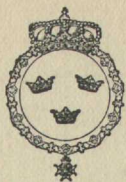




**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2013

X. A
STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1948:48
INRIKESDEPARTEMENTET



BETÄNKANDE

ANGÅENDE

STATSBIDRAGSSYSTEMET
FÖR DEN SLUTNA
KROPPSSJUKVÅRDEN

AVGIVET AV

1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården

S T O C K H O L M

1 9 4 8

Statens offentliga utredningar 1948

Kronologisk förteckning

1. Betänkande med förslag rörande organisation och avlöningsförhållanden m. m. vid lantmäteristyrelsen och länslantmäterikontoren. Idun. 120 s. Jo.
2. Betänkande med utredning och förslag rörande organisationen av verksamheten för jordbrukets yttre och inre rationalisering. Idun. 220 s. Jo.
3. Betänkande med förslag till ändrad butikstängningslagstiftning. Norstedt. 148 s. I.
4. Markutredningen. 1. Betänkande med förslag till vissa ändringar i expropriationslagstiftningen. Marcus. 169 s. Ju.
5. Trädgårdsundervisningen. Norstedt. 200 s. Jo.
6. Elkraftutredningens redogörelse nr 2:6—7. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Jönköpings län och Kronobergs län. Beckman. 75 s. K.
7. Parlamentariska undersökningskommissionen angående flyktingärenden och säkerhetstjänst. 3. Betänkande angående säkerhetstjänstens verksamhet. Norstedt. 490 s., 1 pl. I.
8. Betänkande med förslag till ny Kungl. Maj:ts förordning angående explosiva varor m. m. Norstedt. 231 s. H.
9. Betänkande rörande Sveriges småspåriga järnvägar. Del 3. Småspåriga järnvägar i Östra Småland och Östergötland. Idun. 243 s. K.
10. Betänkande angående skärgårdstrafiken m. m. V. Pettersen. 424 s. K.
11. Kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande. 4. Förslag angående partiellt arbetsföras anställning i allmän tjänst. Katalog och Tidskriftstryck. 132 s. S.
12. Statens trädgårdsförsök. Norstedt. 75 s. Jo.
13. Betänkande angående statens järnvägars organisation. Del 1. Den centrala ledningen. Katalog och Tidskriftstryck. 55 s. K.
14. Den öppna läkarvården i riket. Idun. 411 s. I.
15. Elkraftutredningens redogörelse nr 2:16. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Skaraborgs län. Beckman. 48 s. K.
16. Förslag till sjöarbetstidslag. Hægström. 101 s. H.
17. Betänkande angående utbildning av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal. 1. Kihlström. 228 s. I.
18. Betänkande rörande vägnämndernas och länsvägnämndernas arbetsuppgifter m. m. Beckman. 56 s. K.
19. Den svenska spritfabrikationen och dess avsättningsförhållanden. Marcus. 95 s. Fi.
20. Betänkande med förslag till åtgärder för höjande av trafiksäkerheten. Kihlström. 413 s. K.
21. Ungdomen och arbetet. Ungdomsvårdskommitténs betänkande 6. Idun. 317 s. Ju.
22. 1944 års allmänna skattekommitté. 2. Betänkande med förslag till ändrade bestämmelser angående beskattning av livförsäkringsanstalter och livförsäkringstagare m. m. Marcus. 227 s. Fi.
23. Betänkande med förslag till lag om nykterhetsvård m. m. Marcus. 334 s., 6 pl. I.
24. Bilagor till medicinalstyrelsens utredning om den öppna läkarvården i riket. Idun. 393 s. I.
25. Elkraftutredningens redogörelse nr 2:5. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Östergötlands län. Beckman. 42 s. K.
26. Statsmakterna och folkhushållningen under den till följd av stormaktskriget 1939 inträdda krisen. Del 8. Tiden juli 1946—juni 1947. Av K. Åmark. Idun. 394 s. Fo.
27. 1946 års skolkommissions betänkande med förslag till riktlinjer för det svenska skolväsendets utveckling. Hægström. xvj, 561 s. E.
28. Betänkande med förslag till nya mellaninstanser för folkskoleväsendet. Katalog och Tidskriftstryck. 129 s. E.
29. Betänkande rörande vissa utrikeshandelsfrämjande åtgärder. Marcus. 96 s. H.
30. Betänkande och förslag angående det fria och frivilliga folkbildningsarbetet. Del 2. Estetiskt folkbildningsarbete. Beckman 200 s. E.
31. Betänkande med förslag angående isbrytningens ordnande längs Norrlandskusten m. m. Idun. 100 s., 1 karta. H.
32. Utredning rörande skogstillgångarna och skogsindustriernas råvaruförsörjning i övre och mellersta Norrland m. m. Kihlström. 200 s. Jo.
33. 1943 års sockersjukutrednings betänkande angående sockersjukvården i riket. Idun. 191 s. I.
34. Betänkande med förslag till vägtrafikförordning m. m. Marcus. 328 s. K.
35. Förslag rörande förbättring av statens järnvägars bostadsbestånd. V. Pettersen. 100 s. K.
36. Betänkande med förslag angående artificiell inseminationsverksamhet bland nötkreatur. Katalog och Tidskriftstryck. 118 s. Jo.
37. Statens sjukhusutredning av år 1943. Betänkande 4. Synpunkter och förslag rörande sinnessjukvården. Beckman. 195 s. I.
38. Betänkande med förslag till förordning angående kollekt. Beckman. 51 s. E.
39. Socialvårdskommitténs betänkande. 16. Utredning och förslag angående lag om obligatorisk arbetslöshetsförsäkring. Beckman. 532 s. S.
40. Strafflagberedningens promemoria med förslag till lagstiftning om domstols rätt att nedsätta eller eftergiva påföljd för brott samt om eftergift av åtal. Marcus. 43 s. Ju.
41. Betänkande med utredning och förslag rörande ortoped- och vanförevårdens organisation. Katalog och Tidskriftstryck. 192 s. I.
42. Betänkande och förslag angående studentsociala stödåtgärder. Katalog och Tidskriftstryck. 292 s. E.
43. Biltrakorn. En undersökning rörande ett för jordbruket och försvaret gemensamt drag-, last- och personfordon. Del 1. Idun. 156 s., 4 pl. Fö.
44. Betänkande med förslag till nya grunder för avlöningen av präster m. m. Del 1. Idun. 252 s. E.
45. Svenskt långtidsprogram 1947—1952/53. Beckman. 51 s. H.
46. Utredning och förslag rörande organisationen av den farmaceutiska undervisningen och därmed sammanhängande frågor. Gummesson. 250 s. E.
47. Betänkande med förslag angående pensionering genom statens pensionsanstalt av vissa icke-statliga befattningshavare. Marcus. vij, 336 s. Fi.
48. Betänkande angående statsbidragssystemet för den slutna kroppssjukvården. Norstedt. 200 s. I.

