. I fråga om denna utveckling konstaterar allmänna skatteberedningen i sitt betänkande »Nytt skattesystem» (SOU 1964:25) med stöd av beräkningar, som bygger på statistiska centralbyråns årliga inkomststatistik, att medel-

inkomsterna ökat väsentligt från år 1948 till år 1964 samt att de nominella medelinkomsterna kan antas bli i runt tal fyra gånger så höga år 1970 som år 1948 under det att realinkomsten mellan de angivna åren antas bli fördubblad. Det är givet att det i ett sådant läge finns anledning ställa sig tveksam till en ordning, som innebär att huvudmännen kostnadsfritt skall tillhandahålla sjukhusvård.

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

En metod att komma till rätta med överskottsproblemet har varit att höja vårdavgiften för salspatienter på sjukhusen. Så skedde senast den 1 januari 1959, då avgiften höjdes från 3 till 5 kr. I den departementspromemoria, som låg till grund för förslaget i frågan (prop. 1958:126), anfördes sammanfattningsvis att metoden att höja dagavgiften till 5 kr. i dåvarande läge kunde sägas innebära en någorlunda tillfredsställande lösning på överskottsproblemet men att, eftersom avsikten var att under loppet av 1960-talet successivt höja folkpensionerna, lösningen måste betraktas som ett provisorium. Om metoden att höja dagavgiften för att lösa överskottsproblemet kunde betecknas som någorlunda tillfredsställande år 1958, måste enligt utredningens uppfattning metodens användbarhet i nämnda syfte numera starkt ifrågasättas. Bl.a. måste tillkomsten av den allmänna tilläggs pensioneringen tas i beaktande. Utredningen anser därför, att lösningen av överskottsproblemet måste ske efter helt andra linjer än tidigare.

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

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

Emellertid kan det ifrågasättas om inte inom ett system med avgiftsbe-

lagd sjukhusvård vårdavgiften bör vara konstruerad på ett annat sätt än f.n.

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

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

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

Vid ett genomförande av kostnadsfri medicinsk vård i sluten vård behövs förmånen av ersättning för utgifter för sjukhusvård inte bibehållas i AFL. Utredningen föreslår därför att denna förmån bryts ut ur nämnda lag.

Däremot finns enligt utredningens mening skäl att överväga ett avgiftssystem, som innebär att patienterna i den slutna sjukvården får betala kostnader för underhåll — främst mat och logi — dvs. sådana kostnader för vilka patienterna normalt får svara om de i stället behandlas i öppen vård. Detta ter sig särskilt befogat när det gäller sådana patienter, som av samhället omhändertagits för långtidsvård på sjukhus. Även om patienterna inom långtidssjukvården inte i samma utsträckning som de intagna på ålderdomshemmen är »stationära», har dock det övervägande antalet patienter

på sjukhemmen i och med intagningen där i verkligheten lämnat livet utanför sjukhuset. Det kan därför göras gällande, att sjukhemmet för flertalet sådana patienter trätt i stället för det egna hemmet. Den sjuke har sålunda inte särskilda utgifter för exempelvis mat, kläder, läkarvård, läkemedel m.m. I många fall har patienten ej heller utgift för bostad. Det är därför rimligt att en sjuk, som mera stadigvarande omhändertagits för vård, till den som svarar för hans uppehälle i princip betalar de kostnader, som är förenade därmed.

Sjukförsäkringsutredningen anser med hänsyn till dessa överväganden, att tiden nu är inne att överge det nuvarande avgiftssystemet vid sluten sjukvård, som innebär att patienter mot en låg enhetlig avgift under i princip obegränsad tid bereds både medicinsk vård och uppehälle under sjukhusvistelsen. Utredningen föreslår, att sjukhushuvudmännen vid bestämmande av de belopp, varmed vårdavgift enligt 27 § SjäL skall erläggas, i stället tillämpar ett system med avgifter för underhållskostnad. Förslaget innebär i stort, att i sluten vård skall tas ut avgifter, som i princip motsvarar sjukhushuvudmännens kostnader för patienternas underhåll — *underhållsavgift*.

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

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

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

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

Förslagets närmare utformning

Skyldighet att bereda medicinsk vård kostnadsfritt

Enligt 27 § SjöL äger den som driver sjukhus rätt att bestämma efter vilka grunder och till vilket belopp vårdavgift skall erläggas till sjukhus för där meddelad vård. Utredningens förslag att den medicinska vården på allmän sal i slutna sjukvård skall lämnas kostnadsfritt, strider mot detta stadgande. Bestämmelsen måste därför ändras, om förslaget genomförs. Enligt utredningens mening är det emellertid som förut framhållits angeläget att principerna för fördelningen mellan staten, sjukvårdshuvudmännen och försäkringen av kostnaderna för hälso- och sjukvården framtiden tas upp till behandling i ett större sammanhang. I avvaktan härpå föreslår utredningen, att ändringen i SjöL inte görs mera omfattande än som behövs för att ge uttryck åt att den medicinska vården skall lämnas utan avgift. Utredningen föreslår därjämte att tills vidare i en särskild lag införs förbud för sjukhushuvudmännen att ta ut avgift för medicinsk vård på allmän sal i slutna sjukvård. Förbudet skall således inte avse vård på enskilda och halvenskilda rum.

Beträffande statens sjukhus och de av riks försäkringsverket drivna sjukhusen bör föreskrifter av motsvarande innehåll utfärdas i administrativ ordning. När det gäller enskild sjukvårdsanstalt föreslår utredningen att såsom villkor för att av staten, landsting, landstingsfri stad eller kommun erhålla bidrag, som täcker huvudmannens driftunderskott, skall gälla att den som driver anstalten förbinder sig att lämna vården kostnadsfritt.

Avgränsningen till personkrets

Enligt var utredningen föreslagit i det föregående skall rätten att åtnjuta kostnadsfri medicinsk vård i slutna sjukvård gälla under obegränsad tid och omfatta dem, för vilka huvudmännen har vårdskyldighet enligt SjöL. Kostnadsfriheten kommer härigenom att omfatta dels dem som är bosatta inom sjukvårdsområdet, dels dem som vistas inom sjukvårdsområdet utan att vara bosatta där, om behov av omedelbar vård föreligger.

Kretsen försäkrade kommer genom ändring av 1 kap. 3 § AFL, vilken träder i kraft den 1 januari 1968, att helt överensstämja med den personkrets, för vilken vårdskyldighet föreligger för sjukvårdshuvudmännen jämlikt 3 § SjlL. Lagändringen innebär, att det nuvarande kravet på mantals-skrivning för att utlänning skall tillhöra sjukförsäkringen ersätts av krav på bosättning i Sverige. Utredningen vill i detta sammanhang fästa uppmärksamheten på att vid tillämpningen av SjlL och AFL bosättningsbegreppet inte alltid bedöms ensartat. Enligt SjlL anses i regel en person bosatt i Sverige först när kyrkobokföring skett under det att enligt AFL en person mycket väl kan anses vara bosatt i riket och sålunda inskriven i försäkringskassa utan att vara kyrkobokförd. Vad nu sagts kan vid ett genomförande av utredningens förslag leda till att en i försäkringskassa inskriven person, som inte är kyrkobokförd i Sverige, debiteras vårdavgift utan att kunna få återbäring härför från försäkringen.

Om vid en utbrytning av sjukhusvårdsförmånen ur AFL enbart de, som är bosatta i riket, skulle beredas vård kostnadsfritt, skulle uppenbarligen ett — låt vara relativt litet — antal utländska medborgare, för vilka försäkringskassorna nu påförs s.k. utomlänsavgift, komma att ställas helt utan ekonomiskt skydd vid sjukhusvård. Sådana utländska medborgare, som enligt konventioner är likställda med svenskar i vad avser sjukförsäkringen och för vilka försäkringen nu utger ersättning vid slutna vård, bör enligt utredningens mening inte försättas i en sämre situation efter reformens genomförande. Utredningen anser det därför angeläget, att sjukvårdshuvudmännen svarar för att dessa utländska medborgare vid uppkommande vårdbehov under vistelse här i riket bereds medicinsk vård i den slutna vården kostnadsfritt. De utländska medborgare som avses är de, som omfattas av konventionen om social trygghet mellan Sverige och Förenade Konungariket Storbritannien och Nordirland (SFS nr 1957: 154), konventionen mellan Sverige, Danmark, Finland, Island och Norge om social trygghet (SFS 1956: 491), konventionen mellan Sverige och Italien rörande social trygghet (SFS 1957: 458) samt Internationella arbetsorganisationens (ILO) konvention nr 118 angående utlänningars likställande med ett lands egna medborgare i fråga om social trygghet (SFS 1964: 57). Utredningen förutsätter att, efter hand som andra länder ansluter sig till ILO-konventionen, dessa länders medborgare kommer att omfattas av rätten att erhålla medicinsk vård kostnadsfritt. Detsamma bör enligt utredningens mening gälla även i händelse nya konventioner ingås mellan Sverige och andra länder.

Vilken merkostnad för sjukvårdshuvudmännen den föreslagna utvidgningen av personkretsen kommer att innebära låter sig inte mera exakt bedömas. En viss vägledning kan hämtas från försäkringskassornas utgifter för sjukhjälp enligt konventionerna. Enligt uppgift från riks-försäkringsverket uppgick utgifterna för sjukhusvård för ifrågavarande patienter för år 1964 till 32 500 kr. och år 1965 till 80 000 kr. Det torde mot bakgrunden av dessa siffror röra sig om relativt små belopp.

Beträffande de sjukhus och anstalter — statens sjukhus, riks försäkringsverkets sjukhus, primärkommunala sjukhus och vissa enskilda sjukvårdsanstalter — som inte i första hand är avsedda för patienter från visst sjukvårdsområde, föreslår utredningen i anslutning till sina i det föregående framförda förslag, att sjukvården där skall lämnas kostnadsfritt för inom riket bosatta personer och utlandssvenskar, som nu är berättigade till vård mot inomlänsavgift samt för de utländska medborgare, som enligt konventioner är likställda med svenskar i vad avser sjukförsäkringen och vilka enligt nu gällande regler är berättigade till vård på dessa sjukhus.

Avgränsningen till sjukhus

Sjukhushuvudmännens skyldighet att meddela den medicinska vården kostnadsfritt bör omfatta den vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd, som nu åligger landstingskommun enligt 3 § SjäVL.

Kostnadsfriheten bör i princip gälla på alla av de offentliga huvudmännen — staten, landstingen, de landstingsfria städerna och primärkommunerna — drivna sjukhus, som upptagits i medicinalstyrelsens sjukhusförteckning den 2 januari 1967, utom på vårdanstalter för psykiskt efterblivna och sjukhem för psykopatiska och nervösa barn. Vården för psykisk efterblivenhet är till sin natur knappast att jämföra med sjukvård i gängse mening. Anstaltsvården av psykiskt efterblivna behandlas ej heller i SjäVL utan i en särskild lag, 1954 års lag om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna. Sjukhemmen för psykopatiska och nervösa barn torde få betraktas som ett speciellt slag av hem för barna- och ungdomsvård.

Dessutom bör vården lämnas kostnadsfritt på riks försäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn, Tranås och Åre.

Utredningen förordar vidare att den medicinska vården skall lämnas kostnadsfritt på de enskilda sjukvårdsanstalter, vilkas driftunderskott täcks genom bidrag från staten, landsting, landstingsfri stad eller kommun. När det gäller enskilda anstalter av lasarettskaraktär visar av utredningen inhämtade uppgifter, avseende år 1965, att underskottstäckning lämnas beträffande samtliga sådana i medicinalstyrelsens förteckning upptagna anstalter utom Betaniastiftelsens sjukhus, Röda korsets sjukhus och Sophiahemmet, samtliga i Stockholm, samt Carlanderska sjukhemmet i Göteborg.

Beträffande övriga enskilda sjukvårdsanstalter synes enligt till utredningen inkomna uppgifter, avseende år 1965, landsting eller landstingsfri stad beträffande 50 av befintliga 231 anstalter lämna bidrag, som helt eller till väsentlig del täcker anstaltens driftkostnader. Huruvida bidragen helt täcker anstalternas driftunderskott framgår inte klart. Endast i den mån så är fallet bör jämväl sådana anstalter vara skyldiga att lämna den medicinska vården kostnadsfritt.

Det bör åligga den nya socialstyrelsen att i den av styrelsen förda sjukhus-

förteckningen ange, på vilka av sjukhusen, som den medicinska vården lämnas kostnadsfritt. Om sjukhusförteckningen skall kunna hållas aktuell, måste de offentliga sjukhushuvudmän — framför allt landsting eller landstingsfria städer — som lämnar bidrag till driftunderskott vid enskild sjukvårdsanstalt, fortlöpande underrätta socialstyrelsen om sådana förändringar i detta bidrag, vilka kan påverka frågan om kostnadsfrihet.

Kungl. kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 384) med förteckning över vissa sjukvårdsinrättningar, vilka är att anse såsom sjukhus jämlikt lagen om allmän försäkring, erfordras ej längre vid ett genomförande av utredningens förslag och föreslås därför upphävd.

Grunden för underhållsavgiftens beräkning

Den som driver sjukhus äger med stöd av bestämmelser i SjuvL att fritt bestämma avgifterna för vård på sjukhuset. Rätten gäller såväl för sluten som för öppen vård. Utredningens förslag om underhållsavgift i sluten sjukvård innebär således inte någon principiell nyhet. Redan nu föreligger möjlighet för sjukhushuvudman att för patient i sluten sjukvård ta ut avgift för exempelvis underhåll, som motsvarar huvudmannens verkliga kostnader härför, ehuru denna möjlighet endast undantagsvis utnyttjats. Utredningens förslag innebär endast, att sjukhushuvudmännen skall tillämpa sin vårdavgiftsrätt på annat sätt än hittills. För sluten sjukvård skall enligt förslaget fastställas en avgift, som i princip motsvarar sjukhushuvudmannens självkostnader för patientens underhåll. I avgiften skall inte ingå kostnad för medicinsk vård. Enligt vad utredningen inhämtat saknas dock möjligheter att i varje fall f.n. vid sjukhusen särskilja kostnader för underhåll från övriga kostnader för patientens vård. Någon skarp gräns kan inte heller alltid dras mellan vad som är att hänföra till den medicinska vården och till underhåll av patienten. Av den anledningen och med hänsyn till önskvärdheten att åstadkomma överensstämmelse i avgiftssättningen mellan ålderdomshem och sjukhus föreslår utredningen, att den verkliga kostnaden för underhåll av de intagna på ålderdomshemmen, som enligt allmänna kommunalrättsliga grunder utgör maximum för kommunens avgiftsuttag, tills vidare tas till utgångspunkt för bestämmandet av den underhållsavgift per vård dag, som skall tas ut vid vård på allmän sal. Om kommunens kostnad för underhåll av intagen på ålderdomshem används som utgångspunkt för bestämmandet av underhållsavgift i sluten sjukvård, torde enligt utredningens mening risk inte föreligga för att på sjukhus intagen patient får erlægga avgift, som överstiger sjukhushuvudmannens självkostnad för underhållet.

Enligt den i det föregående nämnda redogörelsen från statistiska centralbyrån var utgifterna i genomsnitt per vård dag vid de egentliga ålderdomshemmen i hela riket för år 1964 26:71 kr. I denna kostnad ingick

utgifter för underhåll av fastighet, underhåll och komplettering av inventarier, avlöningar, arvoden och dylikt, pensioner, pensionsavgifter för anställd personal, värme, lyse, renhållning, vatten, tvätt, kosthåll, beklädnad, läkarvård, medicin, tandvård, flit- och fickpengar samt hyror och övriga utgifter. Från utgifter för läkarvård, medicin och tandvård bör bortses, då underhållsavgift vid sjukhus fastställs, eftersom den medicinska vården enligt utredningens förslag skall vara kostnadsfri för patienten. Vidare bör bortses från utgifter för flit- och fickpengar.

Det vore onekligen till fördel om en enhetlig underhållsavgift kunde bestämmas för alla sjukhus i landet. Emellertid varierar kostnaderna för ålderdomshemmen i vissa fall väsentligt mellan kommunerna i olika delar av landet. Förhållandet torde i inte oväsentlig grad bero på dyrortsgrupperingens inverkan, eftersom denna ger utslag i fråga om utgifter för personalens avlöningar, som utgör den största delen av de totala utgifterna för ålderdomshemmen. Dessa olikheter i kostnaderna bör enligt utredningens mening få återverkan också på underhållsavgifterna vid sjukhusen. Utredningen föreslår, att en någorlunda enhetlig underhållsavgift tillämpas inom ett och samma sjukvårdsområde. Avgiften bör vara maximerad till visst belopp per vård dag och grundas på den genomsnittliga kostnaden för kommunerna per vård dag för underhåll av de intagna på ålderdomshemmen inom sjukvårdsområdet och beräknas årligen av landstingskommunerna, eftersom dessa dominerar sjukvården. Utredningen utgår från att övriga sjukhushuvudmän kommer att anpassa sin avgiftssättning till landstingskommunernas.

Tidpunkten för underhållsavgiftens uttagande

Ett avgörande motiv för utredningens förslag om ett system med underhållsavgifter har som förut utvecklats varit den förändring i den enskildes ekonomiska förhållanden, som intagningen på sjukhus medför. Det är framför allt de långtidsvårdades situation och önskemålet att finna en varaktig lösning av överskottsproblemet, som utredningen härvid haft för ögonen. För de korttidsvårdade saknar dessa synpunkter relevans. De ekonomiska förpliktelserna utanför sjukhuset förändras inte nämnvärt under en relativt kort sjukhusvistelse och under en sådan vistelse har patienten inte möjlighet att samla överskott av någon betydelse. Utredningen anser därför att underhållsavgift i allmänhet inte bör tas ut, förrän patientens uppehålle mera stadigvarande ombesörjs genom sjukhushuvudmannen.

Starka administrativa skäl talar också för att underhållsavgift inte tas ut, förrän patienten varit intagen på sjukhuset viss tid. I annat fall skulle huvudmännen i ett mycket stort antal fall av kortvarig sjukhusvistelse — där på grund av patientens ekonomiska förpliktelser utanför sjukhuset ingen eller ringa underhållsavgift kunde tas ut — belastas med admi-

nistrationskostnader som inte skulle stå i rimlig proportion till intäkterna av avgifterna.

Vid sina överväganden beträffande tidpunkten när avgift skall börjas tas ut har utredningen främst sökt beakta dels huvudsyftet med det föreslagna avgiftssystemet, nämligen att de långtidssjuka skall erlägga avgifter för uppehälle, och dels att överensstämmelse i möjligaste mån uppnås mellan avgiftssystemen vid ålderdomshemmen och vårdenheterna för långvarigt sjuka, särskilt sjukhemmen, så att ett efterfrågetryck, som inte är påkallat av vårdbehov, undviks på sjukhemssektorn. Tillämpas en relativt lång tid innan underhållsavgift tas ut, i det följande kallad *karenstid*, skyddas flertalet akutsjuka men den mellan ålderdomshemmen och sjukhemmen eftersträfvade överensstämmelsen i fråga om avgifter för de intagna går förlorad. En sådan överensstämmelse uppnås säkrast om en relativt kort karenstid tillämpas. En kort karenstid medför emellertid den nackdelen, att många akutsjuka får betala underhållsavgift. En komplicerande faktor är att det inte går att dra en skarp gräns mellan akutsjukvård och långtidssjukvård vare sig medicinskt eller i fråga om patienternas fördelning på olika sjukvårdsanstalter.

Utredningen har mot bakgrunden av vad ovan sagts om syftet med underhållsavgiften diskuterat olika alternativ för karenstid. I första hand har därvid övervägts om karenstiden bör vara enhetlig inom alla former av slutna sjukvård eller om olika regler för karenstid bör tillämpas på olika slag av sjukvårdsanstalter allteftersom de huvudsakligen är avsedda för akutsjukvård resp. långtidssjukvård. Till anstalter för akutsjukvård har i detta sammanhang hänförts lasarett för huvudsakligen somatisk vård, sjukstugor, sanatorier, tuberkulossjukstugor, epidemisjukhus, epidemisjukstugor och lasarett för psykiatrisk vård (f.d. mentalsjukhus). Till anstalter för långtidssjukvård har hänförts sjukhem för långvarigt kroppssjuka och sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka. Under förutsättning att alla långtidssjuka var rätt placerade ur vårdsynpunkt, dvs. var intagna enbart på vårdenheter avsedda för sådana sjuka, skulle syftet med utredningens förslag om underhållsavgift bäst tillgodoses om en relativt kort karenstid tillämpades vid dessa vårdenheter och en relativt lång karenstid praktiserades vid vårdenheter för akutsjuka alternativt ingen underhållsavgift alls erlades inom akutsjukvården.

Den alltjämt rådande bristen på vårdplatser inom långtidssjukvården medför emellertid bl.a., att ett stort antal långtidssjuka måste vårdas på kroppssjukhusens akutavdelningar. Med utgångspunkt i vad som redovisats i betänkandet »Åldringsvårdens läge» angående »adekvat» vårdform har utredningen som förut nämnts uppskattat, att minst 3 000 patienter, som är långvarigt kroppssjuka, borde vårdas på klinik för långvarigt kroppssjuka eller på sjukhem för långvarigt kroppssjuka i stället för på kroppssjukhusens akutavdelningar. Vid ett system med kortare karenstid inom

långtidssjukvården skulle sålunda de långtidssjuka på dessa akutavdelningar gynnas framför de långtidssjuka, som är rätt placerade ur vårdsynpunkt. Tas ingen underhållsavgift alls ut inom akutsjukvården skärps givetvis förhållandet ytterligare. Blandningen av långtidssjuka och akutsjuka patienter på kroppssjukhusen utgör alltså ett problem, om olika karenstider skulle tillämpas inom de olika vårdformerna.

Problemet beträffande blandningen av långtidssjuka och akutsjuka är än mera framträdande på lasaretten för psykiatrisk vård. Om dessa lasarett hänförs till akutsjukvården såsom förutsatts i det föregående och ingen underhållsavgift tas ut i akutsjukvården, skulle den absolut största gruppen av sådana patienter, som bedöms kunna samla överskott av pensionsmedel, helt undantas från systemet med underhållsavgifter. Tillämpas en längre karenstid inom akutsjukvården än i långtidssjukvården skulle likväl många patienter på lasaretten för psykiatrisk vård, vilka på samma grunder som de flesta sjukhemspatienter kan betecknas som långtidssjuka och som dessutom är betydligt flera än patienterna på sjukhem, behandlas gynnsammare än de intagna på sjukhemmen.

Om lasaretten för psykiatrisk vård i stället hänförs till långtidssjukvården skulle en stor grupp akutsjuka på dessa lasarett behandlas annorlunda än de akutsjuka på lasaretten inom kroppssjukvården. Med hänsyn till sålunda föreliggande förhållanden, framför allt blandningen av långtidssjuka och akutsjuka såväl på lasaretten för somatisk vård som på lasaretten för psykiatrisk vård, har utredningen inte ansett sig böra föreslå olika karenstider inom akutsjukvården och långtidssjukvården. Utredningen har i stället stannat för att förordna en enhetlig karenstid inom alla vårdformer på samtliga sjukvårdsinrättningar i landet.

När det gäller frågan om den enhetliga karenstidens längd har utredningen övervägt tre alternativ, nämligen 90, 180 eller 365 dagar. Utredningen har på olika vägar sökt inhämta upplysningar för att mera exakt kunna ange effekten av nämnda karenstidsalternativ. Detta har dock inte visat sig möjligt bl.a. på grund av att i den officiella statistiken saknas fullständiga uppgifter om vårdtider inom den slutna sjukvården. I fråga om den mera omedelbara effekten av en karenstid av 180 resp. 365 dagar torde dock de av utredningen verkställda undersökningarna rörande förhållandena den 30 april 1963 och den 30 april 1966 (Bil. A tab. 16 och 17) ge en relativt god uppfattning beträffande mentalsjukvården och vården av långvarigt kroppsjuka. Det bör beaktas att vid fördelningen av de inskrivna patienterna vid nyssnämnda tidpunkter på vårdtider om minst 180 resp. minst 365 dagar endast medtagits patienter med allmän ålders- eller förtidspension. Dessa pensionärer utgör emellertid den absoluta majoriteten av de långtidssjuka på ifrågavarande vårdenheter, varför helhetsbilden inte torde nämnvärt förändras genom tillkomsten av ett mindre antal avgiftspliktiga med andra inkomster än allmän pension. Resultatet av undersökningarna framgår sammanfattningsvis av följande uppställningar.

Mentalsjukvården					
	Antalet inskrivna patienter	Därav patienter med en vårdtid av			
		minst 180 dagar		minst 365 dagar	
		antal	procentuell andel av antalet inskrivna	antal	procentuell andel av antalet inskrivna
Den 30 april 1963....	31 211	23 399	75,0	20 775	66,6
Den 30 april 1966....	31 088	23 126	74,4	20 807	66,9

Vården av långvarigt kroppssjuka					
	Antalet inskrivna patienter	Därav patienter med en vårdtid av			
		minst 180 dagar		minst 365 dagar	
		antal	procentuell andel av antalet inskrivna	antal	procentuell andel av antalet inskrivna
Den 30 april 1963....	13 178	8 805	66,8	5 324	40,4
Den 30 april 1966....	18 642	13 122	70,4	9 324	50,0

Ifrågavarande undersökningar avsåg inte patienter med kortare vårdtid än 180 dagar. Med utgångspunkt i de vid nyssnämnda undersökningar erhållna uppgifterna har utredningen dock beräknat, att antalet patienter med en vårdtid av minst 90 dagar per den 30 april 1963 skulle ha uppgått till ca 27 000 eller ca 86 % av antalet inskrivna inom mentalsjukvården och ca 11 000 eller ca 83 % av antalet inskrivna inom vården av långvarigt kroppssjuka. Motsvarande siffror per den 30 april 1966 har uppskattats till ca 27 000 eller ca 87 % resp. ca 16 000 eller ca 85 %.

För att kunna ange antalet varje år nytillkommande patienter, för vilka underhållsavgift skall beräknas vid berörda karenstidsalternativ, erfordras uppgifter om det antal sjukhusvårdsfall, som efter olika tider kvarstår av det ursprungliga antalet sådana fall. Den officiella statistiken lämnar inte uppgift härom och utredningen har ej heller på annat sätt kunnat få fram mera exakta uppgifter i detta avseende. I riksförsäkringsverkets publikation »Allmän försäkring» lämnas emellertid uppgifter om antalet sjukpenningsfall, som efter olika tider kvarstår av ursprungliga 1 000 fall. Uppgifter härom beträffande år 1964 visar, att av ursprungliga 1 000 fall efter tre månader återstod 52, efter sex månader 21 och efter ett år 9. Sjukhusvårdsfallens relativa andel av samtliga ersatta sjukdomsfall bland sjukpenningförsäkrade var 15,5 %. Procentandelen varierade starkt mel-

lan olika åldersgrupper, från 10,5 i åldern 16—19 år till 30,2 i åldern 67 år eller mer. Med utgångspunkt i antalet under år 1964 avslutade sjukpenningfall, som av riksförsäkringsverket beräknats till i runt tal 2 574 000, kan beräknas att efter tre månader skulle ha återstått ca 134 000 sjukpenningfall, efter sex månader ca 54 000 sådana fall och efter ett år ca 23 000 dylika fall. Om det antas, att antalet sjukhusvårdsfall utgjort 15,5 % av dessa sjukpenningfall, skulle sjukhushuvudmännen alltså vid en karenstid av 90 dagar ha att årligen handlägga totalt ca 20 700 nya fall med underhållsavgift. Motsvarande antal nya fall vid en karenstid av 180 dagar skulle uppgå till ca 8 400 och vid 365 dagars karenstid till ca 3 500. Utredningen är emellertid angelägen stryka under att de angivna antalen är högst osäkra med hänsyn till ovissheten om den verkliga relationen mellan antalet sjukhusvårdsfall och antalet sjukpenningfall. Det skall dessutom uppmärksammas, att de ovan beräknade antalen nya fall med underhållsavgift endast avser sjukpenningfall med sjukhusvård. Antalet sjukhusvårdsfall, avseende icke sjukpenningförsäkrade personer och s.k. utförsäkrade, har inte kunnat beräknas.

Vid övervägandena av olika karenstidsalternativ har utredningen även studerat uppgifter om medelvårdtider inom olika vårdområden. Enligt medicinalstyrelsens publikation »Allmän hälso- och sjukvård 1964» uppgick medelvårdtiden inom olika vårdområden i kroppssjukvården till följande antal dagar under nedan angivna år.

Medelvårdtid

År	Lasarettsvård och liknande	Lungsjukvård	Epidemi-vård	Förlossningsvård	Långvarig kroppssjukvård	Summa kroppssjukvård
1950	15,8	154,8	13,9	8,4	229,7	20,5
1960	13,8	73,7	15,4	7,6	226,6	20,2
1963	13,2	58,6	16,8	7,0	228,0	19,4
1964	12,9	57,7	15,9	6,9	225,3	19,4

Av storstadsdelegationens i det föregående omnämnda utredning rörande avgiftssättningen vid ålderdomshem m.m. framgår bl.a., att medelvårdtiden vid sjukhemmet i Västerås för år 1963 uppgick till 256 dagar samt att medelvårdtiden för samma år vid sjukhemmet Bergalid i Hälsingborg uppskattades till omkring ett år. Utredningskommittén antog, att medelvårdtiden vid sjukhemmen i allmänhet sannolikt uppgick till högst ett år under det att vårdtiden vid ålderdomshemmen antogs vara mycket längre. För ålderdomshemmen i Göteborg antogs den sålunda vara omkring fyra år.

Uppgifter om medelvårdtider vid mentalsjukhusen återges inte i medicinalstyrelsens ovannämnda publikation. Ej heller har utredningen från

annat håll kunnat erhålla sådana uppgifter. Av uppgifter rörande utskrivna patienter vid mentalsjukhus och psykiatriska kliniker år 1964, vilka inhämtats från medicinalstyrelsen, framgår dock bl.a. följande. Nämda år utskrevs sammanlagt 33 713 patienter. Av dessa beräknas 27 177 eller 81,6 % ha utskrivits senast 2—3 månader efter intagningen, 30 657 eller 91,9 % senast 3—6 månader efter intagningen samt 32 266 eller 95,7 % senast 9—12 månader efter intagningen.

Vid en karenstid av 90 dagar skulle flertalet akutsjuka inom kroppsjukvården undgå att betala underhållsavgift. Den eftersträlvade överensstämmelsen mellan ålderdomshemmen och sjukhemmen i fråga om avgifter skulle tillgodoses tämligen väl. Däremot skulle, som framgår av de redovisade siffrorna, ett stort antal akutsjuka på lasaretten för psykiatrisk vård få erlägga underhållsavgift, vilket inte skulle överensstämma med utredningens principiella uppfattning om syftet med det föreslagna avgiftssystemet. En karenstid om 90 dagar skulle sannolikt föranleda sjukhushuvudmännen att inom akutsjukvården av praktiska och andra skäl göra relativt många undantag i fråga om tidpunkten för avgiftsuttaget. Utredningen anser sig på grund av dessa omständigheter inte böra föreslå att karenstiden sätts till 90 dagar.

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

Utifrån nyss angivna överväganden har utredningen funnit en karenstid om 180 dagar utgöra en rimlig kompromiss mellan de delvis motstridiga intressen, som bryts mot varandra. Det alldeles övervägande flertalet akutsjuka inom alla vårdformer skulle slippa att erlägga vårdavgift utan att långtidssjuka därigenom skulle ges möjligheter att samla överskott av nämnvärd betydelse. En karenstid om 180 dagar skulle även ge den långtidssjuka rådrum att ställa om sig till en situation, där sjukhushuvudmannen mera stadigvarande övertar ansvaret för hans uppehälle. Den eftersträlvade överensstämmelsen mellan avgiftssystemen vid ålderdomshem och sjukhem tillgodoses också enligt utredningens mening på ett acceptabelt sätt. En viss skillnad torde vara motiverad genom att patienterna på de båda typerna av vårdhem inte kan jämföras i alla avseenden. Vistelsen på ålderdomshem har en starkare prägel av valfrihet. De intagna på dessa hem är dessutom i högre grad »stationära», dvs. de stannar som regel i åratal på hemmen. Av patienterna på landstingens sjukhem synes en inte ringa

del efter längre eller kortare tid skrivas ut för vård i eget eller anhörigs hem. Enligt uppgift beträffande omsättningen av patienter, som fyllt 67 år, vid ifrågavarande sjukhem år 1961, redovisad i betänkandet »Åldringsvårdens läge», hade 21 % av patienterna vid landstingens sjukhem under året skrivits ut för vård i eget eller anhörigs hem. Bl.a. detta förhållande synes motivera en inte alltför kort karenstid vid sjukhemmen. Utredningen föreslår således, att underhållsavgift i sluten sjukvård inte tas ut av patienten, förrän denne åtnjutit sjukhusvård under minst 180 dagar i följd.

Tanken att anknyta karenstiden till sjukdom avvisas av utredningen. En sådan regel skulle nämligen ställa sjukhushuvudmännen inför svårigheter av liknande art som sjukkassorna hade att brottas med före den 1 januari 1963, då AFL trädde i kraft. Bestämmelserna om en till viss tid begränsad sjukhjälpstid vid varje sjukdom, varav den försäkrade led, var förenade med så svårtillämpade sammanläggningsregler och ledde till så slumpartade resultat för den försäkrade, att dessa regler avskaffades.

Från huvudregeln att sjukhusvården skall ha pågått i minst 180 dagar i följd bör enligt utredningens mening göras vissa undantag. I avgiftshänseende är det enligt utredningens uppfattning inte motiverat att skilja patienterna på sjukavdelning vid ålderdomshem från patienterna på avdelningar för egentlig ålderdomsvård vid dessa hem. Gränsen mellan nyssnämnda avdelningar inom hemmen är mestadels flytande. Olika avgiftssystem på avdelningarna skulle därför kunna medföra komplikationer i skilda avseenden. Det avgiftssystem, som tillämpas på avdelningarna för egentlig ålderdomsvård, bör därför som f.n. gälla även på hemmens sjukavdelningar.

Beträffande patient, som överförs till sjukhusvård från sluten åldringsvård, för vilken inackorderingsavgift eller motsvarande avgift redan tas ut, bör underhållsavgift erläggas fr.o.m. intagningsdagen. Är det fråga om vård för akut sjukdom och patienten följaktligen beräknas återvända till den slutna åldringsvården, bör huvudmannen för det ålderdomshem, på vilket patienten är intagen, även under tiden för sjukhusvistelsen ta ut den för patienten vid ålderdomshemmet fastställda inackorderingsavgiften (underhållsavgiften). Kostnaderna för patientens underhåll under sjukhusvistelsen regleras därefter mellan berörda huvudmän, sedan patienten återvänt till ålderdomshemmet eller akutsjukvården övergått i långtids-sjukvård och plats ej längre hålls reserverad för den sjuke på ålderdomshemmet. Utredningen utgår från att centrala överenskommelser träffas mellan huvudmännen för sjukvården och åldringsvården beträffande förfarandet i sådana fall.

När det gäller skyldigheten att betala underhållsavgift bör bortses från uppehåll eller avbrott i sjukhusvården, som inte överstiger viss inte alltför lång tid. En sådan regel om *avbrottstid* erfordras enligt vad utredningen funnit för att förhindra att ny karenstid beräknas i fall, där avbrott i sjukhusvistelsen inte är föranlett av att vårdbehovet upphört utan av andra

orsaker, exempelvis stängning av vårdavdelning under sommaren eller vistelse under viss tid (sommare eller längre helger) i eget eller anhörigs hem av långtidssjuk, på begäran av den sjuke själv eller anhörig till honom. Utredningen har övervägt, om regeln skall avse en bestämd tid eller grundas på behovet av slutet sjukvård. Att bedöma om behov av slutet sjukvård förelegat under tiden för avbrottet i sjukhusvården måste uppenbarligen ankomma på läkare och till synes främst på den för intagningen på den aktuella vårdavdelningen på sjukhuset ansvarige läkaren. En sådan ordning skulle enligt utredningens bedömning ställa läkarna inför besvärliga avgöranden. Sannolikt skulle i många fall erfordras vidlyftiga utredningar rörande patientens tillstånd under tiden för avbrottet i sjukhusvården, då patienten måhända under lång tid vistats fjärran från sjukhusorten. Utredningen förordar därför, att regeln om avbrottstid får den innebörden, att man vid beräkningen av karenstiden bortser från patientens vistelse utanför sjukhus, om denna inte överstiger en viss minsta tid, oavsett huruvida behov av slutet sjukvård eller ej förelåg under avbrottstiden och oavsett om återintagningen på sjukhus har medicinskt samband med den tidigare intagningen eller inte.

Utredningen anser, att avbrottstidens längd måste ställas i relation till karenstidens längd. Vid en mycket kort karenstid är behovet av en regel om avbrottstid minst, ty patienten får då relativt snart erlagga underhållsavgift vid en ny sjukhusvistelse. Ju längre karenstiden är desto större effekt beträffande underhållsavgiften får ett avbrott i sjukhusvården för den enskilde patienten.

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

Vid beräkningen av karenstiden bör också beaktas ev. perioder av slutet sjukvård på andra sjukvårdsinrättningar än den, på vilken den sjuke får vård, då det är aktuellt att ta ut underhållsavgift. Sålunda bör exempelvis överförande från hemortssjukhus till regionsjukhus inte föranleda att ny karenstid beräknas fr.o.m. intagningsdagen på regionsjukhuset. Utgångspunkten för beräkningen av karenstid bör i detta fall vara den ursprungliga intagningsdagen på hemortssjukhuset. Karenstiden bör alltså enligt utredningens mening inte anknytas till visst eller vissa sjukhus. Av detta följer att regeln om avbrottstid skall tillämpas, oavsett om den sjuke vid ny sjukhusvistelse tas in på samma sjukhus som tidigare eller på nytt sjukhus. Om den sjuke t.ex. efter två månaders vistelse på hemortssjukhuset skrivs

ut till hemmet i avvaktan på intagning på regionsjukhuset och han efter tre månaders väntan i hemmet tas in på sistnämnda sjukhus, skall avbrottsregeln tillämpas så att vid beräkning av karenstid den tidigare vårdtiden på hemortssjukhuset medräknas. Vid intagningen på regionsjukhuset har den sjuke således i detta fall »förbrukat» två månader av karenstiden. Av vad nyss sagts framgår även att avbrottsregeln skall tillämpas, oavsett om karenstiden förflutit helt eller delvis när avbrottet inträffar. Regeln om avbrottstid synes kräva, att man vid intagningen inhämtar uppgifter om föregående sjukhusperioder inom 180 dagar före den aktuella intagningsdagen.

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

När det gäller karenstidens beräkning uppstår frågan, hur reglerna övergångsvis skall tillämpas framför allt beträffande patienter, som är föremål för sluten sjukvård, när systemet med underhållsavgifter börjar tillämpas. Enligt utredningens mening kan det inte vara motiverat att räkna karenstid för dem först fr.o.m. tidpunkten för underhållsavgiftssystemets införande. En sådan ordning skulle nämligen innebära, att många långtidssjuka, som sedan längre eller kortare tid tillbaka själva betalat vårdavgift, plötsligt helt skulle befrias från avgift under en period av upp till 180 dagar. För att förhindra bl.a. sådana verkningar föreslår utredningen att vid beräkning av karenstid för redan intagna patienter även sjukhusvistelse, som infallit före det nya avgiftssystemets införande, skall beaktas med tillämpning av reglerna om avbrottstid m.m. Motsvarande bör gälla beträffande patienter, som tas in för sluten vård efter tidpunkten för underhållsavgiftssystemets införande.

Reglerna för bestämmande av patientens underhållsavgift

Som förut anförts bör den underhållsavgift, som skall tas ut vid sjukhusvård, motsvara den genomsnittliga kostnaden per dag för underhåll av dem

som är intagna på de egentliga ålderdomshemmen inom sjukvårdsområdet. En uppfattning om den nivå, på vilken en sådan avgift kan komma att ligga, får man bl.a. av statistiska centralbyråns redogörelse angående utgifterna för ålderdomshemmen år 1964. Enligt denna redogörelse uppgick som förut nämnts genomsnittsutgifterna per vård dag för de egentliga ålderdomshemmen i riket till 26:71 kr. För år 1962 var motsvarande utgift 21:03 kr. Med hänsyn till kostnadsutvecklingen torde det kunna antas att den underhållsavgift, som kommer att vara aktuell i slutet av 1960-talet, uppgår till omkring 30 kr. per dag. Det är uppenbart, att långt ifrån alla sjuka kommer att ha möjlighet att, i varje fall innan ATP ger några större pensionsbelopp, betala en underhållsavgift av sådan storlek. Flertalet långtidssjuka kommer alltså att utgöras av sådana pensionärer vilka som enda inkomst har den allmänna folkpensionen. För långtidssjuka i mera aktiva åldrar torde en stor del av inkomsten behöva användas för att de skall kunna fullgöra sina förpliktelser utanför sjukhuset mot anhöriga, främst maka (make) och barn. Reglerna för bestämmande av underhållsavgift måste därför ta hänsyn till den sjukes ekonomiska förpliktelser utanför sjukhuset. Utredningens förslag innebär sammanfattningsvis att hänsyn skall tas till å ena sidan patientens samlade inkomst och förmögenhet efter avdrag för beräknad skatt och å andra sidan vissa av hans ekonomiska förpliktelser utanför sjukhuset såsom utgifter för bostad och försörjning av anhöriga. Förfarandet kommer att innebära, att underhållsavgifterna tas ut med varierande belopp allt efter patienternas förmåga att betala avgift.

Patientens förmåga att erlagga underhållsavgift bör enligt utredningens mening bestämmas efter förhållandena vid den tidpunkt, då avgiftsskyldighet inträder för honom. Härvid beräknas den mera stadigvarande inkomst, som patienten kan väntas åtnjuta under ett å två år framåt i tiden. Tillfälliga förändringar av patientens inkomst- och förmögenhetsförhållanden bör inte påverka underhållsavgiftens storlek. Alla mera stadigvarande förändringar, som kan påverka patientens betalningsförmåga, bör givetvis föranleda, att frågan om underhållsavgiftens storlek snarast omprövas av huvudmannen. Vad nyss sagts om beräknad framtida inkomst utesluter inte, att föregående års inkomst- och förmögenhetsförhållanden för patienten kan tjäna som vägledning vid bestämmandet av underhållsavgift. I åtskilliga fall, främst då förmögenhet förekommer, torde den senaste taxeringen för den sjuke kunna vara av värde vid prövningen av patientens förmåga att betala underhållsavgift. Till grund för denna prövning bör främst ligga en av patienten eller annan behörig person (anhörig, förmyndare etc.) avgiven deklaration på heder och samvete rörande patientens inkomst- och förmögenhetsförhållanden.

Vid bestämmandet av om viss intäkt skall beaktas eller ej föreslås, att reglerna om skattepliktig inkomst i 3 kap. 17—19 §§ kommunalskattelagen skall tillämpas så att i princip varje inkomst, som är skattepliktig enligt

nämnda lag, tas med vid bestämmandet av patientens förmåga att erlagga underhållsavgift. Vissa undantag från reglerna i nyssnämnda lagrum är dock enligt utredningens mening motiverade.

Till skattepliktig inkomst enligt kommunalskattelagen räknas bl.a. inte sjukpenning på grund av AFL, yrkesskadeförsäkringslagen (YFL), militärersättningsförordningen, förordningen om ersättning i anledning av kroppsskada ådragen under tjänstgöring i civilförsvaret, förordningen om ersättning i anledning av kroppsskada ådragen under vistelse på anstalt, kungörelsen om ersättning i anledning av kroppsskada ådragen under verksamhet vid brandsläckning m.m. och den s.k. smittbärlagen. Samtliga här angivna författningar rör ersättning vid obligatorisk försäkring. Ersättningsarna utgår i princip under obegränsad tid och ger numera i varje fall tillsammans med ersättning enligt AFL i regel hög compensation för förlorad arbetsinkomst. Sjukpenning skall i princip utges vid kortvariga tider av arbetsoförmåga på grund av sjukdom. I händelse av varaktig arbetsoförmåga avlöses den av förtidspension (sjukbidrag). Ersättningsnivån när det gäller sjukpenning är i allmänhet minst lika hög som vid allmän pension, i åtskilliga fall högre än vid förtidspension. Det förekommer dessutom inte så få fall, där sjukpenning av olika anledningar utges oaktat patientens tillstånd egentligen skulle föranleda förtidspensionering. Nu redovisade omständigheter talar enligt utredningens uppfattning för att sjukpenning skall räknas som inkomst, då det gäller att fastställa underhållsavgift för patient i slutet sjukvård. Även barntillägg till sådan sjukpenning bör medräknas, eftersom skälighänsyn bör tas till oförsörjda barn vid bestämmande av patientens underhållsavgift.

Till inkomst bör däremot inte hänföras något slag av frivillig sjukpenning. Enligt AFL kan numera endast hemmafruar och studerande teckna frivillig sjukpenningsförsäkring. Ett mindre antal egna företagare, som var 67 år den 1 januari 1963, har dessutom medgivits rätt att bibehålla dessförinnan tecknad frivillig försäkring. Eftersom försäkringar av detta slag vilar på ett frivilligt åtagande och när som helst kan upphöra, t.ex. på grund av bristande avgiftsbetalning, kan inkomst av sådan sjukpenning knappast betecknas som en mera stadigvarande inkomst, som man under alla förhållanden kan räkna med att patienten kommer att uppbära. Försäkringarna uppgår dessutom i regel till obetydliga belopp.

I de fall patient, som skall erlagga underhållsavgift, uppbär inkomst av jordbruksfastighet, annan fastighet eller rörelse, bör sådan inkomst ej beräknas till högre belopp än som skulle skett vid tillämpning av bestämmelserna om avdrag enligt kommunalskattelagen. Senast fastställda taxering torde i dessa fall i regel tjäna som god vägledning.

Den summa inkomst av tjänst, som tas med vid bestämmande av underhållsavgift, bör givetvis inte heller beräknas till högre belopp än som skulle skett vid tillämpningen av bestämmelserna i kommunalskattelagen om av-

drag för inkomstens förvärvande. Till intäkt av tjänst enligt lagen hänförs förutom avlöning och arvode etc. bl.a. pension. Härvid inräknas även pension på grund av frivillig försäkring. När det gäller barnpension föreslår utredningen, att inkomst härav tas med endast om det pensionsberättigade barnet självt skall erlägga underhållsavgift.

Inkomst av tillfällig förvärvsverksamhet bör enligt utredningens mening inte likställas med skattepliktig inkomst i detta sammanhang. Det är här nämligen inte fråga om någon mera stadigvarande inkomst.

I fråga om förmögenhetsinnehav har utredningen övervägt, huruvida hänsyn skall tas till förmögenheten såsom sådan eller enbart till avkastningen av denna vid fastställandet av patientens betalningsförmåga. Utredningen har kommit till den uppfattningen, att det inte kan anses tillfredsställande att fästa avseende vid enbart avkastningen, enär förmögenheter är placerade på skiftande sätt med högst varierande utfall som följd. En metod att åstadkomma en oavsett förmögenhets placering mera ensartad inverkan av förmögenhetsinnehav på underhållsavgift har anvisats av den i det föregående omnämnda, av socialnämndernas storstadsdelegation tillsatta utredningskommittén. Denna metod innebär, att förmögenhet skall antas omplacerad i en omedelbart utgående livränta. Den årliga livränta, som förmögenhet antas ge, kommer således att ställas i relation till patientens ålder. Livräntan ifråga skall antas utgöra inkomst för patienten och påverkar härigenom hans förmåga att erlägga avgift vid ålderdomshem. Vidare skall enligt utredningskommitténs förslag regeln om omvandling till livränta avse förmögenheter överstigande 6 000 kr.