Anm. Om särskild tryckort ej angives, är tryckorten Stockholm. Bokstäverna med fetstil utgöra begynnelsebokstäverna till det departement, under vilket utredningen avgivits, t. ex. E. = ecklesiastikdepartementet. Jo. = jordbruksdepartementet.



BETÄNKANDE

ANGÅENDE

STATSBIDRAGSSYSTEMET FÖR DEN
SLUTNA KROPPSSJUKVÅRDEN

AVGIVET AV

1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården

STOCKHOLM 1948

KUNGL. BOKTRYCKERIET. P. A. NORSTEDT & SÖNER

481159



stryck.

lande

a fri-
folk-

ns

”

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid.
<i>Skrivelse till Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet</i>	5
<i>Kort översikt över den slutna sjukvårdens organisation</i>	9
Avd. I. Statsbidragssystemet för den länsvis organiserade sjukvården.	
Kap. 1. Statsbidragssystemets tillkomst och utveckling	11
Inledande synpunkter sid. 11, tuberkulosvården sid. 12, epidemivården sid. 15, kronikervården sid. 16, fråga om generella driftbidrag sid. 20, statens sjukvårdskommitté sid. 21, förlossningsvården sid. 23, medicinsk barnsjukvård sid. 24, psykiatrisk lasarettsvård sid. 25, ändringar i fråga om kronikervården sid. 26, 1941 års reumatikervårdssakkunnigas förslag sid. 27, 1941 års befolkningsutrednings förslag sid. 28, vissa smärre förslag sid. 29, sammanfattning sid. 32.	
Kap. 2. Statsbidragens betydelse för de kommunala huvudmännen	33
Kap. 3. Statsbidragssystemet i Danmark	48
Kap. 4. Kritik av nuvarande statsbidragssystem	50
Kap. 5. Generella eller speciella bidrag	57
Kap. 6. Differentiering av driftbidragen efter skattekraft, sjukvårdsbehov m. m.	60
Tidigare gjorda uttalanden sid. 60, gruppering av sjukvårdsområdena efter skilda faktorer sid. 61, differentierade bidrag efter skattekraft sid. 66, speciella skattekraftstillägg sid. 68.	
Kap. 7. Alternativa utformningar av ett generellt driftbidragssystem	71
Procentbidrag sid. 71, vård dagsbidrag sid. 72, standardbidrag per invånare sid. 72, kombinerade invånar- och vård dagsbidrag sid. 74.	
Kap. 8. Särskilda driftbidragstillägg för vissa vårdgrenar	75
Tuberkulostillägg sid. 75, epidemitillägg sid. 80, barnsjukvårdstillägg sid. 84.	
Kap. 9. Storleken av driftbidragen	85
De generella bidragen sid. 85, tuberkulostillägget sid. 88, epidemitillägget sid. 89, sammanfattning sid. 92.	
Kap. 10. Nuvarande grunder för anläggningsbidrag m. m.	93
Kap. 11. Överväganden och förslag rörande anläggningsbidrag	99
Kap. 12. Statsbidragssystemets avgränsning	109
Nuvarande förhållanden sid. 109, statsbidragssakkunniga sid. 112.	
Kap. 13. Statsbidragsvillkor	117
Inledande synpunkter sid. 117, maximala patientavgifter sid. 119, begränsning av driftbidrag till s. k. normal beläggning sid. 122, kvotregler sid. 124, fråga om central fastställelse av planer m. m. sid. 126, krav på viss standard i fråga om trustning och personal m. m. sid. 135, regler om överinseende och förvaltning sid. 137, förbindelse att ej disponera anläggningen för främmande ändamål m. m. sid. 138, granskning av ritningar, avsyning och inspektion m. m. sid. 141, utanordningen av bidragen sid. 143, generella villkor sid. 144.	