Sjukförsäkringsutredningen anser den av kommittén anvisade metoden för bestämmande av förmögenhets inverkan vid avgiftssättning vid ålderdomshemmen i princip kunna tillämpas också vid bestämmande av underhållsavgift i sluten sjukvård. Om vid förmögenhets omvandling till livränta friläggs högst 6 000 kr., föreligger dock enligt utredningens mening risk för att en patient med en förmögenhet, bestående i stort sett av uteslutande en normal en- eller tvåfamiljsfastighet, kan tvingas inteckna eller försälja fastigheten för att kunna betala underhållsavgift. En sådan åtgärd kan måhända vara naturlig när det gäller på ålderdomshem intagna patienter, som i regel i och med inflyttningen på ålderdomshemmet lämnat sin tidigare bostad för gott. För åtskilliga långtidssjuka är situationen dock annorlunda beträffande behovet av bostad utanför sjukhus. Sålunda ger som förut nämnts en i betänkandet »Åldringsvårdens läge» redovisad undersökning vid handen, att ca en femtedel av patienterna på landstingens sjukhem återvänder till egen eller anhörigs bostad. Den förut nämnda utredningskommittén har efter en jämförelse mellan ålderdomshem och sjukhem också uttalat, att patienterna vid intagning på de sjukhem i Hälsingborg och Västerås, som varit föremål för jämförelsen, inte syntes böra avstå från bostad utanför sjukhuset.

Om garantier skall skapas för att främst ägare av normala enfamiljsfastigheter skyddas, måste alltså ett avsevärt högre belopp än 6 000 kr. friläggas, innan en fingerad omvandling av förmögenhet sker. Vid bedömande av hur stor del av förmögenheten, som skall friläggas för att nå detta syfte, torde det ligga nära till hands att söka vägledning i reglerna rörande behållen förmögenhet vid beräkning av statlig förmögenhetsskatt. Enligt förordningen om statlig förmögenhetsskatt är fysisk person befriad från statlig förmögenhetsskatt, om den beskattningsbara inkomsten inte överstiger 100 000 kr. För makar gäller motsvarande befrielse, om deras sammanlagda behållna förmögenhet inte överstiger 100 000 kr.

Tillämpas samma regler som vid beräkning av statlig förmögenhetsskatt, när det gäller nivån av den frilagda förmögenheten, torde flertalet ägare av en- och tvåfamiljsfastigheter skyddas mot risken att behöva inteckna eller avyttra fastighet för att erlagga underhållsavgift. Av ca 550 000 en- och tvåfamiljsfastigheter hade enligt 1965 års allmänna fastighetstaxering 525 000 ett taxeringsvärde, som uppgick till högst 100 000 kr.

Utredningen föreslår, att all behållen förmögenhet som ej överstiger 100 000 kr., beräknad på sätt som sker enligt förordningen om statlig förmögenhetsskatt, friläggs, innan omvandling av förmögenheten fingeras ske till en omedelbart utgående livränta. Denna omvandling bör ske med användande av en av riksförsäkringsverket upprättad grundtabell för beräkning av omedelbart utgående livränta vid frivillig pensionsförsäkring, som finns intagen som *bil. B* till detta betänkande. Tabellen förutsätter en oförändrad räntefot av 3,5 % men är i motsats till den tabell, som används vid livränteberäkning vid frivillig pensionsförsäkring, inte belastad med omkostnader m.m. Den årliga livräntan, framräknad på så sätt att den avgiftspliktiga förmögenheten divideras med det tal som anges för resp. ålder i tabellen, utgör den inkomst vilken skall beaktas vid bestämmandet av patientens underhållsavgift.

Beträffande behållen förmögenhet som inte överstiger 100 000 kr. eller den del av den behållna förmögenheten, som inte överstiger nämnda belopp, tas hänsyn endast till avkastningen, varvid medräknas samma slag av intäkter som vid beskattning.

När det gäller att bestämma den samlade inkomsten och förmögenheten föreslås att för gift patient makarnas gemensamma inkomst och förmögenhet beaktas samt att med gift patient likställs patient, som stadigvarande sammanbor med annan, med vilken patienten varit gift eller har eller har haft barn.

Som framgår av vad ovan föreslagits rörande huvudreglerna vid bestämmandet av underhållsavgift skall, sedan patientens samlade inkomst och förmögenhet fastställts, hänsyn tas till vissa av hans ekonomiska förpliktelser utanför sjukhuset. Innan så sker skall emellertid den beräknade skatten på inkomst och förmögenhet samt avgifter till försäkringen dras av från

de fastställda inkomst- och förmögenhetsbeloppen, varvid beaktas att ev. medräknat sjukpenningbelopp är skattefritt.

Utredningen föreslår, att inkomstskatt m.m. för den som inte är ålders- eller förtidspensionär beräknas med ledning av skattetabell för beräkning av preliminär skatt för det aktuella året. För patient med inkomst av annat förvärvsarbete än anställning skall därjämte beaktas den tilläggspensionsavgift han har att erlagga.

Vid bestämmandet av underhållsavgiften för ålders- eller förtidspensionär bör uppmärksammas att sådan patient inte skall erlagga folkpensionsavgift (2 § 2 mom. lagen den 25 maj 1962 om finansiering av folkpensioneringen). Sådan patient torde inte heller annat än undantagsvis ha att erlagga sjukförsäkringsavgift (19 kap. 2 och 6 §§ AFL). Vidare bör beaktas reglerna om extra avdrag för folkpensionär enligt 50 § 2 mom. fjärde stycket kommunalskattelagen. Dessa förhållanden torde i allmänhet medföra, att skatt för folkpensionär bör beräknas till lägre belopp än vad skattetabell för preliminär skatt utvisar. Eftersom majoriteten av alla avgiftspliktiga vid sjukhusen torde utgöras av pensionärer har utredningen låtit utarbeta särskilda tabeller för att beräkna skatt för dem (se *bil. C*). Olika tabeller har upprättats beträffande pensionärer med förmögenhet av ringa storleksordning och pensionärer med större förmögenhet.

Enligt 50 § 2 mom. kommunalskattelagen skall skattskyldig, vars inkomst helt eller till huvudsaklig del utgjorts av folkpension, anses ha haft nedsatt skatteförmåga, som berättigar till extra avdrag. Enligt anvisningarna till nämnda bestämmelse bör i fråga om sådan skattskyldig den taxerade inkomsten regelmässigt minskas med ett belopp motsvarande vad han uppburit i folkpension. Om den skattskyldige mot låg avgift vistats på sjukhus eller annan anstalt bör dock det belopp, varmed den taxerade inkomsten minskas, jämkas med hänsyn härtill. Utredningen föreslår att ifrågavarande anvisningar vid ett genomförande av förslaget om underhållsavgifter förtydligas så att av desamma framgår att med skattskyldig, som mot låg avgift vistas på sjukhus, inte avses sådan skattskyldig som erlägger underhållsavgift.

De ekonomiska förpliktelser utanför sjukhuset, som föreslås skola beaktas vid fastställandet av patientens förmåga att betala underhållsavgift, är bostadskostnad, underhållsbidrag och periodiskt understöd. Dessutom föreslås att patienten förbehålls ett fickpenningbelopp per år, som utgör 20 % av det vid det aktuella avgiftsårets ingång gällande basbeloppet enligt AFL.

Med bostadskostnad bör förstås kostnaden för bostad, som patienten förhyr för sig och sin familjs räkning. För patient med egen enfamiljs- eller tvåfamiljsfastighet bör tas upp kostnader för drift av fastigheten (uppvärmning, renhållning och normalt underhåll). Utgifter för ränta på i fastigheten nedlagt kapital och för tomträttsavgäld beaktas icke i detta sam-

manhang. Någon begränsning i fråga om den tid varunder bostadskostnad skall beaktas torde icke böra ske. Däremot bör, i de fall patient under sjukhusvistelsen hyr ut bostad helt eller delvis, influtna hyresinkomster dras av från den ordinarie bostadskostnaden.

Med underhållsbidrag avses här inte bidrag till den egna familjens försörjning utan bidrag till hustru och barn i tidigare äktenskap samt till barn utom äktenskapet. Med periodiskt understöd avses bidrag till person, som är beroende av patienten för sin försörjning, t.ex. aldrig fader eller moder, hos patienten tidigare anställd samt barn med bristande försörjningsförmåga. Reglerna enligt kommunalskattelagen föreslås tillämpade beträffande periodiskt understöd.

Sedan från den sålunda fastställda inkomsten och förmögenheten avdragits fickpenningbelopp, bostadskostnad och förekommande underhållsbidrag samt periodiskt understöd föreslås att med återstående belopp förfars på följande sätt.

1. Gift patient, som saknar barn mot vilka försörjningsplikt föreligger.

Av det återstående beloppet skall 40 % friläggas för hemmavarande make (maka). Det frilagda beloppet skall dock alltid utgöra minst det belopp, som tillkommer ensam berättigad åldersfolkpensionär. Vad därefter återstår skall utgöra underlag för uttagande av underhållsavgift.

2. Gift patient med hemmavarande barn under 16 år eller med barn, som eljest är beroende av patienten för sin försörjning. (Med barn som eljest är beroende av patienten för sin försörjning avses exempelvis sjukt barn eller barn, som fortsätter studier efter 16 år på hemorten eller annorstädes och på grund därav inte kan försörja sig självt.)

Av det återstående beloppet skall 40 % friläggas för hemmavarande make (maka) samt 10 % för varje barn. Det sammanlagda sålunda frilagda beloppet får dock inte understiga det belopp, som tillkommer ensam berättigad åldersfolkpensionär multiplicerat med antalet personer (make/maka och barn), för vilka friläggning skett. Vad därefter återstår skall utgöra underlag för uttagande av underhållsavgift.

3. Ensamstående med hemmavarande barn under 16 år eller med barn, som eljest är beroende av patienten för sin försörjning.

Av det återstående beloppet skall 40 % friläggas för det första barnet samt 10 % för varje ytterligare barn. Det sammanlagda sålunda frilagda beloppet får dock inte understiga det belopp, som tillkommer ensam berättigad åldersfolkpensionär multiplicerat med antalet personer (barn), för vilka friläggning skett. Vad därefter återstår skall utgöra underlag för uttagande av underhållsavgift.

4. Ensamstående

Det återstående beloppet i sin helhet skall utgöra underlag för uttagande av underhållsavgift.

Med ensamstående avses även barn under 16 år.

Vid bestämmande av underhållsavgift för barn skall enbart barnets inkomst och förmögenhet beaktas.

Effekten i olika fall av de ovan föreslagna reglerna framgår av exempel-samling i *bil. D* till detta betänkande.

Det föreslagna förfarandet vid bestämmande av underhållsavgiften kan synas omständligt. Utredningen vill emellertid stryka under att framräkningen av underhållsavgiften med de tabeller utredningen utarbetat i själva verket är ganska enkel. Uppgifterna om inkomst- och förmögenhetsförhållanden torde också i de allra flesta fall kunna erhållas utan större omgång. Vid de kontakter utredningen haft med företrädare för sjukvårdshuvudmännen har några farhågor för att systemet skall bli administrativt betungande att tillämpa inte yppats. Utredningen vill också framhålla, att möjligheter till ytterligare schablonisering bör finnas sedan avgiftssystemet tillämpats någon tid.

Åtgärder för underhållsavgiftens uttagande

I nuvarande system med låga enhetliga avgifter för sluten sjukvård torde knappast föreligga något intresse för den avgiftspliktige att avhända sig tillgångar för att därigenom slippa betala avgift. Införandet av ett system med underhållsavgifter enligt utredningens förslag kan medföra, att denna situation i viss mån förändras. Konstruktionen med en relativt hög avgift för underhåll, vilken nedsätts i förhållande till patientens betalningsförmåga, kan fresta patienten eller dennes anhöriga att genom olika åtgärder söka undkomma avgiften helt eller delvis. I första hand kan tänkas förekomma att patientens tillgångar förs över till anhöriga eller andra eller att patienten eller dennes ombud underlåter att lämna sjukhushuvudmannen uppgift om patientens samtliga inkomst- och förmögenhetsslag. Det är även tänkbart, att patient eller anhörig helt enkelt vägrar betala underhållsavgift. Det förhållandet att även den utanför sjukhuset varande makens inkomst- och förmögenhetsförhållanden skall beaktas vid bestämmandet av patientens underhållsavgift kan också i vissa fall väntas vålla huvudmännen speciella problem, t.ex. när det gäller att få klarhet i om sammanboende föreligger eller ej.

Som framgår av vad utredningen anfört i det föregående föreslås huvudmännens principiella rätt att ta ut vårdavgift enligt 27 § SjäVL alltjämt att bibehållas. Utredningen föreslår också att bestämmelsen i 28 § SjäVL om förskottsbetalning och ansvarsförbindelse bibehålls. Genomförandet av utredningens förslag kan dock i praktiken få konsekvenser beträffande sjukhushuvudmannens möjligheter att använda sig av de påtryckningsmedel att säkerställa avgiftsbetalningen, som bestämmelserna syftar till. F.n. gäller som allmän princip att vårdavgiften skall inbetalas i förskott för femton da-

gar åt gången eller att ansvarsförbindelse skall lämnas för avgiften. I det övervägande antalet sjukhusfall svarar försäkringskassorna nu för vårdavgifterna, varför i dessa fall inte krävs förskott eller ansvarsförbindelser. I de fall där patienten själv har att erlægga vårdavgiften krävs i första hand förskottsbetalning och i andra hand ansvarsförbindelse.

Frågan om förskottsbetalning eller ansvarsförbindelse brukar f.n. kopplas samman med själva intagningen på sjukhus, vilket torde vara ett effektivt sätt att skapa garanti för att vårdavgiften verkligen inflyter. I det nya systemet med underhållsavgifter blir det däremot i regel inte aktuellt att som villkor för intagning på sjukhus kräva förskottsbetalning eller ansvarsförbindelse, eftersom avgiftsfrågan i allmänhet inte skall avgöras, förrän patienten åtnjutit sjukhusvård under en längre tid i en följd. Kvar står dock huvudmannens möjligheter att under samma betingelser som nu knyta frågan om förskottsbetalning eller ansvarsförbindelse samman med frågan om fortsatt slutet sjukvård för patienten. Enligt utredningens mening torde således en fortsatt tillämpning av den nuvarande principen om förskottsbetalning eller ansvarsförbindelse, när det gäller vårdavgiftens inbetalning, i regel ge huvudmännen erforderlig garanti för att avgiften skall betalas.

En tillämpning av bestämmelserna i 28 § SjuvL på sådant sätt, att nödvändiga åtgärder för att bestämma underhållsavgiften vidtas i god tid före karenstidens utgång och att den fastställda avgiften avkrävs patienterna i förskott för femton dagar åt gången efter det karenstiden förflutit, torde i normala fall trygga inbetalningen av underhållsavgifter. Om förskottsbetalning av olika anledningar inte sker, återstår för huvudmannen att kräva ansvarsförbindelse av anhörig eller i sista hand av socialnämnd. Det bör uppmärksammas, att socialnämnd under vissa betingelser har särskilda möjligheter att enligt lagen den 14 juni 1917 om införsel i avlöning, pension eller livränta erhålla införsel för bidrag, som nämnden utbetalat till patientens underhåll på sjukhus. Denna utväg föreligger, om länsstyrelse (kammarrätten) fastställt socialnämnds krav på ersättning av patienten eller dennes make eller mot föräldrar. Socialnämnd har således större möjlighet än sjukhushuvudman att få betalt för en fordran på underhållsavgift, eftersom sjukhushuvudmannen inte kan ta ut en dylik fordran genom införsel. Däremot kan fordran efter fastställelse av domstol självfallet tas ut exekutivt, om erforderliga tillgångar finns. En avgiftspliktig patient, som genom dom eller avtal är berättigad till underhållsbidrag, kan med stöd av införsellagen beviljas införsel i den underhållsskyldige tillkommande avlöning, pension eller livränta samt sjukpenning för sådant underhåll. Det kan förmodas, att sjukhushuvudmannen i vissa fall vid behov har intresse att bistå sådan patient med erforderliga åtgärder för att införsel skall komma till stånd.

Om för avgiftspliktig inte lämnas erforderliga uppgifter för bestämmande av hans förmåga att erlægga underhållsavgift, måste sjukhushuvudmannen

uppenbarligen själv införskaffa sådana uppgifter från olika håll och i sista hand fastställa avgiften efter skönsmässig prövning. Det torde också ligga i sakens natur, att sjukhushuvudmannen ofta måste kontrollera riktigheten av de lämnade uppgifterna, innan definitivt beslut om underhållsavgift fattas. Uppgifter i dessa avseenden torde kunna erhållas framför allt genom de lokala skattemyndigheterna och de allmänna försäkringskassorna.

Inskränkningar i sjukhushuvudmännens rätt att bestämma avgift i sluten vård

Sjukhushuvudmännens rätt enligt SjlL att bestämma avgift är redan nu inskränkt i vissa avseenden. Sålunda stadgas i 27 § första stycket SjlL att beträffande vårdavgift, som det jämlikt lagen om socialhjälp eller barnavårdslagen åligger kommun att vidkännas, skall gälla vad som finns föreskrivet i nämnda lagar. Vidare gäller enligt 27 § tredje stycket SjlL att vårdavgift inte får tas ut för vård och underhåll på allmän sal av den, som enligt epidemilagen eller lagen angående åtgärder mot utbredning av köns-sjukdomar är berättigad att kostnadsfritt åtnjuta vård och underhåll på sjukhus.

Begränsningen i rätten att ta ut vårdavgift av kommun sammanhänger med bestämmelser i socialhjälp- och barnavårdslagarna. Enligt 24 § lagen den 4 januari 1956 (nr 2) om socialhjälp skall, då en kommun haft kostnader för socialhjälp för vilken annan kommun är ersättningsskyldig, ersättningen utgå med det belopp, vartill kommunens kostnader för hjälpen skäligen kan uppskattas. Avser ersättningen vård på anstalt eller annan inrättning, äger Kungl. Maj:t fastställa taxa för vården, om detta är påkallat. Motsvarande bestämmelse finns beträffande vårdkostnader enligt barnavårdslagen. Med stöd av nämnda bestämmelser har Kungl. Maj:t den 21 december 1956 (nr 632) fastställt vårdtaxa, enligt vilken sjukhushuvudman av kommun får ta ut en vårdavgift om högst 15 kr. per dag. Vård på ålderdomshem skall enligt taxans bestämmelser ersättas med 5 kr. per dag.

Om nuvarande avgiftssystem med låga enhetliga avgifter i sluten sjukvård ersätts av ett system med avgift för underhållskostnad i enlighet med vad utredningen i det föregående förordat, bör ersättningsbeloppen i vårdtaxan enligt utredningens uppfattning anpassas till det nya avgiftssystemet. En ändring av vårdtaxans ersättningsbelopp vid sjukhusvård framstår som nödvändig också för att som utredningen föreslagit en reglering mellan huvudmännen för ålderdomshem och sjukvårdsanstalter av underhållskostnader för intagna på ålderdomshem, som åtnjuter sjukhusvård, skall kunna genomföras. Särskilt otillfredsställande ur sjukhushuvudmannens synpunkt torde de nuvarande reglerna om ersättningsbelopp i vårdtaxan komma att te sig i de fall patient inte tillhör den personkrets, som är berättigad till kostnadsfri medicinsk vård och för vilken huvudmannen således i princip kan ta ut avgift för såväl vård som underhåll.

Även vårdtaxans ersättningsbelopp för ålderdomshem synes utredningen behöva omprövas. Det kan erinras om att i den inom Socialnämndernas storstadsdelegation verkställda utredningen angående avgiftssättning vid ålderdomshem framhölls, att de nuvarande reglerna beträffande ersättning för vård på ålderdomshem är otillfredsställande i vissa avseenden. Som exempel härpå nämndes att kommun för vården på ålderdomshem av utländsk medborgare utan folkpension på grund av vårdtaxans bestämmelse av statsverket kan erhålla en ersättning av endast 5 kr. per vård dag, oaktat kommunens självkostnad betydligt överstiger detta belopp. Som förut nämnts motsvarade utgifterna vid ålderdomshemmen i genomsnitt 26:71 kr. per vård dag år 1964.

De epidemiskt sjukas och veneriskt sjukas särställning i avgiftshänseende har nyligen behandlats av smittskyddslagstiftningsutredningen i betänkandet »Smittskyddslagstiftning» (SOU 1966:50). Utredningen framhåller att den avgiftsfrihet, som dessa sjuka tillförsäkrats, varit högst nödvändig före den obligatoriska sjukförsäkringens införande och att det utan denna ordning skulle ha mött avsevärda svårigheter att realisera föreskriften om skyldighet för dessa sjuka att söka sjukhusvård. Enligt vad smittskyddslagstiftningsutredningen uttalat, har avgiftsfriheten numera inte samma betydelse som tidigare. Starka skäl anses dock alltså tala för att bestämmelsen om kostnadsfrihet vid sjukhusvård för de epidemiskt och veneriskt sjuka bibehålls, framför allt av det skälet att även de som inte tillhör sjukförsäkringen måste kunna tas in på sjukhus vid allmänfarlig sjukdom. Detta gäller särskilt utlänningar, bland vilka sjömän på ankommande fartyg spelar en viktig roll.

Ett genomförande av det av sjukförsäkringsutredningen föreslagna avgiftssystemet i sluten sjukvård kommer inte att förändra situationen för här i riket ej bosatta utlänningar i vad avser avgift vid sjukhusvård. Sådana utlänningar kommer nämligen inte att äga rätt till kostnadsfri medicinsk vård, såvida de inte omfattas av konvention. Det av smittskyddslagstiftningsutredningen åberopade skälet för att bibehålla kostnadsfriheten i sluten vård av epidemiskt och veneriskt sjuka i vad angår utlänningarnas ställning gäller således även i ett system med underhållsavgifter. Sjukförsäkringsutredningen föreslår därför inte någon ändring i 27 § SjuL i detta avseende, varför de epidemiskt och veneriskt sjuka även i det av utredningen föreslagna avgiftssystemet kommer att vara helt befriade från avgifter i sluten vård. Däremot bör tid, varunder sluten vård meddelats för epidemisk eller venerisk sjukdom, medräknas vid bestämmande av karenstid och avbrotts-tid.

Finansieringsfrågor

I sjukförsäkringsutredningens uppdrag ingår inte att pröva grunderna för sjukvårdens finansiering — i första hand fördelningen av kostnaderna

mellan stat, kommun och försäkring. Däremot har utredningen att ta ställning till frågan om sjukförsäkringen, som nu sker, skall svara för en del av kostnaderna för sjukhusvård genom att lämna ersättning för den vårdavgift, som debiterats patienten. Om såsom utredningen förordat den medicinska vården i den slutna sjukvården tillhandahålls kostnadsfritt under obegränsad tid och förmånen av ersättning för sjukhusvård bryts ut ur AFL, vore det enligt utredningens mening foljdriktigt, att försäkringens medverkan i finansieringen av sjukhusvården helt upphörde. En sådan åtgärd skulle emellertid rubba den nuvarande kostnadsfördelningen mellan parterna och skulle därigenom kunna anses föregripa en mera allmän översyn av hela frågan. En dylik översyn framstår enligt utredningens uppfattning åtminstone på sikt som ofrånkomlig. I detta sammanhang kan erinras om att statsrådet och chefen för finansdepartementet i januari 1965 tillsatt en utredning med uppgift att överarbeta allmänna skatteberedningens förslag angående socialförsäkringsavgifter och indirekt beskattning samt därmed sammanhängande frågor. Vidare förtjänar uppmärksammas, att nu gällande principöverenskommelse mellan staten och Svenska landstingsförbundet angående finansieringen av den egentliga mentalsjukvården utlöper i och med 1971 års utgång. I samband därmed kan en mera allmän omprövning av parternas ekonomiska mellanhavanden tänkas komma till stånd. Utredningen föreslår i avvaktan på resultatet av en sådan allmän översyn av kostnadsfördelningsfrågorna, att försäkringens medverkan i finansieringen av sjukhusvårdskostnaderna tills vidare bibehålls.

Statsrådet och chefen för socialdepartementet har till sjukförsäkringsutredningen överlämnat en skrivelse av den 21 augusti 1964 från Svenska landstingsförbundet, i vilken förbundet hemställt om Kungl. Maj:ts medgivande för de allmänna försäkringskassorna att helt ersätta en till 10 kr. per dag höjd allmänsalsavgift vid sjukhusen. Som motiv för framställningen har anförts att medeldagkostnaden vid rikets samtliga lasarett stigit med drygt 60 % från en dagkostnad av 60:32 kr. år 1958 till en dagkostnad av 96:63 kr. år 1963. Vidare åberopas att folkpensionsbeloppen höjts, varigenom frågan om de s.k. överskottsmedlen på nytt blivit aktuell.

I yttrande över landstingsförbundets framställning har medicinalstyrelsen ur de synpunkter styrelsen har att företräda förklarat sig inte ha något att erinra mot förslaget. Riksförsäkringsverket har bl.a. under hänvisning till sjukförsäkringsutredningens direktiv anfört att, om landstingsförbundets förslag genomförs, försäkringens kostnader för sjukhusvård ersättning såväl totalt som per försäkrad torde komma att ungefär fördubblas. Detta beräknas enligt verket medföra en höjning av avgifterna till de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukhusvård ersättning med omkring 22 kr. per försäkrad och år för de omkring 4,4 miljoner försäkrade, som erlägger sådan avgift. Verket har framhållit, att den största varsamhet måste iakttas, om inte avgiften, vars storlek i princip är oberoende av den försäkrades inkomstläge, skall framstå såsom orimligt hög.

Med anledning av landstingsförbundets framställning vill utredningen erinra om att vårdavgiften för salspatienter vid sjukvårds- och förlossningsanstalterna fastställdes till 3 kr. per dag i samband med SFL:s ikraftträdande, vilket i många fall inte innebar någon ändring i förhållande till vad som gällt tidigare. Då vårdavgiften fr.o.m. den 1 januari 1959 höjdes från 3 till 5 kr. per dag, uttalade föredragande departementschefen (prop. 1958:126) att de ökade dagkostnaderna för patienterna vid landstingens lasarett, vilka torde äga sin motsvarighet även beträffande övriga sjukvårds- och förlossningsanstalter, redan i sig själva utgjorde ett starkt skäl för en höjning av vårdavgifterna. Svenska landstingsförbundet hade i yttrande över den departementspromemoria, som låg till grund för förslaget, bl.a. upplyst att den verkliga dagkostnaden för en salspatient vid landstingens lasarett, som utgjorde 28:40 kr. år 1950 och 43:40 kr. år 1954, stigit till 51:60 kr. år 1956 och till omkring 57 kr. år 1957 samt att den för år 1958 väntades öka till ungefär 60 kr.

Som förut nämnts ökade dagkostnaden från 60:32 kr. år 1958 till 96:63 kr. år 1963 eller med 62,4 %. Enligt uppgift från medicinalstyrelsen utgjorde dagkostnaden 109:41 kr. år 1964. För år 1965 uppgick den enligt preliminär beräkning till 122: 53 kr. Från år 1958 till år 1965 har dagkostnaden således mer än fördubblats.

Om allmänsalsavgiften på de statliga och kommunala sjukhusen samt på de enskilda sjukvårdsinrättningarna av lasarettskaraktär uppgått till 10 kr. per dag under år 1965, skulle i vårdavgifter, om det beräknade totala antalet vård dagar vid huvudmännens sjukvårdsinrättningar (32,5 milj.) nämnda år läggs till grund, ha influtit ca 325 milj.kr. Emellertid får man räkna med att det skulle ha blivit nödvändigt att sätta ned vårdavgiften för de pensionärer, som var hänvisade till att leva uteslutande på sin folkpension. Landstingsförbundet har i sin skrivelse förklarat sig berett att träffa överenskommelser härom. Sjukvårdshuvudmännens intäkter av vårdavgifter skulle sålunda ha blivit mindre än 325 milj. kr., hur mycket har inte närmare angivits av förbundet.

Som redovisats i det föregående uppgick den allmänna försäkringens ersättning för vårdavgifter till sjukhushuvudmännen enligt sjukförsäkringsutredningens undersökning till ca 89 milj. kr. för år 1965. Enligt samma undersökning erhöll huvudmännen för nämnda år ca 86,4 milj.kr. i vårdavgifter för s.k. utförsäkrade patienter. Om det nya avgiftssystem, som utredningen förordat, genomförs kommer huvudmännens nuvarande inkomster i form av vårdavgifter för utförsäkrade patienter att upphöra. I stället kommer huvudmännen att få inkomster i form av underhållsavgifter, till övervägande del från patienter, som är utförsäkrade på grund av nuvarande bestämmelser om begränsad sjukhjälpstid i AFL. Med utgångspunkt i de i bil. A tab. 17 redovisade uppgifterna om antalet patienter med allmän ålders- eller förtidspension den 30 april 1966, vilka vårdats minst 180

dagar vid mentalsjukhus och vårdenheter för långvarigt sjuka, har utredningen sökt beräkna inkomsterna av underhållsavgifter under det nya avgiftssystemets första år. Härvid har räknats med det folkpensionsbelopp, som i december 1966 tillkom ensam pensionär efter avdrag av lagstadgat fickpenningbelopp (4 670 kr. — 1 020 kr. = 3 650 kr. eller 10 kr. per dag). Enligt beräkningarna skulle den sammanlagda årliga inkomsten av underhållsavgifter komma att uppgå till i runt tal 135 milj. kr. Utredningen är angelägen framhålla att beräkningarna grundar sig på schabloner. Sålunda har inte beaktats, att en underhållsavgift om 10 kr. per dag i varje fall f.n. överstiger vad pensionärer, vilkas inkomst består av enbart folkpensionens äktamakebelopp, kan betala. Inte heller har hänsyn tagits till patienternas ekonomiska förpliktelser utanför sjukhuset. Utredningen har dock ansett sig kunna räkna med att beloppet är tämligen realistiskt, eftersom å andra sidan inte beaktats inkomster utöver folkpensionen. Vidare har inga andra än långtidssjuka patienter med allmän pension medtagits vid beräkningen, oaktat utredningens förslag om underhållsavgift inte innebär någon begränsning i fråga om personkrets. En på motsvarande sätt utförd beräkning beträffande antalet patienter den 30 april 1966 med en vårdtid av minst 365 dagar visar, att huvudmännen skulle kunna räkna med årlig inkomst av underhållsavgifter om ca 113 milj.kr.

Med hänsyn till det nya läge i fråga om sjukhushuvudmännens intäkter av vårdavgifter, som uppstår om underhållsavgifter införs enligt utredningens förslag, anser utredningen att frågan om storleken av försäkringens ersättning för sjukhusvårdskostnader bör bli föremål för förhandlingar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. På grund härav har utredningen inte ansett sig böra lägga fram förslag i denna fråga.

Systemet för beräkning och utbetalning av den allmänna försäkringens ersättning för sjukhusvårdskostnader

Om största möjliga administrativa fördelar skall uppkomma för försäkringskassorna och sjukvårdshuvudmännen genom en utbrytning av sjukhusvårdsförmånen ur AFL, måste så enkla regler som möjligt åstadkommas för beräkning och utbetalning av försäkringens ersättning för sjukhusvårdskostnader. En av fördelarna med sjukhusvårdsförmånens utbrytning har, som förut anförts, bedömts vara, att kassorna helt kan befrias från att befatta sig med de nuvarande vårdavgiftsräkningarna från sjukhusen. För att detta syfte skall nås, bör kassorna inte heller belastas med några avgifter i samband med ersättningens överförande till sjukvårdshuvudmännen.

Utredningen föreslår, att riksförsäkringsverket för kassornas räkning — i likhet med vad som nu gäller beträffande kassornas ersättning till apoteken för kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel — svarar för beräkningen

och överförandet av den ersättning för sjukhusvårdskostnader, som skall tillkomma huvudmännen. Ersättningen bör beräknas efter schablonmässiga grunder. För att förenkla förfarandet förordar utredningen, att ersättningen grundas på det belopp, som utbetalats från försäkringen till huvudmännen året innan utredningens förslag genomförts. Om försäkringens ersättning skall beräknas efter en högre vårdavgift än 5 kr. per dag, förutsätter utredningen att överenskommelse härom träffas mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i god tid före genomförandet av utredningens förslag. För att motverka inkomstminskning i form av ränteförluster för sjukvårdshuvudmännen bör ersättning utanordnas kvartalsvis.

Mottagare av ersättningen blir till övervägande del de offentliga sjukvårdshuvudmännen, dvs. staten, landstingen och de landstingsfria städerna, samt riksförsäkringsverket för de av verket drivna sjukhusen i Nynäshamn, Tranås och Åre. Till landsting och landstingsfri stad bör av riksförsäkringsverket utbetalas förutom ersättning avseende huvudmannens egna sjukhus även ersättning, som avser de primärkommunala och enskilda sjukvårdsanstalter, vilka är belägna inom huvudmannens verksamhetsområde och vid vilka den medicinska vården i sluten vård skall lämnas kostnadsfritt. Dock förordar utredningen, att de förutnämnda i medicinalstyrelsens förteckning upptagna enskilda sjukvårdsanstalterna av lasarettskaraktär erhåller dem tillkommande ersättning direkt från riksförsäkringsverket. Detta undantag motiveras av att många av dessa sjukvårdsanstalter erhåller driftbidrag från flera sjukvårdshuvudmän. De är dessutom endast 14 till antalet. Hela antalet mottagare av bidrag blir alltså 44, dvs. staten, 25 landsting, tre landstingsfria städer, riksförsäkringsverket samt 14 enskilda sjukvårdsanstalter.

Författningsmässig reglering och ikraftträdande

Utredningen förordar, att huvudmännens skyldighet att lämna kostnadsfri medicinsk vård, avgränsningen till personkrets och sjukhus av den kostnadsfria vården, storleken av försäkringens ersättning och vilka som är ersättningsberättigade m.m. regleras i en särskild lag. Förslag till sådan lag, benämnd »Lag angående avgiftsfrihet för medicinsk vård i sluten sjukvård m.m.», redovisas under rubriken »Författningsförslag».

Bl.a. med hänsyn till att utredningen förutsätter att förhandlingar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen angående försäkringens medverkan i sjukhusvårdens finansiering måste föregå ett genomförande av utredningens förslag till avgiftssystem i sluten vård m.m., har utredningen avstått från att föreslå någon bestämd tidpunkt för förslagets genomförande.

KAPITEL IV

Vårdavgift m.m. i vissa andra vårdformer

Kompletterande vårdformer till den slutna sjukvården

Sjukvårdshuvudmännen har under senare år i ökande omfattning börjat komplettera den traditionella slutna sjukvården vid sjukhusen med andra vårdformer såsom dagsjukhusvård och vård vid rehabiliteringsavdelningar av icke inneliggande patienter. Dessa vårdformer, som ofta kallas halvöppen vård, kan betecknas som mellanformer i förhållande till öppen och slutna vård. Andra vårdformer på sjukhusen, som vunnit ökad aktualitet under senare år, är nattsjukhusvård och s.k. femdagarsvård. En form av vård utanför sjukhus är den s.k. hemsjukvården, vilken under senare tid i ökad omfattning fått stöd av huvudmännen.

Dagsjukhusvård och vård vid rehabiliteringsavdelningar av icke inneliggande patienter

Dagsjukhusvården torde ha sitt ursprung i Sovjetunionen, där i början av 1930-talet i anslutning till psykiatriska kliniker lär ha inrättats s.k. dagvårdsavdelningar, vid vilka patienter mottogs för arbetsterapi och rehabilitering. Även i andra länder, särskilt i U.S.A. och Storbritannien, har sedan slutet av 1940-talet vuxit fram en organisation för dagsjukhusvård. Förebilden för de i Sverige organiserade dagsjukhusavdelningarna synes närmast vara motsvarande brittiska förhållanden. I Storbritannien har dagsjukhus organiserats företrädesvis inom den psykiatriska vården men även inom åldringssjukvården har sådan organisation skapats. I det brittiska systemet skiljs mellan »day hospitals» och »day centres». De förra är dagsjukhus, antingen fristående eller anslutna som avdelningar till sjukhus. De senare är inrättningar som vanligtvis organiserats av lokala myndigheter för att i första hand ge sysselsättningsterapi och social omvårdnad. På flertalet av »day hospitals» meddelas aktiv sjukvård. För dagsjukhusvårdens patienter brukar finnas speciella transportorganisationer.

Omfattningen av den i Sverige bedrivna dagsjukhusvården har hittills varit relativt blygsam. I samband med den under sommaren 1966 verkställda undersökningen rörande sjukhusavgifternas betydelse m.m. för sjukvårdshuvudmännen, vars resultat i huvudsak redovisats i kap. III, begärdes från

huvudmännen uppgifter om antalet vårdplatser och vård dagar i dagsjukhusvård. Med dagsjukhusvård avsågs även vård av icke inneliggande patienter på rehabiliteringsavdelningar. Av de uppgifter, som lämnats av huvudmännen, avseende år 1965, framgår rörande dagsjukhusvården bl.a. följande (Bil. A tab. 12).

Inom mentalsjukvården uppgick det totala antalet dagsjukhusvårdplatser i genomsnitt under året till 98. Det totala antalet vård dagar var 28 024, av vilka 27 306 avsåg landstingskommunala sjukhus och 718 ett statligt sjukhus. Av de 27 306 vård dagarna kan 18 222 hänföras till mentalsjukhus och psykiatriska kliniker samt 9 084 till sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka. Beläggningen i procent av hela antalet vårdplatser utgjorde 86,2. Dagsjukhusvård inom mentalsjukvården hade endast bedrivits av landstingen i Örebro, Gävleborgs, Stockholms och Östergötlands län samt Stockholms stad och på Sidsjöns sjukhus.

Inom kroppssjukvården uppgick det totala antalet dagsjukhusvårdplatser i genomsnitt under året till 250, av vilka 230 fanns på sjukhus, drivna av landsting och motsvarande städer, samt 20 på karolinska sjukhuset. Totala antalet vård dagar var 60 741, av vilka 52 012 avsåg landstingssjukhus samt 8 729 karolinska sjukhuset. Beläggningen i procent av hela antalet vårdplatser utgjorde 78,4. Dagsjukhusvård inom kroppssjukvården hade endast bedrivits förutom vid karolinska sjukhuset av landstingen i Södermanlands, Östergötlands, Örebro, Gävleborgs och Västernorrlands län samt städerna Norrköping, Göteborg och Stockholm.

Dagsjukhusvården inom mentalsjukvården synes ha tillkommit främst för att skapa en form av övergång från den traditionella slutna vården till arbetslivet och hemmen. Vid de psykiatriska lasarettsklinikerna synes utbyggnaden av dagsjukhusvård inom mentalsjukvården ha nått längst. Sålunda påbörjades år 1957 en försöksverksamhet med dagpatienter vid psykiatriska kliniken i Linköping. Man avsåg därvid i första hand att som en form av övergång till arbetslivet låta redan intagna patienter vårdas såsom dagpatienter men efter hand kom vårdformen att omfatta även icke intagna patienter med korta reseavstånd som inte var i behov av intensivare övervakning. Vid Linköpingskliniken vårdas dagpatienterna på de slutna avdelningarna. Antalet samtidigt vårdade dagpatienter har uppgått till ca 20. Dagpatienterna har oaktat de åtnjutit permission varje natt av sjukhuset betraktats som intagna. I och med att försäkringskassan aviserats om in- och utskrivning har ersättning för vården utgivits av kassan såsom för slutna vård i traditionell bemärkelse. Som motiv för att patienterna trots att de icke tillbringat nätterna på sjukhuset betraktats som intagna har från sjukhusets sida anförts dels att hempermitteringen haft ett bestämt terapeutiskt syfte och dels att det prövats, att patienterna icke behövt vistas på sjukhuset under nätterna. Patienterna har under tiden för den aktiva vården erhållit läkemedel kostnadsfritt, även sådana som avsetts att förbrukas utanför sjukhuset. Resekostnaderna har de svarat för själva.

Under våren 1961 igångsattes en försöksverksamhet med dagsjukhusvård vid Södersjukhusets psykiatriska klinik som ett led i ett vetenskapligt-praktiskt experiment. Att försöket kom till stånd berodde på erfarenheterna främst från Storbritannien, där vid Södersjukhuset anställd personal fått studera dagsjukhusvården. Verksamheten syftade till dels att försöka undvika stängning av vårdavdelningar på grund av sköterskebristen, dels att erbjuda flera patienter tidigare vård och behandling. Vid kliniken har dagpatienterna samlats till en f.d. sluten avdelning, där en sammanhållen vård-enhet skapats inom de utrymmen, som en traditionell avdelning bjuder. Med förstärkning av läkar-, kurators- och terapeuttjänsterna men med mindre sköterskepersonal har avdelningen under en försöksperiod fyllt sitt ändamål som dagvårdsavdelning för nära dubbla antalet patienter mot det som traditionellt vårdats där. Vården betraktas som sluten men har lämnats avgiftsfritt tills vidare i avvaktan på resultatet av sjukförsäkringsutredningens arbete. Resekostnaderna har patienterna själva svarat för.

På sjukhus för psykiatrisk vård, drivna av landsting och motsvarande städer, bedrivs dagsjukhusvård också vid Långbro och Beckomberga sjukhus i Stockholm samt Lillhagens sjukhus i Göteborg. Sådan vård lämnas vidare på några sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka, nämligen vid Ulvsundahemmet av Stockholms läns landsting och vid Södertulls sjukhus av Gävleborgs läns landsting. På vissa avdelningar vid Lillhagens sjukhus utgör dagpatienterna 20—30 % av hela antalet patienter på avdelningarna. Långbro och Beckomberga sjukhus har vardera en avdelning för dagsjukhusvård om ca 20 patienter. Inom mentalsjukvården är dagsjukhuspatienterna i de flesta fall inskrivna vid sjukhuset men åtnjuter permission under nätterna samt under veckoslut och helger. För dagsjukhusvården på Långbro sjukhus tas ingen avgift ut i avvaktan på resultatet av sjukförsäkringsutredningens arbete. Resekostnaderna får patienterna själva svara för.

Som förut nämnts uppgick hela antalet vårddagar i dagsjukhusvård år 1965 vid de dåvarande statliga mentalsjukhusen endast till 718. Samtliga dessa vårddagar avsåg dagsjukhusvård för tre patienter vid Sidsjöns sjukhus. Då mentalsjukvårdsberedningen i januari år 1961 tillsatte en särskild expertgrupp med uppdrag att utreda och framlägga förslag till en försöksvis organiserad öppen vård vid de statliga mentalsjukhusen, fick denna expertgrupp även till uppgift att undersöka möjligheterna att inrätta antingen fristående dagsjukhus eller dagavdelningar vid mentalsjukhusen. Försöksverksamhet med dagavdelningar inom de förutvarande statliga mentalsjukhusen har dock hittills inte skett i någon större omfattning. Anledningen till detta har uppgivits vara läkarbrist och tveksamhet rörande tillgången på tillräckligt patientunderlag i sjukhusens närhet.

Dagsjukhusvården inom kroppssjukvården synes ha tillkommit såväl för att lätta trycket på den slutna vården och på ett rationellare sätt kunna utnyttja den knappa tillgången på sjukvårdspersonal som för att minska

huvudmännens kostnader för den dyrbara slutna vården. För år 1965 redovisade sjukvårdsstyrelsen i Stockholm 22 236 vårddagar i dagsjukhusvård inom kroppssjukvården. För Norrköping var motsvarande siffra 8 976 och för Göteborg 3 145. Genomsnittliga antalet vårdplatser för år 1965 har uppgivits vara i Stockholm 91, i Norrköping 39 och i Göteborg 25.

I Stockholm har dagsjukhusvård införts vid flera medicinska kliniker såsom vid Sabbatsbergs sjukhus, S:t Eriks sjukhus och Södersjukhuset. I Göteborg är det främst vid dagsjukhuset för åldringar vid Vasa sjukhus som sådan vård bedrivs. Denna verksamhet påbörjades som försök år 1963. I Norrköping påbörjades redan i början av 1950-talet dagsjukhusvård vid en geriatrisk avdelning, tillhörande Sandbyhovs sjukhus för långvarigt kroppsligt sjuka. Vid lasarettet i Norrköping, där dagsjukhusvård till en början bedrevs enbart på den geriatriska kliniken, har denna verksamhet utökats kraftigt och förekommer f.n. på så gott som samtliga kliniker.

Dagsjukhusvården vid karolinska sjukhuset bedrivs främst på medicinska kliniken, där sådan verksamhet påbörjades under hösten 1961. Vårdavgift har icke tagits ut i avvaktan på resultatet av sjukförsäkringsutredningens arbete. Patienterna har erhållit läkemedel kostnadsfritt även då dessa intagits utanför sjukhuset. Kostnader för resor till och från sjukhuset har erlagts av patienterna själva.

Beträffande dagsjukhusvård på rehabiliteringskliniker kan nämnas att sådan vård meddelas vid Södersjukhusets rehabiliteringsavdelning, där i runt tal 45 patienter kan få vård samtidigt, vid Danderyds sjukhus i Stockholms län och vid centrallasarettet i Eskilstuna. Antalet vårdplatser och vårddagar i dagsjukhusvård har för Danderyds sjukhus icke kunnat särredovisas. Antalet vårdplatser i dagsjukhusvård under år 1965, avseende såväl rehabiliteringskliniken som psykiatriska kliniken vid Danderyds sjukhus, uppskattas till 35—40. I Eskilstuna har ej funnits något fastställt antal vårdplatser i dagsjukhusvård. Antalet patienter har dock utgjort maximalt åtta per dag.

Vårdtiden per dag för patienterna i dagsjukhusvård synes variera från sex till åtta timmar. Vid vissa dagavdelningar pågår verksamheten sålunda mellan kl. 9—15, vid andra mellan kl. 9—17. Vården meddelas i allmänhet måndag—fredag varje vecka. I undantagsfall, exempelvis vid dagsjukhuset för åldringar vid Vasa sjukhus i Göteborg, där patienterna är indelade i två grupper, erhåller varje grupp vård under en dag två gånger i veckan. Under vistelsen på sjukhusen serveras patienterna ett eller flera mål mat om dagen.

Inom mentalsjukvården meddelas dagsjukhusvården antingen på särskilda dagavdelningar eller på avdelningarna för heldygnsintagna patienter, i de fall tillräckliga dag- och terapiutrymmen medger en sådan ordning. Inom kroppssjukvården synes dagsjukhusvården bedrivas företrädesvis på särskilda avdelningar för sådan vård.

För att belysa de olika verksamheterna vid dagsjukhusvård kan nämnas,

att på rehabiliteringskliniken vid Danderyds sjukhus behandlingen av dagpatienterna omfattar psykiatrisk terapi, sjukgymnastik, arbetsterapi och funktionsprövning. Vid Vasa sjukhus deltar dagpatienterna i fysioterapi, träning i det dagliga livets verksamheter, sysselsättnings- och arbetsterapi samt talövningar och psykoterapi. När det gäller dagsjukhusvården vid en medicinsk klinik kan nämnas, att den vid karolinska sjukhuset endast omfattat sådana patienter, som kan vistas uppe och att i grova drag tre patientkategorier mottagits. Till den första hör de, vilkas sjukdomsbild före intagningen varit oklar och vilka har remitterats till sjukhuset för diagnos. Den på diagnosen baserade behandlingen har i huvudsak varit medikamentell och har kunnat genomföras polikliniskt. Den andra gruppen har omfattat patienter, som intagits för behandlingar som krävt daglig tillsyn. Den tredje gruppen har omfattat enstaka patienter, som tagits in på dagvårdsavdelningen för att plats inte kunnat beredas på avdelning för sluten vård i traditionell mening.

I sjukvårdslagstiftningen förekommer f.n. endast begreppen sluten och öppen vård. På grund av att de nya kompletterande vårdformerna inte uppmärksammas i lagstiftningen råder en viss osäkerhet om hur de skall behandlas, bl.a. i försäkringshänseende.

I en inom *inrikesdepartementet* upprättad promemoria den 15 december 1961 med förslag till författningsreglering i anledning av landstingens övertagande av tjänsteläkarväsendet framhölls bl.a., att den ordningen alltmer börjat vinna tillämpning inom vissa vårdområden, att sjukhuspatient tillbringade natten i sitt hem. Enligt promemorian borde en sådan ordning ej medföra, att patienten inte skulle anses vara intagen på sjukhus under förutsättning att den omvårdnad han under dagen erhöll på sjukhuset i huvudsak motsvarade den, som kom övriga intagna patienter till del. Detta uttalande i departementspromemorian hälsades med tillfredsställelse av *Svenska landstingsförbundet* och *Svenska stadsförbundet*, som konstaterade att sjukkassan därigenom skulle bli ansvarig för patientens vårdavgifter. *Sveriges läkarförbund* hade ingen erinran mot den gjorda tolkningen, såvitt avsåg patienter på »dagsjukhus» men förutsatte, att den som blev föremål för utredning eller behandling på den öppna mottagningen vid ett sjukhus och som var inkvarterad på s.k. patienthotell inte skulle betraktas som intagen på sjukhus och åtnjutande sluten vård. *Örebro läns landstings förvaltningsutskott* förklarade, att även det förhållandet kunde bli aktuellt, att patienten tillbringade natten på sjukhuset men vistades utanför sjukhuset på dagen. Det syntes därför utskottet angeläget, att frågeställningen om patient skulle anses vara intagen på sjukhus både vid dagsjukvård och nattsjukvård utvecklades närmare, så att en enhetlig tillämpning kunde komma till stånd. *Riksförsäkringsanstalten* framhöll, att uttalandet i promemorian i sak innebar en utvidgning av begreppet sluten vård, som för

sjukförsäkringens del skulle medföra konsekvenser beträffande försäkrads rätt till ersättning för vård och resekostnader.

Departementschefen (prop. 1962:122) fann för sin del de framförda synpunkterna på förslaget om utvidgning av begreppet sluten vård klart ge vid handen, att frågan måste bli föremål för särskild utredning, innan ställning kunde tas till den. Han erinrade vidare om att sjukförsäkringsutredningen fått i uppdrag att snarast undersöka frågan och om möjligt framlägga förslag till dess lösning utan att avvakta resultatet av sitt arbete i övrigt. Förslaget borde med hänsyn därtill inte föranleda någon ändring i den dittillsvarande innebörden av begreppet sluten vård.

Beträffande innebörden av begreppet sluten vård i SjvL:s mening gäller således allttjämt att en person skall vistas på sjukhus under natten för att anses intagen där. Eftersom med sjukhusvård enligt bestämmelserna i 2 kap. 4 § AFL avses vård, som på sjukhus lämnas där intagen försäkrad, kan ersättning för sjukhusvård icke utges enligt AFL vid dagsjukhusvård och vård av icke ineliggande patienter på rehabiliteringsavdelning, så länge begreppet intagning på anstalt (sluten vård) ges ovannämnda innebörd. I den mån vid nämnda vårdformer läkarvård meddelas patienten och kostnad härför debiteras honom torde däremot med hänsyn till bestämmelserna i 2 kap. 2 och 5 §§ AFL ersättning från försäkringen i princip inte kunna förvägras för dylik kostnad och ej heller för kostnad för resor för erhållande av sådan vård. Under enahanda förutsättningar får det anses åligga försäkringskassa att utge ersättning även för kostnad för annan vård och behandling (konvalescentvård och sjukgymnastisk behandling m.m.). Av läkare förskrivna läkemedel tillhandahålls antingen kostnadsfritt eller till nedsatt pris på apoteken.

Formerna för patienternas deltagande i kostnaderna för dagsjukhusvård, den allmänna försäkringens ersättning liksom sjukvårdshuvudmännens åtaganden i form av tillhandahållande av mat, husrum och vård samt bestridande av resekostnader till och från sjukhusen m.m. har hittills inte lösts ensartat på alla håll. Sålunda har som förut nämnts vissa sjukvårdshuvudmän i avvaktan på resultatet av sjukförsäkringsutredningens arbete tills vidare inte tagit ut vårdavgift under det att andra huvudmän, ehuru patienterna ej tillbringat nätterna på sjukhusen, betraktat de dagsjukhusvårdade såsom intagna och som vid sluten vård i traditionell mening genom inskrivningsbesked underrättat försäkringskassorna härom. I sådana fall har kassorna i allmänhet utbetalat ersättning för sjukhusvård enligt 2 kap. 4 § AFL, eftersom de saknat kännedom om att det rört sig om dagsjukhusvård. I de fall kassan haft klart för sig att det varit fråga om dagsjukhusvård, har antingen kravet på vårdavgift avisats helt under motivering, att sjukhusvård i AFL:s mening ej förelegat, eller också har vårdavgiften ersatts som kostnad för öppen vård med 3/4 av 5 kr. Läkemedel synes i allmänhet ha tillhandahållits patienterna kostnadsfritt av huvudmännen. Vissa

huvudmän har dessutom kostnadsfritt tillhandahållit patienterna läkemedel att intas utanför sjukhuset. Däremot har huvudmännen som regel ej svarat för kostnader för patienternas resor till och från sjukhusen i samband med dagsjukhusvård. I några fall har huvudmännen dock svarat för patienternas transport utan kostnad för dem genom särskild transportorganisation. Från den allmänna försäkringen lämnas — enligt vad utredningen har inhämtat — vid dagsjukhusvård ersättning för resor, som företas vid vårdens början resp. slut, men som regel inte för sådana resor till eller från sjukhuset, som äger rum under tiden för vården.

Sjukvårdsstyrelserna i Stockholm och Göteborg har i skrivelser till Kungl. Maj:t den 14 februari 1961 resp. den 14 april 1964 hemställt om åtgärder för att göra det möjligt för försäkringskassorna att ersätta kostnader för dagsjukhusvård på samma sätt som kostnader för slutna vård i traditionell mening. Sjukvårdsstyrelsen i Stockholm har därjämte hemställt, att åtgärder vidtas så att kassorna blir i stånd att utge bidrag till transportkostnaderna för svårt handikappade till och från rehabiliteringsavdelning. Sjukvårdsstyrelsen i Göteborg har i sin skrivelse också begärt, att åtgärder vidtas så att försäkringskassorna kan ersätta alla slag av transportkostnader i samband med dagsjukhusvård.

I skrivelse den 4 april 1961 till statsrådet och chefen för socialdepartementet har sjukvårdsstyrelsen i Stockholm dessutom hemställt, att styrelsens framställning den 14 februari 1961 får kompletteras att avse jämväl en vid Södersjukhuset för neurologiska fall särskilt anordnad rehabiliteringsverksamhet.

Nyssnämnda skrivelser har av statsrådet och chefen för socialdepartementet överlämnats till sjukförsäkringsutredningen för beaktande vid fullgörande av dess uppdrag.

Sjukvårdsstyrelsen i Stockholm framhöll i sin skrivelse den 14 februari 1961 bl.a. att — utöver en erforderlig utbyggnad av den slutna vården — den huvudsakliga expansionen inom sjukvården måste komma att äga rum inom den öppna vårdsektorn, om det ständigt stegrade sjukvårdsbehovet skall kunna tillgodoses. I samband därmed torde jämväl den »halvöppna sjukvården» få ökad betydelse. Styrelsen uttalade, att dagsjukhusvården mest liknade den slutna sjukvården och borde kunna betraktas som sådan i ersättningsavseende. För att möjligheterna till effektiv vård och behandling inte skulle bli beroende av patienternas ekonomiska ställning, syntes det styrelsen vara lämpligt att införa en enhetlig avgift per dag för all vård och behandling, som lämnas inom de halvöppna vårdformerna. Förutsättningen för att införa sådan avgift, vilken icke borde understiga 5 kr. per dag, var enligt styrelsens mening att sjukkassan gavs rätt att helt bestrida den. Ersättningen borde inte få till följd att sjukhjälpstidens längd minskades eller att utgående sjukpenning reducerades. Styrelsen framhöll vidare, att det borde ligga i linje med sjukkassans insatser för rehabiliteringen att lämna

full kompensation för resekostnader beträffande sådana patienter som på grund av sitt handikapp inte kunde anlita allmänna kommunikationsmedel.

I en bilaga, vari sjukvårdsstyrelsen redogjorde för försöksverksamheten med dagsjukhus på psykiatriska kliniken vid Södersjukhuset, framhölls att dagsjukhusvården syftade till 1) ett skonande och uppbyggande av patientens redan genom sjukdomen äventyrade sociala relationer, 2) en motverkan av isoleringstendenser med dess ödesdigra följdfeomen, 3) ökad möjlighet för patienterna och deras anhöriga att fördomsfritt acceptera psykisk sjukdom, eftersom vård och behandling här ej behövde innebära intagning av traditionell art, 4) ett betonande av verksamhetens realistiska atmosfär av arbetsmiljö i motsats till den som råder vid en traditionell vårdavdelning; vård och medicinbehandling fick på så sätt till stor del karaktären av ett arbete som patienten skötte på dagen och under eget ansvar, 5) minskade risker för s.k. hospitaliseringsskador, vilka på senare tid allmänt tillmätts stor negativ betydelse i vården av psykiskt sjuka, samt 6) insättande av social rehabilitering på ett tidigare stadium än vid vård på traditionell vårdavdelning.

Slutligen framhöll sjukvårdsstyrelsen att det klientel, som är särskilt lämpat för vård på ett dagsjukhus, består av psykiskt sjuka, vilka för sin vård ej kräver nattlig övervakning på sjukhus. Klientelet på en dagsjukhusavdelning bör erhålla all den terapi, somatisk som psykisk, vilken erbjuds på vanliga sjukavdelningar varjämte psykoterapi, individuellt eller i grupp, arbetsterapi och motionsträning bör ges största utrymme på det dagliga arbetsschemat.

Angående dagvården på rehabiliteringsavdelningen vid Södersjukhuset påpekades, att vården skulle omfatta såväl läkarundersökningar som behandlingar genom annan personal än läkare, närmast sjukgymnastisk behandling och arbetsterapi, samt att avsikten var att bruka både rehabiliteringsavdelningens och andra resurser vid sjukhuset.

Yttranden över sjukvårdsstyrelsens framställning avgavs av riks-försäkringsanstalten, arbetsmarknadsstyrelsen, medicinalstyrelsen, mentalsjukvårdsberedningen, Svenska landstingsförbundet, Svenska stadsförbundet och Svenska sjukkasseförbundet.

Svenska stadsförbundet tillstyrkte till alla delar sjukvårdsstyrelsens framställning. *Arbetsmarknadsstyrelsen* tillstyrkte den i princip. *Svenska landstingsförbundet* fann starka skäl föreligga att innefatta den vid dagsjukhus och rehabiliteringsavdelningar meddelade behandlingen under SFL:s ersättningsbestämmelser. *Medicinalstyrelsen* ansåg det vara synnerligen angeläget att möjlighet till återbäring gavs även för kostnader för öppen och halvöppen vård, varigenom den slutna vården skulle kunna avlastas och personalbehovet minskas.

Riksförsäkringsanstalten uttalade, att det syntes angeläget, att en översyn av berörda bestämmelser snarast möjligt kom till stånd, eftersom gällande

ersättningsbestämmelser enligt SFL inte gav en tillfredsställande lösning av ersättningsfrågan vid ifrågavarande vårdformer och dessa torde komma att få en alltmer ökad betydelse. Samma uppfattning hade *mentalsjukvårdsberedningen* och *Svenska sjukkasseförbundet*.

Beträffande vård på rehabiliteringsavdelning ansåg *medicinalstyrelsen* och *mentalsjukvårdsberedningen* att den borde betraktas som en form av vård på dagsjukhus. Styrelsen förutsatte härvid att patienten skulle vistas på rehabiliteringskliniken minst sex timmar dagligen.

I fråga om patienternas resekostnader vid dagsjukhusvård pekade *medicinalstyrelsen* och *mentalsjukvårdsberedningen* på möjligheten att lösa frågan genom särskild transportorganisation. Enligt *medicinalstyrelsen* borde resekostnaderna ersättas av sjukförsäkringen enligt sedvanliga grunder.

Sjukvårdsstyrelsen i Göteborg återopade i sin förutnämnda skrivelse den 14 april 1964 en av sjukvårdsdirektören i staden upprättad promemoria rörande ersättning från den allmänna sjukförsäkringen för vård på dagsjukhus. I promemorian framhölls, att tillgången på vårdplatser vid stadens sjukhus understeg efterfrågan, vilket i särskilt hög grad gällde vid sjukhusen för långtidssjuka. För att i någon mån minska trycket på den slutna sjukvården hade sjukvårdsstyrelsen börjat en försöksverksamhet med dagsjukhus för åldringar vid Vasa sjukhus. Syftet med denna verksamhet var dels att genom ett aktivt omhändertagande inom olika verksamhetsgrenar häva åldringarnas isolering i hemmiljön och därmed minska frekvensen av intagning på sjukhus eller möjliggöra en tidigare utskrivning med åtföljande minskning av medelvårdtiden, dels att med en mindre kostnadskrävande verksamhet öka samhällets vårdresurser. Enligt en för den provisoriska dagsjukhusverksamheten uppgjord plan skulle sammanlagda antalet patienter utgöra 30, uppdelade på två grupper om vardera 15 patienter som två gånger i veckan skulle besöka sjukhuset. Kostnaden hade beräknats till 42 kr. per patient och vård dag, varav en tredjedel beräknades avse transporter av patienterna till och från sjukhuset. Stadens kostnader beräknades sålunda understiga dem, som uppstår vid slutna vård, men bedömdes ändå vara så betydande att det kunde vara motiverat att ta ut avgifter. Den avgift, som skulle ställa sig enklast ur debiteringssynpunkt, ansågs vara en enhetlig dagavgift, som icke skulle tas ut med mer än 5 kr. såsom vid sjukhusvård. Avslutningsvis föreslogs i promemorian, att den allmänna sjukförsäkringen skulle svara för denna enhetliga avgift samt att även transportkostnaderna skulle ersättas genom sjukförsäkringen utan att avdrag därvid gjordes för självriskbeloppet vid hemresa.

Nattsjukhusvård

Nattsjukhusvård är en vårdform, som förekommer inom den psykiatriska vården och praktiseras såväl vid vissa psykiatriska kliniker som vid lasaret-

ten för psykiatrisk vård. På grund av att patient, som är föremål för sådan vård, tillbringar natten på sjukhuset, anses han i regel vara intagen där och åtnjuta sluten vård.

Nattsjukhusvård förekommer bl.a. vid den psykiatriska kliniken vid lasarettet i Linköping och den psykiatriska undervisningskliniken vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Vårdformen har tillämpats vid vissa former av lättare psykiska sjukdomar i de fall patient behövt följas mer intensivt än vad som varit möjligt vid besök på den öppna mottagningen vid kliniker. Det har uppgivits att patienterna, som i regel arbetat under dagarna, har varit i stort behov av hjälp på sjukhuset framför allt under natten och morgontimmarna, då de i regel känner oro och ångest. Under vistelsen på sjukhuset har de behandlats aktivt och fått tillfälle att samtala med läkare och sköterskor. Enligt uppgift har det visat sig, att denna vårdform för många patienter medverkat till att underlätta den definitiva utskrivningen från sjukhuset. De patienter, som varit föremål för nattsjukhusvård vid ifrågavarande kliniker, har inte alltid varit sjukskrivna. I regel har försäkringskassorna inte underrättats om nattsjukhusvården. Någon ersättning för sjukhusvård har härigenom i allmänhet inte kommit att utbetalats av kassorna utan patienterna har själva fått erlägga en avgift som motsvarar den gängse avgiften för vård på allmän sal.

Nattsjukhusvård förekommer som förut nämnts även vid lasaretten för psykiatrisk vård i form av utsträckt frigång. Ifrågavarande patienter har inte sällan avlönat arbete. I den mån de inte varit utförsäkrade, har ersättning för sjukhusvård i regel utgivits av försäkringskassan. Efter utförsäkring har patienterna själva erlagt vårdavgift till sjukhuset, om de haft folkpension. Har pension inte utgått har vården lämnats kostnadsfritt. Det har från sjukvårdshuvudmannahåll uppgivits, att läget för patienterna i den utsträckta frigången många gånger är rätt labilt. Man kan nämligen aldrig vara säker på, hur lång tid patienterna kan sköta sina arbeten. Särskilt när det gäller klientelet inom den s.k. tunga psykiatrin har det därför varit naturligt att patienterna betraktats såsom intagna även under tider, då enbart nattsjukhusvård förekommit.

Eftersom enligt 2 kap. 2 § första stycket AFL med läkarvård inte avses vård, som lämnas försäkrad vilken åtnjuter sjukhusvård, utgör läkarvård jämte resor härför, som under dagen kan bli aktuell för patienten utanför sjukhuset, inte sådan sjukvård som föranleder rätt till ersättning enligt nämnda lag. Inte heller torde andra resor till och från sjukhuset för erhållande av nattsjukhusvård vara ersättningsbara enligt AFL än dem som företas vid vårdens början (intagningsresa) och dess slut (återresa).

Femdagarsvård

Vid s.k. femdagarsvård, som sedan några år tillbaka i ökande omfattning tillämpas vid olika sjukhus i landet, åtnjuter patienten sluten vård i tradi-

tionell mening men vistas som regel utanför sjukhuset lördag och söndag, då ifrågavarande vårdavdelning brukar stängas helt. På måndagen återvänder patienten till sjukhuset, där heldygnsvård sålunda pågår under tiden måndag—fredag. Rent medicinskt kan dock behovet av sjukhusvård inte anses upphöra under lördag—söndag. Visserligen vistas patienten då inte på sjukhuset men platsen på avdelningen står reserverad för hans räkning och han har att följa av läkare föreskrivna ordinationer angående läkemedel m.m. Systemet med femdagarsvård synes ha tillkommit främst för att ge huvudmännen möjlighet att dra till sig vårdpersonal, som inte kan följa de gängse arbetstiderna i sluten vård. Från huvudmannahåll har framhållits, att det är ytterst angeläget att denna verksamhet kan fortsättas och utbyggas under sådana former att den får allmänhetens fulla förtroende och accepteras utan betänkligheter.

Från ersättningssynpunkt enligt AFL anses patientens vistelse utanför sjukhuset under lördag och söndag inte ha föranlett avbrott i sjukhusvården. Som en följd därav utgör läkarvård jämte resor härför, som under sådan kortvarig vistelse utanför sjukhuset lämnas patient i femdagarsvård, inte sådan sjukvård som medför rätt till ersättning enligt AFL. Av samma skäl utgör patientens resor till och från sjukhuset i samband med vistelsen utanför detsamma under femdagarsvården inte sådana ersättningsbara resor som avses i 2 kap. 5 § AFL. Debiterar sjukhuset patienten vårdavgift för lördag—söndag, torde försäkringskassorna i allmänhet utge ersättning härför, varvid avdrag på ev. utgående sjukpenning görs enligt 3 kap. 4 § AFL.

Sjukvård i samband med vistelse på patienthotell o.d.

Som ett led i de försök, som under senare år igångsatts för att förbilliga vårdkostnaderna vid sjukhusen och för att lösa problemen med bristande tillgång på vårdpersonal eller otillräcklig vårdkapacitet, har vissa sjukhus-huvudmän i egen regi ordnat inackordering främst för patienter i en längre tids öppen vård med långa reseavstånd. Inrättningar för sådan inackordering benämns patienthotell, sjukhushotell, inackorderingshem, lasarettshem eller självhjälpsavdelningar. I den följande framställningen kommer som en samlande beteckning för ifrågavarande inrättningar att användas benämningen patienthotell.

Enligt uppgifter som sjukförsäkringsutredningen införskaffat angående patienthotell (Bil. A tab. 13), avseende år 1965, fanns i sjukhushuvudmännens egna hotell 126 patientplatser. Genom överenskommelser med hotell, pensionat eller annan huvudman disponerade sjukhushuvudmännen dessutom 23 platser för inackordering av patienter. Det totala antalet platser uppgick således till 149. Endast ett fåtal sjukhushuvudmän hade platser i egna patienthotell. Det kan nämnas, att Gävleborgs läns landsting på sitt patient-

hotell i Gävle hade 35 platser samt att Kalmar läns norra landsting förfogade över fyra platser i egen anläggning. Vidare drev Malmöhus läns landsting ett patienthotell, benämnt lasarettshem, vid regionssjukhuset i Lund med 34 platser.

I anslutning till lasarettet i Växjö driver Svenska Röda Korset sedan den 1 juli 1965 ett patienthotell, benämnt sjukhushotell, med 15 platser. Kronobergs läns landsting beslöt år 1965 anslå 145 000 kr. som bidrag till driften av detta hotell. Jämtlands läns landsting beviljade samma år länsdistriktet av Svenska Röda Korset högst 15 000 kr. för verksamhet med patienthotell i Östersund. Jönköpings läns landsting har medgivit att patienthotell tills vidare får anordnas i hotell Portalen i Jönköping för patienter vid central-lasarettet i Jönköping.

Svenska Röda Korset driver dessutom sedan några år tillbaka ett patienthotell i Stockholm, benämnt gästhem, för inackordering av patienter som erhåller poliklinisk behandling på radiumhemmet vid karolinska sjukhuset. År 1965 fanns 35 vårdplatser vid detta hotell. Antalet patientdagar vid hotellet uppgick till 13 918.

Enligt vad utredningen inhämtat uppgick totala antalet dagar, under vilka patienter år 1965 vistades på ovannämnda patienthotell, till 35 019.

Utredningen har vidare erfarit att ett patienthotell f.n. är under uppförande i anslutning till regionsjukhuset i Umeå. Hotellet kommer att innehålla 60 rum. Västerbottens läns landsting har anvisat 1,5 milj. kr. till hotellets uppförande och direktionen för lasarettet i Umeå har fått i uppdrag att administrera verksamheten. Vidare har enligt uppgift Stockholms läns landsting för avsikt att i slutet av år 1967 inrätta ett patienthotell med 30 platser vid lasarettet i Danderyd.

Patienthotellet har såsom nyss framhållits tillkommit för att bereda patienter i öppen vård inackorderingsmöjligheter. De är sålunda avsedda främst för personer med långa reseavstånd, vilka skall meddelas en serie behandlingar eller bli föremål för utredning. Formerna för ersättning från den allmänna försäkringen för den vård, som meddelats ifrågavarande personer, har icke varit ensartade, framför allt beroende på att sjukhus-huvudmännen haft olika uppfattningar i frågan huruvida patienterna skall anses intagna på sjukhus eller ej. Sålunda har patienterna vid exempelvis hotellet i Gävle och Växjö ansetts intagna på sjukhus, varför respektive försäkringskassor underrättats genom inskrivningsbesked och ersättning för sjukhusvård utbetalats enligt AFL. Denna inställning från ifrågavarande huvudmäns sida torde dock inte ha sin grund i en från övriga huvudmän avvikande uppfattning rörande vårdens art för patienterna utan snarare bero på att sådana patienter tidigare, då patienthotell eller annan inackorderingsmöjlighet på sjukhusorten saknades, intogs på sjukhus icke främst på grund av vårdbehov utan av sociala skäl — främst långa reseavstånd. Flertalet huvudmän har emellertid behandlat patienterna vid patientho-

tellen såsom patienter i öppen vård. Patienterna har sålunda fått betala kostnader för läkarvård m.m., varefter de haft att vända sig till försäkringskassan för att få ut återbäring enligt AFL.

Eftersom flertalet patienter, som beretts inackordering på patienthotell o.d., således behandlats som patienter i öppen vård, har de i princip själva fått betala för mat och logi under vistelsen där. I vissa fall har därigenom uppkommit betydligt högre kostnader för patienterna än om de såsom tidigare skedde tagits in på sjukhus. Förhållandet har uppmärksamrats av flera landsting, som krävts på ersättning för uppehållskostnader av patienter, som själva fått betala för mat och logi på sjukhusorten. Med anledning härav har Norrbottens läns landsting i skrivelse den 5 augusti 1965 — under framhållande av vikten av att alla hemortslandsting har samma normer för ersättning till patienter för deras inackorderingskostnader, då de under kortare eller längre tid behandlas i öppen vård vid regionsjukhus — hemställt om Svenska landstingsförbundets rekommendation i frågan. Med anledning härav har landstingsförbundet rekommenderat samtliga landsting att tills vidare utge bidrag till patient, som efter remiss av därtill behörig läkare behandlas i öppen vård vid regionsjukhus. Ersättningen föreslås skola motsvara skälig hotellkostnad samt uppskattad merkostnad för mat på orten, det senare under förutsättning att fri mat inte erhålls vid sjukvårdsinrättningen eller hotellet.

Ersättning för försäkrads resekostnader i samband med hans vistelse på patienthotell o.d. utgår enligt sjukreseförordningen. Hans utgifter för resor till och från den ort, där läkarvården skall meddelas, liksom till och från läkare på nämnda ort ersätts enligt huvudregeln med det belopp, varmed utgifterna överstiger 4 kr. (i Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping 5 kr.). Detta karensbelopp får den försäkrade själv svara för. Vid ersättningens bestämmande räknas resan till och från behandlingsorten som en enda resa.

I resekostnad kan jämlikt 2 § sista punkten sjukreseförordningen även inräknas utgift för övernattningskostnad. Förutsättningen härför är — enligt 8 § tillämpningskungörelsen till nämnda förordning — vid resa för läkarvård (öppen vård), att den försäkrade vid anlitande av fortskaffningsmedel, som går i reguljär trafik, inte kunnat avsluta resan före kl. 24 den dag resan anträtts. Resan skall därvid anses ha avslutats på den plats, varifrån resan till läkaren företogs eller, om resan till läkaren företagits från den försäkrades arbetsplats och han dagligen brukar resa mellan bostaden och arbetsplatsen, vid den försäkrades bostad. Ersättning för övernattningskostnad beräknas efter det belopp, som den försäkrade erlagt för logi, dock efter högst 15 kr. per natt. Har den försäkrade övernattnat men ej haft någon kostnad härför, utgår ej ersättning. Vid jämförelse mellan kostnader för olika färdssätt skall dock i förekommande fall kostnad för övernattningskostnad tas i beaktande och skall vid sådan jämförelse övernattningskostnaden beräk-

nas till 15 kr. Ersättningsunderlaget föreslogs i prop. 1959:161 i enlighet med sjukreseutredningens förslag i betänkandet »Sjukreseersättningar» (SOU 1958:23) bli maximerat till samma belopp som lägsta natttraktamente enligt allmänna resereglementet, vilket vid ifrågavarande tidpunkt uppgick till 15 kr. per natt.

Till försäkrad, som under en period av läkarvård vistas på patienthotell eller dylik inrättning, kan inte utgå försäkringsersättning för utgifter för uppehåll på behandlingsorten i vidare mån än vad som följer av bestämmelserna i 8 § ovannämnda tillämpningskungörelse. Dessa bestämmelser medger ersättning för övernattningskostnad i regel endast för en natt.

Hemsjukvård

Med hemsjukvård avses sjukvård, som meddelas patienten i hans hem av sjukvårdsutbildad personal, främst distriktssköterska, och anhörig eller annan, i sådana former att därigenom kan undvikas en eljest nödvändig intagning på sjukhus. Den hemsjukvård som sedan år 1949 meddelas av sjukvårdshuvudmännen har således tillkommit främst som ersättning för slutna sjukvård. Vården bedrivs i allmänhet fristående från den slutna sjukvården.

Socialpolitiska kommittén har redovisat uppgifter från kommuner och landsting om antalet hemsjukvårdade personer den 12 april 1962, som uppbar s.k. hemsjukvårdsbidrag från sjukvårdshuvudmännen samt huvudmännens kostnader härför år 1961. Sjukförsäkringsutredningen har inforerat uppgifter från sjukvårdshuvudmännen om antalet hemsjukvårdade den 31 december 1965 med sådana bidrag samt huvudmännens kostnader för bidragen år 1965 (Bil. A tab. 14). Av uppgifterna framgår att antalet hemsjukvårdade med bidrag ökat från 8 616 den 12 april 1962 till ca 20 400 den 31 december 1965. Av dessa föll på landstingen 8 189 resp. ca 17 700 personer. Enligt den förra undersökningen hade kommunerna vid sidan av landstingens bidragsgivning utbetalat hemsjukvårdsbidrag till 1 136 personer.

Landstingens kostnader för vård i hemmen av långvarigt kroppssjuka uppgick år 1961 till 11,7 milj. kr. och år 1965 till 45,6 milj. kr. För år 1967 har landstingen anslagit 69,7 milj. kr. för verksamheten.

Organisatoriskt kan hemsjukvården, såsom den hittills bedrivits här i landet, indelas i sjukhusansluten och fristående hemsjukvård. Den sjukhusanslutna hemsjukvården är av mindre omfattning än den fristående. I det följande lämnas en redogörelse för organisationen och omfattningen av de båda formerna av hemsjukvård. Där intet annat anges avser redogörelsen 1966 års förhållanden.

Sjukhusansluten hemsjukvård

Inom Östergötlands läns landsting bedrivs hemsjukvård ansluten till region-sjukhuset i Linköping. Verksamheten leds av läkaren vid förmedlingscentralen för långvarigt kroppssjuka. En hemvårdssköterska har huvudansvaret för den utredning som görs, innan patienter antas i vårdformen. I utredningen ingår besök av henne på den klinik där patienten vårdas, samråd med patientens läkare och avdelningssköterska, besök i patientens hem samt information om vårdformen till patienten och dennes anhöriga. Genom hembesök och genom dagliga kontakter med vårdpersonalen håller hemvårdssköterskan sig underrättad om patienternas tillstånd och vårdbehov.

Under år 1966 erhöll sammanlagt 76 patienter — 17 män och 59 kvinnor — sjukhusansluten hemsjukvård. 54 av dem fanns fortfarande kvar i hemsjukvården vid årets slut. I genomsnitt vårdades 47 patienter per dag. I 38 fall hade patienterna tidigare vårdats på långvårdsklinik, i 22 fall på medicinklinik, i sju fall på radioterapeutisk klinik och i åtta fall på andra kliniker. En patient hade tidigare ej varit föremål för sjukhusvård. Medelåldern var 68,5 år (män 70,4 år och kvinnor 68,0 år). Bland sjukdomarna dominerade maligna tumörer, nervsystemets sjukdomar samt hjärt- och kärlsjukdomar. Vårdkostnaderna per dag var 21:46 kr., varav kostnaderna för vårdare uppgick till 19:14 kr. per dag. 65 patienter uppbar bidrag till anställd vårdare, tre till både anställd vårdare och anhörig vårdare samt tre till anhörig vårdare. Två erhöll bidrag till endast läkarvård, läkemedel och sjukgymnastik och två till vård på enskilt sjukhem. Vårdbidrag utbetalades med lägst 100 kr. och högst 500 kr. per månad.

Läkarvård lämnades vid ca 400 besök i patienternas hem, i de flesta fall av läkare vid långvårdskliniken. Dessutom lämnades läkarvård vid patienternas återbesök på lasarettsmottagning. Återintagning på sjukhus skedde i 62 fall under kortare tid för terapi eller diagnostik. Tre patienter hade periodvis omhändertagits som dagsjukhuspatienter på långvårdskliniken och på rehabiliteringskliniken.

Sjukskötersketillsyn lämnades av förmedlingscentralens hemvårdssjuksköterska samt av distrikts- och församlingssköterskor.

För patientvården i övrigt har funnits anställda två undersköterskor och 99 timanställda hemsamariter. Dessutom har anhöriga anlitats som vårdare. Undersköterskorna har tilldelats de mera kvalificerade vårduppgifterna. För sjukgymnastik har anlitats privatpraktiserande sjukgymnaster för 18 patienter. Förmedlingscentralens arbetsterapeut har lett arbetsterapi för 15 patienter. Patienterna har i regel erhållit läkemedel utan kostnad. Sjukvårdsmateriel (sängar, madrasser, lyftanordning m.m.) har anskaffats eller lånats ut från förmedlingscentralens förråd. Hjälpmedel för den dagliga livsföringen (ADL-hjälpmedel) och engångsmateriel har anskaffats i erforderlig utsträckning. Patienterna har erhållit bidrag till kostnaderna för

transporter mellan bostäder och sjukhus till den del, som icke täckts genom återbäring från den allmänna försäkringen.

Fristående hemsjukvård

Sjukvårdshuvudmännens bidrag till fristående hemsjukvård avser främst långvarigt kroppssjuka, som är i behov av sjukhusvård och inte lider av tuberkulos. 14 landsting lämnar även bidrag till vård i hemmet av psykiskt efterblivna och sex landsting lämnar dessutom bidrag för motsvarande kostnader för vård av psykiskt sjuka. Hemsjukvårdsbidragen utgår som ersättning för kostnader för hemsamarit eller annan kompetent vårdare för skötsel av sjuk, vilken på grund av platsbrist icke kan tas in på sjukhem. Stockholms läns landsting utbetalar i vissa fall bidrag för vård i hemmet trots att plats på sjukhem anvisats under förutsättning att godtagbar vård kan lämnas i hemmet. Hemsjukvårdsbidraget utbetalas i regel till den sjuke.

Flertalet landsting har efter rekommendation av Svenska landstingsförbundet beslutat att hemortsbegreppet i SjuL skall tillämpas, vilket bl.a. innebär att hemsjukvårdsbidraget vid patients flyttning från ett sjukvårdsområde till ett annat utges av avflyttningslandstinget intill dess bosättning skett i det nya sjukvårdsområdet.

Ansökan om hemsjukvårdsbidrag utreds inom landstingen på centralkanslierna och fastställs av sjukvårdsstyrelsen eller förvaltningsutskottet. Inom nio landsting handläggs den centrala verksamheten av ett särskilt organ, vanligtvis kallat hemsjukvårdscentralen. Vid landstingskanslierna finns i regel tillgång till läkare som prövar det medicinska vårdbehovet. Ekonomisk behovsprövning förekommer i fem landstingskommuner.

I 16 landstingskommuner förskotterar primärkommunerna hemsjukvårdsbidraget. I sju av dessa förskotterar kommunerna såväl ersättningar till hemsamarit som hemsjukvårdsbidrag till anhörig eller annan vårdare. I de övriga nio förskotterar kommunerna enbart ersättningar för hemsamaritvård.

Inom Östergötlands läns landsting träffades år 1965 en överenskommelse med primärkommunerna i länet, som innebär att kommunerna åtagit sig att hålla en hemsamaritkår med uppgift att ombesörja hemsjukvård av åldringar och långvarigt sjuka. Landstinget ersätter kommunens kostnader för samaritvården enligt gällande kollektivavtal för hemsamariter med tillägg för sociala utgifter och administrationskostnader.

Vid hemsjukvårdscentralerna i fyra landsting finns arvodesanställda läkare och i fem andra sjuksköterska för arbete inom hemsjukvården. Fem landsting har anställt kuratorer.

Distriktssköterskan är i regel ansvarig för vården i patienternas hem och svarar vanligtvis även för de lokala utredningar, som behövs för att kunna bedöma ansökningarna om hemsjukvårdsbidrag. I hennes arbete in-

går mestadels också besök hos de sjuka i hemmet för kontroll av deras tillstånd samt för instruktion av hemsamariter och övriga vårdare. Observerar hemsamarit eller annan vårdare förändringar i den sjukes hälsotillstånd, skall sådant vanligtvis anmälas till distriktssköterskan, som sedan har att bedöma vilka åtgärder som skall vidtas. I några landstingskommuner har distriktssköterskan att samråda med hemsjukvårdscentralens läkare eller intagningsläkaren vid långvårdsklinik, men i de flesta fall gäller att distriktssköterskan kan vända sig till tjänsteläkare. Tjänsteläkare eller annan läkare förutsätts endast i undantagsfall medverka i hemsjukvården. I regel är denna medverkan begränsad till rätten att inspektera vården i hemmet. I Jönköpings län är tjänsteläkarna engagerade på så sätt, att de skall göra ett första besök i den sjukes hem, när hemsjukvårdsbidrag söks, och därefter ytterligare besök i den mån medicinska skäl motiverar detta. Hur stor del av distriktssköterskornas arbete, som går åt för hemsjukvård av långvarigt sjuka, är svårt att bedöma men socialpolitiska kommittén räknade med att de i genomsnitt använder en dag i veckan för åldringssjukvården.

För sjukvård i patienternas hem finns hos Malmöhus läns landsting anställda undersköterskor, vilka samarbetar med distriktssköterskorna. I Hälsingborg arbetar under ledning av distriktssköterska tre s.k. kronikerpatruller. I Västernorrlands län har man beslutat anställa hemsjukvårdare, vilka i samarbete med distriktssköterskorna skall arbeta i de sjukas hem.

Inom hemsjukvården i Älvsborgs, Skaraborgs och Norrbottens läns landstingskommuner finns sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Blekinge läns landsting har anordnat arbetsterapiverksamhet gemensamt för hemsjukvården och sjukhemmen för långvarigt kroppssjuka. Hemsjukvårdade i Norrbottens län, som är i behov av talträning, kan erhålla sådan kostnadsfritt.

Sjukvårdsmateriel för att underlätta vården i hemmen utlånas i nio landstingskommuner, i de flesta fall genom hemsjukvårdsorganisationen men även via Röda Korsets utlåningsförråd. Fyra landsting tillhandahåller dessutom förbrukningsmateriel av olika slag som erfordras för den sjukes vård.

Fria läkemedel lämnas dem som erhåller hemsjukvårdsbidrag av sex landsting. Bidrag lämnas för sjukgymnastisk behandling av fyra landsting liksom ersättning för arbets- och sysselsättningsterapi. Dessutom lämnar sex landsting bidrag till anskaffande av tekniska hjälpmedel.

I Stockholm, Göteborg och Malmö hör hemsjukvården under resp. sjukvårdsstyrelse. I Malmö svarar sjukvårdsstyrelsen även för den hemvård, som vanligen socialnämnd eller hemhjälpnämnd ombesörjer.

I Stockholm ombesörjs hemsjukvården dels av 34 stadsdistriktssjuksköterskor, dels av 13 sjuksköterskor, anställda av särskilda sjukvårdsföreningar, och dels av 200 hemsamariter. Stadsdistriktssjuksköterskorna är fördelade på 27 distrikt och sorterar under förvaltningskontoret för öppen sjukvård. Efter rekvisition av läkare lämnar sköterskorna sjukvård i hem-

met eller på mottagningslokal. Under år 1964 genomförde dessa sköterskor 60 296 hembesök, varjämte de tog emot 41 612 besök på mottagningarna. Ersättning för vården tas ut efter taxa. I staden — främst innerstaden — finns fem sjukvårdsföreningar, som inom respektive församlingar genom sjuksköterskor lämnar vård åt sjuka dels i hemmen och dels på sjuksköterskornas mottagning. Dessa sjuksköterskor utförde år 1963 38 949 hembesök, varjämte de hade 25 584 besök på mottagningarna.

Hemsamariterna är anställda av Stockholms hemsamaritkommitté, vilken består av representanter för sjukvårdsstyrelsen, arbetsnämnden i Stockholms stad och län och en rad frivilliga organisationer. Hemsamaritverksamheten administreras av en hemsamaritexpedition, som sorterar under byråöverläkaren för sjukhus- och placeringscentralerna. Under år 1966 erhöll 1 201 patienter hjälp av hemsamariter. Av 1 882 nya fall, som ansökte om hemsamarithjälp, beviljades 890 hjälp. 898 ansökningar om hemsamarithjälp blev inaktuella på grund av för lång väntetid eller andra anledningar såsom hjälp från annan institution, intagning på sjukhus eller på grund av att patienten avled. Hjälptiden har i regel uppgått till 2 timmar varje vardag. En del gravt invalidiserade personer har fått hjälp i större utsträckning. 202 patienter har under året fått fotvård. Avgift för hemsamaritvård har uttagits med högst 3: 50 kr. per timme. Omkring hälften av patienterna har erhållit vården kostnadsfritt.

Förutom nu nämnd vårdpersonal i hemsjukvården finns i huvudstaden en sjukgymnast och en arbetsterapeut, som har att bedöma och leda rehabiliteringen av de sjuka i hemmen.

Hemsjukvårdsbidrag i Stockholm beviljas sådan långvarigt sjuk, som efter prövning befinns vara i behov av sjukhusmässig vård men som genom lämpliga stödåtgärder kan erhålla personlig skötsel i hemmet, företrädesvis av anhörig.

I Göteborg sysselsätts i hemsjukvården ca 20 distriktssköterskor och ca 70 timanställda hemsamariter, som besöker patienterna i deras hem. Hemsjukvården leds från en särskild expedition, som ombesörjer mottagandet av rekvisitioner av hemhjälp och organiserar hemsjukvårdspersonalens arbete m.m. Antalet registrerade patienter uppgick år 1966 till 705. Hemsamarit kan erhållas efter rekvisition av läkare, distriktssköterska, kurator eller diakonissa. Hemsamariterna besöker dagligen 1—3 patienter. Varje besök beräknas ta ungefär 2 timmar. Taxan är 2 kr. per timme, i de fall nedsättning inte beviljats. Detta prövas i så fall av hemsjukvårdsexpeditionen. Distriktssköterskorna får alla sina uppdrag genom hemsjukvårdsexpeditionen och har ingen egen mottagning. Distriktssköterskevården är kostnadsfri för obemedlad patient. För övriga erläggs en avgift av högst 3 kr. per besök. Distriktssköterskorna är arbetsledare för hemsamariterna i medicinska frågor. Den läkare, som remitterar patient till hemsjukvård, har överinseende över vården. I många fall är det distriktsläkaren, som remitterar, men även

privatpraktiserande läkare remitterar patient till hemsjukvården i stor utsträckning.

Sjukvårdsstyrelsen utger vårdbidrag och kostnadsersättning för långtids-sjuka. För att bidrag skall utgå förutsätts att den sjuke är stadigvarande bosatt i Göteborg, lider av långvarig kroppssjukdom eller senil demens och enligt bedömning av läkare är berättigad till intagning för somatisk eller psykiatrisk långtidsvård, om icke adekvat vård kan ordnas i hemmet. Antalet vårdbidrag var år 1966 1 358. Stadens utgifter för vårdbidrag och kostnadsersättning uppgick för år 1966 till 1 243 000 kr.

I Malmö sorterar som nämnts all hemsjukvård och hemvård under sjukvårdsstyrelsen. Verksamheten leds från hemvårdscentralen och är uppdelad på en hemvårdssektor och en hemsjukvårdssektor. Hemsjukvården bedrivs av 12 stadssjuksköterskor, ett mindre antal diakonissor och 54 sjukvårdsbiträden, varav 40 är halvtidsanställda.

Stadssjuksköterskorna har mottagning varje dag på stadens fyra mottagningar för stadssjuksköterskor. Hembesök sker på anmodan av läkare. Varje sköterska har till sitt förfogande ett antal sjukvårdsbiträden.

Sjukvårdsbiträdena har hand om patientens personliga vård och enklare sjukvård. I de fall patienten har hjälp av såväl sjukvårdsbiträde som hemsamarit, är sysslorna fördelade så att sjukvårdsbiträdet sköter den personliga vården och hemsamariten svarar för inköp, mathållning och städning.

Sjukvårdsbiträdena brukar ha 4—5 patienter om dagen att vårda och ägnar varje patient en halv till en och en halv timme eller någon gång något mera. Man har sökt ordna det så att patienten får behålla samma sjukvårdsbiträde under hela vårdtiden.

Under år 1966 sköttes 4 180 patienter i hemsjukvården, varav 3 062 var registrerade fall. Antal pågående fall den 31 december 1966 var 998.

Fr.o.m. år 1967 lämnar Malmö stad bidrag för vård i hemmet av långvarigt sjuk, som efter prövning befinns vara i behov av sjukhusmässig vård men som kan vårdas av anhörig i hemmet.

För hemsjukvård, som anhörig ombesörjer, utgår bidrag med varierande belopp. De olika sjukvårdshuvudmännens bidrag framgår av följande sammanställning (se s. 110).

För vård genom hemsamarit eller annan sjukvårdskunnig person lämnar 15 landsting bidrag, som motsvarar timersättningen till kommunalt anställda hemsamariter. Bidraget är maximerat till 5 timmar per dag i två landstingsområden och till 4 timmar per dag i 12. Bidrag kan dock i några fall utgå för flera timmar per dag efter särskild prövning. I Blekinge läns landsting är timantalet per dag icke begränsat. Av övriga 10 landsting har sex maximerat bidraget för hemsamaritvård till såväl belopp per timme som ersättningstimmar per dag. Gotlands läns landsting lämnar ett månadsbidrag av 200 kr. för hemsamaritvård. Södermanlands läns landsting ut-

Huvudman	Hemsjukvårdsbidrag per månad kr.	
	i normala fall	i speciella fall
<i>Landsting</i>		
Stockholms	¹ 100—600	högre belopp
Uppsala	200	högst 350
Södermanlands	180—330	högst 750
Östergötlands	100	högst 700
Jönköping	8 kr. per dag	högst 16 kr. per dag
Kronobergs	100—300	högre belopp
Kalmar läns norra	högst 425	—
Kalmar läns södra	100—300	högre belopp
Gotlands	150—300	högre belopp
Blekinge	200	högst 400
Kristianstads	högst 400	—
Malmöhus	högst 400	högre belopp
Hallands	200	högst 275
Göteborgs och Bohus	₅	₅
Älvsborgs	högst 240	högre belopp
Skaraborgs	250	högst 600
Värmlands	175	högre belopp
Örebro	högst 175	högre belopp
Västmanlands	¹ 5 kr. per dag	högst 10 kr. per dag
Kopparbergs	300	—
Gävleborgs	₁	₄
Västernorrlands	² 200	200—300
Jämtlands	400	₃
Västerbottens	300	₄
Norrbottens	210—360	högre belopp
<i>Städer utanför landsting</i>		
Stockholm	1 000 kr. per år	högst 400
Göteborg	150	högst 500
Malmö	150	högst 400

¹ Prövning sker i varje särskilt fall.

² Dock endast 100 kr. per månad om både patient och anhörig vårdare uppbär folkpension.

³ Samma belopp som till hemsamarit under högst 5 tim. per dag.

⁴ Samma belopp som till hemsamarit under högst 4 tim. per dag.

⁵ Landstinget lämnar kommunerna ett bidrag per dag på 20 kr. för vård av långvarigt sjuka i hemmen maximerat efter en vårdplatskvot, som beräknats efter 55 promille av dem som är 70 år eller äldre.

betalar till primärkommunerna 225 kr. per månad för varje patient vid vård en timme per dag samt ytterligare 225 kr. per månad för varje ytterligare vårdtimme per dag dock högst 750 kr. per månad. Göteborgs och Bohus läns samt Västmanlands läns landsting lämnar samma bidrag vid hemsamaritvård som vid vård, som meddelas av anhörig.

Några uppgifter om den sociala hemhjälpen

Ansaret för vård i form av social hemhjälp vilar på primärkommunerna enligt lagen den 4 januari 1956 (nr 2) om socialhjälp. Kommunen kan låta socialnämnden fungera som hemhjälpnsnämnd eller tillsätta en särskild hem-

hjälpnsnämnd för verksamheten. Hemhjälpn kan lämnas dels genom hemvårdarinnor till familjer, där husmor på grund av akut sjukdom, barnsbörd eller liknande inte kan sköta hemmet, dels i form av barntillsyn när ett barn, som i vanliga fall är på daghem, blir sjukt och dels i form av hemsamaritverksamhet bland åldringar och handikappade. Av betydelse för hemsjukvården är främst hemsamaritverksamheten bland åldringar och handikappade.