Kap. 14. Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	144
Avd. II. Statsbidragssystemet för den centraliserade vården.	
Kap. 15. Översikt över den centraliserade vårdens organisation	149
Inledning sid. 149, reumatikervården sid. 150, ortoped- och vanförevården sid. 158, kirurgisk tuberkulos sid. 159, centralanstalter för radioterapi sid. 160, neurokirurgi sid. 162, thoraxkirurgi sid. 163, Welanderhem sid. 164, vården av patienter med medfödda läpp- och gommissbildningar sid. 165.	

	Sid.
Kap. 16. Överväganden och förslag rörande statsbidragssystemet för den centraliserande vården	166
Inledande synpunkter sid. 166, huvudmannaskapet sid. 167, planlägningsfrågor sid. 168, finansiering sid. 169, särbestämmelser för vissa vårdgrenar sid. 173, kostnadsberäkningar sid. 176, övergångsbestämmelser m. m. sid. 179.	
Kap. 17. Specialmotivering till kungörelseförslagen	179
Sammanfattning	182

Bilagor.

1. Förteckning över gällande statsbidragskungörelser för den slutna kroppssjukvården	190
2. Förslag till kungörelse angående driftbidrag av statsmedel till anstalter för kroppssjukvård	192
3. Förslag till kungörelse angående bidrag och lån av statsmedel till inrättande av vissa anstalter och avdelningar för kroppssjukvård	195
4. Förslag till förordning angående bidrag från landsting och städer, som ej deltaga i landsting, till bestridande av kostnaderna för sjukvård i vissa fall å centralanstalter eller Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet	198

Förteckning över texttabeller och diagram.

Sammanställning av huvuddragen av statsbidragssystemet för den slutna, länsvis organiserade kroppssjukvården	30
Diagram. Statsbidragssektorns storlek vid olika tidpunkter	35
Tabell A. Fördelning av antalet vårdplatser på statsbidragsunderstödda vårdgrenar och övrig slutna sjukvård per 31/12 1944	36
Tabell B. Fördelning av antalet vård dagar på statsbidragsunderstödda vårdgrenar och övrig slutna sjukvård år 1944	38
Tabell C. Antalet vårdplatser och vård dagar i förhållande till invånarantal år 1944	40
Tabell D. Statsbidrag i procent av nettokostnaden för vården inom statsbidragssektorn år 1944	44
Tabell E. Skatteunderlag, invånare, landstingsskatt, huvudmännens tillskott och statsbidrag till den slutna sjukvården år 1944	46
Tabell F. Gruppering av sjukvårdsområdena med hänsyn till skattekraft, bcdödlighet, folktäthet och åldersfördelning	63
Tabell G. Skattekrönor per invånare åren 1931—1945	65
Tabell H. Beräkningar av ett skattekraftstilläggs uttaxeringsmässiga betydelse på grundval av dels 1932—1934 års skatteunderlag, dels 1943—1945 års skatteunderlag	69
Tabell I. Nuvarande totala statsbidragssumma omfördelad efter olika system — procentbidrag, vård dagsbidrag, invånarbidrag och kombinerade vård dags- och invånarbidrag	73
Tabell J. Antalet vård dagar per invånare inom epidemivården åren 1935—1944	81
Tabell K. Den kommunalfinansiella innebörden av statsbidragssakkunnigas bidragssystem i förhållande till nuvarande grunder, avseende förhållandena år 1944	90
Tabell L. Sammanställning av anläggningsbidragen till tbc-, epidemi-, kroniker-, BB- och barnsjukvård	95