För att utjämna skillnaderna kommunerna emellan och underlätta utbyggnaden av den sociala hemhjälpverksamheten så att den bättre motsvarar det verkliga behovet utgår statsbidrag till social hemhjälp (kungörelsen den 29 maj 1964, nr 427). Statsbidraget utgår med 35 % av kommunens nettokostnader för hemvårdarinnor, hemsamariter och därmed jämförliga personer som i hemmen hjälper åldringar, handikappade och barnfamiljer. Bidrag utgår även på vissa villkor till kommunens kostnader för bidrag till enskild sammanslutning, som bedriver social hemhjälpverksamhet. Dock utgår bidraget icke till kostnader för vård i enskilt hem, som ankommer på sjukvårdshuvudman, eller för kommunalt vårdbidrag, som utgår direkt till vårdtagaren.

Den sociala hemhjälpn har ökat kraftigt under det sista decenniet. Ökningen hänför sig helt till hemsamaritverksamheten. Enligt socialstyrelsens redovisning rörande väntade förändringar i behov av och efterfrågan på socialvårdens olika tjänster under perioden 1964—1970, intagen i 1965 års långtidsutrednings huvudrapport, har hemvårdarinneverksamheten sedan slutet av 1950-talet haft ungefär oförändrad omfattning, medan hemsamaritverksamheten under det senaste decenniet utvecklats utomordentligt kraftigt. Sålunda har antalet hemsamariter ökats från 8 700 år 1958 till drygt 23 000 år 1965. Antalet personer, som under en viss vecka fått hjälp av hemsamarit, uppgick år 1965 till 63 400, vilket innebar mer än en fördubbling sedan år 1960.

I redovisningen framhåller socialstyrelsen vidare, att den sociala hemhjälpn trots hemsamaritverksamhetens kraftiga utveckling ännu är klart otillräcklig. Som exempel härpå nämns att endast 9 % av åldringarna över 65 år och handikappade får hjälp av hemsamarit eller hemvårdarinna och att det är uppenbart, att ett betydligt större antal är i behov av sådan hjälp. Efterfrågan på social hemhjälp väntas stiga till följd av det ökande antalet åldringar. En anledning till den stegrade efterfrågan är också att svårigheten att få hjälp av anförvanter vid sjukdom ökar. Möjligheten att utveckla hemhjälpverksamheten beror bl.a. på tillgången på arbetskraft på orten och konkurrensen från andra yrken om denna arbetskraft. Enligt svaren på en enkät våren 1964 hade omkring en tredjedel av landets kommuner åtminstone periodvis haft svårigheter att skaffa hemsamariter, drygt hälften av kommunerna hade inte haft svårigheter därmed och 70 kommuner uppgav, att det förelåg överskott på arbetskraft.

Socialstyrelsen räknar med att antalet hemvårdarinnor kommer att öka med ca 30 % mellan åren 1964 och 1970. Hemsamaritverksamheten väntas bli mer än fördubblad. Antalet hjälpta åldringar och handikappade beräknas öka från 84 500 år 1963, motsvarande ca 9 % av alla personer i åldern 65 år och däröver, till ca 193 000 år 1970, motsvarande ca 16 % av nämnda åldersgrupp.

Utredningens överväganden och förslag

Som utredningen har framhållit i det föregående har efterfrågan på sjukvård stigit mycket snabbt i landet men inte kunnat tillgodoses främst i fråga om platser inom den slutna sjukvården. Som ett led i försöken att lätta trycket på den slutna sjukvården har under senare år nya vårdformer börjat praktiseras vid vissa sjukhus såsom komplettering till den traditionella slutna vården. En sådan ny vårdform är den förut nämnda dagsjukhusvården. Dessutom har omfattningen av den av huvudmännen stödda hemsjukvården ökat betydligt under 1960-talet, huvudsakligen i syfte att mildra verkningarna av vårdplatsbristen inom den slutna vården.

För att tillgodose det ständigt stegrade sjukvårdsbehovet måste sjukvårdens resurser ökas men det är givetvis också av största vikt, att tillgängliga resurser utnyttjas på rationellast möjliga sätt, så att inte mera kostnadskrävande vårdformer behöver anlitas än som motiveras av patienternas sjukvårdsbehov. Alla åtgärder som utgör ett medicinskt sett acceptabelt alternativ till den dyrbara slutna sjukvården och kan bidra till att avlasta denna bör enligt utredningens uppfattning främjas. En utökning av dagsjukhusvården och andra vårdformer, som innebär ett rationellt utnyttjande av vårdpersonal och minskade vårdkostnader, måste därför anses som synnerligen angelägen. En sådan utveckling kan förutsättas verka återhållande på utbyggnadsbehovet i fråga om den traditionella slutna vården. De nya vårdformerna har betydelse också ur medicinska synpunkter, bl.a. för att motverka hospitaliseringsskador inom den psykiatriska vården.

Verklig framgång för en utveckling av sjukvården i sådan riktning förutsätter emellertid en positiv medverkan även från de sjuka och deras anhöriga. Om kostnaderna för den enskilde blir alltför betydande i dagsjukhusvård och andra liknande vårdformer vid jämförelse med motsvarande kostnader för slutna vård i traditionell mening kan detta befaras hindra en sådan medverkan, varigenom en önskvärd utveckling av olika vårdformer kan fördröjas. Mot denna bakgrund har utredningen fäst stort avseende vid att finna tillfredsställande lösningar på frågan om den sjukes kostnader i berörda vårdformer.

I det följande behandlas dagsjukhusvård, varmed även avses vård av icke inneliggande patienter på rehabiliteringsavdelningar, nattsjukhusvård, fem-

dagarsvård och hemsjukvård. I detta sammanhang har utredningen även övervägt frågan om den enskildes kostnader i samband med övernattningsm.m. på patienthotell eller liknande inrättningar.

Dagsjukhusvård

Sjukvårdsstyrelsen i Stockholm har i sin förut nämnda skrivelse den 14 februari 1961 framhållit att såväl dagsjukhus som rehabiliteringsverksamhet är integrerande delar i en högklassig sjukvård och att dagsjukhusvården mest liknar den slutna sjukvården. Denna sjukvårdsstyrelsens uppfattning delas, såvitt framgår av yttrandena över skrivelsen, av bl.a. medicinalstyrelsen, mentalsjukvårdsberedningen, Svenska landstingsförbundet och Svenska stadsförbundet.

Liksom patienten i slutna sjukvård har patienten i dagsjukhusvård tillgång till sjukhusets resurser i olika avseenden. Skillnaden mellan de båda vårdformerna är främst den att patienten i dagsjukhusvård får vistas utanför sjukhuset den del av dygnet eller de dygn, då han bedöms inte fordra behandling eller tillsyn. Vidare får han, då han befinner sig utanför sjukhuset, vid behov av sjukvård i första hand lita till den öppna vårdens resurser och själv i princip stå för de vårdkostnader, som uppkommer härvid.

Vården på sjukhuset vid dagsjukhusvård synes således närmast ansluta sig till den vård, som lämnas inom den slutna vården. De motiv för att i traditionell slutna sjukvård tillhandahålla den medicinska vården kostnadsfritt, som utredningen anfört i kap. III, gäller enligt utredningens uppfattning i princip även vid dagsjukhusvård.

Det kan därför tyckas ligga nära till hands att utvidga begreppet slutna vård enligt SjlL till att avse även dagsjukhusvård.

Som tidigare framhållits brukar för att någon skall anses intagen på sjukhus regelmässigt förutsättas, att han vistas där under natten. Hänförs dagsjukhusvård till slutna vård, innebär detta i sak en utvidgning av begreppet slutna vård enligt SjlL.

Dagsjukhusvård är inget entydigt begrepp. Den rymmer som förut nämnts också moment av öppen vård. En utvidgning av begreppet slutna vård till att omfatta även dagsjukhusvård synes därför enligt utredningens mening kräva, att sistnämnda vårdform klart definieras. Härvid måste eftersträvas en sådan utformning av begreppet, att alla nu förekommande varianter av vårdformen inbegrips men att å andra sidan en klar gräns hålls mot öppen vård i olika former. Det är även väsentligt att ev. nya varianter av vårdformen och nya liknande vårdformer, vid vilka det kan finnas motiverat att meddela den medicinska vården kostnadsfritt, inte genom en alltför snäv definition av begreppet slutna vård faller utanför detsamma.

Utredningen har i första hand övervägt en konstruktion av den innebörden, att patient i enlighet med det förut nämnda förslaget i departements-

promemorian den 15 december 1961 skall anses intagen på sjukhus även om han inte tillbringar natten där under förutsättning att den omvårdnad han erhåller på sjukhuset under dagen i huvudsak motsvarar den, som kommer övriga intagna patienter till del. En alternativ utväg är att kräva vistelse vid sjukhuset hela dagen eller ett visst antal timmar per behandlingsdag för att vården skall kunna hänföras till sluten vård. I samband härmed kan övervägas om ett visst minsta antal behandlingsdagar under en vecka eller annan tidsperiod skall krävas. Utredningen har vidare diskuterat, om det skulle vara lämpligt att ställa krav på att vården meddelas på allmän sal eller särskild avdelning på sjukhus för att den skall hänföras till sluten vård.

Utredningen har kommit till den uppfattningen att intet av de angivna alternativen i och för sig skulle medge en tillräckligt klar gränsdragning mot öppen vård och skapa förutsättningar för en enhetlig tolkning av vad som skall anses som dagsjukhusvård eller annan likartad vård, i vilken den medicinska vården är att jämföra med den som meddelas i traditionell sluten vård. I praktiken torde nämligen frågan, huruvida den omvårdnad som en patient erhåller i huvudsak motsvarar den vilken kommer övriga intagna patienter till del, komma att bedömas olika inom skilda specialiteter och på olika sjukhus. Uppställs krav på ett visst antal dagar och timmar för vården eller att den skall meddelas på vissa rum eller avdelningar på sjukhus, föreligger risk för gränsfall, där patienter inte anses åtnjuta sluten vård, inte på grund av skillnad i vårdens kvalitet eller omfattning utan på grund av sjukhusorganisatoriska eller andra förhållanden. Det finns också risk för att sådana villkor beträffande tid och plats för vården motverkar en önskvärd utveckling av alternativa vårdformer.

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

Det anförda visar enligt utredningens mening svårigheterna att passa in dagsjukhusvården i någon av de traditionella vårdformerna — öppen eller slutenvård. Ehuru dagsjukhusvården synes närmast ansluta sig till den vård, som lämnas i slutenvård, förekommer i densamma inslag av öppen vård som gör att den inte definitivt kan hänföras till varken den ena eller andra vårdformen.

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

Beträffande här avsedd medicinsk vård föreslår utredningen på skäl som tidigare nämnts — främst vårdens höga kvalitet och dess överensstämmelse i övrigt med slutenvård — att den i likhet med den medicinska vården i slutenvård tillhandahålls kostnadsfritt av sjukvårdshuvudmännen. Det bör ligga i sakens natur, att huvudmännen såsom ansvariga för att sjukvården meddelas under effektivast möjliga former och till lägsta möjliga kostnader har det största intresset att, där så är möjligt, genom att meddela kostnadsfri medicinsk vård stimulera patienterna till dagsjukhusvård och ev. nya liknande vårdformer i stället för traditionell slutenvård. Bestämmelser om kostnadsfrihet föreslås skola intagas i den tidigare föreslagna lagen angående avgiftsfrihet för medicinsk vård i slutenvård m.m.

När det gäller kostnaderna för patienternas resor till och från sjukhus i samband med dagsjukhusvård och jämförlig halvöppen vård finner utredningen det praktiskt och från administrativ synpunkt lämpligt, att sjukvårdshuvudmännen svarar för dylika kostnader. I stor utsträckning torde sjukhusen genom sina transportorganisationer kunna på ett smidigt sätt ombesörja erforderliga resor.

För patient i dagsjukhusvård innebär utredningens förslag således, att den medicinska vården på sjukhuset meddelas patienten kostnadsfritt och att han inte behöver stå för några resekostnader i samband med vården på sjukhuset. Ev. kostnader för läkarvård eller annan vård och behandling, som meddelas utanför sjukhuset eller polikliniskt på sjukhus, samt för resor och läkemedel vid sådan vård får patienten dock själv stå för med rätt att erhålla återbäring från den allmänna försäkringen i den mån kostnaderna är ersättningsberättigande enligt AFL.

Slutligen föreslår utredningen att sjukvårdshuvudmännen, i de fall kost tillhandahålls patient, tar ut avgift härför högst efter självkostnadspris för varje dag patienten åtnjuter vård på sjukhus med tillämpning i övrigt av de regler om karenstid och avbrottstid m.m., som utredningen förordat i kap. III i fråga om underhållsavgift.

Nattsjukhusvård

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

Formerna för nattsjukhusvård kan variera rätt avsevärt. Som framhållits förekommer nattsjukhusvården vid lasaretten för psykiatrisk vård (f.d. mentalsjukhusen) i form av utsträckt frigång. Patienterna i denna vård tillbringar som regel varje natt på sjukhuset. Den aktiva medicinska vården av dessa patienter, som ofta har arbete utanför sjukhuset och inte är sjuk-skrivna, är i många fall ringa. Den huvudsakliga anledningen till dessa patienters vistelse på sjukhuset är i allmänhet behovet av gemenskap och viss tillsyn på kvällar och nätter.

Vid de psykiatriska klinikerna på lasaretten för huvudsakligen somatisk vård varierar behovet av nattsjukhusvård för patienterna från en till flera nätter i veckan. Omfattningen av den medicinska vården i denna vårdform kan växla mera i det individuella fallet än i övrig sluten vård men ofta synes patienten under kvällen och natten bli föremål för en intensivare behandling och övervakning än vad eljest vanligen är fallet i somatisk vård. Patienterna vistas större delen av vårdperioden utanför sjukhuset. Härunder har de ofta behov av läkarvård eller annan vård och behandling, som meddelas utanför sjukhuset eller polikliniskt på sjukhuset.

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

När det gäller ansvaret för i samband med nattsjukhusvård uppkomna kostnader föreslår utredningen att i stort sett samma regler skall gälla, som förordats vid dagsjukhusvård. Den medicinska vården på sjukhus samt resorna till och från sjukhuset för erhållande av sådan vård förutsätts såle-

des skola tillhandahållas kostnadsfritt av sjukvårdshuvudmännen. Däremot anser utredningen det inte motiverat att patient i nattsjukhusvård erhåller ersättning för kostnader för resor till och från arbetsplats utanför sjukhuset, eftersom det får anses skäligen att den nattsjukhusvårdade betalar dessa kostnader av sin arbetsförtjänst. För utgifter för läkarvård utanför sjukhuset eller polikliniskt på sjukhus och resor i samband därmed skall patienterna ha rätt till återbäring från den allmänna försäkringen.

I fråga om kost och logi för nattsjukhusvårdad föreslås att huvudmännen tar ut avgift härför högst efter självkostnadspris för varje dag patienten åtnjuter vård på sjukhus med tillämpning i övrigt av de av utredningen föreslagna reglerna om karenstid och avbrottstid m.m. beträffande underhållsavgift.

Femdagarsvård

Den som åtnjuter s.k. femdagarsvård bör enligt utredningens uppfattning fortlöpande anses vara föremål för sluten vård i SjvL:s mening, eftersom han i princip vistas på sjukhuset hela dygnet. Det förhållandet att patienten tillbringar några dagar — i regel lördag och söndag — varje vecka utanför sjukhuset bör inte betraktas som avbrott i den slutna vården. Så länge han inte definitivt skrivits ut från sjukhuset får nämligen behovet av sluten vård anses kvarstå även under de dygn, som han vistas utanför sjukhuset.

Genom att femdagarsvården hänförs till sluten vård, kommer det av utredningen föreslagna avgiftssystemet i sluten vård, innebärande kostnadsfri medicinsk vård för patienten och skyldighet för honom att erlägga underhållsavgift, att vara tillämpligt. Detta är enligt utredningens mening motiverat inte bara av formella skäl. Det är sålunda att märka, att patienterna åtnjuter sluten vård i traditionell mening under större delen av veckan, då de vistas på sjukhuset. Femdagarsvård torde vidare inte kunna betecknas som en egentlig halvöppen vårdform. Såvitt utredningen kunnat finna torde patient i allmänhet inte tas in för femdagarsvård. Frågan om han skall få lämna sjukhuset över veckoslutet bedöms från fall till fall, då frågan aktualiseras.

Utredningen förordar sålunda att dess förslag till avgiftssystem i sluten vård skall avse jämväl femdagarsvård. I fråga om underhållsavgift föreslås dock att sådan avgift inte tas ut för de dagar patienten vistas utanför sjukhuset.

I detta sammanhang har utredningen övervägt, om ersättning skall utgå för sådana kostnader för läkarvård, som kan uppstå för patient vid vistelse utanför sjukhuset samt för resor i samband därmed eller mellan sjukhus och bostad under veckosluten. Som framhållits i det föregående har patient i femdagarsvård f.n. inte möjlighet att få ersättning från den allmänna försäkringen för sådana kostnader.

Det är givetvis otillfredsställande att den enskilde i femdagarsvård kan riskera att åsamkas kostnader för sjukvård och resor, som han helt får svara för själv på grund av åtgärder, vilka ligger utanför hans möjligheter att påverka. Enligt utredningens uppfattning bör därför kostnader för läkarvård och resor i samband med femdagarsvårdad patients vistelse utanför sjukhuset icke belasta patienten. Behovet av slutna vård kvarstår ju även vid vistelsen utanför sjukhuset och den slutna vården förutsätts fortgå. Patientens resor under veckosluten har vidare tillkommit på sjukvårdshuvudmannens initiativ och vistelsen utanför sjukhuset innebär vissa besparingar för huvudmannen. Av dessa skäl anser utredningen det mest följdriktigt att sjukvårdshuvudmännen svarar för nyssnämnda kostnader.

Utredningen föreslår därför att huvudmännen helt ersätter kostnader för läkarvård eller annan sjukvård, som kan uppkomma under patientens vistelse utanför sjukhuset på grund av akut insjuknande eller akut försämring i patientens tillstånd, i den mån kostnaderna inte bedöms uppenbart oskäligen. Vidare föreslås att huvudmännen helt ersätter skäligen kostnader för dels resor utanför sjukhus vid sådan vård och dels resor mellan sjukhuset och bostaden under veckosluten så länge den slutna vården pågår.

Kostnader för övernattning m.m. i samband med läkarvård utom hemorten

För att inte mera kostnadskrävande vårdformer än som motiveras av patienternas sjukvårdsbehov skall behöva tas i anspråk, är det givetvis betydelsefullt att så vitt möjligt låta enbart medicinska skäl vara avgörande för intagning av patient på sjukhus. Åtgärder som syftar till att undanröja behov av att ta in patienter på grund av andra skäl, exempelvis sociala och ekonomiska, bör därför främjas. Exempel på sådana åtgärder är de inackorderingsmöjligheter, som vissa sjukvårdshuvudmän framför allt i anslutning till regionsjukhus ordnat i form av patienthotell eller på annat sätt för patienter i öppen vård, vilka måste övernatta utom hemorten i samband med upprepade behandlingar. Utredningen anser de initiativ, som sjukvårdshuvudmännen tagit i detta hänseende, vara ett viktigt led i strävandena att avlasta den slutna vården och att en fortsatt utveckling på detta område är önskvärd.

I de fall huvudmannen inte svarar för ifrågavarande patienters mat- och logistikostnader, stannar merparten av kostnaderna på patienterna själva. Ersättning för logistikostnad kan i fall, som här avses, erhållas från den allmänna försäkringen för i regel endast en natt. För patienterna kan härigenom uppkomma kännbara merkostnader, främst för logi, vid jämförelse inte bara med patienter i slutna vård utan även vid jämförelse med patienter i öppen vård, som har möjligheter att resa fram och åter mellan bostaden och den ort där läkarvården meddelas, i det följande benämnd behandlings-

orten. För att stimulera patienter till öppen vård på behandlingsorten bör enligt utredningens mening patienterna i möjligaste mån avlastas merkostnader för uppehälle, när de inte kan resa fram och åter mellan bostaden och behandlingsorten.

Utredningen föreslår därför att sjuka som, för att erhålla läkarvård utom hemorten, under vårdtiden tillfälligt bor på behandlingsorten inom ramen för sjukreseförordningens bestämmelser från den allmänna försäkringen erhåller ersättning för den kostnad de erlagt för logi i samband därmed, dock högst med ett belopp som motsvarar nattractamente till förrättningsman, tillhörande traktamentsklass C enligt allmänna resereglementet. Detta belopp utgör f.n. 29 kr.

Ersättning för övernattningskostnad bör aldrig utgå med högre belopp än vad den försäkrade skulle fått utge för resor mellan behandlingsorten och bostaden, om han i stället kunnat tillbringa nattvilan i bostaden. Denna begränsning bör dock inte gälla, om den försäkrade enligt den behandlande läkarens ordination av medicinska skäl stannat kvar på behandlingsorten. Med nattvila bör i detta sammanhang enligt utredningens mening avses en sammanhängande tid av åtta timmar. I denna tid bör ingå tiden mellan kl. 0 och kl. 6.

De föreslagna bestämmelserna om ersättning för övernattningskostnader bör tas in i 8 § kungörelsen den 25 maj 1962 med tillämpningsföreskrifter till sjukreseförordningen. Förslag till ändrad lydelse av nämnda paragraf redovisas under rubriken »Författningsförslag». De nuvarande bestämmelserna om ersättning för övernattning i 8 § första stycket kungörelsen föreslås kvarstå i oförändrad lydelse.

Ett genomförande av utredningens förslag till ersättning för övernattningskostnader kommer att medföra en utgiftsökning för den allmänna försäkringen. Någon mera exakt beräkning av ökningens storlek har dock inte kunnat ske, emedan det saknas säkra hållpunkter för bestämmande av såväl det totala antal nätter, för vilka övernattningskostnader kan antas uppkomma, som den ersättningsbara genomsnittskostnaden per natt. Enligt de från sjukvårdshuvudmännen införskaffade uppgifterna om patienthotellen år 1965 uppgick antalet vistelsedagar (patientdagar) där nämnda år till ca 35 000. Under antagande dels att antalet nätter, för vilka övernattningskostnader kan uppstå, kommer att vara minst lika många som ovan nämnda vistelsedagar vid patienthotellen år 1965 och dels att den ersättningsbara övernattningskostnaden uppgår till 29 kr. per natt, kan utgiftsökningen för försäkringen beräknas till drygt en milj. kr.

Hemsjukvård

Enligt direktiven har sjukförsäkringsutredningen att pröva frågan hur man skall kunna stimulera de försäkrade till vård i hemmet i fall, då sjukhus-

vård kan undvaras. De överväganden och förslag i denna fråga, för vilka redogörs i det följande, avser endast vård i hemmet av den som egentligen bedöms vara i behov av sluten sjukvård men som genom olika stödåtgärder från huvudmannen och anhörig eller annan vårdare kan beredas erforderlig vård i hemmet. När utredningen i det följande talar om hemsjukvård avses alltså därmed inte sådan sjukvård i hemmet, som inte kan anses utgöra alternativ till sluten vård.

Antalet patienter i hemsjukvård har ökat mycket kraftigt under 1960-talet och utgjorde som förut nämnts den 31 december 1965 enligt de uppgifter utredningen inhämtat från sjukvårdshuvudmännen ca 20 400. Den främsta anledningen till att antalet patienter i hemsjukvård ökat så starkt torde vara den stora bristen på vårdplatser i den slutna långtidssjukvården, som uppstått på grund av den utomordentligt stegrade efterfrågan på sjukvård i allmänhet. Även den bristande tillgången på platser i den slutna åldringsvården synes påverka hemsjukvårdens omfattning. De sjuka, som vårdas inom hemsjukvården, består sålunda till största delen av långtids-sjuka. Även om det i regel inte krävs tillgång till det kvalificerade sjukhusets diagnostiska och terapeutiska resurser för vården av dessa sjuka, erfordras dock kontinuerlig vård och tillsyn av dem i sådan omfattning att de anses vara i behov av sjukhemsvård.

Den nuvarande bristen på vårdplatser inom långtidssjukvården kan med ledning av uppgifter i 1965 års långtidsutrednings huvudrapport beräknas uppgå till ca 10 000 men förutsätts kunna minskas till ca 5 000 år 1970. Antalet patienter i hemsjukvård skulle alltså enligt denna beräkning komma att sjunka rätt avsevärt. Vid balans mellan tillgång och efterfrågan på sluten sjukvård kan behovet av sådan hemsjukvård som är en ersättning för sluten sjukvård antas vara relativt litet. De uppgifter som sjukförsäkringsutredningen inhämtat angående antalet patienter i hemsjukvård kan emellertid inte anses utgöra något säkert uttryck för det totala behovet i landet av hemsjukvård av åsyftat slag. Även om det kan förmodas att en del av de drygt 20 000 patienter, som enligt sjukvårdshuvudmännens uppgifter vårdades i hemsjukvård vid utgången av år 1965, vid mera ingående utredningar inte skulle befinnas vara i behov av sluten sjukvård, torde man kunna räkna med att antalet patienter, som kan hänföras till hemsjukvård i här avsedd bemärkelse är betydligt större. Härför talar som socialpolitiska kommittén anfört i sitt betänkande »Åldringsvårdens läge» (1963:47), att många sjuka som skulle vårdas i sluten sjukvård erhåller hemsjukvårdsbidrag enbart från primärkommunerna. Dessa redovisas således inte som hemsjukvårdsfall av sjukvårdshuvudmännen. I detta sammanhang kan nämnas, att man enligt uppgift på grund av personalbrist tvingats avvisa hälften av dem som ansökte om hemsamaritvård i Stockholm under år 1966.

Enligt sjukförsäkringsutredningens mening kan således det totala behovet

i landet av hemsjukvård såsom ersättning för sluten sjukvård antas vara större än vad sjukvårdshuvudmännens beräkningar ger uttryck för. De tidigare återopade uppgifterna om bristen på vårdplatser i den slutna långtidssjukvården måste vidare betraktas som minimitäl. I själva verket är det verkliga behovet av vårdplatser i denna vårdform sannolikt betydligt större. Det är därför vanskligt att bedöma, när balans mellan tillgång och efterfrågan på platser i sluten långtidssjukvård kan uppnås.

Även i en situation, där balans råder, får man emellertid räkna med ett relativt omfattande behov av kvalitativt väl utbyggd hemsjukvård för att avlasta den slutna vården, vilket inte minst utländska erfarenheter visat. Vissa undersökningar rörande behovet av hemsjukvård har gjorts i Stockholm och Göteborg. Vid en patientinventering på Stockholms stads sjukhus under år 1960 kom man fram till att ca 350 patienter i sluten sjukvård skulle kunna vårdas i hemsjukvård, om erforderliga vårdresurser i form av personal m.m. kunde ställas till förfogande utanför sjukhusen. I Göteborg gjordes en undersökning rörande motsvarande förhållanden under år 1963, varvid man fann att ca 190 patienter, som vårdades i sluten sjukvård, skulle kunna vårdas i hemsjukvård med erforderliga resurser. Undersökningen avsåg enbart Sahlgrenska sjukhuset, Renströmska sjukhuset och Vasa sjukhus. Att med ledning av dessa undersökningar söka göra någon mera tillförlitlig bedömning av behovet av hemsjukvård av ifrågavarande typ för hela landet är givetvis inte möjligt.

Det anförda visar enligt utredningens uppfattning, att ett mycket stort behov av hemsjukvård såsom ersättning för sluten sjukvård i traditionell mening föreligger och att man kan räkna med att behovet kommer att kvarstå även i en situation där gynnsammare balans mellan tillgång och efterfrågan på sluten sjukvård råder än som nu är fallet.

Då det med hänsyn till de otillräckliga vårdresurserna är önskvärt att den dyrbara slutna sjukvården, där så är lämpligt och möjligt, avlastas finner utredningen det synnerligen angeläget att patienter, som bedöms lämpligen kunna vårdas i hemsjukvård i stället för i sluten vård, på olika sätt stimuleras härtill. En förutsättning för att positiva resultat härvid skall kunna nås är att tillgången på vårdpersonal och sjukvårdsutrustning för ändamålet tryggas samt att tillfredsställande ekonomiska villkor skapas för den sjuke i form av möjligheter för honom att erhålla bidrag till eller ersättning för kostnader för sjukvård och hemvård.

Resurser och ansvarsfördelning

För att bedriva hemsjukvård krävs tillgång på personal för såväl sjukvård som hemvård. Ansvaret för sjukvården åvilar landstingen och de landstingsfria städerna under det att hemvården är en primärkommunal uppgift.

I de flesta sjukvårdsområden har distriktssköterskan under läkares led-

ning ansvaret för den sjukvård, som meddelas i hemsjukvård. Själva omvårdnaden och tillsynen av den sjuke ombesörjs av anförvanter eller andra, t.ex. kommunalt anställda hemsamariter. I viss utsträckning förekommer även att sjukgymnaster meddelar vård i hemmen.

Möjligheterna att bygga ut hemsjukvården får ses mot bakgrunden av den betydande bristen på sjukvårdspersonal i landet. Enligt uppgift från medicinalstyrelsen visade undersökningar av personalläget den 31 mars 1967 att 6,3 % av hela antalet läkartjänster var vakanta utan vikarie. Motsvarande procenttal beträffande sjuksköterskor på samtliga kroppssjukhus var 6,0. Vidare kan nämnas, att av 1 818 distriktsskötersketjänster 243 var helt obesatta i slutet av år 1965.

Bristen på kvalificerad sjukvårdspersonal medför, att hemsjukvården inte i alla avseenden kan utvecklas i önskvärd omfattning. Den knappa tillgången på sjukvårdspersonal medför dessutom, att den kvalificerade sjukvårdsinsatsen i många fall måste reduceras till men för den sjuke och hans vårdare. Den rådande bristen på kvalificerad sjukvårdspersonal utgör således ett allvarligt hinder, när det gäller att stimulera sjuka till hemsjukvård i stället för slutna sjukvård.

I fråga om tillgången på personal för hemvård, hemvårdarinnor och hemsamariter synes utvecklingen enligt socialstyrelsens redovisning för perioden 1964—1970 vara gynnsammare än beträffande tillgången på sjukvårdspersonal. Man kan sålunda räkna med en fortsatt kraftig ökning av antalet hemsamariter och en avsevärd ökning av antalet hemvårdarinnor. En ökning av hemvårdspersonalen är av största betydelse för att stimulera sjuka till hemsjukvård, eftersom hemvårdsuppgifterna dominerar i hemsjukvården. Det är angeläget att avlasta anförvanter sådana mycket krävande uppgifter. Trots en avsevärd ökning av antalet i hemvården verksamma vårdarinnor och samariter torde man dock få räkna med kvarstående betydande brister på sådan personal inom flera kommuner. Det gäller särskilt inom storstäderna, där bristen på personal är mycket besvärande. Som tidigare nämnts tvingades exempelvis Stockholm att under år 1966 på grund av personalbrist avvisa hälften av dem, som ansökte om hemsamaritvård. Även bristen på hemvårdspersonal synes således komma att hindra en önskvärd utveckling av hemsjukvården främst inom storstäderna.

Ehuru frågan faller utanför utredningens uppdrag, vill utredningen starkt betona angelägenheten av att kraftfulla åtgärder vidtas för att häva bristen på vårdpersonal.

Frågan om huvudmannaskapet för långtidssjukvården och åldringsvården har varit föremål för överväganden och förslag i olika sammanhang. I betänkandet »Sjukhus och öppen vård» (SOU 1963:21) framhöll sålunda ÖHS-kommittén, att en huvudmannaskapsreform beträffande långtidssjukvård och åldringsvård även bör omfatta ett förenhetligande av hela organisationen för hemsjukvård och social hemhjälp. I fråga om huvudmanna-

skapsreformen framhöll kommittén bl.a. att, även om det oftast torde förekomma ett gott samarbete mellan primär- och sekundärkommuner i fråga om hemsjukvård och hemtjänster av olika slag, vissa organisatoriska fördelar dock kan vara förenade med ett förenhetligande av dessa olika instanser i öppen vård. Den allmänna regeln om det ömsesidiga sambandet mellan sociala behov samt somatiska och mentala lidanden har nämligen sin giltighet även på detta område. Detta talade enligt kommittén för att landstingen borde överta den sociala hemtjänstorganisationen. Kommittén framhöll å andra sidan, att primärkommunala organ har en förtrogenhet med mera utpräglat sociala arbetsuppgifter som landstingsorganen inte haft anledning att utveckla samt att en social hemtjänstorganisation dessutom måste bygga på lokalkunskap och personkännedom, som primärkommunala organ har i större utsträckning än landstingen. Om landstingen skulle överta även den sociala hemtjänstorganisationen måste därför enligt kommitténs uppfattning landstingen under alla förhållanden samarbeta med primärkommunernas socialorgan.

Även socialpolitiska kommittén har behandlat frågan om huvudmannaskapet för långtidssjukvården och åldringsvården. Efter att tidigare ha uttalat sig för ett oförändrat huvudmannaskap för åldringsvården har kommittén i betänkandet »Aktiv åldringsvård och handikappvård» (SOU 1966:45) framhållit, att frågan om huvudmannaskapet kan böra prövas från nya utgångspunkter. Kommittén berörde inte hemsjukvården i detta sammanhang. Beträffande den sociala hemhjälpens framhöll kommittén bl.a., att den fann det angeläget att samordna alla former av social hemhjälp och hemsamaritverksamhet. I denna fråga anknöt kommittén till vad familjeberedningen anfört i en promemoria »Social hemhjälp» (Socialdepartementet, stencil 1963:8). Beredningen framhöll i detta avseende bl.a. att man vid bedömningen av behovet att bygga ut den sociala hemhjälpens verksamheten bör räkna med ett stigande behov av sådan hemhjälp till sjuka, som vårdas utanför sjukhusen. Ehuru sjukvården är en landstingskommunal uppgift och inte ankommer på primärkommunerna annat än för de landstingsfria städerna, syntes det beredningen ur alla synpunkter lämpligt att den personalmässiga organisationen gjordes gemensam för alla hjälpbehov av hemvårdskaraktär. Genom en sådan ordning skulle nämligen enligt beredningens mening ges ökade möjligheter till effektivt utnyttjande av tillgängliga personalresurser.

Sjukförsäkringsutredningen har med ledning av dels vad som ovan relaterats rörande huvudmannaskapsfrågan och dels de synpunkter i ämnet, som i olika sammanhang delgivits utredningen av företrädare för primär- och sekundärkommunerna, kommit till den uppfattningen, att frågan om ansvarsfördelningen inte ännu är mogen för ett definitivt avgörande. På grund härav har utredningen, när den övervägt vilka åtgärder som bör vidtas för att stimulera de försäkrade till hemsjukvård utgått från en oföränd-

rad ansvarsfördelning beträffande sjukvården och hemvården. En sådan ordning behöver enligt utredningens mening inte hindra att tillgängliga resurser främst i fråga om personal inom de båda vårdgrenarna utnyttjas på rationellast möjliga sätt. Den samordning på personalplanet som är en förutsättning härför, kan nämligen enligt utredningens uppfattning ske med bibehållande av nuvarande ansvarsfördelning. Det samarbete, som redan nu etablerats mellan landsting och kommuner på många håll, t.ex. genom att landstingens hemsjukvårdsbidrag utbetalas genom kommunerna men även i andra avseenden, ger enligt utredningens mening stöd härför. Hemsjukvårdens krav på social hemhjälp bör under inga förhållanden få leda till att sjukvårdshuvudmännen tvingas skapa en egen hemvårdsorganisation för hemsjukvård. Även den hemvårdspersonal, som krävs för hemsjukvården, bör därför tillhandahållas av kommunerna. Kommunernas möjligheter att tillhandahålla erforderlig personal för hemvård av hemsjukvårdade synes också komma att öka avsevärt, om den av socialstyrelsen beräknade utvecklingen av antalet hemvårdarinnor och hemsamariter kommer till stånd.

Även om samarbete i olika avseenden beträffande hemsjukvården redan etablerats mellan landstingen och kommunerna återstår ännu mycket att göra för att utveckla samordningen av olika åtgärder inom hemsjukvården. Till att börja med är det därvid väsentligt att formella hinder för samordning av åtgärderna undanröjs.

Ett sådant hinder kan nuvarande bestämmelser i 4 § kungörelsen den 29 maj 1964 (nr 427) om statsbidrag till social hemhjälp utgöra. Dessa innebär nämligen att statsbidrag inte utges för hemvård, som föranleds av hemsjukvård. Härigenom kan åstadkommas en gränsdragning mellan hemvård i hemsjukvård och annan hemvård, som varken är motiverad eller önskvärd. Det skäl som åberopats för statsbidrag till social hemhjälp, nämligen önskan att stimulera till åtgärder för att bereda åldringar och handikappade tillfälle att så länge som möjligt bo i egna hem, är enligt utredningens uppfattning tillämpligt även beträffande de hemsjukvårdade i allmänhet. Utredningen föreslår därför att reglerna om statsbidrag utvidgas till att omfatta all social hemhjälp som kommunen tillhandahåller, dvs. även hemvård som föranleds av hemsjukvård. Därför föreslås att 4 § nämnda kungörelse upphävs. Vidare finner utredningen det motiverat att kommunernas kostnader för hemvård i hemsjukvård till den del de inte täcks genom statsbidrag eller genom avgifter från de sjuka ersätts av landstinget.

Ett annat hinder för samordningen av åtgärder inom hemsjukvården kan uppkomma genom att vissa kommuner tillämpar olika avgifter för hemvård i hemsjukvård och för annan hemvård. Utredningen anser det därför angeläget, att samma regler för avgifter tillämpas för all social hemhjälp inom kommunen. Därvid bör kommunerna följa den av socialstyrelsen i samråd med kommunförbunden och den rådgivande nämnden för social hemhjälp-

verksamhet utarbetade rådgivande taxan för social hemhjälp (*bil. E*). Vid bestämmande av avgift enligt denna taxa beaktas den enskildes ekonomiska förhållanden och hans försörjningsskyldighet.

Den enskildes kostnader

I hemsjukvård har patienten i princip att själv stå för kostnaderna för sin dagliga livsföring samt för hemvård och sjukvård. Trots att landstingen lämnar bidrag till långvarigt kroppssjuka för att anlita anhörig, hemsamarit eller annan vårdare i hemsjukvård och den sjuke såsom i annan öppen vård får viss ersättning för kostnader för läkarvård m.m. samt erhåller rabatterade eller kostnadsfria läkemedel, blir den hemsjukvårdades kostnader för vård och underhåll i regel högre än om han i stället vårdades i sluten sjukvård.

Om den enskilde åsamkas högre kostnader i hemsjukvård än i den slutna sjukvården kan detta antas i många fall avhålla patienten och hans anhöriga från att medverka till att hemsjukvård kommer till stånd. Skall de försäkrade stimuleras till hemsjukvård i stället för sluten sjukvård är det därför enligt utredningens åsikt väsentligt, att man vidtar åtgärder som leder till att den sjuke i hemsjukvård i fråga om kostnader för vård och underhåll så långt möjligt blir jämförbar med den sjuke i sluten sjukvård.

Utredningen föreslår, att den sjukes kostnader för all sjukvård, som meddelas i hemsjukvård av läkare, sjukgymnast och annan sjukvårdspersonal och som bedömts erforderlig av för ändamålet förordnad läkare, ersätts av sjukvårdshuvudmannen till den del den allmänna försäkringen inte lämnar återbäring härför. Vidare föreslår utredningen, att den sjukes kostnader för resor i samband med sjukvård och läkemedel, som ordineras av läkare, ersätts av sjukvårdshuvudmannen till den del de inte ersätts av försäkringen. Dessutom bör den hemsjukvårdade genom sjukvårdshuvudmannens försorg kostnadsfritt tillhandahållas sjukvårdsutrustning, förbandsmateriel och övrig förbrukningsmateriel, som erfordras för vården i hemmet. Beträffande det administrativa förfarandet vid utbetalning av ersättningsarna föreslås att sjukvårdshuvudmannen, sedan han mot kvitton på erlagda kostnader ersatt den sjuke, lämpligen kvartalsvis från försäkringskassan rekviderar ersättning för de sjukvårdskostnader, som kassan har att ersätta.

De särskilda hemsjukvårdsbidrag, som sjukvårdshuvudmännen utbetalar mestadels som ersättning för annan kompetent vårdare än hemsamarit, synes vara av största betydelse när det gäller att stimulera försäkrade till hemsjukvård. Dessa bidrag uppgår numera till avsevärda belopp.

Bidragen till hemsjukvård är begränsade till huvudsakligen långvarigt kroppssjuka. Bidragsreglerna och bidragens storlek varierar mellan olika sjukvårdsområden. Detta finner utredningen otillfredsställande. Eftersom

landstingen numera är huvudmän för såväl den somatiska som den psykiatriska vården finns det inte skäl att utestänga de psykiskt sjuka i hemsjukvård från möjligheten att få hemsjukvårdsbidrag. I den mån hemsjukvård kan ersätta sluten vård också vid akutsjukvård, bör bidrag kunna utgå också i sådana fall. Utredningen föreslår därför, att bidragen i princip utges till alla sjuka i hemsjukvård oavsett sjukdomens art och längd. Utredningen vill framhålla att avgörandet om en patient på huvudmannens bekostnad skall åtnjuta hemsjukvård i här avsedd bemärkelse givetvis skall ankomma på huvudmannen. Vidare föreslår utredningen att sjukvårdshuvudmännens centrala organisationer utarbetar ensartade regler för hemsjukvårdsbidragen, såväl vad beträffar villkoren för bidrag som bidragens storlek.

Kostnadsfrågor

Om förslagen till åtgärder för att stimulera till hemsjukvård genomförs, kommer staten och sjukvårdshuvudmännen att få vidkännas ökade kostnader.

Kostnadsökningen för staten föranleds av förslaget om upphävande av 4 § kungörelsen den 29 maj 1964 om statsbidrag till social hemhjälp. Med ledning av uppgifter från socialstyrelsen om statsbidrag för social hemhjälp till åldringar över 65 år och handikappade, avseende verksamheten under år 1966, samt den förut nämnda uppgiften om antalet hemsjukvårdade den 31 december 1965 — ca 20 400 — torde statens kostnader kunna beräknas öka med ca 15 milj. kr. för år. Man torde emellertid få räkna med att den verkliga kostnadsökningen för staten kommer att bli större med hänsyn till dels att kostnadsberäkningen är grundad på 1966 års löneläge för personalen inom den sociala hemhjälpen och dels att kostnaderna för social hemhjälp till långvarigt sjuka enligt uppgift från socialstyrelsen måste antas ligga betydligt högre än motsvarande kostnader för åldringar och handikappade.

Kostnaden för sjukvårdshuvudmännen på grund av förslaget om att dessa skall svara för den del av kostnaderna för sjukvård, som i princip åvilar den hemsjukvårdade, har utredningen med utgångspunkt i dels uppgifter om den allmänna försäkringskostnader för sjukvård åren 1963 och 1964 och dels ovannämnda antal hemsjukvårdade den 31 december 1965 uppskattat till ca 3—4 milj. kr. Utredningen har dock inte kunnat beräkna till vilken del kostnaden utgör en ökning jämfört med nuvarande förhållanden, eftersom i sjukvårdshuvudmännens kostnader för hemsjukvårdsbidrag redan nu ingår bidrag till vissa sjukvårdskostnader i hemsjukvård. Kostnadsökningen för huvudmännen till följd av förslagen om vidgad användning av hemsjukvårdsbidrag och viss ersättning till kommunerna för kostnader för hemvård i hemsjukvård har inte kunnat beräknas.

Ett genomförande av utredningens förslag synes inte påverka primärkommunernas och försäkringskassornas kostnader i nämnvärd grad.

Utredningen förordar, att samtliga dess i det föregående avgivna förslag beträffande sjukvårdshuvudmännens åtaganden i fråga om kostnader för patienters sjukvård m.m. i halvöppen vård, femdagarsvård och hemsjukvård, fränsett förslaget om kostnadsfri medicinsk vård på sjukhus i halvöppen vård och i femdagarsvård, inte lagfästs utan att huvudmännen endast rekommenderas att genomföra desamma.

KAPITEL V

Sjukpenning vid sjukhusvård

Förarbetena till nuvarande lagstiftning

I sitt betänkande VII med förslag till lag om allmän sjukförsäkring (SOU 1944:15) erinrade *socialvårdskommittén* om att erkänd sjukkassa, som utgav ersättning för sjukhusvård, enligt sjukkasseförordningen ägde minska sjukpenning som tillkom den sjuke för vårdnadstiden med ett belopp motsvarande kassans kostnader för vården. Var den sjukes familj eller annan väsentligt beroende av honom för sitt uppehälle, fick dock högst halva sjukpenningen dras av på detta sätt. De flesta erkända sjukkassorna hade också i sina stadgar tagit in bestämmelser angående minskning av eljest utgående sjukpenning under tid, då den försäkrade på kassans bekostnad erhöll sjukhusvård. Allt flera sjukkassor hade emellertid övergått till att utge hel sjukpenning även för tid, då kassan ersatte sjukhusvård. Detta förfaringssätt var enligt kommitténs uppfattning såväl ur försäkringens som ur det allmännas synpunkt mindre tillfredsställande, enär förfaringssättet särskilt i fråga om ogifta personer eller personer som saknade egentligt förvärvsarbete innebar en uppenbar risk för överförsäkring. Kommittén framhöll, att en på sjukhus intagen person erhöll såväl helt fri läkarvård och fria läkemedel som föda, husrum och viss beklädnad. Vistades han i sitt hem skulle han, enligt den av kommittén föreslagna lagstiftningen, få betala en del av läkarvården, i regel halva kostnaden för läkemedel samt alla utgifter för föda, bostad och beklädnad. Dessutom kunde den som vistades hemma även få vidkännas kostnader för hemhjälp. Dessa förhållanden ledde enligt kommittén erfarenhetsmässigt till en ökad tillströmning till sjukhusen, varjämte det med viss sannolikhet kunde antas att vårdtiderna förlängdes genom att de sjuka sökte få stanna kvar längre tid på sjukhusen än som ur ren vårdsynpunkt var erforderligt.

Kommittén föreslog att sjukpenningen under tid, då sjukkassa utgav ersättning för sjukhusvård, skulle — utom i vissa fall — utgå med reducerat belopp. Sådan sjukpenning betecknades av kommittén som hempenning. För att tillgodose det större behovet av kontant sjukhjälp under sjukhusvistelse, som i regel förelåg för dem som hade försörjningsplikt än för övriga, föreslog kommittén att hempenningen i sådana fall skulle bestämmas till hälften av den normala sjukpenningen och att familjetilläggen

skulle utgå med oavkortade belopp. Med hänsyn till att de försäkrade i regel hade vissa fasta utgifter för bostad, skatter, försäkringspremier e.d. ansågs ett visst lägsta belopp för hempenning motiverat. Vidare ansågs reduktion ej böra ske av den sjukpenning, som föreslogs utgå till de icke förvärvsarbetande gifta kvinnorna, eftersom behovet av sjukpenning mången gång var störst då kvinnan var intagen på sjukhus.

Även *socialförsäkringsutredningen* förordade reducerad sjukpenning vid sjukhusvård i sitt betänkande »Sjukförsäkring och yrkesskadeförsäkring» (SOU 1952:39). Det var enligt utredningens mening önskvärt, att tillströmningen till sjukvårdsanstalterna motarbetades genom att man sökte undvika att de som var intagna på anstalter blev alltför mycket gynnade i jämförelse med dem som vårdades utom dessa anstalter. Utredningen föreslog, att hempenningen skulle vara 2: 50 kr. lägre än sjukpenningen, dock minst hälften av sjukpenningen. Till hempenningen skulle utgå samma barntilllägg som till grundsjukpenning.

Efter förslag i prop. 1953:178 höjdes det belopp, varmed sjukpenningen skulle minskas vid sjukhusvård, till 3 kr.

Bestämmelserna om hempenning vid sjukhusvård intogs i 25 § SFL, som trädde i kraft den 1 januari 1955. Principen om reducerad sjukpenning vid sjukhusvård har sedan vidmakthållits.

Efter förslag av 1958 års socialförsäkringskommitté höjdes sjukpenning-avdraget vid sjukhusvård från 3 till 5 kr. fr.o.m. den 1 januari 1963 (prop. 1962:90, L²U27, rskr. 250).

Gällande lagstiftning

Enligt 3 kap. 4 § tredje stycket AFL skall för dag då försäkrad åtnjuter sjukhusvård sjukpenningen minskas med 5 kr., dock med högst hälften av sjukpenningens belopp. Minskningen skall intill ett belopp av 3 kr. anses belöpa på grundsjukpenning. I övrigt skall minskningen i första hand anses belöpa på sådan del av tilläggssjukpenning, som svarar mot inkomst av anställning.

Med sjukhusvård avses vård som på sjukhus lämnas där intagen försäkrad samt vård på annan sjukvårdsinrättning, om vården bereds genom riks-försäkringsverkets försorg. Avdrag på sjukpenning skall därför alltid göras, om vården lämnas på sjukhus även om ersättning för vården inte utgår enligt AFL. Eftersom avdraget är maximerat till hälften av sjukpenningens belopp, är det först i sjukpenningklass nr 6, där sjukpenningen utgör 10 kr., som avdraget kommer att uppgå till 5 kr.

Bestämmelserna om avräkning av sjukhusvårdsavdraget på olika delar av sjukpenningen är erforderliga med hänsyn till att sjukpenningdelarna finansieras enligt olika regler.

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

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

Förfarandet vid bestämmande av sjukpenning under sjukhusvård

De uppgifter om sjukhusvård, som erfordras för att försäkringskassan skall kunna göra avdrag på sjukpenningen vid sjukhusvård, får kassan genom s.k. in- och utskrivningsbesked från sjukvårdsinrättningen. Med ledning av uppgifterna i dessa besked noteras hos kassan på särskild blankett, sjukkort, data för sjukhusvårdens början resp. upphörande. Då sjukpenning utbetalas för period, som helt eller delvis avser tid för sjukhusvistelse, ligger alltså uppgifterna om sjukhusvård på sjukkortet till grund för avdraget. På underlaget för utbetalningen, sjukpenningkvittot, skall dagar med sjukpenning vid sjukhusvård bokföras särskilt. Eftersom sjukpenningdelarna som förut nämnts finansieras enligt olika regler måste nämligen det belopp, varmed sjukpenning minskas, i förekommande fall fördelas på de olika sjukpenningdelarna — grundsjukpenning, tilläggssjukpenning på grund av anställning och tilläggssjukpenning på grund av annat förvärvsarbete än anställning. Denna fördelning av sjukpenningavdraget är i vissa fall så komplicerad, att det visat sig nödvändigt upprätta särskilda tabeller härför. Föreskriften om fördelning av avdraget på olika delar av sjukpenningen vållar speciella svårigheter i de tämligen ofta förekommande fall där, på grund av att uppgift om påbörjad eller avslutad sjukhusvistelse saknas vid utbetalningen av sjukpenning, kassan senare måste korrigera gjord utbetalning.

Antalet sjukpenningfall med reducerad sjukpenning vid sjukhusvård kan

— med utgångspunkt i uppgifter för år 1964 i riksförsäkringsverkets publikation »Allmän försäkring» om dels antalet sjukpenningfall och dels antalet sjukhusvårdsfall i procent av antalet sjukdomsfall bland sjukpenningförsäkrade — uppskattas till ca 400 000 årligen. Några mera exakta uppgifter om kassornas kostnader för arbetsuppgifterna i samband med tillämpningen av bestämmelserna om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård föreligger inte såvitt sjukförsäkringsutredningen kunnat inhämta.

Av riksdagens revisorers berättelse för år 1964 framgår bl.a., att revisorerna från samtliga försäkringskassor införskaffat uppgift angående dels det system kassorna tillämpade för debitering och avräkning m.m. av vårdavgifter, dels de ändringar däri kassorna ansåg önskvärda och möjliga, dels de synpunkter i övrigt kassorna ansåg böra beaktas i samband med dessa spörsmål. Praktiskt taget samstämmt förklarade kassorna, att systemet med avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård vållade dem avsevärt besvär, varför mycket stora lättnader skulle vinnas, om bestämmelsen om sådant avdrag slopades. Enligt kassornas uppfattning var de besparingar i fråga om vissa levnadskostnader, som bl.a. motiverat bestämmelsens tillkomst, med tanke på den förhållandevis korta genomsnittliga vårdtiden icke av nämnvärd betydelse. Ej heller ansågs risken för missbruk genom överförsäkring eller utökad vårdtid vara stor, eftersom intagning och vård på sjukhus förutsatte att läkare bedömt det som erforderligt.

Revisorerna uttalade som sin mening, att det kunde ifrågasättas om inte de arbetsuppgifter, som föranleddes av regeln om reducering av sjukpenningen vid sjukhusvård, var mera betungande och omfattande än som kunde anses rimligt med hänsyn till de avdragna beloppens storlek. Vidare syntes det revisorerna tveksamt, om motiven för avdragen ägde samma giltighet som då de infördes. Revisorerna fann således de av kassorna framförda önskemålen om slopande av bestämmelsen om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård förståeliga. De framhöll dock att det undandrog sig deras bedömande, om möjligen principiella eller andra skäl av avgörande styrka kunde föreligga för bibehållande av reduceringsreglerna, oavsett de betänkligheter av administrativ art som syntes kunna anföras emot dem. Slutligen fann revisorerna det motiverat, att frågan om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård i lämpligt sammanhang prövades av 1961 års sjukförsäkringsutredning.

Utredningens överväganden och förslag

Ett genomförande av förslaget i kap. III om kostnadsfri medicinsk vård och underhållsavgift i sluten sjukvård föranleder enligt utredningens uppfattning, att reglerna om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård omprövas.

När bestämmelserna om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård inför-

des, angavs som huvudmotiv härför att tillströmningen till sjukhusen borde motarbetas genom att man sökte undvika att de på sjukhus intagna blev alltför mycket gynnade vid jämförelse med de sjuka i den öppna vården. Det är framför allt möjligheten att göra besparingar beträffande föda, husrum och klädsitage samt tillgången till fri läkarvård och läkemedel, som ansetts ge de sjuka i slutna vård en gynnad ställning i förhållande till dem som behandlas i öppen vård.

Utredningen är väl medveten om de stora skillnader som råder i fråga om de ekonomiska villkoren för patient i öppen resp. slutna vård. Utredningen tänker därvid inte i första hand på att patient i slutna sjukvård gör vissa besparingar beträffande föda, husrum och klädsitage. Vårdtiderna på sjukhus är ju i genomsnitt av kort varaktighet och de besparingar i nu nämnt avseende, som kan göras under en kortare tids vistelse på sjukhus, torde i allmänhet inte kunna tillmätas någon nämnvärd betydelse. Det väsentliga torde vara skillnaden i kostnaderna för läkarvård och läkemedel, i vilket avseende patient i slutna vård är i hög grad gynnad i förhållande till patient i öppen vård.

Det torde inte kunna uteslutas, att nämnda skillnader i de ekonomiska villkoren för de sjuka är ägnade att öka tillströmningen till den slutna vårdformen såtillvida, att även personer som i och för sig inte är i oundgängligt behov av slutna vård i viss utsträckning efterfrågar sådan vård av ekonomiska skäl.

Hittills har man sökt komma till rätta med hithörande problem i huvudsak genom bestämmelserna om reducerad sjukpenning vid slutna vård. Påtagliga brister vidlåder emellertid enligt utredningens mening denna anordning. Sålunda kan med fog ifrågasättas, om ett avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård med högst 5 kr. per dag verkligen fyller någon reell funktion som utjämnande faktor mellan öppen och slutna vård och därmed som återhållande moment i fråga om efterfrågan på sistnämnda vårdform. Vidare är den utjämnning av skillnaderna i kostnader, som uppnås genom avdrag på sjukpenning, begränsad till vissa kategorier försäkrade. Beträffande de många försäkrade med enbart sjukvårdsförsäkring saknas möjligheter att genom avdrag på socialförsäkringsförmåner åstadkomma en sådan utjämnning vid sjukhusvård. Dessa försäkrade utgjorde år 1964 1 270 000, varav ca 740 000 med allmän ålderspension och ca 141 000 med hel förtidspension. Deras pensioner reduceras således inte vid sjukhusvård. Pensionärerna själva har inga utgifter för vården, förrän de »förbrukat» den till högst 180 dagar enligt AFL bestämda sjukhjälpstiden. Alla sjukpenningförsäkrade berörs inte heller av avdraget. Som framhållits i det föregående vidkänns sålunda hemmafruförsäkrade kvinnor med barn under tio år inte avdrag på sjukpenningen vid sjukhusvård. Vidare berörs inte hos staten och i statsunderstödd verksamhet anställda av avdraget, eftersom deras sjuklön om ca 90 % av den ordinarie lönen utgår med samma belopp, oavsett om de under

sjukperioderna vistas i hemmet eller åtnjuter sjukhusvård. Staten tillgodör sig i stället de anställdas sjukpenning. Dessa sjuklöneförmåner omfattar i princip uppskattningsvis 400 000—500 000 personer. Dessutom träffar sjukpenningavdraget de försäkrade olika beroende på inkomst.

I och för sig går det givetvis att bygga ut nuvarande system så att det bättre än f.n. kan medverka till att minska skillnaderna i kostnader för öppen resp. sluten vård, t.ex. genom att höja avdraget på sjukpenning och låta även pensionsförmån bli föremål för reduktion. Utredningen anser emellertid inte att detta är den rätta vägen att nå fram till en tillfredsställande lösning av frågan. För utredningens del är skälet härtill främst, att varje form av pålaga som betingas av att patient i sluten vård kostnadsfritt har tillgång till läkarvård och läkemedel inte är förenlig med grundtanken bakom utredningens förslag om vårdavgift i sluten vård. Detsamma gäller uttagande av särskild avgift utan tillämpning av karenstid för besparingar som patient i sluten sjukvård kan göra beträffande husrum, föda och klädslitage. Enligt nämnda förslag skall ju den medicinska vården i sluten vård vara helt kostnadsfri och underhållsavgift såsom ersättning till sjukhuset för bl.a. kost och logi tas ut först sedan viss karenstid förflutit.

Tillika måste det enligt utredningens mening anses principiellt felaktigt att verka för en utjämning mellan öppen och sluten vård genom att göra sistnämnda vårdform från ekonomisk synpunkt mindre attraktiv för den enskilde. Ett sådant system ter sig särskilt otillfredsställande med tanke på att det drabbar även sjuka, som ofrånkomligen behöver sluten sjukvård. En utjämning bör i stället åstadkommas genom successiva förbättringar av förmånerna i den öppna vården.

I sammanhanget må erinras om att underhållsavgiften enligt utredningens förslag i kap. III om avgiftssystem i sluten sjukvård kommer att spela en effektiv roll som utjämnande faktor såvitt avser tiden efter karenstidens utgång.

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

Upphåvs regeln om avdrag på sjukpenningen vid sjukhusvård kommer försäkringskassorna att befrias från omfattande administrativt arbete. Ett avskaffande av sjukpenningsskatten kommer emellertid att medföra en kostnadsökning för den allmänna försäkringen. Enligt uppgift från riksförsäkringsverket beräknas avdraget på sjukpenningen vid sjukhusvård med utgångspunkt i 1967 års förhållanden representera en besparing för försäkringen på ca 35 milj. kr. årligen. Av detta belopp uppskattas ca 23,5 milj. kr. avse grundsjukpenningförsäkringen och ca 11,5 milj. kr. tilläggs-sjukpenningförsäkringen. På grund av reglerna om statsbidrag till grund-

sjukpenningförsäkringen medför gällande avdrag en besparing för staten med ca 9,5 milj. kr. Motivet för att avskaffa avdraget är enligt utredningens mening så övertygande att den kostnadsökning för staten och försäkringen, som blir följden därav, i och för sig inte bör hindra att regeln om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård upphävs.

Om bestämmelserna angående avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård upphävs och sjukhusvårdsförmånen bryts ut ur AFL, finns det anledning att överväga om försäkringskassorna har behov av de uppgifter, som sjukhusen nu lämnar om in- och utskrivning av patienter i sluten sjukvård.

En granskning av de uppgifter som sjukhusen behöver och de särskilda krav, som försäkringskassorna har ställt på uppgifterna från sjukhusen vid in- och utskrivning av patienter på sjukhus, ger vid handen att av samtliga uppgifter, som enligt förslag från centrala sjukvårdsberedningen i april 1963 bör insamlas av sjukhusen, endast två erfordras särskilt för kassornas behov. Dessa avser dels uppgift om vården är föranledd av förlossning eller sjukdom och dels uppgift om anledningen till intagningen. Den första uppgiften behöver kassan för att kunna bedöma, om reducerad sjukpenning skall utgå eller ej. Vid sjukhusvård i samband med förlossning reduceras som förut sagts inte sjukpenningen medan detta sker vid vård på grund av sjukdom. Upphävs regeln om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård torde uppgift, huruvida vården är föranledd av sjukdom eller förlossning, inte längre erfordras för försäkringskassans del. Uppgiften om intagningsanledning hade större betydelse under den tid, då enligt SFL en till i princip varje sjukdom begränsad sjukhjälpstid gällde än vid nuvarande förhållanden med i princip obegränsad sjukhjälpstid.

De uppgifter, som insamlas på den vårdavdelning eller intagningsavdelning, där patienten först skrivs in, vidarelämnas till sjukhuskontoret och överförs till citografplåt eller hålkort. Därefter återsänds plåtavtryck eller hålkortsuppgifter till olika delar av sjukhuset. Merarbetet med att sända ett plåtavtryck rörande inskrivning och utskrivning av patient till försäkringskassan är föga arbetskrävande enligt vad utredningen kunnat inhämta från olika sjukhusadministratörer.

För de försäkrades del har inskrivningsbeskedet den största betydelsen såsom sjukanmälan gentemot försäkringskassan. Enligt uppgifter, som inhämtats från riksförsäkringsverket, avseende år 1964, synes omkring 10 % av de hos försäkringskassorna registrerade sjukdomsfallen inledas med sjukhusvård, dvs. intagning på sjukhus. Antalet under år 1964 avslutade sjukdomsfall, som föranlett utgivande av sjukpenning från allmän försäkringskassa, beräknas enligt publikationen »Allmän försäkring 1964» ha uppgått till 2 574 000. Avskaffas sjukhushuvudmännens skyldighet att genom inskrivningsbesked underrätta kassorna om intagning på sjukhus, måste de intagna själva, i de fall sjukanmälan ej gjorts tidigare, på ett eller

annat sätt se till att berörda kassor underrättas om sjukdomsfallen. I åtskilliga fall kommer de sjuka därvid att behöva hjälp från personal på de vårdavdelningar, där de är intagna. Ur administrativ synpunkt torde därför ett avskaffande av nuvarande system för sjukhusens vidkommande inte innebära någon vinst, snarare tvärtom. Ur försäkringskassornas synpunkt måste ett avskaffande av nuvarande system med inskrivningsbesked och övergång till individuella anmälningar från de på sjukhus intagna vara till nackdel. De främsta nackdelarna torde bli dels att uppgifterna i de individuella sjuk-anmälningarna i regel inte blir så fullständiga som uppgifterna i inskrivningsbeskeden och dels att anmälningarna i åtskilliga fall torde komma in till kassorna betydligt senare än f.n.

Även vid en utbrytning av sjukhusvårdsförmånen ur AFL har försäkringskassorna behov av de uppgifter, som förmedlas genom in- och utskrivningsbeskeden. Kassorna behöver t.ex. veta var de sjukskrivna uppehåller sig. Ersättning utgår inte för läkarvård och annan behandling under den tid försäkrad är föremål för sjukhusvård. In- och utskrivningsbeskeden kan därvid användas för stickprovskontroll. Vissa pensionsförmåner såsom invaliditetstillägg och vårdbidrag liksom kommunala bostadstillägg får inte utgå under längre anstaltsvistelse. Även för detta ändamål har kassorna behov av in- och utskrivningsbeskeden. Kassorna har också behov av beskeden för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt bestämmelserna i 4 kap. 2 § och 16 kap. 2 § AFL. Den förstnämnda uppgiften avser den s.k. 90-dagarsgranskningen för bedömning om rehabiliteringsåtgärder skall vidtas. Så länge sjukhusvård pågår, torde sådana åtgärder icke vara aktuella. Den andra uppgiften avser bedömning, om behov föreligger av kompletterande undersökningar vid beslut i ärenden angående förtidspension. Uppgifter om sjukhusperioder är här av stort värde.

Utredningen har på grund av det anförda funnit att övervägande skäl talar för att bibehålla in- och utskrivningsbeskeden med tanke på inskrivningsbeskedets betydelse som sjukanmälan och för att tillgodose kassornas behov av uppgifter i övrigt. Utredningen föreslår därför att ordningen med anmälan från sjukhusen till försäkringskassorna om in- och utskrivning av patienter i sluten sjukvård bibehålls.

Författningsförslag

Förslag till

lag angående ändrad lydelse av 27 § sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242)

Härigenom förordnas, att 27 § sjukvårdslagen den 6 juni 1962 skall er-
hålla ändrad lydelse på sätt nedan angives.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

27 §.

Den som — — — — finnes stadgat.

Sättes vårdavgift — — — — inom sjukvårdsområdet.

Vårdavgift må ej uttagas för vård och underhåll på allmän sal av den, som enligt epidemilagen eller lagen angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar är berättigad att kostnadsfritt åtnjuta vård och underhåll på sjukhus.

Vårdavgift må ej uttagas för vård och underhåll på allmän sal av den, som enligt epidemilagen eller lagen angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar är berättigad att kostnadsfritt åtnjuta vård och underhåll på sjukhus. *Ej heller må för vård på allmän sal uttagas avgift av den, som omfattas av lagen angående avgiftsfrihet för medicinsk vård i sluten sjukvård m.m.*

Denna lag träder i kraft den

Förslag till

lag angående avgiftsfrihet för medicinsk vård i sluten sjukvård m.m.

Härigenom förordnas som följer.

1 §.

Denna lag äger tillämpning i fråga om följande sjukvårdsinrättningar:

- 1) av staten drivna sjukhus,
- 2) av landstingskommun drivna lasarett för huvudsakligen somatisk eller psykiatrisk vård, sanatorier, epidemisjukhus, tuberkulossjukstugor, förlossningshem, sjukstugor, epidemisjukstugor och sjukhem, på vilka sjukvårdslagen är tillämplig,
- 3) av primärkommun drivna förlossningshem och sjukhem,

4) riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn, Tranås och Åre samt annan sjukvårdsinrättning, varöver riksförsäkringsverket förfogar,

5) enskilda sjukvårdsanstalter, vilkas driftunderskott täcks av bidrag från staten, landstingskommun eller primärkommun.

Det åligger socialstyrelsen att i den av styrelsen förda sjukhusförteckningen angiva vilka av i förteckningen uppförda sjukhus, som omfattas av denna lag.

2 §.

I denna lag förstås med *landstingskommun* även stad, som ej tillhör landstingskommun, och med *sjukhushuvudman* den som driver sjukhus, som avses i 1 §.

3 §.

För medicinsk vård på allmän sal i sluten sjukvård får avgift ej uttagas på sjukhus, som avses i 1 § under 1), 3), 4) och 5), av den som är bosatt i riket,

på sjukhus, som avses i 1 § under 2), av den för vilken vårdskyldighet föreligger enligt 3 § sjukvårdslagen.

Avgift för medicinsk vård på allmän sal på sjukhus, som avses i 1 §, får ej heller uttagas av utomlands bosatt svensk medborgare, som intagits antingen för sjukdom, i vilken han insjuknat under vistelse i Sverige, eller för sjukdom, i vilken han insjuknat i annat land och för vilken han i bösättningslandet ej kunnat erhålla tillfredsställande sjukhusvård som ersättes av sistnämnda lands socialförsäkring. Vad nu sagts gäller även utländsk medborgare, som icke är bosatt i riket men som omfattas av konvention, genom vilken han i fråga om rätt till ersättning för sjukvård är likställd med svensk medborgare, i den omfattning han enligt konventionen äger rätt till sådan ersättning.

Vad i första och andra styckena är stadgat om avgift i fråga om medicinsk vård skall gälla även medicinsk vård på sjukhus, som icke lämnas polikliniskt och ej heller är att hänföra till sluten vård.

4 §.

För kostnader för sjukhusvård, som avses i 3 §, skall de allmänna försäkringskassorna till sjukhushuvudmännen utgiva ersättning med belopp, varom överenskommelse träffas mellan Kungl. Maj:t och huvudmännen.

Ersättningen skall utbetalas av riksförsäkringsverket, som även har att bestämma vilken andel av utbetalade belopp som varje försäkringskassa skall svara för.

5 §.

Närmare föreskrifter för tillämpning av denna lag meddelas av Kungl. Maj:t eller av myndighet, som Kungl. Maj:t bestämmer.

Denna lag träder i kraft den

Förslag till

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

Härigenom förordnas beträffande lagen den 25 maj 1962 om allmän försäkring, dels att 2 kap. 4 § skall upphöra att gälla, dels ock att 2 kap. 1, 5, 6 och 7 §§, 3 kap. 4 §, 4 kap. 2, 3 och 4 §§, 10 kap 4 §, 16 kap. 1 § samt 19 kap. 2 och 4 §§ skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

2 kap.

1 §.

Försäkrad äger i enlighet med vad nedan sägs rätt till ersättning för utgifter för läkarvård, tandläkarvård och sjukhusvård ävensom i samband därmed företagna resor, så ock till sådan ersättning, varom föreskrift meddelats enligt 6 §.

Försäkrad äger i enlighet med vad nedan sägs rätt till ersättning för utgifter för läkarvård och tandläkarvård ävensom i samband därmed företagna resor samt för utgifter för resor i samband med sjukhusvård, så ock till sådan ersättning, varom föreskrift meddelats enligt 6 §.

Med sjukhusvård avses vård, som på sjukhus lämnas där intagen försäkrad. Såsom sjukhus räknas sjukvårdsinrättning, som avses i 1 § lagen den (nr) angående avgiftsfrihet för medicinsk vård i sluten sjukvård m.m. Med allmänt sjukhus förstås sådant sjukhus, som avses i sagda paragraf under 1), 2) och 4. Hemortssjukhus är allmänt sjukhus, drivet av landstingskommun eller stad, inom vars område försäkrad är bosatt.

4 §.

Ersättning för utgifter för sjukhusvård, som på grund av sjukdom eller förlossning varit erforderlig, utgår,

då vården beretts å hemortssjukhus, med belopp, som motsvarar den för sådan vård vid sjukhuset tillämpade avgiften å allmän sal,

(Nuvarande lydelse)

då erforderlig vård ej kunnat beredas å hemortssjukhus eller behovet av sjukhusvården uppkommit utanför den landstingskommun eller landstingskommun ej tillhörande stad, där den försäkrade är bosatt, och han med anledning härav måst intagas å annat allmänt sjukhus, med belopp, som motsvarar den lägsta avgift, mot vilken den försäkrade kunnat erhålla vården å sjukhuset,

då vården annorstädes än å allmänt sjukhus beretts genom riksförsäkringsverkets försorg, med belopp, som motsvarar den lägsta för sådan vård utgående avgiften, samt

i övriga fall med belopp, motsvarande den lägsta avgift, mot vilken den försäkrade kunnat erhålla vården å allmän sal vid hemortssjukhus, lämpat för vården i fråga.

Konungen äger fastställa taxa för beräkning av ersättning, som avses i första stycket. Har sådan taxa fastställts, utgår ej ersättning för belopp, varmed vårdavgiften överstiger i taxan angivet belopp.

Med sjukhusvård avses vård, som å sjukhus lämnas där intagen försäkrad, ävensom vård å annan sjukvårdsinrättning, om vården beredes genom riksförsäkringsverkets försorg.

Såsom sjukhus räknas i denna lag dels allmänt sjukhus, varmed förstås sjukvårdsinrättning som tillhör staten eller till vars drift statsbidrag utgår eller som drives av landstingskommun eller stad, som ej tillhör sådan kommun, och ej är anordnad vid hem, som avses i 18 §

(Föreslagen lydelse)

(Nuvarande lydelse)

lagen om socialhjälp, ävensom sjukvårdsinrättning varöfver riksförsäkringsverket förfogar, dels ock annan sjukvårdsinrättning, som enligt av Konungen fastställd förteckning är att anse såsom sjukhus jämlikt denna lag. Hemortssjukhus är allmänt sjukhus, drivet av landstingskommun eller stad, inom vars område försäkrad är bosatt.

(Föreslagen lydelse)

5 §.

Har försäkrad åtnjutit läkarvård, tandläkarvård eller sjukhusvård, som avses i 2 §, 3 § första stycket eller 4 §, utgår ersättning enligt vad Konungen med riksdagen förordnar för utgifter i anledning av resor till och från läkaren, tandläkaren eller sjukvårdsinrättningen, där ej med hänsyn till resans längd samt den sjukes tillstånd skäligen kunnat fordras att han gått eller färdats på annat sätt, som icke krävt särskild kostnad.

Har försäkrad åtnjutit läkarvård eller tandläkarvård, som avses i 2 § eller 3 § första stycket, utgår ersättning enligt vad Konungen med riksdagen förordnar för utgifter i anledning av resor till och från läkaren eller tandläkaren, där ej med hänsyn till resans längd samt den sjukes tillstånd skäligen kunnat fordras att han gått eller färdats på annat sätt, som icke krävt särskild kostnad.

Har försäkrad åtnjutit sjukhusvård gäller vad nu sagts jämväl resor till och från sjukvårdsinrättningen.

6 §.

Konungen äger föreskriva, att ersättning enligt av Konungen fastställda grunder skall utgå för försäkrads utgifter för annan vård eller behandling i anledning av sjukdom än i 2—4 §§ sägs.

Konungen äger föreskriva, att ersättning enligt av Konungen fastställda grunder skall utgå för försäkrads utgifter för annan vård eller behandling i anledning av sjukdom än i 2 och 3 §§ sägs.

7 §.

Har kommun — — — — motsvarande kostnad.

Allmän försäkringskassa äger med — — — — ifrågavarande kostnader.

Allmän försäkringskassa äger jämväl — — — — utförda transporter.

Överenskommelse som — — — — av riksförsäkringsverket.

(Nuvarande lydelse)

Om redare för svenskt fartyg jämlikt sjömanslagen haft att vid sjömans sjukdom vidkännas kostnad som avses i 2 §, 3 § *första stycket*, 4, 5 eller 6 §, äger han hos allmän försäkringskassa erhålla gottgörelse för kostnaden enligt bestämmelserna i denna lag.

(Föreslagen lydelse)

Om redare för svenskt fartyg jämlikt sjömanslagen haft att vid sjömans sjukdom vidkännas kostnad som avses i 2 §, 3 § *första stycket*, 5 eller 6 §, äger han hos allmän försäkringskassa erhålla gottgörelse för kostnaden enligt bestämmelserna i denna lag.

3 kap.

4 §.

Försäkrad som — — — — följande tabell:
(tabellen utelämnad här).

Av sjukpenningbeloppet — — — — återstoden tilläggssjukpenning.

För dag då försäkrad åtnjuter sjukhusvård skall sjukpenning minskas med fem kronor, dock med högst hälften av sjukpenningens belopp. Minskningen skall intill ett belopp av tre kronor anses belöpa på grundsjukpenning. I övrigt skall minskningen i första hand anses belöpa på sådan del av tilläggssjukpenning, som svarar mot inkomst av anställning.

För kvinnlig försäkrad utgör sjukpenningen vid sjukhusvård lägst sex kronor, såframt hon stadigvarande sammanbor med barn under tio år till henne eller hennes make eller till någon, med vilken hon stadigvarande sammanbor och med vilken hon varit gift eller har eller har haft barn.

4 kap.

2 §.

Har sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård utgivits för nittio dagar i följd eller föreligger eljest

Har sjukpenning utgivits för nittio dagar i följd eller har försäkrad under sådan tid åtnjutit sjukhus-

(Nuvarande lydelse)

skälig anledning, skall den allmänna försäkringskassan, i den utsträckning riks-försäkringsverket så föreskriver, undersöka huruvida skäl föreligger att vidtaga åtgärd, som är ägnad att förkorta sjukdomstiden eller att eljest helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga. Befinnes åtgärd som nu sagts erforderlig, skall kassan tillse att lämplig sådan vidtages.

(Föreslagen lydelse)

vård eller föreligger eljest skälig anledning, skall den allmänna försäkringskassan, i den utsträckning riks-försäkringsverket så föreskriver undersöka huruvida skäl föreligger att vidtaga åtgärd, som är ägnad att förkorta sjukdomstiden eller att eljest helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga. Befinnes åtgärd som nu sagts erforderlig, skall kassan tillse att lämplig sådan vidtages.

3 §.

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

För tid efter ingången av den månad, varunder försäkrad fyllt sextiosju år eller dessförinnan börjat åtnjuta ålderspension enligt denna lag, må sjukpenning icke utgå för mer än sammanlagt etthundraåttio dagar.

4 §.

Vad i 3 kap. 3, 5 och 8 §§ *ävensom* 3 § *detta kapitel* stadgas med avseende på förtidspension skall äga motsvarande tillämpning där den försäkrade skulle hava kommit i åtnjutande av sådan pension, om han varit svensk medborgare.

Vad i 3 kap. 3, 5 och 8 §§ stadgas med avseende på förtidspension skall äga motsvarande tillämpning där den försäkrade skulle hava kommit i åtnjutande av sådan pension, om han varit svensk medborgare.

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

10 kap.

4 §.

Är någon — — — — avlidne mannen.

Föreligger för samma månad rätt till förtidspension samt änkepension eller hustrutillägg, utgives endast en av förmånerna. Utgives i enlighet härmed änkepension eller hustrutillägg, skall vid tillämpning av 3 kap. 3, 5 och 8 §§ *samt 4 kap. 3 §* anses som om den försäkrade kommit i åtnjutande av förtidspension.

Föreligger för samma månad rätt till förtidspension samt änkepension eller hustrutillägg, utgives endast en av förmånerna. Utgives i enlighet härmed änkepension eller hustrutillägg, skall vid tillämpning av 3 kap. 3, 5 och 8 §§ anses som om den försäkrade kommit i åtnjutande av förtidspension.

16 kap.

1 §.

Den som — — — — Konungen förordnar.

Åtnjuter försäkrad sjukpenning *eller ersättning för sjukhusvård* enligt denna lag, må allmän försäkringskassa tillerkänna honom förtidspension utan hinder av att han icke gjort ansökan därom.

Åtnjuter försäkrad sjukpenning enligt denna lag, må allmän försäkringskassa tillerkänna honom förtidspension utan hinder av att han icke gjort ansökan därom.

Åtnjuter försäkrad — — — — därom gjorts.

I den — — — — ansökan därom.

19 kap.

2 §.

Försäkrad, som — — — — och tilläggssjukpenning.

Avgift avseende utgifter för sjukvårdsersättning, vari inbegripas de utgifter för läkemedel som åvila de allmänna försäkringskassorna, skall erläggas under förutsättning att vid taxering året närmast efter det år avgiften avser till statlig inkomstskatt beskattningsbar inkomst beräknats för den försäkrade eller, om denne taxerats enligt bestämmelserna för gift skattskyldig, för någon

Avgift avseende utgifter för sjukvårdsersättning, vari inbegripas de utgifter för läkemedel *och sjukhusvård* som åvila de allmänna försäkringskassorna, skall erläggas under förutsättning att vid taxering året närmast efter det år avgiften avser till statlig inkomstskatt beskattningsbar inkomst beräknats för den försäkrade eller, om denne taxerats enligt bestämmelserna för gift skatt-

(Nuvarande lydelse)

av de samtaxerade. Sådan avgift skall dock icke erläggas, om den försäkrade vid utgången av det år avgiften avser upphört att vara inskriven hos allmän försäkringskassa eller fyllt sextiosju år eller för december månad samma år åtnjutit ålderspension eller förtidspension enligt denna lag.

Avgift avseende — — — — de samtaxerade.

Avgift avseende — — — — högre sjukpenningklass.

Angående skyldighet — — — — i uppbördsförordningen.

(Föreslagen lydelse)

skyldig, för någon av de samtaxerade. Sådan avgift skall dock icke erläggas, om den försäkrade vid utgången av det år avgiften avser upphört att vara inskriven hos allmän försäkringskassa eller fyllt sextiosju år eller för december månad samma år åtnjutit ålderspension eller förtidspension enligt denna lag.

4 §.

Avgift till sjukförsäkringen enligt 1 § skall utgå med två och sex tiondels procent av det belopp, varå avgiften skall beräknas. Av avgiften skola sju tjugosjättedelar användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tilläggssjukpenning i vad den svarar mot inkomst av anställning. Medlen fördelas mellan kassorna i förhållande till deras utgifter för vartdera ändamålet under året; och skola därvid de utgifter för läkemedel, som åvila kassorna, anses ingå i utgifterna för sjukvårdsersättning. Konungen äger med riksdagen förordna, att viss del av de medel, som enligt vad nu sagts skola tillgodoföras de allmänna försäkringskassorna, i stället skall ingå till en fond, benämnd *allmänna sjukförsäkringsfonden*, vilken förvaltas enligt grunder som fastställas i enahanda ordning.

Avgift till sjukförsäkringen enligt 1 § skall utgå med två och sex tiondels procent av det belopp, varå avgiften skall beräknas. Av avgiften skola sju tjugosjättedelar användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tilläggssjukpenning i vad den svarar mot inkomst av anställning. Medlen fördelas mellan kassorna i förhållande till deras utgifter för vartdera ändamålet under året; och skola därvid de utgifter för läkemedel *och sjukhusvård*, 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

Förslag till

kungörelse angående upphävande av kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 384)
med förteckning över vissa sjukvårdsinrättningar vilka äro att anse
såsom sjukhus jämlikt lagen om allmän försäkring

Häri genom förordnas, att kungörelsen den 25 maj 1962 med förteckning
över vissa sjukvårdsinrättningar vilka äro att anse såsom sjukhus jämlikt
lagen om allmän försäkring skall upphöra att gälla vid utgången av

Förslag till

förordning om ändring i förordningen den 25 maj 1962 (nr 385) angående
ersättning för sjukresor enligt lagen om allmän försäkring (sjukreseförordningen)

Häri genom förordnas, att 1 och 4 §§ sjukreseförordningen den 25 maj
1962 skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

1 §.

Försäkrad, som enligt lagen om
allmän försäkring är berättigad till
ersättning för utgifter för läkarvård,
tandläkarvård eller sjukhusvård,
äger rätt till ersättning för utgifter
i anledning av resor i enlighet med
vad nedan stadgas.

Försäkrad enligt lagen om allmän
försäkring, som åtnjutit läkarvård,
tandläkarvård eller sjukhusvård,
äger rätt till ersättning för utgifter
i anledning av resor i enlighet med
vad nedan stadgas.

4 §.

Har försäkrad åtnjutit sjukhus-
vård som avses i 2 kap. 4 § lagen
om allmän försäkring skall ersätt-
ning utgå för utgifter i anledning av
resor till och från sjukvårdsinrätt-
ningen. Såsom sådan utgift skall, i
den mån Konungen så förordnar,
anses förutom resekostnad utgift för
övernattning och för anlåtande av
följeslagare eller vårdare under re-
san.

Har försäkrad åtnjutit sjukhus-
vård som avses i 2 kap. 1 § lagen om
allmän försäkring skall ersättning
utgå för utgifter i anledning av re-
sor till och från sjukvårdsinrättning-
en. Såsom sådan utgift skall, i den
mån Konungen så förordnar, anses
förutom resekostnad utgift för över-
nattning och för anlåtande av följe-
slagare eller vårdare under resan.

Ersättning må — — — kunnat beredas.

Utgifter i — — — kunnat beredas.

Angående beräkningen — — — sådant sjukhus.

Denna förordning träder i kraft
den

Förslag till

kungörelse om ändrad lydelse av 8 § kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 386)
med tillämpningsföreskrifter till sjukreseförordningen

Härigenom förordnas, att 8 § kungörelsen den 25 maj 1962 med tillämpningsföreskrifter till sjukreseförordningen skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

8 §.

Ersättning för — — — eller sjukvårdsinrättning.

Ersättningen beräknas å det belopp som den försäkrade erlagt för logi, dock högst femton kronor för natt. Har övernattning ej ägt rum och skall kostnadsjämförelse göras för bestämmande av det billigaste, vanligen förekommande färd sätt, som med hänsyn till den sjukes tillstånd kunnat användas, skall kostnaden för övernattning beräknas utgöra femton kronor för natt.

Jämväl till försäkrad som erhållit läkarvård under flera dagar utanför bostadsorten och mellan behandlingstillfällena kvarstannat på den ort där vården meddelats, må ersättning utgå för utgift för övernattning.

Ersättning enligt denna paragraf beräknas å det belopp, som den försäkrade erlagt för logi, dock högst det belopp för natt som motsvarar nattraktamente till förrättningsman tillhörande rese- och traktamentsklass C i det allmänna resereglementet. I fall, som avses i andra stycket, må ersättning icke utgå med högre belopp än vad den försäkrade, om han kunnat tillbringa nattvilan i sin bostad, skulle fått utgiva för resor fram och åter mellan den ort där vården meddelats och bostaden, såvida icke den försäkrade enligt den behandlande läkarens bedömning av medicinska skäl kvarstannat på orten för vårdens meddelande.

Har i fall som avses i första stycket övernattning ej ägt rum och skall kostnadsjämförelse göras för bestämmande av det billigaste, vanligen förekommande färd sätt, som med hänsyn till den sjukes tillstånd kunnat användas, skall kostnaden för övernattning beräknas utgöra

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

det belopp för natt som motsvarar nattraktamente till förrättningsman, som ovan sagts.

Denna kungörelse träder i kraft den

Förslag till

kungörelse om ändring i kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 387) angående ersättning enligt lagen om allmän försäkring för vissa utgifter för vård eller behandling i anledning av sjukdom

Härigenom förordnas, att 1 och 3 §§ kungörelsen den 25 maj 1962 angående ersättning enligt lagen om allmän försäkring för vissa utgifter för vård eller behandling i anledning av sjukdom skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

1 §.

Har någon, som är omfattad av sjukförsäkringen enligt lagen om allmän försäkring, haft utgifter för annan vård eller behandling i anledning av sjukdom än i 2 kap. 2—4 §§ nämnda lag sägs, utgår ersättning för dessa utgifter enligt vad nedan stadgas.

Har någon, som är omfattad av sjukförsäkringen enligt lagen om allmän försäkring, haft utgifter för annan vård eller behandling i anledning av sjukdom än i 2 kap. 2 och 3 §§ nämnda lag sägs, utgår ersättning för dessa utgifter enligt vad nedan stadgas.

3 §.

Ersättning för — — — — fastställd förteckning.

Ersättningen utgår med tre fjärdedelar av den försäkrades utgifter för vården, dock att ersättningen för vårddag ej må överstiga *vårdavgiften å allmän sal vid hemortssjukhus och, beträffande den som är placerad i sjukpenningklass, ej heller uppgå till högre belopp än att återstoden av den försäkrades utgift motsvarar minst det belopp, varmed hans sjukpenning minskas vid sjukhusvård.*

Ersättningen utgår med tre fjärdedelar av den försäkrades utgifter för vården, dock att ersättningen för vårddag ej må överstiga *fem kronor.*

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

Ersättning utgår — — — sextio dagar.

Denna kungörelse träder i kraft
den**Förslag till****kungörelse om ändrad lydelse av 8 § kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 388)
angående ersättning för sjukvård utom riket enligt lagen om allmän försäkring**

Härigenom förordnas, att 8 § kungörelsen den 25 maj 1962 angående ersättning för sjukvård utom riket enligt lagen om allmän försäkring skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

*(Nuvarande lydelse)**(Föreslagen lydelse)***8 §.**

I övrigt skall vad i lagen om allmän försäkring är stadgat rörande ersättning för utgifter för läkarvård och sjukhusvård i tillämpliga delar lända till efterrättelse beträffande ersättning enligt denna kungörelse.

I övrigt skall vad i lagen om allmän försäkring är stadgat rörande ersättning för utgifter för läkarvård i tillämpliga delar lända till efterrättelse beträffande ersättning enligt denna kungörelse.

Vad enligt — — — sådan vård.

Denna kungörelse träder i kraft
den**Förslag till****kungörelse angående ändring i kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 400) om
utbetalning av statsbidrag m.m. till allmän försäkringskassa**

Härigenom förordnas, att 2 och 5 §§ i kungörelsen den 25 maj 1962 om utbetalning av statsbidrag m.m. till allmän försäkringskassa skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

*(Nuvarande lydelse)**(Föreslagen lydelse)***2 §.**

Vid den slutliga utbetalningen av bidrag och avgifter avseende visst år skall avdrag ske för förskott, som utgivits för samma år, samt för

Vid den slutliga utbetalningen av bidrag och avgifter avseende visst år skall avdrag ske för förskott, som utgivits för samma år, samt för kost-

(Nuvarande lydelse)

kostnad, som enligt förordningen den 4 juni 1954 (nr 519) angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel skall för året bestridas av den allmänna försäkringskassan. Därest summan av vad sålunda skall avdragas skulle överstiga det belopp, som för året tillkommer kassan, skall överskjutande belopp anses såsom förskott avseende det löpande året, såframt ej riksförsäkringsverket bestämmer, att beloppet skall, helt eller delvis, inbetalas till verket.

(Föreslagen lydelse)

nad, som enligt förordningen den 4 juni 1954 (nr 519) angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel *och lagen den*

(nr) angående avgiftsfrihet för medicinsk vård i sluten sjukvård m. m. skall för året bestridas av den allmänna försäkringskassan. Därest summan av vad sålunda skall avdragas skulle överstiga det belopp, som för året tillkommer kassan, skall överskjutande belopp anses såsom förskott avseende det löpande året, såframt ej riksförsäkringsverket bestämmer, att beloppet skall, helt eller delvis, inbetalas till verket.

5 §.

I avräkning å bidrag och avgifter, som avses i denna kungörelse, skall riksförsäkringsverket varje månad i en eller flera poster till allmän försäkringskassa utbetala förskott med belopp, som för kassan beräknas erforderligt för bestridande av månadens utbetalningar. Vid beräkningen skall bortses från den skyldighet att *bestrida kostnad för tillhandahållande av läkemedel, som enligt förordningen angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel åvilar kassan.*

I avräkning å bidrag och avgifter, som avses i denna kungörelse, skall riksförsäkringsverket varje månad i en eller flera poster till allmän försäkringskassa utbetala förskott med belopp, som för kassan beräknas erforderligt för bestridande av månadens utbetalningar. Vid beräkningen skall bortses från den skyldighet, som *åvilar kassan, att bestrida kostnad dels för tillhandahållande av läkemedel enligt förordningen angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel dels ock för sjukhusvård enligt lagen angående avgiftsfrihet för medicinsk vård i sluten sjukvård m. m.*

Denna kungörelse träder i kraft den

Förslag till

förordning angående ändrad lydelse av 6 § förordningen den 2 juni 1950
(nr 261) om ersättning i anledning av kroppsskada ådragen under
militärtjänstgöring (militärsättningsförordningen)

Härigenom förordnas, att 6 § 1 och 2 mom. militärsättningsförordningen den 2 juni 1950 skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

6 §.

1 mom. Föranleder skada till följd av olycksfall, som ovan avses, behov av läkar-, tandläkar- eller sjukhusvård eller av läkemedel, skola erforderliga kostnader härför ävensom nödiga utgifter för resor ersättas. Med läkarvård likställes sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, massage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed jämförlig behandling, som meddelas efter läkares föreskrift. Kan läkarvård ej anskaffas utan oskäligen omgång eller kostnad, må ersättning i stället lämnas för annan lämplig vård.

1 mom. Föranleder skada till följd av olycksfall, som ovan avses, behov av läkar- eller tandläkarvård eller av sjukhusvård utom riket eller av läkemedel, skola erforderliga kostnader härför ävensom nödiga utgifter för resor ersättas. Med läkarvård likställes sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, massage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed jämförlig behandling, som meddelas efter läkares föreskrift. Kan läkarvård ej anskaffas utan oskäligen omgång eller kostnad, må ersättning i stället lämnas för annan lämplig vård.

Ersättning skall — — — — av Konungen.

Tillika gäldas — — — — skall utgå.

Ersättning enligt — — — — statens bekostnad.

2 mom. Har olycksfallet — — — — halv sjukpenning.

Sjukpenningens storlek — — — — att hänföra.

Sjukpenningklasserna och — — — — följande tabell:

(tabellen utelämnad här).

Halv sjukpenning — — — — hel sjukpenning.

För tid, — — — — dag räknad.

I fråga om utgivande av barntilllägg till sjukpenningen och om sjukpenning under tid för sjukhusvård skola bestämmelserna i 14 och 15 §§ lagen om yrkesskadeförsäkring äga motsvarande tillämpning.

I fråga om utgivande av barntilllägg till sjukpenningen skola bestämmelserna i 14 § lagen om yrkesskadeförsäkring äga motsvarande tillämpning.

Denna förordning träder i kraft den

Förslag till

lag angående ändring i lagen den 14 maj 1954 (nr 243) om yrkesskadeförsäkring

Härigenom förordnas beträffande lagen den 14 maj 1954 om yrkesskadeförsäkring, dels att 12 § skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges, dels ock att 15 § skall upphöra att gälla.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

12 §.

Föranleder yrkesskada efter samordningstidens utgång behov av läkar-, tandläkar- eller sjukhusvård eller av läkemedel, skola erforderliga kostnader härför ävensom nödiga utgifter för resor ersättas av försäkringsinrättningen. Med läkarvård likställes sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, massage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed jämförlig behandling, som meddelas efter läkares föreskrift. Kan läkarvård ej anskaffas utan oskäligen omgång eller kostnad, må ersättning i stället lämnas för annan lämplig vård.

Föranleder yrkesskada efter samordningstidens utgång behov av läkar- eller tandläkarvård eller av sjukhusvård utom riket eller av läkemedel, skola erforderliga kostnader härför ävensom nödiga utgifter för resor ersättas av försäkringsinrättningen. Med läkarvård likställes sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, massage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed jämförlig behandling, som meddelas efter läkares föreskrift. Kan läkarvård ej anskaffas utan oskäligen omgång eller kostnad, må ersättning i stället lämnas för annan lämplig vård.

Ersättning skall — — — — av Konungen.

15 §.

För tid, då yrkesskada föranleder sjukhusvård, skall sjukpenning minskas med fem kronor för dag, dock med högst hälften av sjukpenningens belopp.

För skadad kvinna, som stadigvarande sammanbor med eget eller makes barn, adoptivbarn eller fosterbarn under tio år, utgör sjukpenningen vid sjukhusvård lägst fem kronor för dag.

Denna lag träder i kraft den

Förslag till

lag om ändrad lydelse av 3 § lagen den 17 december 1954 (nr 774) med särskilda bestämmelser om frivillig sjukpenningförsäkring i allmän sjukkassa

Härigenom förordnas, att 3 § lagen den 17 december 1954 med särskilda bestämmelser om frivillig sjukpenningförsäkring i allmän sjukkassa skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

3 §.

Försäkring enligt — — — — 90 sjukhjälpdagarna.

Å sjukpenningen — — — — motsvarande tillämpning.

Sjukpenning må — — — — av arbetsförmågan.

För dag, då den försäkrade åtnjuter sjukhusvård, skall sjukpenning, som överstiger en krona 50 öre, ned sättas till nämnda belopp.

Vid varje — — — — 90 dagar.