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet.

Genom beslut den 28 juni 1946 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för socialdepartementet att tillkalla högst sex sakkunniga för att verkställa översyn av grunderna och villkoren för statsbidrag till hälso- och sjukvården samt framlägga därav föranledda förslag. På grund av detta bemyndigande tillkallades samma dag såsom sakkunniga följande personer, nämligen numera överdirektören Erik Björkquist, sekreteraren i svenska landstingsförbundet Ivar Dahlgren, sjukhusdirektören i Stockholm, leg. läkaren Nils Hansson, underståthållaren Martin Wahlbäck samt numera landstingsdirektören K. G. Viklund, varjämte åt Wahlbäck uppdrogs att vara de sakkunnigas ordförande. Såsom sekreterare åt de sakkunniga, som antagit benämningen 1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården, förordnades borgarrådssekreteraren Stig Radhe.

Den närmaste anledningen till förevarande utredning var en av svenska landstingsförbundets styrelse gjord framställning om en översyn och omläggning av grunderna för statsbidrag till landstingens hälso- och sjukvårdande verksamhet i syfte att ernå enklare och rationellare bidragsgrunder. Över nämnda framställning hade yttranden avgivits av medicinalstyrelsen, statskontoret och svenska stadsförbundets styrelse.

Vid sin hemställan om tillkallande av statsbidragssakkunniga anförde departementschefen bland annat följande.

Det nuvarande statsbidragssystemet, som från början tagit sikte på att befrämja ett fåtal vårdgrenar, beträffande vilka ett betydande riksintresse förelåg, har efter hand som systemet utvidgats till att omfatta nya vårdgrenar blivit alltmera osmidigt och administrativt tungrott. Systemet lämnar även sakligt sett rum för erinringar. Då förslag tillika föreligger, vilkas förverkligande skulle ytterligare komplicera systemet, synes mig en allmän omprövning av systemet icke längre böra uppskjutas.

Vid utredningen, som bör vara förutsättningslös, torde samtliga i ärendet framförda erinringar och synpunkter böra komma under bedömande. Hänsyn bör därvid

tagas icke blott till de vårdgrenar, för vilka statsbidrag nu utgår, utan även till de förslag rörande nya statsbidrag som föreligga främst rörande reumatiker-vården och efterbehandlingsvården. Vidare synes det av landstingsförbundets styrelse framförda uppslaget till statsbidragsfrågans lösning genom ett i anslutning till statsbidragens nuvarande totalsumma utmätt generellt bidrag per underhållsdag förtjäna att allvarligt övervägas. Ett dylikt bidragssystem skulle medföra betydande förenklingar i administrativt-kameralt hänseende för såväl staten som de lokala huvudmännen och skulle därjämte med fördel kunna förenas med en eventuell gottgörelse för bortfallna legosängsavgifter, därest fri sjukhusvård skulle komma att genomföras i enlighet med föreliggande förslag. Även andra möjligheter för en rationalisering av statsbidragssystemet böra dock undersökas. Vilken väg som än väljes måste givetvis tillses, att staten beredes möjlighet att ingripa reglerande i sådana undantagsfall, där särskilda omständigheter göra detta påkallat. Vid bidragssystemets utformning torde tillika beaktas angelägenheten av att den successivt pågående planläggningen och utbyggnaden av den allmänna lasarettsvården icke hämmas i avbidan på statsbidragsfrågans lösning. Jämväl bör vid utredningen uppmärksammas sambandet mellan statsbidragsfrågan och frågan om statens medverkan för pensionering av vissa personalgrupper. I detta avseende bör samråd med 1944 års pensionsutredning äga rum.