Denna lag träder i kraft den

Förslag till

lag angående upphävande av 4 § lagen den 18 maj 1956 (nr 293)
om ersättning åt smittbärare

Härigenom förordnas, att 4 § lagen den 18 maj 1956 om ersättning åt smittbärare skall upphöra att gälla vid utgången av

Förslag till

kungörelse angående ändrad lydelse av 1 § taxan den 28 maj 1959 (nr 245)
för beräkning av ersättning för läkarvård och tandläkarvård enligt
lagen om allmän försäkring

Härigenom förordnas, att 1 § taxan den 28 maj 1959 för beräkning av ersättning för läkarvård och tandläkarvård enligt lagen om allmän försäkring skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

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

1 §.

Allmänna bestämmelser

För beräkning — — — — taxans belopp.

I fråga — — — — varje läkare.

Ersättning för utgifter för tandläkarvård utgår endast i fall som angives i 9 § och för behandling som där sägs. Ersättning må icke utgivas för tandläkarvård, som meddelas medan den försäkrade åtnjuter i 2 kap. 4 § lagen om allmän försäkring avsedd sjukhusvård.

Ersättning för utgifter för tandläkarvård utgår endast i fall som angives i 9 § och för behandling som där sägs. Ersättning må icke utgivas för tandläkarvård, som meddelas medan den försäkrade åtnjuter i 2 kap. 1 § lagen om allmän försäkring avsedd sjukhusvård.

Med Stockholmsområdet — — — — och Sundbyberg.

Denna kungörelse träder i kraft
den

Förslag till

kungörelse angående upphävande av 4 § kungörelsen den 29 maj 1964
(nr 427) om statsbidrag till social hemhjälp

Härigenom förordnas, att 4 § kungörelsen den 29 maj 1964 om statsbidrag till social hemhjälp skall upphöra att gälla vid utgången av

Motivering till författningsförslagen

Sjukvårdslagen

27 §.

Sjukhushuvudmännens principiella rätt att bestämma vårdavgift regleras i 27 § SjöL. Utredningens förslag om kostnadsfri medicinsk vård i sluten sjukvård (kap. III) och i halvöppen sjukvård (kap. IV) innebär en inskränkning i denna rätt. Som utredningen anfört i kap. III (s. 87) är det önskvärt att undvika ändringar av mera genomgripande natur i detta avseende, innan en definitiv lösning av frågorna om fördelningen av kostnaderna för sjukvården mellan stat, kommun och försäkring kommit till stånd. På grund härav föreslår utredningen att den erforderliga ändringen i paragrafen medför så små ingrepp som möjligt i huvudmännens principiella rätt att bestämma vårdavgifter. Reglerna om inskränkningen i vårdavgiftsrätten har tagits in som en ny punkt i paragrafens sista stycke. De närmare föreskrifterna angående huvudmännens skyldighet att lämna den medicinska vården kostnadsfritt föreslås skola meddelas i en särskild lag angående avgiftsfrihet för medicinsk vård i sluten sjukvård m.m.

Lagen angående avgiftsfrihet för medicinsk vård i sluten sjukvård m.m.

Bestämmelserna i denna lag bygger på utredningens förslag i kap. III och IV om kostnadsfri medicinsk vård i sluten och halvöppen sjukvård.

1 §.

I första stycket anges de sjukvårdsinrättningar, för vilka bestämmelserna om avgiftsfrihet i fråga om medicinsk vård skall gälla. Enligt förslaget skall vården beredas kostnadsfritt på i princip alla av stat, landsting och kommun drivna sjukvårdsinrättningar. Undantagna är endast vårdanstalterna för psykiskt efterblivna och sjukhemmen för psykopatiska och nervösa barn. Dessutom skall vården lämnas kostnadsfritt på riksförsäkringsverkets sjukhus och de enskilda sjukvårdsanstalter, vilkas driftunderskott täcks genom bidrag från staten, landstingskommun eller primärkommun.

Ehuru som framgår av 27 § SjöL vårdavgift ej får tas ut av epidemiskt och veneriskt sjuka, har även epidemisjukhus och epidemisjukstugor tagits upp under 2) i denna paragraf. Detta beror på att vård på sådana sjukvårdsinrättningar kan beredas även andra sjuka än vad nyss sagts.

Det är givetvis av vikt både för den enskilde och för huvudmännen att otvetydiga bestämmelser finns som anger på vilka sjukhus den medicinska

vården lämnas kostnadsfritt. Bestämmelser härom bör lämpligen tas in i sjukhusförteckningen (senaste lydelse den 2 januari 1967, MF nr 1). Förteckningen fastställs fr.o.m. år 1968 av socialstyrelsen.

3 §.

I denna paragraf regleras sjukhushuvudmännens skyldighet att lämna den medicinska vården i slutet och halvöppen vård utan avgift. För landstingskommunerna innebär bestämmelserna en inskränkning i deras nuvarande rätt att bestämma vårdavgift enligt 27 § SjuvL.

Reglerna i första och andra styckena innebär förbud för huvudmännen att ta ut avgift för medicinsk vård av patient på allmän sal i slutet sjukvård. I tredje stycket stadgas förbud att ta ut avgift för motsvarande vård i halvöppen sjukvård (dagsjukhusvård och nattsjukhusvård).

I första och andra styckena anges den personkrets, som skall omfattas av den kostnadsfria sjukvården. Reglerna syftar till att alla, som nu är berättigade till sjukhusvård mot inomlänsavgift, skall beredas kostnadsfri medicinsk vård. Eftersom det för primärkommunernas del ej finns någon i lag fastställd skyldighet att bereda sjukhusvård, har utredningen funnit det naturligt att i det här sammanhanget låta kommunernas skyldighet att lämna den medicinska vården utan avgift omfatta alla i riket bosatta personer. Utredningen förutsätter dock att det mellan primärkommunerna träffas någon form av avtal om att hemortskommunen i förekommande fall har att svara för vårdkostnaden. Skyldigheten att lämna medicinsk vård utan avgift bör förutom i riket bosatta personer även omfatta de s.k. utlandssvenskarna och utländska medborgare, som inte är bosatta här men som omfattas av konvention angående utgivande av sjukvårdsersättning. Beträffande de sistnämnda föreslås en utvidgning i förhållande till den nuvarande kretsen av sådana personer, som är berättigade till sjukhusvård mot inomlänsavgift. Detta är erforderligt med hänsyn till att vissa utländska medborgare, som omfattas av sådan konvention, vid en utbrytning ur AFL av förmånen av ersättning för sjukhusvård i annat fall skulle bli helt utan ekonomiskt skydd vid sjukhusvård. Reglerna för rätt till sjukvårdsersättning i resp. konvention bör vara avgörande för rätten till kostnadsfri medicinsk vård i det enskilda fallet. Detta innebär i allmänhet att vårdbehovet skall ha uppkommit under vistelse i Sverige. Utredningen använder uttrycket konvention, eftersom här avses såväl överenskommelse med främmande makt som ILO-konventionen.

Genom bestämmelserna i denna paragraf avses inte någon ändring i de nuvarande reglerna i utomlänsavtalet beträffande avgränsningen till sjukhus för utlandssvenskar som söker sjukhusvård i Sverige för sjukdom, i vilken de insjuknat i annat land.

4 §.

Utredningen har funnit den rätt till kompensation för bortfallet av vårdavgifter för sjukhushuvudmännen, som utredningens förslag till kostnadsfri medicinsk vård innebär, vara så väsentlig för dem, att denna rätt bör lagfästas. Ersättningens storlek bör dock, som föreslagits i kap. III (s. 89), bestämmas efter förhandlingar mellan staten som företrädare för den allmänna försäkringen och huvudmännen.

Om största möjliga administrativa fördelar skall uppkomma för försäkringskassorna och sjukhushuvudmännen genom utbrytningen av sjukhusvårdsförmånen ur AFL bör kassorna helt befrias från befattningen med vårdavgiftsräkningar. Den allmänna försäkringens ersättning till huvudmännen bör därför utbetalas av riks försäkringsverket.

5 §.

Med stöd av bestämmelserna i denna paragraf bör föreskrifter utfärdas om bl.a. förfarandet vid och tidpunkterna för utbetalning av den allmänna försäkringens ersättning för kostnader för sjukhusvård till sjukhushuvudmännen. Utredningens förslag i dessa avseenden framgår av kap. III (s. 90). Då föreskrifternas innehåll blir beroende av de förutsatta förhandlingarna mellan staten och sjukvårdshuvudmännen rörande försäkringens medverkan i sjukhusvårdens finansiering, har utredningen avstått från att lägga fram förslag angående den närmare utformningen av föreskrifterna.

Lagen om allmän försäkring

2 kap.

1 §.

Ändringen i paragrafen föranleds av förslaget i kap. III om utbrytning ur AFL av förmånen av ersättning för sjukhusvård. Som framgår av första stycket bibehålls emellertid förmånen av ersättning för resor vid sjukhusvård.

Begreppet sjukhusvård erfordras alltså, bl.a. för att definiera begreppet läkarvård enligt 2 kap. 2 §. Utredningen har därvid funnit det vara mest rationellt, att definitionen av sjukhusvård bibehålls i AFL men att den tas in i ett nytt stycke i denna paragraf.

Begreppen allmänt sjukhus och hemortssjukhus erfordras för tillämpning av bl.a. sjukreseförordningens regler angående ersättning för resor vid sjukhusvård m.m. Definitionerna av nämnda begrepp har tagits in som ett nytt andra stycke i paragrafen.

4 §.

Paragrafen kan upphöra att gälla genom att sjukhusvårdsförmånen bryts ut ur AFL och definitioner av begreppen sjukhusvård, allmänt sjukhus och hemortssjukhus tas in i 1 §.

5 §.

Ändringen i denna paragraf föranleds av att förmånen av ersättning för sjukhusvård bryts ut ur AFL men förmånen av ersättning för resor vid sjukhusvård alltjämt bibehålls i AFL.

6 och 7 §§.

Ändringarna i paragraferna är av redaktionell art och föranleds av att 4 § upphör att gälla.

3 kap.

4 §.

Tredje och fjärde styckena upphör att gälla på grund av förslaget i kap. V om upphävande av regeln angående avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård.

4 kap.

2—4 §§.

Ändringarna i dessa paragrafer föranleds av förslaget om utbrytning ur AFL av förmånen av ersättning för sjukhusvård.

10 kap.

4 §.

Sista punkten i andra stycket ändras på grund av förslaget till ändrad lydelse av 4 kap. 3 §.

16 kap.

1 §.

Ändringen i andra stycket orsakas av förslaget om utbrytning ur AFL av förmånen av ersättning för sjukhusvård.

19 kap.

2 och 4 §§.

Vid en utbrytning ur AFL av sjukhusvårdsförmånen kommer begreppet sjukvårdsersättning enligt 2 kap. inte längre att innefatta ifrågavarande förmån. På grund härav måste, eftersom försäkringen ändå föreslås skola medverka i finansieringen av sjukhusvården, i likhet med vad som gäller beträffande utgifter för läkemedel, i paragraferna särskilt anges, att i avgift avseende utgifter för sjukvårdsersättning skall inbegripas jämväl utgifter för sjukhusvård.

Kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 384) med förteckning över vissa sjukvårdsinrättningar vilka äro att anse såsom sjukhus jämlikt lagen om allmän försäkring

Kungörelsen kan upphävas eftersom förteckningen inte erfordras, om sjukhusvårdsförmånen bryts ut ur AFL. De uppgifter om sjukhus, som krävs för bedömande huruvida sjukhusvård i AFL:s mening föreligger, kommer att framgå av sjukhusförteckningen (MF 1967:1). Jämför förslaget i 1 § sista stycket lagen angående avgiftsfrihet för medicinsk vård i slutten sjukvård m.m., vari stadgas att det skall åligga socialstyrelsen att i sjukhusförteckningen ange vilka av i förteckningen uppförda sjukhus, som omfattas av ifrågavarande lag.

Sjukreseförordningen

1 §.

Ändringen i paragrafen föranleds av att sjukhusvårdsförmånen bryts ut ur AFL men förmånen av ersättning för resor vid sjukhusvård bibehålls i nämnda lag.

4 §.

Ändringen i första stycket orsakas av att definitionen av begreppet sjukhusvård förts över från 2 kap. 4 § till 2 kap. 1 § AFL.

Kungörelsen med tillämpningsföreskrifter till sjukreseförordningen

8 §.

Ändringarna i denna paragraf föranleds av utredningens förslag i kap. IV beträffande ersättning till sjuka som, för att erhålla läkarvård utom hemorten, under vårdtiden övernattar på den ort, där läkarvården meddelats.

Första stycket föreslås kvarstå i oförändrad lydelse.

Kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 387) angående ersättning enligt lagen om allmän försäkring för vissa utgifter för vård eller behandling i anledning av sjukdom

1 §.

Ändringen i paragrafen orsakas av att 2 kap. 4 § AFL upphör att gälla.

3 §.

Vid en utbrytning ur AFL av sjukhusvårdsförmånen måste bestämmelserna i andra stycket ändras, eftersom ersättningens anknytning till vårdavgift på allmän sal vid hemortssjukhus då inte längre är aktuell. I avvaktan på de förhandlingar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om storleken av försäkringens ersättning för sjukhusvårdskostnader, som utred-

ningen förutsätter skall komma till stånd vid ett genomförande av dess förslag till avgiftssystem i sluten vård, har utredningen i förslaget tagit upp den nuvarande ersättningen per vård dag, 5 kr.

Kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 388) angående ersättning för sjukvård utom riket enligt lagen om allmän försäkring

8 §.

Ändringen i denna paragraf betingas av förslaget om utbrytning ur AFL av förmånen av ersättning för sjukhusvård.

Kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 400) om utbetalning av statsbidrag m.m. till allmän försäkringskassa

2 och 5 §§.

Ändringarna i paragraferna sammanhänger med förslaget om att riksförsäkringsverket skall utge den ersättning för kostnader för sjukhusvård, som föreslås skola åvila försäkringskassorna. Föreskrifter härom har tagits in i 4 § lagen angående avgiftsfrihet för medicinsk vård i sluten sjukvård m.m.

Lagen om yrkesskadeförsäkring

12 §.

Ändringen i första stycket är föranledd av att, om utredningens förslag angående avgiftsfri medicinsk vård i sluten vård genomförs, det inte blir fråga om ersättning från yrkesskadeförsäkringen för annan sjukhusvård än den som kan bli aktuell utomlands. Enligt utredningens förslag skall sålunda vid sjukhusvård i riket den medicinska vården vara kostnadsfri och, såvitt angår på sjukhus debiterad underhållsavgift, avser utredningen inte att ersättning härför skall utgå enligt YFL.

15 §.

Paragrafen föreslås skola upphöra att gälla på grund av förslaget om upphävande av regeln om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård.

Militärsätningsförordningen

6 §.

Beträffande ändringen i 1 mom. första stycket se under 12 § YFL.

Beträffande ändringen i 2 mom. sista stycket se under 15 § YFL.

Lagen den 17 december 1954 (nr 774) med särskilda bestämmelser om frivillig sjukpenningförsäkring i allmän sjukkassa

3 §.

Fjärde stycket föreslås skola upphöra att gälla på grund av förslaget om upphävande av regeln om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård.

Lagen den 18 maj 1956 (nr 293) om ersättning åt smittbärare

4 §.

Paragrafen föreslås skola upphöra att gälla med anledning av att regeln om avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård föreslås upphävd.

Taxan den 28 maj 1959 (nr 245) för beräkning av ersättning för läkarvård och tandläkarvård enligt lagen om allmän försäkring

1 §.

Ändringen i tredje stycket föranleds av att begreppet sjukhusvård förts över från 2 kap. 4 § till 2 kap. 1 § AFL.

Kungörelsen den 29 maj 1964 (nr 427) om statsbidrag till social hemhjälp

4 §.

Paragrafen föreslås skola upphöra att gälla med hänsyn till förslaget i kap. IV att reglerna angående statsbidrag till social hemhjälp skall utvidgas till att omfatta all av kommun lämnad social hemhjälp, d.v.s. även den hemvård som förekommer i hemsjukvård.

Särskilt yttrande

Av ledamöterna Edström, Kaijser och Pettersson

Endast med tvekan har vi kunnat ansluta oss till förslaget att upphäva regeln om avdrag på sjukpenningen vid sjukhusvård, ett förslag som direkt strider mot önskemålet att utjämna kostnaderna för den sjuke vid öppen och vid sluten vård. När vi emellertid gjort detta har det varit av flera skäl. Sedan sjukpenningens belopp höjts har det nu utgående avdraget om 5 kr. mindre betydelse än tidigare. För många kategorier av försäkrade görs redan nu icke något avdrag, antingen enligt redan gällande regler eller enligt med arbetsgivaren träffat avtal. Upphävande av regeln om avdrag medför ett minskat administrativt arbete, något som dock icke får överskattas enär inskrivnings- och utskrivningsbesked ändock skall lämnas till försäkringskassorna. Införandet av en underhållsavgift innebär också att avdrag icke skall göras när underhållsavgift utgår.

Vår tvekan betingas även därav, att upphävandet av regeln medför en ökad kostnad för försäkringen om 35 milj. kr. Sjukförsäkringsutredningen har att framlägga förslag om ytterligare mycket kostnadskrävande reformer inom sjukförsäkringen, särskilt beträffande reseersättningar och kostnader för merprestationer. Det kan ifrågasättas, om upphävandet av regeln om avdrag på sjukpenningen vid sjukhusvård är en sådan reform som bör prioriteras i detta sammanhang, då denna ändring i första hand gynnar de akutsjuka. Förbättrade förmåner vid merprestationer och vid resor i samband med dessa samt till läkare kommer däremot att mera gynna långtidssjuka och invalider.

BILAGA A

Sjukvårdshuvudmännens intäkter av vårdavgifter åren 1961 och 1965 m.m.

Uppgifterna i de följande tabellerna har inhämtats från sjukvårdshuvudmännen år 1962 resp. år 1966 och avser förhållandena år 1961 resp. år 1965. Uppgifterna från landstingen, avseende år 1965, har insamlats av Svenska landstingsförbundet.

Undersökningarna avsåg i huvudsak att belysa dels vårdavgifternas ekonomiska betydelse för huvudmännen, dels förhållandet mellan huvudmännens bruttoutgifter och inkomster i fråga om den slutna vården och dels omfattningen av sjukvårdens resp. försäkringskassornas ersättning till huvudmännen för vårdavgifter. Utöver de uppgifter som begärdes år 1962 avsåg uppgifterna, begärda år 1966, även huvudmännens åtaganden betr. dagsjukhusvård, patienthotell och hemsjukvård. Vid 1966 års undersökning begärdes även uppgift om de bidrag, som sekundärkommunerna utgivit till primärkommunala eller enskilda sjukhus samt konvalescenthem.

Förutom uppgifter om de sekundärkommunala huvudmännens sjukhus inhämtades uppgifter om statens kropps- och mentalsjukhus, primärkommunala sjukhus, enskilda sjukhus av lasarettskaraktär samt vid undersökningen år 1962 även uppgifter om övriga enskilda sjukhus.

I samtliga tabeller, som berör sekundärkommunernas sjukhus, är uppgifter betr. sjukhusen i städerna Hälsingborg och Gävle sammanförda med uppgifter angående sjukhusen i Malmöhus resp. Gävleborgs län.

I uppgifterna beträffande såväl de statliga kroppssjukhusen av undervisningskaraktär som de sekundärkommunala sjukvårdshuvudmännens undervisningssjukhus har inräknats kostnaden för samtliga läkarlöner men däremot icke några akademiska lärarlöner. Det har dock icke kunnat undvikas, att kostnader för viss klinisk forskning kommit att belasta driften vid dessa sjukhus. I driftkostnaderna ingår ej räntor, avskrivningar eller pensioner. För år 1965 ingår personalpensionskostnaderna vid de sekundärkommunala sjukhusen.

Sjukförsäkringsutredningen företog våren 1963 en separat undersökning avseende patienterna vid mentalsjukhusen samt vid de enheter inom mental- och kroppssjukvården, som främst är avsedda för långtidssjuka. Undersökningen avsåg aktuella vårdtider för dem som den 30 april 1963 var inskrivna vid ovannämnda vårdenheter och som uppbar ålders- eller förtidspension enligt AFL. Motsvarande uppgifter inhämtades i samband med 1966 års ovannämnda undersökning beträffande dem som var inskrivna den 30 april 1966. Båda undersökningarna syftade till att söka kartlägga omfattningen av det s.k. överskottsproblemet.

Tabellkommentarer

Tabellerna 1 och 3

Tabellerna innehåller uppgifter om sekundärkommunernas intäkter av vårdavgifter m.m. år 1961 resp. år 1965 dels i kronor och dels i procent av driftkostnaderna, brutto.

I kolumn 1 anges det totala antalet vårdplatser, som varje huvudman disponerade i genomsnitt under år 1961 resp. år 1965 och i kolumn 2 det totala antalet vård dagar, således även s.k. O-debiterade vård dagar. I kolumn 3 anges beläggningen i procent av det disponibla antalet vårdplatser och i kolumn 4 finns uppgifter om bruttodriftkostnaderna. I driftkostnaderna ingår ej kostnader för räntor och avskrivningar. För år 1961 har även uteslutits pensionskostnaderna.

Intäkterna av vårdavgifter är specificerade i de därpå följande sex kolumnerna (5—10).

5. I kolumnen upptas det belopp, som influtit till huvudmännens olika sjukvårdsinrättningar från allmänna försäkringskassor (sjukkassor), i regel 5 kr. per vård dag.

6. I kolumnen upptas intäkter av patientavgifter för vård på allmän sal, vilka influtit från annan betalningsansvarig än allmän försäkringskassa (sjukkassa). Summorna innehåller således även de högre avgiftsbelopp, som några huvudmän tar ut för vård på sjukhus som beläggs företrädesvis med långtidssjuka.

7. I kolumnen visas den totala intäkten av patientavgifter.

8. I kolumnen anges det belopp, som totalt influtit från andra sekundärkommunala huvudmän enligt utomlänsavtal, regionsjukvårdsavtal och andra driftavtal.

9. Här upptas de intäkter av vårdavgifter, som icke kunnat hänföras till föregående kolumner och utgörs huvudsakligen av patientavgifter från hel- och halvenskilda rumspatienter till det belopp, som överstiger avgiften på allmän sal samt sådana avgifter från utomlänspatienter, som icke erlagts av annan sjukvårdshuvudman.

10. I kolumnen redovisas huvudmännens totala intäkter av vårdavgifter.

Kolumnerna 11—14 innehåller uppgifter om vårdavgifternas procentuella andel av bruttodriftkostnaderna. I kolumnerna 11—13 anges patientavgifternas andel i driftkostnaden, varvid skilts på intäkter från allmänna försäkringskassor (sjukkassor) och intäkter från övriga (avgifter för utförsäkrade patienter samt eventuell överdebitering av allmänsalsavgift). I kolumn 14 lämnas uppgift om vårdavgifternas totala andel av bruttodriftkostnaderna, dvs. förutom patientavgifter och övriga vårdavgifter även intäkter från andra huvudmän.

Tabellerna 2 och 4

Dessa tabeller innehåller uppgifter om intäkt av vårdavgifter m.m. vid de statliga sjukhusen.

I kolumn 1 upptas det antal vårdplatser, som varit disponibla under år 1961 resp. år 1965. I kolumn 2 anges totala antalet vård dagar exklusive familjevården inom mentalsjukvården. Däremot har medtagits s.k. O-debiterade vård dagar. I kolumn 3 visas beläggningen i procent av det disponibla antalet vårdplatser, varefter i kolumn 4 lämnas uppgifter om bruttodriftkostnaderna. I kolumn 5 redovisas avgifter som influtit från försäkringskassorna, medan övriga patient-

avgifter för vård på allmän sal, som influtit från annan betalningsansvarig än allmän försäkringskassa, redovisats i kolumn 6. För år 1961 har mentalsjukhusen icke kunnat särskilja de allmänna sjukhassornas ersättning från övriga patientavgifter. I tabell 2 har därför ovannämnda uppgifter sammanförts i en kolumn (5—6).

I kolumn 7 redovisas avgifter till statens kroppssjukhus från sekundärkommunala huvudmän, vilka enligt avtal med staten disponerar vårdplatser på ifrågavarande sjukhus. I kolumn 8 redovisas intäkter, som icke kunnat hänföras till någon av kolumnerna 5—7. Huvuddelen av intäkterna består av avgifter från hel- och halvenskilda rumspatienter. Slutligen redovisas i kolumn 10 patientavgifterna i procent av bruttodriftkostnaderna och i kolumn 11 samtliga vårdavgifter också i procent av bruttodriftkostnaderna.

Tabellerna 5 och 6

Tabellerna innehåller uppgifter om den *egna* slutna sjukvårdens andel i sekundärkommunens debiteringssats enligt 1960 och 1961 resp. 1964 och 1965 års taxeringar samt patientavgifternas motsvarighet i utdebiterade medel enligt samma års taxeringar för landstingskommunerna och städerna utanför landsting.

Uppgifterna för Stockholms län, Uppsala län och Stockholms stad är icke fullt jämförbara med uppgifterna för övriga sjukvårdsområden, då huvudmännen för sjukvården inom nämnda län genom avtal tillgodoser viss del av sitt vårdplatsbehov via de statliga kroppssjukhusen.

Tabell 7

I tabellen lämnas uppgifter om inkomst av patientavgifter per vård dag samt patientavgifternas andel i procent av bruttodriftkostnaderna vid de sekundärkommunala sjukhusen åren 1947, 1961 och 1965.

Uppgifterna för år 1947 är hämtade ur betänkandet »Fri sjukhusvård», avgivet av de sakkunniga för fria sjukhusvården år 1951. I uppgifterna från år 1947 ingår ej barnsjukhus, konvalescenthem eller förlossningsavdelningar. Barnsjukhusen och förlossningsavdelningarna ingår numera i särskilda kliniker vid lasareten. Konvalescenthemmen utgör fortfarande en ringa del av samtliga vårdplatser. Med hänsyn till materialet för åren 1961 och 1965 kan uppgifterna om barnsjukhus, konvalescenthem och förlossningsavdelningar för dessa år icke utslutas men tillkomsten av uppgifterna härom torde endast i ringa mån påverka det siffermaterial, som presenteras. Emedan akademiska sjukhuset ingår i uppgifterna för Uppsala län år 1947, på grund av att de sakkunniga jämställt sjukhuset med centrallasarett, har även för åren 1961 och 1965 medtagits motsvarande uppgifter.

Tabell 8

Uppgifterna om primärkommunernas sjukvårdsinrättningar har infordrats för både år 1961 och år 1965. Vid utformningen av blanketterna avseende år 1965 har utredningen samrått med Svenska stadsförbundets socialsektion. Detta har lett

till att uppgifterna om kommunernas totala driftkostnader utelämnats i 1965 års uppgifter på grund av att kommunerna icke kan särskilja kostnaderna för sjukhem och sjukavdelningar från ålderdomshemmens kostnader.

Redovisningen för år 1961 omfattar endast 26 sjukvårdsinrättningar med 1 197 vårdplatser av totalt 81 sjukvårdsinrättningar med 2 373 vårdplatser.

För år 1965 redovisas uppgifter från 50 sjukvårdsinrättningar med 1 748 vårdplatser av enligt medicinalstyrelsens sjukhusförteckning totalt 74 sjukvårdsinrättningar med 2 448 vårdplatser. Uppgifter saknas dock endast från 11 sjukvårdsinrättningar med 320 vårdplatser eftersom tre sjukvårdsinrättningar med 249 vårdplatser redovisas i uppgifterna för Gävleborgs läns landsting och 10 sjukvårdsinrättningar med 143 vårdplatser nedlagts enligt uppgifter från huvudmännen.

Av de redovisade sjukvårdsinrättningarna år 1965 var 26 (totalt fanns 27 sjukvårdsinrättningar på förteckningen) upptagna i kungl. kungörelsen den 25 maj 1962 över vissa sjukvårdsinrättningar, vilka är att anse såsom sjukhus jämlikt AFL, medan 24 sjukvårdsinrättningar återfanns enbart i medicinalstyrelsens sjukhusförteckning MF 1/1965.

Beträffande det redovisade siffermaterialet är att märka att statsbidrag för år 1965 endast har utgått till fyra av de 50 ovannämnda sjukvårdsinrättningarna. Avgifter från allmänna försäkringskassor (sjukkassor) har endast utgått för vård vid de sjukvårdsinrättningar, som upptagits i ovannämnda förteckning av den 25 maj 1962. Avgifter från (för) utförsäkrade patienter avser endast avgifter vid de sjukhus, som återfinns i förteckningen av den 25 maj 1962, medan i »övriga vårdavgifter» ingår dels övriga avgifter från de i nämnda förteckning upptagna sjukvårdsinrättningarna och dels samtliga avgifter från övriga sjukvårdsinrättningar.

Tabell 9

Uppgifterna avser enskilda sjukvårdsanstalter av lasarettskaraktär, till vilka sjukhusvårdsersättning utgår enligt 2 kap. 4 § AFL, förutom riksförsäkringsverkets sjukhus, vilka redovisas bland statens sjukhus. I uppgifterna ingår således icke Betaniastiftelsens sjukhus, Röda korsets sjukhus, Sophiahemmet och Carlanderska sjukhemmet.

Beträffande uppgifterna om intäkter av vårdavgifter har samma uppdelning använts som för primärkommunala sjukvårdsinrättningar, vilka finns upptagna i förteckningen enligt kungörelsen av den 25 maj 1962.

Tabell 10

För år 1961 har infordrats uppgifter från övriga enskilda sjukvårdsinrättningar. Fullständiga uppgifter har lämnats av 46 sjukhus. Samtliga epileptikersjukhus har lämnat uppgifter.

Beträffande de lämnade uppgifterna bör nämnas att räntor, avskrivningar och pensionskostnader ingår i de totala driftkostnaderna. Statsbidrag har uppburits enbart av epileptikersjukhusen. Beträffande fördelningen av vårdavgifter har tillämpats samma uppdelning som beträffande de primärkommunala sjukvårdsinrättningarna.

Tabell 11

För år 1965 har uppgifter infordrats från landstingen (motsvarande) om dessas bidragsgivning till bl.a. övriga enskilda sjukvårdsinrättningar. Avsikten med undersökningen har varit att fastställa omfattningen av denna bidragsgivning i förhållande till sjukvårdsinrättningarnas driftkostnader samt att kartlägga omfattningen av sjukvårdshuvudmännens reella vårdåtaganden dvs. den del av ifrågavarande enskilda sjukvårdsinrättningar, som reellt drivs av landstingen (motsvarande) men som formellt redovisas under enskild huvudman.

De erhållna uppgifterna har inte möjliggjort för utredningen att fastställa omfattningen av denna bidragsgivning. Däremot visar uppgifterna till vilka sjukvårdsinrättningar bidrag utgått under år 1965. Omfattningen av bidragsgivningen till det enskilda sjukhuset har ej heller kunnat fastställas, i många fall beroende på att bidrag utgått från flera landsting samt att uppgifter icke lämnats om landstingets bidrag i förhållande till sjukhusets totala driftkostnader.

I tabell 11 a redovisas antalet sjukvårdsinrättningar och antalet vårdplatser där. I tabell 11 b visas antalet sjukhus, vid vilka landstingen (motsvarande) under år 1965 disponerat vårdplatser eller till vilka lämnats bidrag till driften. I tabell 11 c anges vilka typer av sjukvårdsinrättningar och antalet vårdplatser där, som Stockholms stad *dessutom* utnyttjat för placering av långtidssjuka.

Tabell 12

I samband med undersökningen om sjukhusavgifter m.m. för år 1965 begärdes även uppgifter om vårdplatser och vård dagar m.m. beträffande sådan dagsjukhusvård, som förekommit i stället för traditionell slutenvård. Erhållna uppgifter om sådan vård redovisas i ovannämnda tabell. Uppgifterna visar att dagsjukhusvården varit av relativt blygsam omfattning och bedrivits huvudsakligen i städerna Stockholm, Göteborg och Norrköping, i Östergötlands och Gävleborgs läns landsting samt på Karolinska sjukhuset.

Tabell 13

För år 1965 har från de statliga kroppssjukhusen samt från landstingen (motsvarande) infordrats uppgifter om s.k. patienthotell. Verksamheten har som synes av tabellen varit av ringa omfattning och inom de flesta landsting har ingen eller en ytterst liten verksamhet ägt rum i detta avseende med undantag för Kronobergs län, Malmöhus län, Örebro län och Gävleborgs län. Karolinska sjukhuset har disponerat 35 platser. För patienthotellet vid Gävle lasarett saknas uppgifter om genomsnittligt antal inskrivna per dag samt antal vistelsedagar emedan dessa redovisats som slutenvård. Antal platser, för vilka fullständiga uppgifter föreligger är således 114, varav 91 vid egna anläggningar.

Tabell 14

För år 1965 har infordrats vissa uppgifter från landstingen (motsvarande) om hemsjukvård för att söka fastställa omfattningen av samt landstingens (mot-

svarande) kostnader för ifrågavarande vård. Uppgifter om de olika vårdresurser, som står till de hemsjukvårdades förfogande, har dock icke begärts vid undersökningen.

I kolumn 1 anges i anslutning till uppgifterna om huvudman de avvikelser, som skett från de allmänna villkoren för rätt till hemsjukvård. I de flesta landstingskommuner (motsvarande) utgår bidrag till hemsjukvård huvudsakligen för vård i hemmet av långvarigt kroppssjuka, som ej har tbc.

I kolumnerna 2 och 3 lämnas uppgifter om antalet vårdade patienter dels i genomsnitt per dag under året och dels per den 31 december 1965. Den förstnämnda uppgiften har inte kunnat anges exakt av huvudmännen, emedan de icke kontinuerligt följer utvecklingen dag för dag. Ej heller uppgifterna i kolumn 4 om vård dagar har kunnat anges alldeles exakt. Uppgifterna i kolumn 5 omfattar förutom hemsjukvårdsbidrag även kostnader för en del sjukvårdande åtgärder i samband därmed. Huvudmännen har inte kunnat precisera dessa kostnader. Sålunda har bl.a. inte kunnat fastställas, huruvida läkemedelsbidrag ingår i uppgifterna från landstingen (motsvarande), emedan sådana kostnader i flera sjukvårdsområden redovisas på annat sätt än som bidrag till hemsjukvård. Bidrag för vård vid privata sjukhem utgår inom 10 landsting. Att med ledning av uppgifterna fastställa, huruvida bidrag för vård på privata sjukhem ingår eller ej, har icke låtit sig göra. I den mån detta förekommer är det fråga om förhållandevis små summor. Landstingens bidrag till enskilda sjukhems driftkostnader redovisas i regel på annat sätt. De bidrag, varom här är fråga, är bidrag till enskilda personers patientavgifter när de i väntan på plats vid landstingets sjukvårdsinrättningar i stället placeras på privata sjukhem.

Tabell 15

I samband med uppgifterna om sjukhusavgifterna m.m. för år 1965 begärdes uppgifter från landstingen (motsvarande) om antalet vårdplatser för långtidssjuka. Härom erhållna uppgifter redovisas i ovannämnda tabell. Dessutom anges med ledning av uppgifter från de primärkommuner, som ingår i landsting, antalet platser som av primärkommunerna disponeras för vård av långtidssjuka. Uppgifter saknas om antalet platser för långtidsvård vid enskilda sjukvårdsanstalter.

I uppgifterna om vårdplatser i mentalsjukvården ingår 2 016 vårdplatser för långtidssjuka av samtliga 4 681 vid landstingens sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka. Dessutom ingår i uppgifterna om vårdplatser för långtidssjuka från landstingen 569 platser av sammanlagt 719 vårdplatser vid Mellringe sjukhus i Örebro län. I uppgifterna från de landstingsfria städerna ingår 177 platser av sammanlagt 423 vårdplatser vid sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka samt 1 430 av mentalsjukhusens 5 327 vårdplatser.

Uppgifterna om vårdplatser för långtidssjuka i kroppssjukvården omfattar betr. landstingen (motsvarande) platser vid lasarettskliniker, andra i anslutning till sjukhus anordnade avdelningar och sjukhem för långvarigt kroppssjuka. I uppgifterna för Stockholms stad ingår även de av socialnämnden drivna sjukhemmen för långvarigt kroppssjuka. För kommunerna, anslutna till landsting, ingår förutom sjukhem för långvarigt kroppssjuka även sjukavdelningar vid ålderdomshem.

Tabellerna 16 och 17

Som framgår av inledningen till denna tabellkommentar har utredningen vid två tillfällen genomfört undersökningar för att söka kartlägga omfattningen av

överskottsproblemet. Den första undersökningen genomfördes under våren 1963 och den andra i samband med undersökningen om sjukhusavgifter m.m. under hösten 1966. Undersökningarna avsåg aktuella vårdtider den 30 april 1963 resp. den 30 april 1966 för de patienter, som uppbar ålders- eller förtidspension och som vårdades inom mentalsjukvården eller i de vårdenheter inom kroppssjukvården, som är avsedda för långtidssjuka. Utom ovannämnda vårdområden omfattade 1963 års undersökning tuberkulosvården och 1966 års undersökning ålderdomshemmens sjukavdelningar.

I kolumn 1 anges totala antalet inskrivna patienter den 30 april 1963 resp. den 30 april 1966. I kolumnerna 2 och 3 visas antalet patienter, som uppbar ålders- eller förtidspension och fördelning av dessa på vårdtider. I kolumn 2 upptas patienter med en vårtid i en följd av minst 181 dagar och högst 365 dagar och i kolumn 3 upptas patienter, som vårdats mer än 365 dagar i en följd. Fördelningen på olika vårdtider anges även i procent av samtliga inskrivna den 30 april 1963 resp. den 30 april 1966.

Tabellerna 18 och 19

Med ledning av uppgifterna om vårdtider m.m. i tabellerna 16 och 17 i det föregående har sökt beräknas det årliga överskott av folkpensionsmedel, som kunnat uppkomma för de ålders- och förtidspensionärer, som haft en aktuell vårtid om minst 180 dagar dels den 30 april 1963 och dels den 30 april 1966. Beräkningarna har skett under antagande av att vårdavgiften varit 5 kr. per dag och att bruttobeloppet för varje patient varit lika med det årliga folkpensionsbeloppet för ensam berättigad pensionär.

Vid beräkning av antal vårddagar i kolumn 1 har antagits att vården för varje långtidssjuk patient varat ett helt år. Fickpenningbeloppet i kolumn 4 har beräknats med utgångspunkt från reglerna i kungörelsen om rätt i vissa fall för kommun eller annan att uppbära folkpension. (Senaste lydelse SFS 1966:240).

Tabell 1. Landstingskommunernas och städernas utanför

Huvudmän	Antal vård- platser	Antal vård- dagar	Belägg- ning i %	Drift- kostnader, brutto	Intäkter
					All- männa sjuk- kassor
	1	2	3	4	5
<i>Landsting</i>					
Stockholms län	2 382	783 409	90,1	43 041 388	2 552 575
Uppsala län	770	253 076	90,0	10 665 634	632 125
Södermanlands län	1 837	590 206	88,0	32 194 944	2 249 077
Östergötlands län	2 023	643 474	86,5	35 939 282	2 200 690
Jönköpings län	2 428	729 590	82,3	37 873 875	2 605 013
Kronobergs län	1 214	402 980	90,9	18 702 200	1 284 700
Kalmar läns norra	881	254 112	79,0	12 840 537	721 540
Kalmar läns södra	1 003	336 625	92,0	17 549 969	1 102 735
Gotlands län	453	146 570	88,6	7 340 291	560 953
Blekinge län	1 274	420 524	90,4	18 982 987	1 192 980
Kristianstads län	2 152	697 038	88,7	32 280 706	2 246 810
Malmöhus län	3 512	1 147 720	89,5	79 675 124	3 868 795
Hallands län	1 420	444 202	85,7	22 676 103	1 426 185
Göteborgs o. Bohus län	1 569	508 271	88,8	27 432 910	1 812 752
Älvsborgs län	2 791	912 288	89,5	48 684 743	3 028 072
Skaraborgs län	1 748	541 884	84,7	28 234 814	1 849 339
Värmlands län	2 204	740 567	92,0	42 485 766	2 691 806
Örebro län	2 332	766 740	89,8	40 934 898	2 577 790
Västmanlands län	1 603	522 248	89,2	32 425 663	1 992 592
Kopparbergs län	2 043	658 061	88,2	35 680 209	2 254 825
Gävleborgs län	2 402	790 311	90,1	43 105 316	2 694 280
Västernorrlands län	2 463	753 342	83,8	38 863 297	2 731 638
Jämtlands län	1 249	390 264	85,6	20 064 006	1 364 545
Västerbottens län	2 263	715 918	86,7	39 543 386	2 569 787
Norrbottnens län	2 699	889 447	90,2	52 636 000	2 900 955
Summa landsting	46 715	15 038 867	88,2	819 854 048	51 112 559
<i>Städer utanför landsting</i>					
Stockholm	8 283	2 894 823	95,8	180 954 508	8 050 519
Norrköping	840	285 849	93,2	16 494 987	963 690
Malmö	2 824	1 008 830	97,8	63 935 874	2 703 936
Göteborg	5 432	1 762 831	88,9	107 076 801	5 428 309
Summa städer utanför landsting	17 379	5 952 333	93,8	368 462 170	17 146 454
Summa totalt	64 094	20 991 200	89,7	1 188 316 218	68 259 013

landsting intäkter av vårdavgifter m.m. år 1961

av vårdavgifter i kronor					Intäkter av vårdavgifter i % av driftkostnaderna, brutto			
Patientavgifter från		Från andra sjukvårds- huvudmän	Från övriga	Totalt	Patientavgifter från			Totalt
Övriga	Totalt				All- männa sjuk- kassor	Övriga	Totalt	
6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 294 689	3 847 264	366 557	421 722	4 635 543	5,9	3,0	8,9	10,4
663 593	1 295 718	284 670	120 411	1 700 799	5,9	6,2	12,1	15,9
661 381	2 910 458	365 827	363 590	3 639 875	7,0	2,0	9,0	11,3
1 005 279	3 205 969	481 936	365 712	4 053 617	6,1	2,8	8,9	11,3
974 697	3 579 710	860 746	292 915	4 733 371	6,9	2,6	9,5	12,5
680 791	1 965 491	104 150	222 315	2 291 956	6,9	3,6	10,5	12,3
502 611	1 224 151	87 458	63 668	1 375 277	5,6	3,9	9,5	10,7
670 285	1 773 020	688 937	236 740	2 698 697	6,3	3,8	10,1	15,4
131 458	692 411	112 330	37 200	841 941	7,6	1,8	9,4	11,5
948 742	2 141 722	342 643	268 641	2 753 006	6,3	5,0	11,3	14,5
1 074 249	3 321 059	3 570 816	543 843	7 435 718	7,0	3,3	10,3	23,0
1 904 335	5 773 130	14 016 514	1 122 387	20 912 031	4,9	2,3	7,2	26,2
807 496	2 233 681	514 740	364 168	3 112 589	6,3	3,6	9,9	13,3
663 984	2 476 736	578 590	282 246	3 337 572	6,6	2,4	9,0	12,2
1 320 441	4 348 513	3 060 710	340 655	7 749 878	6,2	2,7	8,9	15,9
860 229	2 709 568	827 650	248 682	3 785 900	6,5	3,1	9,6	13,4
960 914	3 652 720	780 967	191 293	4 624 980	6,3	2,3	8,6	10,9
1 204 685	3 782 475	596 130	264 467	4 643 072	6,3	2,9	9,2	11,4
564 733	2 557 325	184 955	311 326	3 053 606	6,1	1,8	7,9	9,4
942 875	3 197 700	277 390	182 271	3 657 361	6,3	2,7	9,0	10,2
1 362 682	4 056 962	372 850	502 866	4 932 678	6,2	3,2	9,4	11,4
962 364	3 694 002	306 762	449 121	4 449 885	7,0	2,5	9,5	11,5
665 441	2 029 986	290 865	102 126	2 422 977	6,8	3,3	10,1	12,1
760 022	3 329 809	2 673 462	63 476	6 066 747	6,5	1,9	8,4	15,3
1 657 691	4 558 646	948 100	125 269	5 632 015	5,5	3,2	8,7	10,7
23 245 667	74 358 226	32 695 755	7 487 110	114 541 091	6,2	2,9	9,1	13,9
6 081 158	14 131 677	3 040 410	1 296 864	18 468 951	4,4	3,4	7,8	10,2
392 625	1 356 315	2 039 469	163 415	3 559 199	5,8	2,4	8,2	21,6
3 017 339	5 721 275	1 601 360	936 611	8 259 246	4,2	4,7	8,9	12,9
3 108 899	8 537 208	7 222 719	3 926 915	19 686 842	5,1	2,9	8,0	18,4
12 600 021	29 746 475	13 903 958	6 323 805	49 974 238	4,7	3,4	8,1	13,6
35 845 688	104 104 701	46 599 713	13 810 915	164 515 329	5,7	3,0	8,7	13,8

Tabell 2. Intäkter av vårdavgifter

	Antal vård- platser	Antal vård- dagar	Belägg- ning i %
	1	2	3
Statens mentalsjukhus	21 555	7 867 428	100,0
Vilhelmsro epilepsisjukhus	209	76 195	85,7
Karolinska sjukhuset	1 322	420 769	82,0
Serafimerlasarettet	364	112 385	84,7
Akademiska sjukhuset	956	323 380	86,0
Riksförsäkringsverkets sjukhus	564	196 578	95,5
Summa	24 970	8 996 735	98,7

m.m. vid statens sjukhus år 1961

Bruttodrift- kostnader	Intäkter av vårdavgifter i kronor				Intäkter av vård- avgifter i % av bruttodriftkost- naderna	
	Avgifter för pati- enter å allmän sal	Avgifter från kom- munala sjukvårds- huvudmän	Avgifter från övriga	Vårdavgifter, totalt	Pa- tient- av- gifter	Totalt
4	5-6	7	8	9	10	11
208 169 541	37 735 983	—	359 294	38 095 277	18,1	18,3
2 205 331	188 125	—	—	188 125	8,5	8,5
54 700 339	2 055 147	29 657 007	757 453	32 469 607	3,8	59,4
15 182 029	652 157	10 312 634	216 131	11 180 922	4,3	73,6
32 289 654	1 601 039	20 401 949	533 776	22 536 764	5,0	69,8
6 324 446	924 145	—	244 795	1 168 940	14,6	18,5
318 871 340	43 156 596	60 371 590	2 111 449	105 639 635	13,5	33,1

Tabell 3. Landstingskommunernas och städernas utanför

Huvudmän	Antal vård- platser	Antal vård- dagar	Belägg- ning i %	Drift- kostnader, brutto	Intäkter
					All- männa förs.- kassor
	1	2	3	4	5
<i>Landsting</i>					
Stockholms län	3 050	996 374	85,0	100 477 030	3 570 966
Uppsala län	976	312 647	88,7	22 420 321	608 501
Södermanlands län	1 841	606 201	90,7	48 308 049	2 102 676
Östergötlands län	2 451	750 967	89,4	64 773 536	2 541 503
Jönköpings län	2 206	753 985	88,7	67 320 810	2 572 972
Kronobergs län	1 237	437 071	93,8	33 440 780	1 274 368
Kalmar läns norra	913	281 403	84,4	22 913 955	1 213 683
Kalmar läns södra	1 115	341 600	83,2	33 801 957	1 302 250
Gotlands län	492	156 403	87,1	14 474 243	500 561
Blekinge län	1 291	421 714	81,2	34 952 380	1 221 865
Kristianstads län	2 188	689 077	86,5	63 291 248	2 543 384
Malmöhus län	3 583	1 202 123	87,0	131 902 952	3 943 056
Hallands län	1 342	478 000	92,6	33 187 188	1 456 300
Göteborgs o. Bohus län	1 821	592 859	90,1	64 524 037	2 114 026
Älvsborgs län	3 061	993 989	89,0	104 622 612	3 384 900
Skaraborgs län	1 878	610 111	84,0	45 227 663	2 002 365
Värmlands län	2 313	746 579	88,5	74 072 122	2 720 494
Örebro län	3 096	1 026 253	90,8	75 167 427	2 905 253
Västmanlands län	1 804	583 535	88,9	46 861 118	2 002 843
Kopparbergs län	2 222	718 395	84,8	66 268 316	2 435 995
Gävleborgs län	2 690	917 979	92,5	86 833 184	3 130 680
Västernorrlands län	2 880	858 114	78,4	69 745 517	2 641 157
Jämtlands län	1 219	396 933	89,0	34 349 845	1 428 855
Västerbottens län	2 438	771 608	86,7	72 921 586	2 686 664
Norrbottnens län	2 701	865 601	84,9	85 243 253	2 749 885
Summa landsting	50 808	16 509 521	87,4	1 497 101 129	55 055 202
<i>Städer utanför landsting</i>					
Stockholm	10 179	3 439 442	91,9	306 500 766	7 836 849
Norrköping	799	270 985	95,3	26 955 503	905 806
Malmö	2 912	1 029 721	94,9	117 098 057	2 836 734
Göteborg	5 210	1 782 821	89,3	197 748 585	5 499 110
Summa städer utanför landsting	19 100	6 522 969	91,8	648 302 911	17 078 499
Summa totalt	69 908	23 032 490	88,6	2 145 404 040	72 133 701

landsting intäkter av vårdavgifter m.m. under år 1965

av vårdavgifter i kronor					Intäkter av vårdavgifter i % av driftkostnaderna, brutto			
Patientavgifter från		Från andra sjukvårds- huvudmän	Från övriga	Totalt	Patientavgifter från			Totalt
Övriga	Totalt				All- männa förs.- kassor	Övriga	Totalt	
6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 342 797	4 913 763	1 533 063	277 376	6 724 202	3,6	1,3	4,9	6,7
1 102 496	1 710 997	536 657	200 704	2 448 358	2,7	4,9	7,6	10,9
929 817	3 032 493	488 606	326 625	3 847 724	4,4	1,9	6,3	8,0
1 261 298	3 802 801	3 153 950	264 534	7 221 285	3,9	2,0	5,9	11,1
1 163 489	3 736 461	1 357 235	378 595	5 472 291	3,8	1,7	5,5	8,1
1 561 270	2 835 638	217 260	243 926	3 296 824	3,8	4,7	8,5	9,9
350 941	1 564 624	143 925	164 026	1 872 575	5,3	1,5	6,8	8,2
762 932	2 065 182	1 619 685	176 902	3 861 769	3,8	2,3	6,1	11,4
455 315	955 876	245 095	—	1 200 971	3,5	3,1	6,6	8,3
1 157 656	2 379 521	302 231	185 123	2 866 875	3,5	3,3	6,8	8,2
1 588 196	4 131 580	1 135 230	229 354	5 496 164	4,0	2,5	6,5	8,7
2 236 102	6 179 158	15 391 497	987 575	22 558 230	3,0	1,7	4,7	17,1
1 225 138	2 681 438	763 490	336 065	3 780 993	4,4	3,7	8,1	11,4
823 767	2 937 793	2 074 275	1 889 737	6 901 805	3,3	1,3	4,6	10,7
1 512 009	4 896 909	1 118 962	261 834	6 277 705	3,2	1,5	4,7	6,0
1 235 412	3 237 777	1 097 305	213 890	4 548 972	4,4	2,7	7,1	10,1
992 425	3 712 919	1 529 203	189 860	5 431 982	3,7	1,3	5,0	7,3
2 413 237	5 318 490	2 664 053	368 360	8 350 903	3,9	3,2	7,1	11,1
917 211	2 920 054	312 987	—	3 233 041	4,3	2,0	6,3	6,9
1 325 832	3 761 827	596 630	88 529	4 446 986	3,7	2,0	5,7	6,7
1 409 583	4 540 263	767 600	259 160	5 567 023	3,6	1,6	5,2	6,4
1 626 124	4 267 281	779 650	287 105	5 334 036	3,8	2,3	6,1	7,6
794 514	2 223 369	636 500	17 980	2 877 849	4,2	2,3	6,5	8,4
1 215 378	3 902 042	5 774 595	578 345	10 254 982	3,7	1,7	5,4	14,1
2 032 364	4 782 249	1 371 436	189 164	6 342 849	3,2	2,4	5,6	7,4
31 435 303	86 490 505	45 611 120	8 114 769	140 216 394	3,7	2,1	5,8	9,4
14 127 811	21 964 660	7 441 725	2 453 189	31 859 574	2,6	4,6	7,2	10,4
519 285	1 425 091	1 597 219	293 297	3 315 607	3,4	1,9	5,3	12,3
4 205 282	7 042 016	3 588 773	1 867 330	12 498 119	2,4	3,6	6,0	10,7
2 772 018	8 271 128	22 121 466	936 650	31 329 244	2,8	1,4	4,2	15,8
21 624 396	38 702 895	34 749 183	5 550 466	79 002 544	2,6	3,3	5,9	12,2
53 059 699	125 193 400	80 360 303	13 665 235	219 218 938	3,3	2,5	5,8	10,2

Tabell 4. Intäkter av vårdavgifter

	Antal vård- platser	Antal vård- dagar	Belägg- ning i %	Brutto- drift- kostnader
	1	2	3	4
Statens mentalsjukhus	20 337	7 348 876	97,5	347 178 016
Vilhelmsro epilepsisjukhus	220	46 241	96,0	4 133 373
Statens kroppssjukhus	2 755	868 041	85,4	160 417 822
Riksförsäkringsverkets sjukhus ..	583	201 523	93,1	9 944 495
Summa	23 895	8 464 681	96,0	521 673 706

m.m. vid statens sjukhus år 1965

Intäkter av vårdavgifter i kronor					Intäkter av vårdavgifter i % av bruttodriftkostnaderna	
Patientavgifter		Avgifter från kommunala sjukvårdshuvudmän	Avgifter från övriga	Vårdavgifter, totalt	Patientavgifter	Totalt
Allmänna försäkringskassor	Övriga					
5	6	7	8	9	10	11
9 277 577	27 946 143	—	459 417	37 683 137	10,7	10,8
6 880	220 675	—	3 650	231 205	5,5	5,6
4 144 613	147 737	102 486 920	1 694 995	108 474 265	2,7	67,6
968 901	—	—	—	968 901	9,7	9,7
14 397 971	28 314 555	102 486 920	2 158 062	147 357 508	8,2	28,2
42 712 526						

Tabell 5. Den egna slutna vårdens andel i utdebiterade medel enligt 1960 och 1961 års taxeringar samt patientavgifternas motsvarighet i utdebiterade medel enligt samma års taxeringar för landstingskommunerna och städerna utanför landsting

Sjukvårdsområden	1960 beslutad debiterings-sats kr. per skatte-krona	Den egna slutna sjukvårdens andel i debiteringssatsen enl. 1960 års taxering	Patientavgifters andel i debiteringssatsen enl. 1960 års taxering			Den egna slutna sjukvårdens andel i debiteringssatsen enl. 1961 års taxering	Patientavgifters andel i debiteringssatsen enl. 1961 års taxering		
			Från allmän sjuk-kassa	Från övriga	Totalt		Från allmän sjuk-kassa	Från övriga	Totalt
<i>Landsting</i>									
Stockholms län	4: 00	1: 61,5	0: 10,3	0: 05,2	0: 15,5	1: 53,9	0: 09,1	0: 04,6	0: 13,7
Uppsala län	4: 75	1: 02,2	0: 08,3	0: 08,7	0: 17,0	0: 92,8	0: 07,5	0: 07,9	0: 15,4
Södermanlands län ..	4: 70	2: 66,1	0: 22,4	0: 06,6	0: 29,0	2: 39,5	0: 20,2	0: 05,9	0: 26,1
Östergötlands län	4: 50	2: 64,4	0: 19,9	0: 09,1	0: 29,0	2: 42,9	0: 18,3	0: 08,4	0: 26,7
Jönköpings län	4: 50	2: 64,6	0: 22,7	0: 08,5	0: 31,2	2: 42,8	0: 20,8	0: 07,8	0: 28,6
Kronobergs län	5: 00	2: 56,3	0: 22,4	0: 11,9	0: 34,3	2: 32,7	0: 20,3	0: 10,8	0: 31,1
Kalmar läns norra	5: 10	3: 33,5	0: 22,7	0: 15,8	0: 38,5	3: 08,4	0: 21,0	0: 14,6	0: 35,6
Kalmar läns södra	5: 00	2: 54,4	0: 21,0	0: 12,7	0: 33,7	2: 32,4	0: 19,2	0: 11,6	0: 30,8
Gotlands län	5: 60	3: 33,5	0: 31,8	0: 07,4	0: 39,2	3: 18,6	0: 30,4	0: 07,1	0: 37,5
Blekinge län	5: 00	2: 85,9	0: 22,4	0: 17,8	0: 40,2	2: 62,6	0: 20,6	0: 16,4	0: 37,0
Kristianstads län	4: 25	2: 41,5	0: 23,1	0: 06,4	0: 29,5	2: 19,5	0: 20,9	0: 05,8	0: 26,7
Malmöhus län	4: 60	2: 70,4	0: 20,8	0: 10,3	0: 31,1	2: 48,2	0: 19,1	0: 09,4	0: 28,5
Hallands län	4: 50	2: 63,4	0: 21,8	0: 12,3	0: 34,1	2: 40,0	0: 19,8	0: 11,2	0: 31,0
Göteborgs o. Bohus län	5: 00	2: 58,4	0: 20,8	0: 07,6	0: 28,4	2: 37,0	0: 19,1	0: 07,0	0: 24,1
Älvsborgs län	4: 80	2: 75,2	0: 19,7	0: 08,7	0: 28,4	2: 50,9	0: 18,0	0: 07,9	0: 25,9
Skaraborgs län	4: 00	2: 34,1	0: 19,5	0: 05,8	0: 25,3	2: 12,8	0: 17,8	0: 05,2	0: 23,0
Värmlands län	4: 60	3: 02,2	0: 23,0	0: 08,2	0: 31,2	2: 71,1	0: 20,6	0: 07,4	0: 28,0
Örebro län	5: 00	2: 84,8	0: 21,4	0: 10,0	0: 31,4	2: 61,5	0: 19,7	0: 09,2	0: 28,9
Västmanlands län ..	4: 50	2: 42,0	0: 18,5	0: 05,3	0: 23,8	2: 17,6	0: 16,7	0: 04,7	0: 21,4
Kopparbergs län	4: 25	2: 37,6	0: 18,4	0: 07,7	0: 26,1	2: 15,5	0: 16,7	0: 07,0	0: 23,7
Gävleborgs län	5: 00	3: 17,3	0: 22,2	0: 11,2	0: 33,4	2: 91,7	0: 20,4	0: 10,3	0: 30,7
Västernorrlands län ..	5: 00	2: 78,9	0: 22,7	0: 08,0	0: 30,7	2: 48,8	0: 20,2	0: 07,1	0: 27,3
Jämtlands län	5: 00	3: 22,9	0: 27,6	0: 13,5	0: 41,1	2: 98,2	0: 25,5	0: 12,4	0: 37,9
Västerbottens län	5: 30	3: 37,9	0: 29,1	0: 08,6	0: 37,7	3: 05,2	0: 26,3	0: 07,8	0: 34,1
Norrbottnens län	4: 90	3: 34,6	0: 22,9	0: 13,1	0: 36,0	3: 08,9	0: 21,1	0: 12,1	0: 33,2
Summa landsting	4: 64	2: 60,7	0: 20,3	0: 08,9	0: 29,2	2: 37,0	0: 18,4	0: 08,1	0: 26,5
<i>Städer utanför landsting</i>									
Stockholm	12: 75	2: 46,6	0: 13,3	0: 10,0	0: 23,3	2: 27,9	0: 12,3	0: 09,3	0: 21,6
Norrköping	14: 90	2: 56,9	0: 21,1	0: 08,6	0: 29,7	2: 42,9	0: 20,0	0: 08,1	0: 28,1
Malmö	11: 40	3: 22,8	0: 20,7	0: 12,8	0: 33,5	2: 98,1	0: 19,1	0: 11,8	0: 30,9
Göteborg	14: 32	3: 98,4	0: 23,1	0: 13,2	0: 36,3	3: 67,5	0: 21,3	0: 12,2	0: 33,4
Summa städer	—	2: 91,9	0: 16,8	0: 11,1	0: 27,9	2: 69,9	0: 15,6	0: 10,2	0: 25,8
Summa totalt	—	2: 69,7	0: 19,3	0: 09,5	0: 28,8	2: 46,3	0: 17,6	0: 08,7	0: 26,3

Tabell 6. Den egna slutna vårdens andel i utdebiterade medel enligt 1964 och 1965 års taxeringar samt patientavgifternas motsvarighet i utdebiterade medel enligt samma års taxeringar för landstingskommunerna och städerna utanför landsting

Sjukvårdsområden	1964 beslutad debiterings- sats kr. per skatte- krona	Den egna slutna sjuk- vårdens andel i debite- rings- satsen enl. 1964 års taxe- ring	Patientavgifters andel i debiteringssatsen enl. 1964 års taxering			Den egna slutna sjuk- vårdens andel i debite- rings- satsen enl. 1965 års taxe- ring	Patientavgifters andel i debiteringssatsen enl. 1965 års taxering		
			Från försäk- rings- kassa	Från övriga	Totalt		Från försäk- rings- kassa	Från övriga	Totalt
<i>Landsting</i>									
Stockholm slän	4: 90	2: 10,2	0: 08,9	0: 03,4	0: 12,3	1: 78,7	0: 07,6	0: 02,9	0: 10,5
Uppsala län	6: 35	1: 95,2	0: 06,0	0: 10,9	0: 16,9	1: 67,2	0: 05,2	0: 09,3	0: 14,5
Södermanlands län ..	6: 00	3: 56,2	0: 15,8	0: 07,0	0: 22,8	3: 08,3	0: 13,7	0: 06,0	0: 19,7
Östergötlands län	5: 90	3: 68,8	0: 18,1	0: 09,0	0: 27,1	3: 18,4	0: 15,6	0: 07,8	0: 23,4
Jönköpings län	5: 50	4: 36,1	0: 17,4	0: 07,9	0: 25,3	3: 75,3	0: 14,9	0: 06,8	0: 21,7
Kronobergs län	6: 00	3: 95,5	0: 16,9	0: 20,8	0: 37,7	3: 33,8	0: 14,3	0: 17,6	0: 31,9
Kalmar läns norra	6: 70	5: 77,9	0: 32,1	0: 09,2	0: 41,3	4: 94,9	0: 27,5	0: 07,9	0: 35,4
Kalmar läns södra	6: 25	4: 76,5	0: 19,5	0: 11,4	0: 30,9	4: 08,1	0: 16,7	0: 09,8	0: 26,5
Gotlands län	6: 80	6: 06,9	0: 23,1	0: 21,0	0: 44,1	5: 25,9	0: 20,0	0: 18,2	0: 38,2
Blekinge län	6: 25	4: 27,8	0: 17,1	0: 16,2	0: 33,3	3: 70,2	0: 14,8	0: 14,1	0: 28,9
Kritianstads län	5: 80	4: 73,5	0: 20,3	0: 12,6	0: 32,9	4: 05,1	0: 17,3	0: 10,8	0: 28,1
Malmöhus län	5: 60	4: 94,5	0: 16,6	0: 09,4	0: 26,0	4: 19,9	0: 14,1	0: 08,0	0: 22,1
Hallands län	6: 10	3: 36,9	0: 16,9	0: 14,3	0: 31,2	2: 90,3	0: 14,6	0: 12,3	0: 26,9
Göteborgs o. Bohus län	5: 50	4: 69,1	0: 17,6	0: 06,8	0: 24,4	3: 98,7	0: 15,0	0: 05,8	0: 20,8
Älvsborgs län	6: 00	5: 16,0	0: 17,2	0: 07,7	0: 24,9	4: 47,0	0: 14,9	0: 06,6	0: 21,5
Skaraborgs län	5: 50	3: 56,1	0: 16,5	0: 10,2	0: 26,7	3: 05,3	0: 14,2	0: 08,7	0: 22,9
Värmlands län	6: 25	5: 05,2	0: 19,4	0: 07,0	0: 26,4	4: 40,9	0: 16,9	0: 06,2	0: 23,1
Örebro län	6: 00	4: 08,5	0: 19,5	0: 16,2	0: 35,7	3: 56,4	0: 17,0	0: 14,1	0: 31,1
Västmanlands län ..	5: 80	3: 19,7	0: 13,9	0: 06,3	0: 20,2	2: 74,1	0: 11,9	0: 05,5	0: 17,4
Kopparbergs län	5: 80	4: 48,4	0: 16,5	0: 09,0	0: 25,5	3: 92,7	0: 14,5	0: 07,9	0: 22,4
Gävleborgs län	6: 25	4: 77,3	0: 18,6	0: 09,4	0: 28,0	4: 20,3	0: 16,4	0: 08,3	0: 24,7
Västernorrlands län ..	7: 00	4: 64,7	0: 18,2	0: 11,2	0: 29,4	4: 12,1	0: 16,1	0: 09,9	0: 26,0
Jämtlands län	6: 55	5: 47,7	0: 24,0	0: 13,4	0: 37,4	4: 81,2	0: 21,1	0: 11,7	0: 32,8
Västerbottens län	7: 00	5: 93,4	0: 24,4	0: 11,0	0: 35,4	5: 16,9	0: 21,2	0: 09,6	0: 30,8
Norrbottnens län	7: 50	5: 02,4	0: 17,8	0: 13,1	0: 30,9	4: 47,8	0: 15,8	0: 11,7	0: 27,5
Summa landsting	5: 95	4: 14,3	0: 16,8	0: 09,6	0: 26,4	3: 57,8	0: 14,4	0: 08,3	0: 22,7
<i>Städer utanför landsting</i>									
Stockholm	14: 93	3: 11,1	0: 10,0	0: 18,1	0: 28,1	2: 82,5	0: 09,1	0: 16,4	0: 25,5
Norrköping	17: 50	4: 02,1	0: 15,6	0: 08,9	0: 24,5	3: 52,5	0: 13,7	0: 07,8	0: 21,5
Malmö	14: 00	4: 97,0	0: 16,0	0: 23,6	0: 39,6	4: 26,6	0: 13,7	0: 20,3	0: 34,0
Göteborg	15: 00	4: 76,3	0: 17,8	0: 08,9	0: 26,7	4: 18,0	0: 15,6	0: 07,8	0: 23,4
Summa städer	—	3: 78,7	0: 12,9	0: 16,3	0: 29,2	3: 38,0	0: 11,5	0: 14,5	0: 26,0
Summa totalt	—	4: 04,0	0: 15,7	0: 11,5	0: 27,2	3: 52,2	0: 13,6	0: 10,0	0: 23,6

Tabell 7. Genomsnittliga inkomsten per vård dag av patientavgifter samt patient-sjukhus åren

Sjukvårdsområden	Antal vård dagar			Driftkostnader i	
	1947	1961	1965	1947	1961
<i>Landsting</i>					
Stockholms län	530 986	783 409	996 374	8 237	43 041
Uppsala län	330 411	576 456	668 372	4 568	42 955
Södermanlands län	425 009	590 206	606 201	6 234	32 195
Östergötlands län	423 912	643 474	750 967	6 462	35 939
Jönköpings län	491 370	729 590	753 985	7 129	37 874
Kronobergs län	289 176	402 980	437 071	3 487	18 702
Kalmar läns norra	159 919	254 112	281 403	2 256	12 841
Kalmar läns södra	249 538	336 625	341 600	3 396	17 550
Gotlands län	106 603	146 570	156 403	1 821	7 340
Blekinge län	318 060	420 524	421 714	4 187	18 983
Kristianstads län	455 165	697 038	689 077	5 604	32 281
Malmöhus län	850 322	1 147 720	1 202 123	13 844	79 675
Hallands län	281 310	444 202	478 000	4 002	22 676
Göteborgs o. Bohus län	340 092	508 271	592 859	4 862	27 433
Älvsborgs län	574 885	912 288	993 989	8 901	48 685
Skaraborgs län	419 354	541 884	610 111	5 013	28 235
Värmlands län	474 620	740 567	746 579	7 948	42 486
Örebro län	355 296	766 740	1 026 253	6 142	40 935
Västmanlands län	334 154	522 248	583 535	5 355	32 426
Kopparbergs län	554 175	658 061	718 395	8 231	35 680
Gävleborgs län	494 129	790 311	917 979	8 026	43 105
Västernorrlands län	579 735	753 342	858 114	8 539	38 863
Jämtlands län	230 194	390 264	396 933	3 364	20 064
Västerbottens län	531 533	715 918	771 608	7 438	39 543
Norrbottnens län	528 954	889 447	865 601	9 319	52 636
Summa landsting	10 328 902	15 362 247	16 865 246	154 365	852 143
<i>Städer utanför landsting</i>					
Stockholm	2 604 262	2 894 823	3 439 442	43 518	180 955
Norrköping	184 553	285 849	270 985	2 844	16 495
Malmö	643 913	1 008 830	1 029 721	10 477	63 936
Göteborg	1 331 159	1 762 831	1 782 821	21 219	107 077
Summa städer utanför landsting	4 763 887	5 952 333	6 522 969	78 058	368 463
Summa totalt	15 092 789	21 314 580	23 388 215	232 423	1 220 606

avgifternas procentuella andel av driftkostnaderna vid sekundärkommunala
1947, 1961 och 1965

1 000-tal kr.	Inkomst av patientavgifter								
	i 1 000-tal kr.			i kr. per vård dag			i % av driftkostnaderna		
	1947	1961	1965	1947	1961	1965	1947	1961	1965
1965									
100 477	991	3 847	4 914	1: 87	4: 91	4: 93	12,0	8,9	4,9
75 106	508	2 897	3 479	1: 54	5: 03	5: 20	11,1	6,7	4,6
48 308	791	2 910	3 032	1: 86	4: 93	5: 00	12,7	9,0	6,3
64 774	741	3 206	3 803	1: 75	4: 98	5: 06	11,5	8,9	5,9
67 321	907	3 580	3 736	1: 85	4: 91	4: 96	12,7	9,5	5,5
33 441	510	1 965	2 836	1: 76	4: 88	6: 49	14,6	10,5	8,5
22 914	285	1 224	1 565	1: 78	4: 82	5: 56	12,6	9,5	6,8
33 802	476	1 773	2 065	1: 91	5: 27	6: 05	14,0	10,1	6,1
14 474	186	692	956	1: 74	4: 72	6: 13	10,2	9,4	6,6
34 952	405	2 142	2 380	1: 27	5: 09	5: 64	9,7	11,3	6,8
63 291	823	3 321	4 132	1: 81	4: 76	6: 00	14,7	10,3	6,5
131 903	1 118	5 773	6 179	1: 31	5: 03	5: 14	8,1	7,2	4,7
33 187	586	2 234	2 681	2: 08	5: 03	5: 61	14,6	9,9	8,1
64 524	559	2 477	2 938	1: 64	4: 87	4: 96	11,5	9,0	4,6
104 623	985	4 349	4 897	1: 71	4: 77	4: 93	11,1	8,9	4,7
45 228	890	2 710	3 238	2: 12	5: 00	5: 31	17,8	9,6	7,1
74 072	656	3 653	3 713	1: 38	4: 93	4: 97	8,3	8,6	5,0
75 167	604	3 782	5 318	1: 70	4: 93	5: 18	9,8	9,2	7,1
46 861	613	2 557	2 920	1: 83	4: 90	5: 00	11,4	7,9	6,3
66 268	1 041	3 198	3 762	1: 88	4: 86	5: 24	12,6	9,0	5,7
86 833	972	4 057	4 540	1: 97	5: 13	4: 95	12,1	9,4	5,2
69 746	889	3 694	4 267	1: 53	4: 90	4: 97	10,4	9,5	6,1
34 350	461	2 030	2 223	2: 00	5: 20	5: 60	13,7	10,1	6,5
72 922	813	3 330	3 902	1: 53	4: 65	5: 06	10,9	8,4	5,4
85 243	516	4 559	4 782	0: 98	5: 13	5: 52	5,5	8,7	5,6
1 549 786	17 326	75 960	88 258	1: 67	4: 94	5: 25	11,2	8,9	5,7
306 501	5 527	14 132	21 965	2: 12	4: 88	6: 39	12,7	7,8	7,2
26 955	383	1 356	1 425	2: 51	4: 74	5: 26	15,7	8,2	5,3
117 098	1 294	5 721	7 042	2: 01	5: 67	6: 84	12,4	8,9	6,0
197 748	3 335	8 537	8 271	2: 08	4: 84	4: 64	13,5	8,0	4,2
648 302	10 539	29 746	38 703	2: 21	5: 00	5: 93	13,5	8,1	5,9
2 198 088	27 865	105 706	126 961	1: 85	4: 96	5: 43	12,0	8,7	5,8

Tabell 8. Primärkommunal sjukvårdsinrättningar åren 1961 och 1965

	1961	1965
Antal vårdplatser i genomsnitt under året	1 197	1 748
Antal debiterade vård dagar	426 162	622 433
Total driftkostnad	kr. 14 988 033	—
Statsbidrag	» 256 064	27 689
Bidrag från landsting och städer utanför landsting .	» 5 755 992	13 421 701
<i>Intäkter av vårdavgifter</i>		
Avgifter från allmänna försäkringskassor (sjukkassor) kr.	622 627	339 885
Avgifter från (för) utförsäkrade patienter	» 2 011 809	3 737 495
Övriga vårdavgifter	» 981 846	1 744 247
Summa vårdavgifter	» 3 616 282	5 821 627
Huvudmannens nettokostnad	» 5 419 637	8 204 757

Tabell 9. Enskilda sjukvårdsanstalter av lasarettskaraktär åren 1961 och 1965

	1961	1965
Antal vårdplatser i genomsnitt under året	1 820	1 713
Antal debiterade vård dagar	534 043	447 447
Total driftkostnad	kr. 38 476 130	57 425 348
Statsbidrag	» 2 885 697	6 502 503
Bidrag från landsting och städer utanför landsting .	» 27 902 724	40 255 419
<i>Intäkter av vårdavgifter</i>		
Avgifter från allmänna försäkringskassor (sjukkassor) kr.	1 832 575	2 159 351
Avgifter från (för) utförsäkrade patienter	» 408 232	1 252 256
Övriga vårdavgifter	» 975 061	1 107 409
Summa vårdavgifter	» 3 215 868	4 519 016
Huvudmannens nettokostnad	» 0	0

Tabell 10. Övriga enskilda sjukhus år 1961

Antal vårdplatser i genomsnitt under året	1 784
Antal vård dagar	610 210
Total driftkostnad	kr. 17 008 280
Statsbidrag	» 2 123 796
Bidrag från landsting och städer utanför landsting	» 5 407 425
<i>Intäkter av vårdavgifter</i>	
Avgifter från allmänna sjukhus	kr. 437 141
Avgifter från (för) utförsäkrade patienter	» 4 795 744
Övriga vårdavgifter	» 2 458 362
Summa vårdavgifter	» 7 691 247

Tabell 11. Övriga enskilda sjukvårdsinrättningar år 1965

a) Antal sjukhus med antalet vårdplatser fördelade efter vårdform enligt medicinalstyrelsens sjukhusförteckning MF 1/1965.

	Antal	
	Sjukhus	Vårdplatser
Epileptikersjukhem	10	762
Sjukhem för akut kroppssjuka	115	756
Sjukhem för långvarigt kroppssjuka	153	1 674
Sjukhem för psykiskt sjuka	90	1 606
Konvalescenthem	258	1 468
Summa	226	6 266

¹ 4 sjukhem är godkända för såväl akut- som långtidskroppssjuka.

² 1 sjukhem är godkänt för såväl akut kroppssjuka som konvalescenter.

b) Antal sjukhus med antalet vårdplatser vid vilka landsting och städer utanför landsting år 1965 disponerat vårdplatser eller till vilka lämnats bidrag till driftkostnaderna, fördelade efter vårdform.

	Antal	
	Sjukhus	Vårdplatser
Epileptikersjukhem	7	743
Sjukhem för akut kroppssjuka	4	224
Sjukhem för långvarigt kroppssjuka	22	773
Sjukhem för psykiskt sjuka	3	80
Konvalescenthem	14	355
Summa	50	2 175

c) Antal sjukhus med antalet vårdplatser vid vilka Stockholms stad *dessutom* utnyttjat vårdplatser år 1965 för långtidssjuka, fördelade efter vårdform.

	Antal	
	Sjukhus	Vårdplatser
Sjukhem för akut kroppssjuka	3	52
Sjukhem för långvarigt kroppssjuka	22	436
Sjukhem för psykiskt sjuka	7	150
Konvalescenthem	3	27
Summa	35	665

Tabell 12. Vårdplatser, beläggning och vård dagar i dagsjukhusvård år 1965

Huvudman	Mentalsjukvård			Kroppssjukvård		
	Vård- platser	Belägg- ning i %	Vård- dagar	Vård- platser	Belägg- ning i %	Vård- dagar
<i>Staten</i>						
Karolinska sjukhuset	—	—	—	20	85,0	8 729
Sidsjöns sjukhus	1—	1—	718	—	—	—
<i>Landsting och städer utanför landsting</i>						
Stockholms län	20	105,6	6 337	—	—	—
Södermanlands län	—	—	—	8	42,0	857
Östergötlands län	10	73,0	2 747	30	90,0	10 220
Örebro län	5	99,2	1 239	4	69,0	718
Gävleborgs län jämte Gävle stad	14	93,0	3 080	25	93,0	5 566
Västernorrlands län	—	—	—	8	15,0	294
Stockholms stad	49	77,8	13 903	91	89,3	22 236
Norrköpings stad	—	—	—	39	63,1	8 976
Göteborgs stad	—	—	—	25	62,3	3 145
Summa	98	86,2	28 024	250	78,4	60 741

¹ Uppgift saknas.

Tabell 13. Patienthotell år 1965

Antalet redovisade platser vid patienthotell 1965:	
a) i egna anläggningar	1126
b) genom överenskommelse med hotell, pensionat och annan huvudman	23
Summa	1149
Genomsnittligt antal inskrivna per dag	101,1
Antal vistelsedagar	35 019

¹ Sjukhushotellet i Örebro omfattar 114 platser, varav 18 disponerades som patienthotell under 1965.

Tabell 14. Sammanställning av landstingens och städernas utanför landsting uppgifter om antal hemsjukvårdade samt kostnaderna härför år 1965

Huvudman	Antal patienter i genomsnitt per dag med vårdbidrag	Antal patienter den 31 dec. 1965	Antal vårddagar ca	Av lands- tinget utbetald ersätt- ning (vård- bidrag m.m.) kr.
1	2	3	4	5
<i>Landsting</i>				
Stockholms läns ^{1 3}	1 542	1 571	563 000	5 268 360
Uppsala läns ¹	350	381	130 000	860 000
Södermanlands läns ⁵	—	769	—	2 823 031
Östergötlands läns ³	510	560	186 000	1 768 000
Jönköpings läns	953	1 014	320 000	2 875 000
Kronobergs läns	ca 600	ca 650	220 000	1 498 193
Kalmar läns norra ³	410	429	130 000	497 400
Kalmar läns södra ³	425	460	155 000	609 477
Gotlands läns	143	180	51 000	268 376
Blekinge läns ³	250	249	84 000	639 669
Kristianstads läns	412	457	149 000	630 218
Malmöhus läns ³	1 000	951	365 000	2 446 956
Hallands läns	451	610	170 000	1 010 552
Göteborgs och Bohus läns ²	629	729	219 000	3 159 690
Älvsborgs läns ³	—	823	—	2 389 424
Skaraborgs läns	900	965	320 000	1 498 000
Värmlands läns	530	521	195 000	1 634 483
Örebro läns ³	582	394	212 000	976 610
Västmanlands läns ²	715	715	288 000	2 534 000
Kopparbergs läns	589	673	215 000	1 725 807
Gävleborgs läns	1 034	1 022	261 000	3 365 438
Västernorrlands läns ³	ca 1 600	1 663	445 000	3 775 570
Jämtlands läns	244	307	89 000	504 712
Västerbottens läns ³	875	1 010	287 000	1 780 438
Norrbottnens läns	611	619	211 000	1 100 097
Summa landsting	..	ca 17 700	..	45 639 500
<i>Städer utanför landsting</i>				
Stockholm	555	813	203 000	902 582
Norrköping	126	137	46 000	244 919
Malmö	40	998	—	1 322 000
Göteborg	475—500	748	150 000—175 000	1 061 950
Summa städer utanför landsting	..	2 696	..	3 531 451
Summa totalt	..	ca 20 400	..	49 170 952

¹ Bidrag utgår även för vård av vissa mentalt sjuka.

² Bidragen utbetalas som schablonbidrag till primärkommunerna. I Göteborgs och Bohusläns landsting ingår även ersättning till kommunerna för vissa patienters vård vid ålderdomshem.

³ I uppgifterna ingår, till mindre del, kostnader för vård vid privata sjukhem.

⁴ Malmö har först den 1 jan. 1967 infört hemsjukvårdsbidrag.

⁵ Ingår kostnader för vård vid ålderdomshem.

Tabell 15. Vårdplatser vid särskilda enheter för långtidssjuka år 1965

Huvudman	Vårdform		Summa vårdplatser
	Mental- sjukvård	Kropps- sjukvård	
<i>Landsting</i>			
Stockholms län	185	972	1 157
Uppsala län	—	627	627
Södermanlands län	—	569	569
Östergötlands län	77	573	650
Jönköpings län	—	519	519
Kronobergs län	170	411	581
Kalmar läns norra	—	341	341
Kalmar läns södra	—	282	282
Gotlands län	—	147	147
Blekinge län	—	308	308
Kristianstads län	252	540	792
Malmöhus län	—	773	773
Hallands län	77	379	456
Göteborgs o. Bohus län	105	485	590
Älvsborgs län	—	602	602
Skaraborgs län	131	501	632
Värmlands län	—	623	623
Örebro län	569	892	1 461
Västmanlands län	—	358	358
Kopparbergs län	—	679	679
Gävleborgs län m. Gävle	27	602	629
Västernorrlands län	306	691	997
Jämtlands län	148	274	422
Västerbottens län	162	577	739
Norrbottnens län	376	683	1 059
Summa landsting	2 585	13 408	15 993
<i>Städer utanför landsting</i>			
Stockholm	1 537	3 196	4 733
Norrköping	70	237	307
Malmö	—	682	682
Göteborg	—	1 243	1 243
Summa städer utanför landsting	1 607	5 358	6 965
Summa landsting och städer utanför landsting	4 192	18 766	22 958
Kommuner ansl. till landsting	—	1 633	1 633
Totalsumma	4 192	20 399	24 591

Tabell 16. Vårdade patienter å vissa sjukvårdsinrättningar den 30 april 1963

Sjukvårdsinrättning	Antal inskrivna 30 april 1963	Därav patienter som upp- bär ålders- eller förtids- pension med aktuell vårdtid (i dagar)			
		181—365		366—	
		2		3	
	1	Antal	%	Antal	%
<i>A. Mentalsjukvård</i>					
1. Mentalsjukhus	26 582	2 165	8,1	17 108	64,4
2. Sjukhem för lättskötta psyk. sjuka	4 629	459	9,9	3 667	79,2
Summa	31 211	2 624	8,4	20 775	66,6
<i>B. Vård av långvarigt kroppssjuka</i>					
1. Sjukhem för långvarigt kroppssjuka	8 940	2 282	25,5	4 024	45,0
2. Geriatriska lasarettskliniker	2 021	657	32,5	612	30,3
3. Andra i anslutning till lasarett anordnade avdelningar eller andra vårdenheter för vård av långvarigt kroppssjuka	2 217	542	24,4	688	31,0
Summa	13 178	3 481	26,4	5 324	40,4
<i>C. Tuberkulosvård</i>					
1. Sanatorier	1 804	235	13,0	154	8,5
2. Lungkliniker	765	90	11,8	18	2,4
Summa	2 569	325	12,7	172	6,7

Tabell 17. Vårdade patienter å vissa sjukvårdsinrättningar den 30 april 1966

Sjukvårdsinrättning	Antal inskrivna 30 april 1966	Därav patienter som upp- bär ålders- eller förtids- pension med aktuell vårdtid (i dagar)			
		181—365		366—	
		2		3	
	1	Antal	%	Antal	%
<i>A. Mentalsjukvård</i>					
1. Mentalsjukhus	26 047	1 890	7,3	16 634	63,9
2. Sjukhem för lättskötta psyk. sjuka	5 041	429	8,5	4 173	82,8
Summa	31 088	2 319	7,5	20 807	66,9
<i>B. Vård av långvarigt kroppssjuka</i>					
1. Sjukhem för långvarigt kroppssjuka	12 834	2 623	20,4	6 928	54,0
2. Geriatriska lasarettskliniker	2 634	483	18,3	1 069	40,6
3. Andra i anslutning till lasarett anordnade avdelningar eller andra vårdenheter för vård av långvarigt kroppssjuka	3 174	692	21,8	1 327	41,8
Summa	18 642	3 798	20,4	9 324	50,0
<i>C. Alderdomshemmens sjukavdelningar</i>	995	249	25,0	586	58,9

Tabell 18. Beräkningar beträffande antal vårddagar, pensionsinkomster, uppkommande överskottsmedel m.m. för utförsäkrade patienter vårdade vid vissa statliga och kommunala sjukvårdsinrättningar den 30 april 1963

Sjukvårds- inrättning	Antal vårddagar	Total pen- sionsin- komst per år (3 400 kr/år för ensam be- rättigad folkpen- sionär)	Vårdav- gifter efter 5 kr./ vårddag	Summa fickpenning- belopp efter 720 kr./år	Maximalt uppkom- mande överskotts- belopp kr. per år
	1	2	3	4	5
<i>A. Mentalsjukvård</i>					
1. Mentalsjukhus	7 034 645	65 528 200	35 173 225	13 876 560	16 478 415
2. Sjukhem för lätt- skötta psykiskt sjuka	1 505 990	14 028 400	7 529 950	2 970 720	3 527 730
Summa	8 540 635	79 556 600	42 703 175	16 847 280	20 006 145
<i>B. Vård av lång- varigt kroppssjuka</i>					
1. Sjukhem för långvarigt kroppssjuka	2 301 690	21 440 400	11 508 450	4 540 320	5 391 630
2. Geriatriska lasa- rettskliniker ..	463 185	4 314 600	2 315 925	913 680	1 084 995
3. Andra i anslut- ning till lasarett anordnade av- delningar för vård av lång- tidssjuka	448 950	4 182 000	2 244 750	885 600	1 051 650
Summa	3 213 825	29 937 000	16 069 125	6 339 600	7 528 275
<i>C. Tuberkulosvård</i>					
1. Sanatorier	141 985	1 322 600	709 925	280 080	332 595
2. Lungkliniker ..	39 420	367 200	197 100	77 760	92 340
Summa	181 405	1 689 800	907 025	357 840	424 935
Totalsumma	11 935 865	111 183 400	59 679 325	23 544 720	27 959 355

Tabell 19. Beräkningar beträffande antal vårddagar, pensionsinkomster, uppkommande överskottsmedel m.m. för utförsäkrade patienter vårdade vid vissa statliga och kommunala sjukvårdsinrättningar den 30 april 1966

Sjukvårds- inrättning	Antal vårddagar	Total pen- sionsin- komst per år (4 330 kr/år för ensam be- rättigad folk- pensionär)	Vårdav- gifter efter 5 kr./ vårddag	Summa fick- penning- belopp efter 900 kr./år	Maximalt uppkom- mande överskotts- belopp kr. per år
	1	2	3	4	5
<i>A. Mentalsjukvård</i>					
1. Mentalsjukhus	6 761 260	80 208 920	33 806 300	16 671 600	29 731 020
2. Sjukhem för lätt- skötta psykiskt sjuka	1 679 730	19 926 660	8 398 650	4 141 800	7 386 210
Summa	8 440 990	100 135 580	42 204 950	20 813 400	37 117 230
<i>B. Vård av lång- varigt kroppssjuka</i>					
1. Sjukhem för långvarigt kroppssjuka	3 486 115	41 355 830	17 430 575	8 595 900	15 329 355
2. Geriatriska lasa- rettskliniker ..	566 480	6 720 160	2 832 400	1 396 800	2 490 960
3. Andra i anslut- ning till lasarett anordnade avdel- ningar för vård av långtidssjuka	736 935	8 742 270	3 684 675	1 817 100	3 240 495
Summa	4 789 530	56 818 260	23 947 650	11 809 800	21 060 810
Totalsumma	13 230 520	156 953 840	66 152 600	32 623 200	58 178 040

BILAGA B

Tabell för beräkning av omedelbart utgående livränta

Tabellen bygger på grundtabell L 55 män. För kvinnor tillämpas en ålderssänkning av 3 år.

Tabellen förutsätter en oförändrad räntefot av 3,5 %. Tabellen är, i motsats till tabellerna för riks försäkringsverkets frivilliga pensionsförsäkring, icke belastad med omkostnader m.m.

Den årliga livräntan framräknas på så sätt att den avgiftspliktiga förmögenheten divideras med det tal, som anges för respektive ålder.

Ålder, år	Omvand- lingstal	Ålder, år	Omvand- lingstal	Ålder, år	Omvand- lingstal
0	26,2900	35	21,5157	70	9,6645
1	26,2172	36	21,2864	71	9,2636
2	26,1419	37	21,0497	72	8,8657
3	26,0640	38	20,8066	73	8,4717
4	25,9833	39	20,5562	74	8,0822
5	25,8998	40	20,2982	75	7,6981
6	25,8133	41	20,0340	76	7,3203
7	25,7236	42	19,7626	77	6,9493
8	25,6312	43	19,4830	78	6,5858
9	25,5351	44	19,1969	79	6,2305
10	25,4359	45	18,9033	80	5,8842
11	25,3335	46	18,6031	81	5,5475
12	25,2272	47	18,2945	82	5,2207
13	25,1175	48	17,9794	83	4,9043
14	25,0038	49	17,6570	84	4,5992
15	24,8862	50	17,3274	85	4,3053
16	24,7646	51	16,9907	86	4,0233
17	24,6387	52	16,6475	87	3,7527
18	24,5090	53	16,2979	88	3,4946
19	24,3743	54	15,9411	89	3,2485
20	24,2359	55	15,5788	90	3,0146
21	24,0919	56	15,2104	91	2,7930
22	23,9436	57	14,8363	92	2,5834
23	23,7904	58	14,4572	93	2,3857
24	23,6321	59	14,0726	94	2,1996
25	23,4686	60	13,6832	95	2,0252
26	23,2992	61	13,2911	96	1,8617
27	23,1252	62	12,8948	97	1,7090
28	22,9446	63	12,4947	98	1,5668
29	22,7588	64	12,0928	99	1,4344
30	22,5673	65	11,6889	100	1,3117
31	22,3694	66	11,2837	101	1,1982
32	22,1661	67	10,8781	102	1,0928
33	21,9555	68	10,4725	och äldre	
34	21,7394	69	10,0677		

Skatteminskningstabeller

Anvisningar för schablonmässig minskning av i skattetabell angiven preliminär A-skatt, avsedda att tillämpas på folkpensionärer intagna i sluten sjukvård

Skatteminskning på grund av att folkpensions- och sjukförsäkringsavgifter icke utgår

Folkpensionärer påförs i regel icke folkpensionsavgift och sjukförsäkringsavgift. Den minskning i annars utgående preliminärskatt per månad, som blir en följd av detta förhållande, framgår av tab. 20 nedan.

Skatteminskning på grund av att avdrag för nedsatt skatteförmåga medges folkpensionär

Enligt 50 § 2 mom. fjärde stycket kommunalskattelagen skall — om särskilda omständigheter icke föranleder till annat — skattskyldig, vars inkomst helt eller till huvudsaklig del utgjorts av folkpension, anses ha haft nedsatt skatteförmåga, som berättigar till extra avdrag. Enligt anvisningarna till samma paragraf bör i fråga om skattskyldig, som för sin försörjning varit helt beroende av vad han uppburit i folkpension, den taxerade inkomsten regelmässigt minskas med ett belopp motsvarande vad han sålunda uppburit, även om det i 50 § 2 mom. andra stycket nämnda lag angivna beloppet 4 500 kr. därigenom överskrids. Om den skattskyldige mot låg avgift vistats på sjukhus eller annan anstalt eller om hans levnadskostnader rönt inverkan av annan därmed jämförlig omständighet, bör dock det belopp, varmed den taxerade inkomsten enligt vad nyss sagts må minskas, jämkas med hänsyn därtill. Skattskyldig som vid vistelse på sjukhus erlägger underhållsavgift anses icke åtnjuta vård mot låg avgift. Om skattskyldig haft jämväl annan inkomst (sidoinkomst) men folkpensionen likväl utgjort den huvudsakliga delen av hans inkomst, bör den skattskyldige regelmässigt medges ett med hänsyn till omständigheterna jämkat avdrag. Om folkpensionen icke uppgått till minst hälften av den sammanlagda inkomsten, bör extra avdrag medges endast då särskilda skäl föranleder därtill.

Enligt 9 § 2 mom. andra stycket förordningen om statlig inkomstskatt gäller enahanda regler vid taxeringen till statlig inkomstskatt.

För att ernå största möjliga likformighet vid bedömandet av folkpensionärernas extra avdrag har riksskattenämnden (RN) den 13 februari 1967 utfärdat anvisningar med tillhörande tabeller för bestämmande av det extra avdragets storlek.

Dessa RN:s anvisningar är avsedda att tjäna till ledning vid bestämmande av det avdrag, som bör tillerkännas en folkpensionär med sidoinkomst. I folk-

pensionen inräknas bl.a. barntillägg, hustrutillägg och kommunalt bostadstillägg, däremot icke invaliditetstillägg och invaliditetsersättning. Kommunalt bostadstillägg utgår enligt de grunder vederbörande kommun bestämmer och dess storlek varierar avsevärt inom olika kommuner.

Det bör understrykas, att RN:s tabeller endast är avsedda som hjälpmedel. Vid fastställande av det extra avdraget bör hänsyn således tas till de särskilda förhållanden, som kan föreligga i det enskilda fallet.

Förmögenhet av ringa storlek bör i allmänhet inte föranleda minskning av avdraget. Sålunda bör exempelvis likvida medel såsom kontanter, bankmedel, fordringar och andra värdepapper icke överstigande 15 000 kr. ävensom sådan egnahemsfastighet eller mindre jordbruksfastighet, som är belånad till en tredjedel av taxeringsvärdet eller mera, icke påverka avdragets storlek. Räntelös fordran, som inte kunnat helt eller delvis uppsägas till betalning under beskattningsåret, bör i regel icke heller föranleda nedsättning av avdraget. Ej heller bör en mindre ökning av förmögenheten under beskattningsåret på grund av särskilt sparsamt levnadssätt eller på grund av ett mindre arv eller en mindre gåva i och för sig föranleda reducering av det extra avdraget.

Förmögenhet av större betydelse än vad ovan sagts, exempelvis likvida tillgångar överstigande 15 000 kr. och fastighet av ovan nämnt slag, som är belånad till mindre än en tredjedel av taxeringsvärdet, medför i regel minskning av avdraget. Därvid bör förmögenhet, som är nedlagd i fastighet av ovan nämnt slag, beräknas till skillnaden mellan å ena sidan en tredjedel av taxeringsvärdet och å andra sidan det belopp, vartill fastigheten är belånad.

Exempel. En folkpensionär äger bankmedel till ett belopp av 23 000 kr. samt en enfamiljsfastighet taxerad till 45 000 kr. och belånad till 10 000 kr. Förmögenheten beräknas till $23\,000 + \frac{45\,000}{3} - 10\,000 = 28\,000$.