Vad nu sagts tager huvudsakligen sikte på den av landsting och städer utanför landsting bedrivna slutna sjukvården. Uppmärksamhet bör emellertid jämväl ägnas åt den slutna sjukvård, som handhaves av kommuner, vilka deltaga i landsting. Härvid bör bl. a. övervägas, i vad mån särskilda åtgärder kunna vara befogade i syfte att befrämja ett övertagande från landstingens sida av denna vård. Vidare bör en omprövning ske av grunderna för statens bidrag till den av vissa enskilda huvudmän bedrivna vården. Jag åsyftar härvid närmast vården av vanföra och kirurgiskt tuberkulösa, vilken till huvudsaklig del formellt ombesörjes av föreningar och stiftelser men för vilken staten tills vidare åtagit sig att i sista hand bära det ekonomiska ansvaret. Härutinnan synes en mera rationell och definitiv ordning böra eftersträvas. I detta hänseende bör samråd ske med de sakkunniga, som nyligen tillkallats för utredning rörande ortoped- och vanförevårdens organisation ävensom med vederbörande huvudmannasammanslutningar på området.

I anslutning till dessa direktiv ha statsbidragssakkunniga i första hand sökt komma fram till ett nytt statsbidragssystem för den slutna sjukvården. Då frågan om huvudmannaskapet för vården av såväl lättskötta sinnessjuka som sinnesslöa för närvarande är under omprövning av särskilda kommittéer, ha de sakkunniga ansett sig böra begränsa sina utredningar till att avse den slutna kroppssjukvården.

Statsbidragssakkunnigas utredningar grunda sig på 1944 års officiella statistik, d. v. s. de under arbetets gång sista tillgängliga statistiska berättelserna.

I fråga om den öppna sjukvården delade departementschefen landstingsförbundets uppfattning om en mera begränsad översyn i syfte att undanröja vissa speciella olägenheter, som äro förenade med det nuvarande statsbidragssystemet. I detta hänseende hade förbundet anfört bland annat följande synpunkter.

På grund av rådande personalbrist kunde det komma att dröja åtskilliga år, innan den öppna vården nått sin slutliga organisation. Ehuru även det för denna vård gällande statsbidragssystemet visat sig behäftat med en del fel och brister, syntes det dock knappast lämpligt att företaga någon genomgripande omläggning

av systemet, innan vården fått en fast och slutgiltig organisation. När så skett, vore det givetvis önskvärt att ernå mera generella bidragsgrunder. Emellertid torde enligt förbundsstyrelsens uppfattning vissa ändringar i gällande statsbidragsförfattningar nu böra företagas.

Sålunda borde även här bidragsbeloppen justeras med hänsyn till inträdda förändringar i penningvärde och löneläge, för att återställa den ursprungliga principen för fördelningen av kostnaderna mellan stat och landsting.

Ett annat förhållande vore de särskilda statsbidragen till ålderstillägg åt distriktssköterskor, tandläkare och tandsköterskor m. fl. befattningshavare. En förenkling i administrativt hänseende skulle vinnas, därest ett enhetligt statsbidrag till lönerna utginge och det särskilda bidraget till ålderstillägg alltså inarbetades i lönebidraget. Jämväl i övrigt hade vissa olägenheter visat sig vara förbundna med utformningen och tolkningen av bestämmelserna om statsbidrag till den socialhygieniska verksamheten. Detta gällde särskilt de begränsade möjligheterna att erhålla statsbidrag för tid, då befattning uppehålls av vakansvikarie eller då befattningshavaren åtnjuter tjänstledighet.

I anslutning till ett av 1944 års lönekommitté avgivet betänkande (SOU 1946: 67) angående lönesättningen för viss statsanställd personal ha statsbidragssakkunniga avgivit ett den 6 februari 1947 dagtecknat förslag till ändringar rörande statsbidragsbestämmelserna för distriktssköterskor, distriktsbarnmorskor och heltidsanställd personal inom den förebyggande mödra- och barnavården, som sedermera med någon mindre justering förelades och godkändes av 1947 års riksdag. Enligt dessa nya bestämmelser utgår ett enhetligt bidrag till lönekostnaderna för ifrågavarande personal. Genom dessa regler samt genom de sakkunnigas yttrande i anledning av nedan omförmälda framställning rörande resekostnaderna för skolhälsovården torde de mera betydande olägenheterna i det nuvarande bidragssystemet på nämnda områden ha undanröjts. Då därjämte bidragsreglerna i fråga om folktandvården, den psykiska barna- och ungdomsvården samt sjuksköterskeutbildningen äro eller ha varit föremål för särskilda utredningar, anse statsbidragssakkunniga sig kunna avstå från att ingå på ytterligare prövning av statsbidragsbestämmelserna för den öppna hälso- och sjukvården.