3

Överstiger förmögenheten 35 000 kr. medges i regel icke avdrag för nedsatt skatteförmåga.

Har folkpensionär under beskattningsåret haft icke obetydliga kostnader till följd av sjukdom (200—300 kr.) ökas det extra avdraget med ett belopp svarande mot kostnadsbeloppet. Såsom folkpensionärs sjukdomskostnad anses därvid endast hans nettokostnad dvs. utgifterna efter avdrag för belopp, som ersatts av försäkringskassa eller annan.

Med sidoinkomst enligt RN:s anvisningar avses i princip all inkomst utom folkpension och däri ingående invaliditetstillägg och invaliditetsersättning. Således inräknas i sidoinkomst ATP, ävensom inkomster av icke skattepliktig natur såsom exempelvis sjukpenning, den icke skattepliktiga delen av livränta enligt 32 § 2 mom. kommunalskattelagen, den del av inkomst av kapital och schablontaxerad fastighet, som motsvaras av utnyttjat extra avdrag i förvärvskällan i fråga, hyresinkomst av fastighet, där inkomsttaxeringen sker efter schablon, inkomst såsom delägare i dödsbo etc.

Med stöd av dessa RN:s anvisningar har utarbetats särskilda skatteminskningstabeller (tab. 21—23) utvisande den schablonmässiga minskningen av i skatte-tabell angiven preliminär A-skatt, som blir en följd av att extra avdrag medges. Dessa tabeller skall användas jämsides med tab. 20. Tab. 21 avser folkpensionärer med förmögenhet, beräknad i enlighet med RN:s anvisningar, understigande 15 000 kr., tab. 22 folkpensionärer med förmögenhet mellan 15 100 och 25 000 kr. och tab. 23 folkpensionärer med förmögenhet mellan 25 100 och 31 000 kr. Vid förmögenhet överstigande 31 000 kr. ifrågakommer ingen skatteminskning på grund av extra avdrag. I sådana fall skall således endast tab. 20 användas.

Vid användning av tabellerna skall folkpension, sidoinkomst och förmögenhet bestämmas i enlighet med RN:s anvisningar. De för gifta upprättade tabellerna är avsedda för skattskyldiga, som äger rätt till ortsavdrag för gifta, medan tabellerna för ogifta är avsedda för ensamstående skattskyldiga. I tabellerna angivna folkpensioner och sidoinkomster avser årsbelopp, medan skatteminskningen anges i belopp per månad. Talen längst till vänster i tabellerna för gifta avser makarnas sammanlagda sidoinkomster. Tabellerna är upprättade med 300-kr. intervaller för folkpensionen och 200-kr. intervaller för sidoinkomsten. Då folkpensionen utgår med annat belopp än som upptagits i kolumnhuvudena resp. då sidoinkomsten uppgår till annat belopp än som upptagits i kolumnen för sidoinkomst, bör skatteminskningen bestämmas med ledning av vad som gäller för närmast liggande i tabellen upptagna folkpension resp. sidoinkomst. Då folkpension utgår med belopp, som ligger mitt emellan i kolumnhuvudena upptagna belopp resp. då sidoinkomst uppgår till belopp, som ligger mitt emellan i kolumnen för sidoinkomst upptagna belopp, bör skatteminskningen bestämmas med ledning av vad som gäller för närmast lägre folkpension resp. sidoinkomst. Tabellerna avser inkomståret 1967.

Tabell 20. Tabell för schablonmässig minskning av i skattetabell angiven preliminär A-skatt på grund av att folkpensions- och sjukförsäkringsavgifter ej utgår. (Gäller fr.o.m. 6707)

Följande grupper erhåller sådan minskning:

- A. Person, som under kalenderåret uppnår 67 år eller mer, eller som uppbär folkpension i form av barnpension, förtidspension eller ålderspension och därför ej skall betala folkpensions- eller sjukförsäkringsavgift.
- B. Person, som under kalenderåret fyller 66 år, och därför ej skall betala folkpensionsavgift.

Tabellbeloppen är beräknade som skillnaden mellan skatt enligt preliminärskattetabell och skatt beräknad utan medräknande av folkpensions- och sjukförsäkringsavgifter, de senare med belopp motsvarande avgifter utom Stockholm. Skatten har därvid beräknats på lägsta beloppet i varje intervall och skillnaden har avrundats nedåt till jämnt femtal kr. Tabellen kan tillämpas även för »stockholmare».

Månadsinkomst	A			B		
	kol 1	kol 2	kol 3	kol 1	kol 2	kol 3
300— 399	5	—	5	—	—	—
400— 499	10	—	10	5	—	5
500— 599	25	5	25	10	5	15
600— 699	35	10	35	15	5	20
700— 799	40	10	40	20	5	25
800— 899	45	20	45	25	15	30
900— 999	50	35	50	30	20	35
1 000—1 099	60	50	55	35	25	40
1 100—1 199	65	60	60	45	25	45
1 200—1 299	70	70	70	45	30	50
1 300—1 399	75	75	75	50	35	55
1 400—1 499	80	80	80	55	40	60
1 500—1 599	85	85	85	60	45	65
1 600—1 699	90	90	90	65	50	70
1 700—1 799	95	95	95	70	55	75
1 800—1 899	100	105	100	70	60	80
1 900—1 999	105	105	105	75	65	85
2 000—2 099	110	115	110	80	70	90
2 100—2 199	115	120	115	85	80	95
2 200—2 299	120	125	120	90	80	100
2 300—2 399	125	135	125	95	90	105
2 400—2 499	130	140	130	100	95	110
2 500—2 599	130	150	135	100	100	115
2 600—2 699	140	150	140	105	100	120
2 700—2 799	145	155	145	110	105	120
2 800—2 899	150	160	150	115	110	125
2 900—2 999	155	165	155	120	115	130
3 000—3 099	160	170	155	125	120	130
3 100—3 199	160	175	155	130	125	135
3 200—3 299	170	180	160	135	130	135
3 300—3 399	170	185	160	135	135	135
3 400—3 499	170	195	160	135	140	135
3 500—	170	195	160	135	145	135

Tabell 21 a. Tabell för schablonmässig minskning av i skattetabell angiven preliminär
Ensamstående skattskyldig. Extra avdraget oreducerat med

[illegible]

Tabell 21 b. Tabell för schablonmässig minskning av i skattetabell angiven preliminär

Gift skattskyldig. Extra avdraget oreducerat med

Sidoink. Makarnas samman- lagda	Folkpension (makarnas																		
	4000	4300	4600	4900	5200	5500	5800	6100	6400	6700	7000	7300	7600	7900	8200	8500	8800	9100	9400
0					5	10	15	20	25	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
200				5	10	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	55	60	65	70
400				5	10	15	20	25	30	35	40	40	45	50	55	60	65	70	75
600			5	10	15	20	25	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
800		5	10	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	55	60	65	70	80	85
1 000	—	5	10	15	20	25	30	35	40	40	45	50	55	60	65	70	75	85	90
1 200	5	10	15	20	25	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	90	95
1 400	10	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	55	60	65	70	80	85	95	100
1 600	10	15	20	25	30	35	40	40	45	50	55	60	65	70	75	85	90	100	105
1 800	10	15	20	25	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	85	90	95	105
2 000	10	15	15	20	25	30	35	40	40	45	50	55	60	70	75	85	90	95	100
2 200	10	10	15	20	25	30	30	35	40	45	50	55	60	65	75	80	90	95	100
2 400	10	10	15	20	25	25	30	35	40	45	50	55	60	65	75	80	85	95	100
2 600	5	10	15	15	20	25	30	35	40	40	45	55	60	65	75	80	85	90	100
2 800	5	10	10	15	20	25	25	30	35	40	45	55	60	65	70	80	85	90	95
3 000	5	10	10	15	20	20	25	30	35	40	45	55	60	65	70	80	85	90	95
3 200	5	5	10	10	15	20	25	25	35	40	45	55	60	65	70	75	80	90	95
3 400	5	5	10	10	15	20	20	25	30	40	45	50	60	65	70	75	80	85	95
3 600	—	5	5	10	10	15	20	25	30	40	45	50	60	65	70	75	80	85	90
3 800		5	5	10	10	15	20	25	30	40	45	50	55	65	70	75	80	85	90
4 000		—	5	5	10	15	20	25	30	40	45	50	55	65	65	70	75	80	85
4 200			5	5	10	15	20	25	30	40	45	50	55	60	65	70	70	75	80
4 400			—	5	10	15	20	25	30	35	40	45	55	60	60	65	70	70	75
4 600					5	10	15	20	30	35	35	45	50	55	60	60	65	70	70
4 800					5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	55	60	65	65
5 000					—	5	10	15	20	25	35	35	45	45	50	55	55	60	60
5 200						5	10	15	20	25	30	35	40	40	45	50	50	55	55
5 400					—		5	10	15	20	25	30	35	40	40	45	45	50	50
5 600								5	10	15	25	30	35	35	35	40	40	45	45
5 800								5	10	15	20	25	30	35	35	35	40	40	40
6 000								—	5	10	15	20	25	30	30	35	35	35	35
6 200									—	5	10	20	25	25	25	30	30	35	35
6 400										5	10	15	20	20	25	25	25	30	30
6 600										—	5	10	15	20	20	20	25	25	25
6 800											—	10	15	15	15	15	15	25	20
7 000												5	10	10	10	10	15	15	15
7 200												—	5	5	5	5	10	10	10
7 400													—	5	5	5	5	5	5
7 600														—	—	—	—	—	—

Tabell 22 b. Tabell för schablonmässig minskning av i skattetabell angiven preliminär
Gift skattskyldig. Extra avdraget reducerat med 40 % med

Sidoink. Makarnas samman- lagda	Folkpension (makarnas																		
	4000	4300	4600	4900	5200	5500	5800	6100	6400	6700	7000	7300	7600	7900	8200	8500	8800	9100	9400
0				—	5	5	10	10	15	15	20	20	25	25	30	35	35	40	40
200				5	5	10	10	10	15	20	20	25	25	30	30	35	40	40	45
400				5	5	10	10	15	15	20	25	25	30	30	35	35	40	45	45
600			5	5	10	10	15	15	20	20	25	25	30	35	35	40	40	45	50
800			5	10	10	10	15	15	20	25	25	30	30	35	40	40	45	50	55
1 000	—	5	5	10	10	15	15	20	25	25	30	30	35	35	40	45	45	50	60
1 200	5	5	10	10	15	15	20	20	25	25	30	35	35	40	40	45	50	55	60
1 400	5	10	10	10	15	20	20	25	25	30	30	35	40	40	45	50	55	60	65
1 600	5	10	10	15	15	20	25	25	30	30	35	35	40	40	45	50	60	65	70
1 800	5	10	10	15	15	20	20	25	25	30	35	35	40	40	45	55	60	65	70
2 000	5	10	10	10	15	20	20	25	25	30	30	35	40	45	45	55	60	65	70
2 200	5	10	10	10	15	15	20	20	25	25	30	35	40	45	45	55	60	65	70
2 400	5	5	10	10	15	15	20	20	25	25	30	35	40	45	45	55	60	65	70
2 600	5	5	10	10	10	15	15	20	25	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
2 800	5	5	10	10	10	15	15	20	20	25	30	35	40	45	50	55	55	65	65
3 000	5	5	5	10	10	10	15	15	20	25	30	35	40	45	50	55	55	60	65
3 200	—	5	5	10	10	10	15	15	20	25	30	35	40	45	50	55	55	60	65
3 400		5	5	5	10	10	10	15	20	25	30	35	40	45	45	50	55	60	60
3 600		5	5	5	10	10	10	15	20	25	30	35	40	45	50	50	55	60	60
3 800	—		5	5	5	10	10	15	20	25	30	35	35	40	45	45	50	50	55
4 000			5	5	5	10	10	15	20	25	30	35	35	40	40	45	45	50	50
4 200			—	5	5	10	10	15	20	25	25	30	35	35	40	40	45	45	50
4 400				—	5	10	10	15	20	20	25	30	35	35	35	40	40	45	45
4 600					5	5	10	10	15	20	25	25	30	35	35	35	40	40	45
4 800				—		5	10	10	15	20	20	25	30	30	35	35	35	35	40
5 000						5	5	10	10	15	20	25	25	30	30	35	35	35	35
5 200						—	5	10	10	15	15	20	25	25	30	30	30	35	35
5 400							—	5	10	10	15	20	25	25	25	25	30	30	30
5 600								5	10	15	15	20	20	20	25	25	25	25	30
5 800								—	5	10	10	15	20	20	20	25	25	25	25
6 000									5	5	10	10	15	15	20	20	20	20	25
6 200									—	5	5	10	15	15	15	15	20	20	20
6 400										—	5	10	10	10	15	15	15	15	15
6 600											5	5	10	10	10	10	10	15	15
6 800												5	10	10	10	10	10	10	10
7 000												—	5	5	5	5	10	10	10
7 200													5	5	5	5	5	5	5
7 400													—	—	—	—	—	—	—
7 600														—	—	—	—	—	—

Förfarandet vid utarbetande av tabellerna 21—23

Tabellerna är upprättade under förutsättningarna att statlig inkomstskatt utgår med 10 % av den till statlig inkomstskatt beskattningsbara inkomsten och kommunal inkomstskatt med 18 kr. per skattekrona, dvs. med 18 % av den till kommunal inkomstskatt beskattningsbara inkomsten.

Kommunalskatten minskar med ett belopp, som direkt kan beräknas till 18 % av medgivet extra avdrag. Beräkningen av minskningen i statlig inkomstskatt är något mer komplicerad. Enligt RN:s anvisningar utgår extra avdrag med samma belopp vid taxering till statlig och kommunal inkomstskatt. Vid taxering till statlig inkomstskatt medges emellertid ett kommunalskatteavdrag, som fr.o.m. 1968 års taxering lägst uppgår till 2 250 kr. för ogift och 4 500 kr. för gifta. Med anledning därav inträffar det, att hela det tabellenliga extra avdraget enligt RN:s anvisningar icke alltid kan utnyttjas vid taxering till statlig inkomstskatt. Minskningen i statlig inkomstskatt på grund av det extra avdraget kommer därför att bli beroende av i vad mån det extra avdraget kunnat utnyttjas. Nu nämnda förhållande, som är beaktat i upprättade skatteminskningstabeller, klargörs med fyra exempel. I exempel 1 och 3 kan det extra avdraget utnyttjas helt vid taxering till statlig inkomstskatt, i exempel 2 och 4 endast delvis.

Exempel 1

Ogift skattskyldig, förmögenhet understigande 15 000 kr.

Folkpension: 4 600

Sidoinkomst: 3 400

8 000

	Taxering till statlig ink. skatt Kr.	Taxering till kommunal ink. skatt Kr.
Sammanräknad (netto) inkomst	8 000	8 000
Schablonavdrag under inkomst av tjänst	./.. 100	./.. 100
Schablonavdrag för sjukförsäkringsavgift	./.. 150	./.. 150
Kommunalskatteavdrag	./.. 2 250	—
Taxerad inkomst	5 500	7 750
Ortsavdrag	./.. 2 250	./.. 2 250
Beskattningsbar inkomst före extra avdrag	3 200	5 500
Extra avdrag enligt riksskattenämndens tab.	./.. 1 200	./.. 1 200
Beskattningsbar inkomst	2 000	4 300

Hela extra avdraget kan utnyttjas och skatteminskningen på grund därav blir för helt år $10\% \times 1\,200 + 18\% \times 1\,200 = 336$ kr. eller *per månad* 28 kr., avjämnat till närmaste 5-tal kr. = 30 kr. (tab. 21 a).

Exempel 2

Ogift skattskyldig, förmögenhet understigande 15 000 kr.

Folkpension: 4 600

Sidoinkomst: 1 400

6 000

	Taxering till statlig ink. skatt Kr.	Taxering till kommunal ink. skatt Kr.
Sammanräknad (netto)inkomst	6 000	6 000
Schablonavdrag under inkomst av tjänst	./ 100	./ 100
Schablonavdrag för sjukförsäkringsavgift	./ 150	./ 150
Kommunalskatteavdrag	./ 2 250	—
Taxerad inkomst	3 500	5 750
Ortsavdrag	./ 2 250	./ 2 250
Beskattningsbar inkomst före extra avdrag	1 200	3 500
Extra avdrag enligt riksskattenämndens tab. utnyttjas med	./ 1 200	./ 3 100
Beskattningsbar inkomst	—	400

Av tabellenligt extra avdrag å 3 100 kr. kan endast 1 200 kr. utnyttjas vid taxering till statlig inkomstskatt. Skatteminskningen blir för helt år $10\% \times 1\,200 + 18\% \times 3\,100 = 678$ kr. eller *per månad* 56:50 kr., avjämnat till närmaste 5-tal kr.=55 kr. (tab. 21 a).

Exempel 3

Gifta skattskyldiga, förmögenhet 23 000 kr.

Sammanlagd folkpension: 7 000

Sammanlagd sidoinkomst: 5 000

12 000

	Taxering till statlig ink. skatt Kr.	Taxering till kommunal ink. skatt Kr.
Sammanräknad (netto)inkomst	12 000	12 000
Schablonavdrag under inkomst av tjänst	./ 100	./ 100
Schablonavdrag för sjukförsäkringsavgift	./ 300	./ 300
Kommunalskatteavdrag	./ 4 500	—
Taxerad inkomst	7 100	11 600
Ortsavdrag	./ 4 500	./ 4 500
Beskattningsbar inkomst före extra avdrag	2 600	7 100
Extra avdrag enligt riksskattenämndens tab., 1 400 kr., reducerat med 40 % med hänsyn till förmögen- het	./ 800	./ 800
Beskattningsbar inkomst	1 800	6 300

Hela extra avdraget kan utnyttjas och skatteminskningen på grund därav blir för helt år $10\% \times 800 + 18\% \times 800 = 224$ kr. eller *per månad* 18:66 kr., avjämnat till närmaste 5-tal kr.=20 kr. (tab. 22 b).

Exempel 4

Gifta skattskyldiga, förmögenhet 23 000 kr.

Sammanlagd folkpension: 7 000

Sammanlagd sidoinkomst: 2 000

9 000

	Taxering till statlig ink. skatt Kr.	Taxering till kommunal ink. skatt Kr.
Sammanräknad (netto)inkomst	9 000	9 000
Schablonavdrag under inkomst av tjänst	./.. 100	./.. 100
Schablonavdrag för sjukförsäkringsavgift	./.. 300	./.. 300
Kommunalskatteavdrag	./.. 4 500	—
Taxerad inkomst	4 100	8 600
Ortsavdrag	./.. 4 500	./.. 4 500
Beskattningsbar inkomst före extra avdrag	0	4 100
Extra avdrag enligt riksskattenämndens tab., 3 400 kr., reducerat med 40 % med hänsyn till förmögenhet, ut- nyttjas med	./.. 0	./.. 2 000
Beskattningsbar inkomst	0	2 100

Extra avdraget kan till ingen del utnyttjas vid taxering till statlig inkomstskatt. Skatteminskningen blir för helt år $18 \% \times 2\,000 = 360$ kr. eller *per månad* 30 kr. (tab. 22 b).

BILAGA D

Exempel på beräkning av underhållsavgifter i sluten sjukvård

För att belysa de av utredningen i kap. III föreslagna reglerna för bestämmande av den enskildes underhållsavgift har följande exempel 1—15 konstruerats. Intäkterna har upptagits med årsbelopp. Vid förmögenhet överstigande 100 000 kr. har livränteavkastningen beräknats enligt *bil. B*. Vid beräkning av skatt har skattetabell 18 för preliminär A-skatt för år 1967 jämte tab. 20—23 i *bil. C* tillämpats. Fickpenningbeloppet har beräknats med utgångspunkt i basbeloppet vid ingången av år 1967 (5 500 kr.). Vid beräkning av garantibelopp till försörjningsberättigad har räknats med folkpensionen för ensamberättigad folkpensionär i juli 1967 (4 931 kr.).

Exempel 1

Ensamstående förtidspensionär

Inkomst av folkpension och kommunalt bostadstillägg 5 940 kr., inkomst av kapital 261 kr. samt behållen förmögenhet 12 000 kr.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:	Kronor	Kronor
Inkomst	6 201	
Förmögenhet	0	6 201
	<u>Summa intäkter</u>	6 201

Avdrag:

<i>Skatteberäkning:</i>		
enligt skattetabell för preliminär skatt	1 164	
skatteminskning enligt tab. 20 och 21 a	1 080	
	<u>84</u>	
Beräknad skatt	1 100	
Fickpengar	2 200	
Bostadskostnad	0	
Underhållsbidrag	0	3 384
Periodiskt understöd	<u>0</u>	
Avgiftsunderlag per år		2 817

Avgiftsunderlag per dag 7: 50 kr.

Exempel 2

Ensamstående förtidspensionär

Inkomst av folkpension och kommunalt bostadstillägg 5 940 kr., inkomst av kapital 261 kr. samt underskott av fastighet 86 kr. Förmögenhet: Fastighet 80 000 kr., varav lån 15 000 kr., samt innestående på bank 12 000 kr.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:		Kronor	Kronor
Inkomst		6 115	
Förmögenhet		0	6 115
Summa intäkter			6 115

Avdrag:**Skatteberäkning:**

enligt skattetabell för preliminär skatt 1 164

skatteminskning enligt tab. 20 och 22 a

(Förmögenhet $12\,000 + 80\,000 \cdot 15\,000 = 23\,666$ kr.) 780

3

Beräknad skatt 384

Fickpengar 1 100

Bostadskostnad 900

Underhållsbidrag 0

Periodiskt understöd 0 2 384

Avgiftsunderlag per år 3 731

*Avgiftsunderlag per dag 10 kr.***Exempel 3***Ensamstående manlig förtidspensionär, 60 år*

Inkomst av folkpension 4 931 kr., inkomst av kapital 3 275 kr., underskott av fastighet 86 kr. samt förmögenhet 150 000 kr., varav fastighet 80 000 kr., vilken belånats med 15 000 kr.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:		Kronor	Kronor
Inkomst, pension		4 931	
Ränteinkomst av kapitalet under 100 000 kr.		1 637	
Underskott av fastighet		86	6 482
Förmögenhet 35 000 kr.=livränta enligt bil. B.		2 557	2 557
Summa intäkter			9 039

Avdrag:**Skatteberäkning:**

enligt skattetabell för preliminär skatt (å 8 120 kr.) 1 836

skatteminskning enligt tab. 20 420

förmögenhetsskatt enl. senaste debetsedel 280

Beräknad skatt 1 696

Fickpengar 1 100

Bostadskostnad 900

Underhållsbidrag 0

Periodiskt understöd 0 3 696

Avgiftsunderlag per år 5 343

Avgiftsunderlag per dag 14: 50 kr.

Exempel 4

Fränschild statstjänsteman, 45 år, i löneklass 15, ortsgrupp 5 (lön 2 105 kr. per månad), med ett ej hemmavarande barn under 16 år

Sjuklön (30-dagars månad) 1 916 kr.=22 960 kr. per år, inkomst av kapital 540 kr. samt behållen förmögenhet 17 000 kr. Lämnar periodiskt understöd till tidigare hustru med 2 000 kr. samt underhållsbidrag till barnet med 2 400 kr. per år.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:	Kronor	Kronor
Inkomst	23 500	
Förmögenhet	0	23 500
Summa intäkter		23 500

Avdrag:

Skatteberäkning:

enligt skattetabell för preliminär skatt (skatteberäkningen baserad på 20 500 kr. emedan avdrag för underhållsbidrag endast medges med 1 000 kr.)

	7 068	
Fickpengar	1 100	
Bostadskostnad	3 600	
Underhållsbidrag	2 400	
Periodiskt understöd	2 000	16 168
Avgiftsunderlag per år		7 332

Avgiftsunderlag per dag 20 kr.

Exempel 5

Gift man utan barn

Förtidspension (AFP+ATP och tjänstepension) 20 700 kr. Ingen behållen förmögenhet. Hustrun saknar egen inkomst.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:	Kronor	Kronor
Inkomst	20 700	
Förmögenhet	0	20 700
Summa intäkter		20 700

Avdrag:

Skatteberäkning:

enligt skattetabell för preliminärskatt

skatteminskning enligt tab. 20

Beräknad skatt

Fickpengar

Bostadskostnad

Underhållsbidrag

Periodiskt understöd

Återstående inkomst	9 532
Frilagt belopp för hustrun (40 % $\times$ 9 532 kr.)	3 813
Garantibelopp	4 931
Avgiftsunderlag per år	4 601

Avgiftsunderlag per dag 12: 50 kr.

Exempel 6

Gift ålderspensionär, född 1895, med hustru som även uppbär ålderspension

Makarna har inga andra inkomster än folkpension 7 696 kr. (äktamakebelopp juli 1967) samt kommunalt bostadstillägg 3 000 kr.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:	Kronor	Kronor
Inkomst	10 696	

Avdrag:

Skatteberäkning:

enligt skattetabell för preliminär skatt

mannen	864
hustrun	852
skatteminskning enligt tab. 20 och 21 b	1 380
Beräknad skatt	336
Fickpengar	1 100
Bostadskostnad	3 000
Underhållsbidrag	0
Periodiskt understöd	0
	4 436

Återstående inkomst	6 260
Frilagt belopp för hustrun (40 % $\times$ 6 260 kr.)	2 504
Garantibelopp	4 931
Avgiftsunderlag per år	1 329

Avgiftsunderlag per dag 3:50 kr.

Exempel 7

Gift ålderspensionär, 67 år, med hustru som även uppbär ålderspension

Ålderspension från folkpensioneringen 7 696 kr., frivillig pensionsförsäkring 30 000 kr., inkomst av fastighet 8 000 kr. samt behållen förmögenhet 431 600 kr., varav fastighet 100 000 kr. Hustrun saknar egen inkomst utöver folkpension.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:	Kronor	Kronor
Inkomst	45 696	
Förmögenhet 331 600 kr.=livränta enligt bilaga B	30 483	76 179
	Summa intäkter	76 179

Avdrag:

Skatteberäkning:	
enligt skattetabell för preliminär skatt	
mannen (å 41 848 kr.)	16 392
hustrun (å 3 848 kr.)	288
skatteminskning enligt tab. 20	1 980
förmögenhetsskatt enligt senaste debetsedel	2 610
Beräknad skatt	17 310
Fickpengar	1 100
Bostadskostnad	12 000
Underhållsbidrag	0
Periodiskt understöd	0 30 410
Återstående inkomst	45 769
Frilagt belopp för hustrun (40 % $\times$ 45 769 kr.)	18 307
Avgiftsunderlag per år	27 462

Avgiftsunderlag per dag 75 kr.

Exempel 8

Gift man, 63 år

Enbart inkomst av fastighet 8 000 kr. samt behållen förmögenhet 431 600 kr., varav fastighet 100 000 kr. Hustrun saknar inkomst.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:	Kronor	Kronor
Inkomst	8 000	
Förmögenhet 331 600 kr.=livränta enligt bilaga B.	26 539	34 539
	Summa intäkter	34 539

Avdrag:

Skatteberäkning:	
enligt skattetabell för preliminär skatt	
förmögenhetsskatt enligt senaste debetsedel	708
	2 610
Beräknad skatt	3 318
Fickpengar	1 100
Bostadskostnad	12 000
Underhållsbidrag	0
Periodiskt understöd	0 16 418
Återstående inkomst	18 121
Frilagt belopp för hustrun (40 % $\times$ 18 121 kr.)	7 248
Avgiftsunderlag per år	10 873

Avgiftsunderlag per dag 29: 50 kr.

Exempel 9

Gift man utan barn med ålderspension samt ej pensionsberättigad hustru med anställningsinkomst

Mannen: Folkpension 4 931 kr. jämte kommunalt bostadstillägg 1 200 kr. Hustrun:

Anställningsinkomst 12 000 kr.

Makarna saknar förmögenhet.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:	Kronor	Kronor
Inkomst:		
mannen	6 131	
hustrun	12 000	18 131
Summa intäkter	18 131	

Avdrag:

Skatteberäkning:		
mannen enligt skattetabell för preliminär skatt	1 140	
skatteminskning enligt tab. 20	300	
hustrun enligt skattetabell för preliminär skatt	3 228	
Beräknad skatt	4 068	
Fickpengar	1 100	
Bostadskostnad	2 400	
Underhållsbidrag	0	
Periodiskt understöd	0	7 568
Återstående inkomst		10 563
Frilagt belopp för hustrun (40 % $\times$ 10 563 kr.)	4 225	
Garantibelopp		4 931
Avgiftsunderlag per år		5 632

Avgiftsunderlag per dag 15 kr.

Exempel 10

Gift man, 48 år, med 2 barn under 15 år samt hustru med anställningsinkomst.

Mannen: Sjukpenning 28 kr. per dag=10 220 kr. per år. Inkomst av kapital 2 550 kr., varav 1 700 kr. för kapital under 100 000 kr.

Hustrun: Anställningsinkomst 5 000 kr.

Makarnas förmögenhet uppgår till 120 000 kr., varav fastighet 60 000 kr.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:	Kronor	Kronor
Inkomst:		
mannen	11 920	
hustrun	5 000	
Förmögenhet 20 000 kr.=livränta enligt bilaga B.	1 112	18 032
Summa intäkter	18 032	

Avdrag:

Skatteberäkning:		
mannen: skatt på kapitalinkomsten samt sjukförsäkringsavgiften enligt senaste debetsedel	380	
förmögenhetsskatt enligt senaste debetsedel	160	
hustrun: enligt skattetabell för preliminär skatt	120	
Beräknad skatt	660	
Fickpengar	1 100	
Bostadskostnad	3 600	
Underhållsbidrag	0	
Periodiskt understöd	0	5 360
Återstående inkomst		12 672
Frilagt belopp för hustrun ($40\% \times 12\,672$)	5 068	
Frilagt belopp för barnen ($20\% \times 12\,672$)	2 534	
		7 602
Garantibelopp ($3 \times 4\,931$ kr.)	14 793	
		0

Avgiftsunderlag per år 0 kr.

Exempel 11

Gift man med 2 barn under 15 år samt hustru utan egen inkomst

Förtidspension 20 700 kr. (AFP+ATP jämte tjänstepensionsförmåner). Barn-tillägg utgår enligt 9 kap. 1 § AFL med 2 750 kr. ($25\% \times 5\,500$ kr. $\times 2$). Ingen behållen förmögenhet.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:	Kronor	Kronor
Inkomst	23 450	

Avdrag:

Skatteberäkning:		
enligt skattetabell för preliminär skatt (å 26 200 kr.)	6 324	
skatteminskning enligt tab. 20	1 260	
Beräknad skatt	5 064	
Fickpengar	1 100	
Bostadskostnad	6 000	
Underhållsbidrag	0	
Periodiskt understöd	0	12 164
Återstående inkomst	11 286	
Frilagt belopp för hustrun ($40\% \times 11\,286$ kr.)	4 514	
Frilagt belopp för barnen ($20\% \times 11\,286$ kr.)	2 257	
		6 771
Garantibelopp ($3 \times 4\,931$ kr.)	14 793	
		0

Avgiftsunderlag per år 0 kr.

Exempel 12*Ensamstående kvinna med ett barn under 15 år*

Änkepension utgår från AFP och ATP med 5 970 kr. jämte kommunalt bostadstillägg med 1 800 kr. samt obligatorisk sjukpenning 6 kr. per dag och barnstillägg 1 kr. per dag = 2 555 kr. per år. Kvinnans frivilliga sjukpenning, 5 kr. per dag = 1 825 kr. per år och barnets barnpension på 1 895 kr. per år medräknas inte.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:	Kronor	Kronor
Inkomst		10 325

Avdrag:

<i>Skatteberäkning:</i>		
enligt skattetabell för preliminär skatt (å 7 770 kr.)	672	
skatteminskning enl. tab. 21 a. (Folkpension 6 731 kr. jämte sidoinkomst 1 039 kr.)	1 200	
Beräknad skatt	0	
Fickpengar	1 100	
Bostadskostnad	1 800	
Underhållsbidrag	0	
Periodiskt understöd	0	2 900
Återstående inkomst		7 425
Frilagt belopp för barnet (40 % × 7 425 kr.)	2 970	
Garantibelopp		4 931
Avgiftsunderlag per år		2 494

Avgiftsunderlag per dag 6: 50 kr.

Exempel 13*Barn 15 år vars föräldrar avlidit*

Barnet, som sammanbor med farmoder — ålderspensionär — uppbär sammanlagt 6 525 kr. i barnpension, varav från AFP 1 995 kr. och från ATP 4 530 kr. Ingen förmögenhet.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:	Kronor	Kronor
Inkomst		6 525

Avdrag:

<i>Skatteberäkning:</i>		
enligt skattetabell för preliminär skatt	1 344	
skatteminskning enl. tab. 20	300	
Beräknad skatt	1 044	
Fickpengar	1 100	
Bostadskostnad (barnets andel)	1 200	3 344
Avgiftsunderlag per år		3 181

Avgiftsunderlag per dag 8: 50 kr.

Exempel 14

70-årig lantbrukare (änkeman) med mindre, utarrenderad jordbruksfastighet

Jordbruksfastigheten utarrenderas för 2 000 kr. per år. Inkomst genom folkpension med 4 931 kr. samt inkomst av kapital 100 kr. Behållen förmögenhet 45 000 kr., varav fastigheten 30 000 kr. och maskiner 5 000 kr. Fastigheten är ej belånad.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:	Kronor	Kronor
Inkomst	7 031	
Förmögenhet	0	7 031
	<u>Summa intäkter</u>	<u>7 031</u>

*Avdrag:**Skatteberäkning:*

enligt skattetabell för preliminär skatt	1 512	
skatteminskning enligt tab. 20 och 22 a	780	
	<u>732</u>	
Beräknad skatt	1 100	
Fickpengar	1 000	
Bostadskostnad	0	
Underhållsbidrag	0	2 832
Periodiskt understöd	<u>0</u>	<u>4 199</u>
Avgiftsunderlag per år		4 199

Avgiftsunderlag per dag 11: 50 kr.

Exempel 15

Lantbrukare 70 år med hustru, 68 år, utan annan inkomst än folkpension

Folkpension 7 696 kr. jämte inkomst av kapital 100 kr. och inkomst av jordbruksfastighet 2 000 kr. (arrende). Behållen förmögenhet 45 000 kr., varav fastighet 30 000 kr. och maskiner 5 000 kr. Fastigheten är ej belånad.

Avgiftsberäkning:

Intäkter:	Kronor	Kronor
Inkomst	9 796	
Förmögenhet	0	9 796
	<u>Summa intäkter</u>	<u>9 796</u>

*Avdrag:**Skatteberäkning:*

enligt skattetabell för preliminär skatt		
mannen	1 068	
hustrun	288	
skatteminskning enl. tab. 20 och 22 b.	660	
	<u>696</u>	
Beräknad skatt	1 100	
Fickpengar	1 000	
Bostadskostnad	0	
Underhållsbidrag	0	2 796
Periodiskt understöd	<u>0</u>	<u></u>

Återstående inkomst	7 000
Frilagt belopp för hustrun (40 % $\times$ 7 000 kr.)	2 800
Garantibelopp	4 931
Avgiftsunderlag per år	2 069

Avgiftsunderlag per dag 5: 50 kr.

BILAGA E

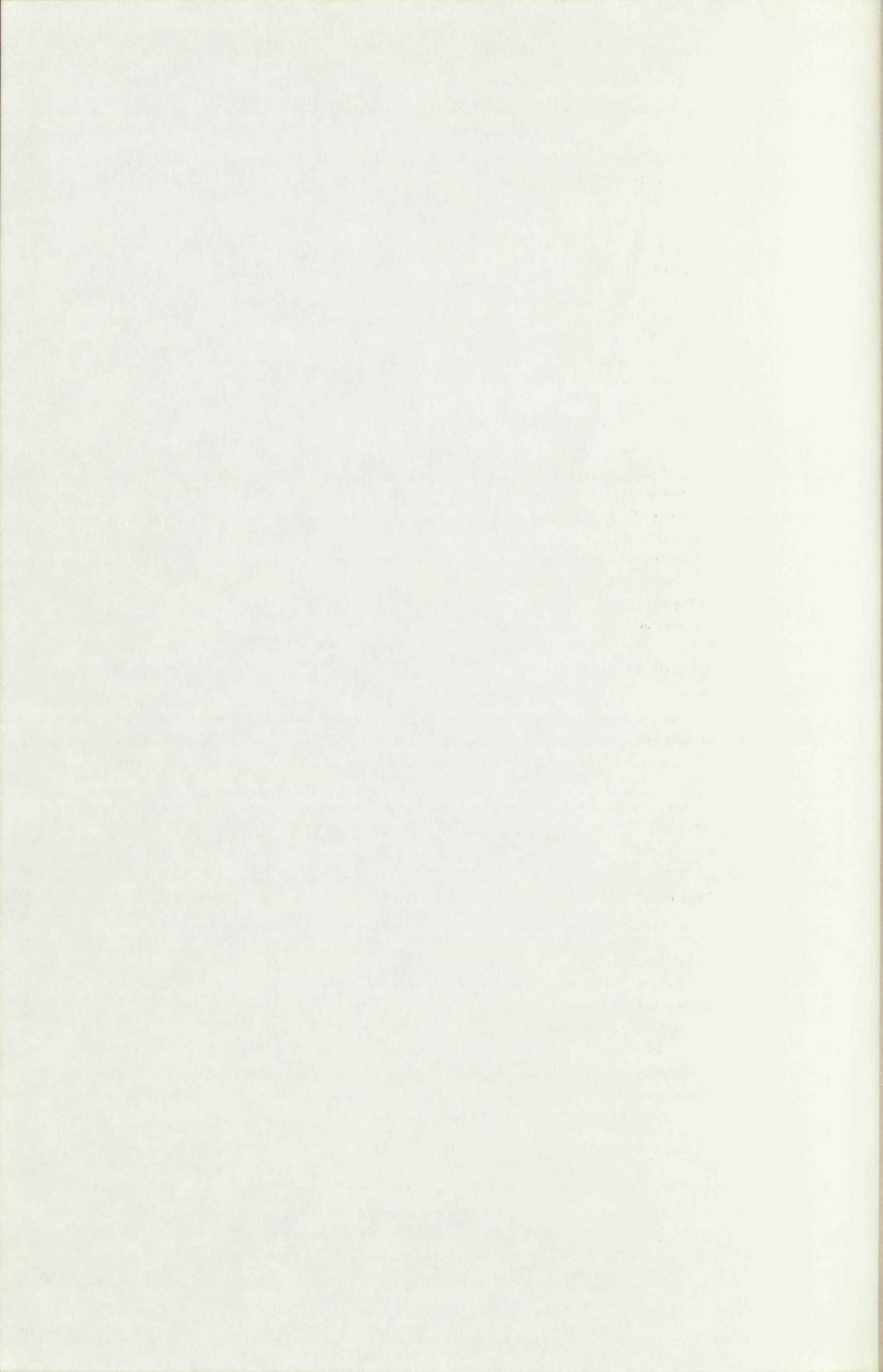
Rådgivande taxa för ersättning för social hemhjälp

Månads- inkomst kronor	Avgift per timme. Antal familjemedlemmar									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
801— 900	—:60									
901—1 000	—:80	—:60								
1 001—1 100	1:—	—:80	—:60							
1 101—1 200	1:20	1:—	—:80	—:60						
1 201—1 300	1:40	1:20	1:—	—:80	—:60					
1 301—1 400	1:60	1:40	1:20	1:—	—:80	—:60				
1 401—1 500	1:80	1:60	1:40	1:20	1:—	—:80	—:60			
1 501—1 600	2:—	1:80	1:60	1:40	1:20	1:—	—:80	—:60		
1 601—1 700	2:20	2:—	1:80	1:60	1:40	1:20	1:—	—:80	—:60	
1 701—1 800	2:40	2:20	2:—	1:80	1:60	1:40	1:20	1:—	—:80	—:60
1 801—1 900	2:60	2:40	2:20	2:—	1:80	1:60	1:40	1:20	1:—	—:80
1 901—2 000	2:80	2:60	2:40	2:20	2:—	1:80	1:60	1:40	1:20	1:—
2 001—2 100	3:—	2:80	2:60	2:40	2:20	2:—	1:80	1:60	1:40	1:20
2 101—2 200	3:20	3:—	2:80	2:60	2:40	2:20	2:—	1:80	1:60	1:40
2 201—2 300	3:40	3:20	3:—	2:80	2:60	2:40	2:20	2:—	1:80	1:60
2 301—2 400	3:60	3:40	3:20	3:—	2:80	2:60	2:40	2:20	2:—	1:80
2 401—2 500	3:80	3:60	3:40	3:20	3:—	2:80	2:60	2:40	2:20	2:—
2 501—2 700	4:20	4:—	3:80	3:60	3:40	3:20	3:—	2:80	2:60	2:40
2 701—2 900	4:60	4:40	4:20	4:—	3:80	3:60	3:40	3:20	3:—	2:80
2 901—3 100	5:—	4:80	4:60	4:40	4:20	4:—	3:80	3:60	3:40	3:20
3 101—3 300	5:40	5:20	5:—	4:80	4:60	4:40	4:20	4:—	3:80	3:60
3 301—3 500	5:80	5:60	5:40	5:20	5:—	4:80	4:60	4:40	4:20	4:—
3 501—3 700	6:20	6:—	5:80	5:60	5:40	5:20	5:—	4:80	4:60	4:40

osv maximivavgift = högst den på orten gällande timersättningen

Anmärkningar (Se vidare socialstyrelsens skrivelse den 1/12 1964 dnr II 24:2361/64).

1. Till familjen räknas hemmavarande barn som saknar egen inkomst.
2. Månadsinkomst lika med inkomsten vid hjälptillfället.
3. Allmänt barnbidrag, studiebidrag, invaliditetsersättning, invaliditetstillägg, familjebostadsbidrag, vårdbidrag från landsting och vårdbidrag till handikappade barn etc. skall ej inräknas i månadsinkomsten.
4. Har båda makarna inkomst av förvärsarbete, sammanläggs bådas inkomster.
5. Beträffande hänsynstagande till med vårdtagare sammanboende anförvants egen inkomst; se ovannämnda skrivelse.
6. Ensamstående föräldrar med barn som saknar egen inkomst räknas som makar med samma antal barn.
7. Månadsinkomsten för åldringar ökas med 1 % per månad av kapital överstigande 20 000:— (30 000:—) (Ett kapital på 25 000:— medför en ökning av månadsinkomsten med 50:— = 1 % på 5 000:—.)
8. För hjälp av hemvårdarinna mer än 100 hjälptimmar per hjälptillfälle sänkes timavgiften med 1:— per timme under 2:— och med 50 % vid en timavgift över 2:—; se ovannämnda skrivelse.
9. För hjälp av hemsamarit sänkes timavgiften med 50 % efter 50 hjälptimmar per kalendermånad. Efter 100 hjälptimmar per kalendermånad är hjälpen avgiftsfri; se ovannämnda skrivelse.
10. Särskilda omständigheter kan föranleda sänkning av taxan.



NORDISK UDREDNINGSSERIE (NU) 1967

1. Nordiskt institut för samhällsplanering.
2. Nordiskt samarbete inom forskningens och den högre undervisningens område.
3. Mellanriksväg Kiruna—Nordnorge.
4. Internordisk verkställighet med anledning av beslut rörande vårdnad om barn m. m.
5. Nordisk Institut for videreuddannelse i have-konst og landskabsplanlægning.
6. Dansk, norsk og svensk presses indhold af nordisk stof.
7. Jagt- og viltvårdskonference.
8. Nordiska bestämmelser för skeppsapotek
9. Nordisk skolmatematik.
10. Matematik och ingenjörer.
11. New School Mathematics in the Nordic Countries.
12. Pohjoismaiden koulumatematikka Mietinnön suomenkielinen lyhennelmä.

STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1967

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen)

Justitiedepartementet

Allmänna arvsfonden. [2]
Utsökningsrätt VI. [3]
Ny domkretsindelning för underrätterna. [4]
Partiell författningsreform. [26]
Förtidsröstning och gemensamma tvådagarsval. [27]
Tryckfrihet och upphovsrätt. [28]
Firmaskydd. [35]
Förslag till lag om skyldighet att föra räkenskaper, m. m. [49]
Förundersökning. [59]

Utrikesdepartementet

Svenska Institutet. [56]

Försvarsdepartementet

Tjänsteställning inom krigsmakten. [15]

Socialdepartementet

Barnstugor. Barnavårdsmannaskap. Barnolycksfall. [8]
Medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté. 1. Narkotikaproblemet. Del I. [25] 2. Narkotikaproblemet. Del II. [41]
1964 års nykterhetsvårdsundersökning. 1. Nykterhetsvårdens läge. Del I. [36] 2. Nykterhetsvårdens läge. Del II. Bilagor. [37]
Samhällets barntillsyn, barnstugor och familjedaghem. [39]
Läkares grundutbildning och vidareutbildning. [51]
Barnbidrag och familjetillägg. [52]
Handikapputredningen. 1. Kommunerna och den sociala omvårdnaden. [53] 2. Bättre hjälpmedel för handikappade. [60]
Adoption av utländska barn. [57]
Semesterspridning. [61]
Förmåner och avgifter i slutet sjukvård m. m. [63]

Kommunikationsdepartementet

Länsförvaltningsutredningen. 1. Den statliga länsförvaltningen. I. [20] 2. Den statliga länsförvaltningen. II. Bilagor. [21]
Skatteförvaltningen. [22]
Länsindelingsutredningen. [23]
Transportkostnaderna i Gotlandstrafiken. [29]
Kanaltrafikutredningen. 1. Väterns och Vätterns förbindelse med västerhavet. [32] 2. Väterns och Vätterns förbindelse med västerhavet. Bilagor. [33]

Kommunalrättskommittén. IX. Kommunala befo-
genheter inom turistväsendet. [50] X. Enhetlig
kommuntyp. Städernas auktionsmonopol m. m.
[58]
Fasta förbindelser över Öresund. [54]

Finansdepartementet

Statlig publicering. [5]
Finansiella långtidsperspektiv. [6]
Statskontorets programbudgetutredning. 1. Pro-
grambudgetering. Del I. [11] 2. Programbudgete-
ring. Del II — Studier och försök. [12] 3. Program-
budgetering. Del III — En sammanfattning. [13]
Lag om Skatterätt. [24]
Kompensation i vissa fall för bensinskatt som ut-
går vid användande av motorsåg och snöskoter
[34]

Ecklesiastikdepartementet

Rikskonserter. [9]
Organisationskommittén för anordnande av högre
utbildning i Linköping: Subkommittén för tek-
nisk högskola i Linköping. 1. Linköpings hög-
skola. Del I. [10] 2. Linköpings högskola. Del II.
[55]
Skolans arbetstider. [14]
1958 års utredning kyrka—stat: VII. Folkbokfö-
ringen. [16] VIII. De teologiska fakulteterna. [17]
IX. Kyrklig organisation och förvaltning. [45] X.
Kyrklig egendom. Skattefrågor. Prästerskapets
privilegier. [46]
1962 års ungdomsutredning. Statens stöd till ung-
domsverksamhet V. [19]
Filmens inflytande på sin publik. [31]
Lärarytelse för folkhögskolan. [47]
Yrkesutbildningen. III. [48]

Jordbruksdepartementet

Den framtida jordbrukspolitiken. [7]
Skoglig yrkesutbildning. II. [38]
1964 års naturresursutredning. 1. Utsädesbetningens
effekter. [42] 2. Miljövårdsforskning. Del I. Forsk-
ningsområdet. [43] 3. Miljövårdsforskning. Del II.
Organisation och resurser. [44]

Inrikesdepartementet

Kommunal bostadsförmedling. [1]
Invandringen. [18]
Höga eller låga hus? [30]
Företagareföreningarnas framtida organisation och
verksamhet. [40]
Stödformer för arbetslösa äldre arbetstagare. [62]