Statsbidragssakkunniga ha avgivit yttrande

den 17 januari 1947 rörande ett av socialstyrelsen avgivet förslag till ändring av bestämmelserna om statsbidrag för upprättande eller inrättande av barnhem,

den 13 december 1947 över en framställning från Östergötlands läns landsting om statsbidrag för inrättande av ett hem för kroniskt sjuka i förutvarande epidemisjukhuset i Mjölby,

den 12 januari 1948 över ett av statens sjukhusutredning avgivet betänkande del II angående den lasarettanslutna B-sjukvården jämte anstaltsvården av kroniskt sjuka (SOU 1947: 61),

den 16 september 1948 över decentraliseringsutredningens promemoria nr 14 angående återställande av försutten tid i vissa ärenden rörande statsbidrag,

den 8 november 1948 över en framställning från svenska stadsförbundets styrelse om statsbidragsrätt för städerna utanför landsting i fråga om distriktsvård och dispensärverksamhet,

den 8 november 1948 över Norrlandskommitténs betänkande angående ett rikssjukhus i Norrland (SOU 1947: 70) samt

den 8 november 1948 över framställning av Västerbottens, Norrbottens och Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott rörande resekostnader för skolhälsovården.

För att tagas under övervägande vid utredningsarbetet ha till de sakkunniga överlämnats dels medicinalstyrelsens förslag den 28 augusti 1944 angående statsbidrag till driften av avdelningar för könssjuka vid lasarett, dels medicinalstyrelsens förslag den 9 november 1945 angående betalnings-skyldigheten för vård och underhåll å sjukvårdsinrättningar i riket av epidemiskt sjuka, vilka insjuknat utomlands.

Under utredningens gång har samråd skett med representanter för medicinalstyrelsen, ortoped- och vanförevårdssakkunniga och statens sjukhusutredning av år 1943. Överläggningar ha därjämte hållits med representanter för 1944 års pensionsutredning, Norrlandskommittén och decentraliseringsutredningen.

Sedan utredningsarbetet numera slutförts, få de sakkunniga härmed vördsamt avlämna sitt betänkande.

Stockholm den 8 november 1948.

MARTIN WAHLBÄCK

ERIK BJÖRKQUIST

IVAR DAHLGREN

NILS HANSSON

K. G. VIKLUND

Stig Radhe

Kort översikt över den slutna sjukvårdens organisation.

Sjukvården i vårt land bedrives av flera olika huvudmän, nämligen staten, landstingen och städerna utanför landsting, primärkommuner, stiftelser och enskilda. Vissa principiella av historiska skäl betingade gränser finnas.

Staten har sedan gammalt svarat för sinnessjukvården, under det att landstingen och städerna utanför landsting stå som huvudmän för huvudparten av den slutna kroppssjukvården. I primärkommunal regi meddelas i huvudsak kronisk sjukvård, ehuru utvecklingen gått mot ett övertagande i sekundärkommunal regi därav. Stiftelser och enskilda ha särskilt tagit sig an vissa vårdformer, som koncentrerats till några få större anstalter.

Karaktéristiskt för den moderna sjukvårdens organisation och utveckling är den allt starkare framträdande specialiseringen. Sålunda ha epidemisjukvården, hud- och könssjukvården, lungtuberkulosvården och barnsjukvården vuxit fram såsom självständiga discipliner av invärtes medicinen. Ytterligare andra sjukdomsgrupper ha utformats på liknande sätt, såsom reumatiska ledsjukdomar, organiska nervsjukdomar, spykoneuroser och allergiska åkommor.

Ur kirurgien ha såväl ögonsjukdomar som öron-, näs- och halssjukdomar sedan länge varit utbrutna såsom självständiga discipliner. Detsamma gäller gynekologi och ortopedi. En ytterligare uppdelning av kirurgien har också skett i det att neurokirurgi, plastikkirurgi och thoraxkirurgi (brösthålans kirurgi) utbildats till självständiga, väl avgränsade specialiteter, och man har efter allt att döma att förvänta detsamma beträffande gomkirurgi och urologi (urinvägarnas sjukdomar).

Sjukvårdens huvudmän ha i allmänhet väl följt med i utvecklingen och en uppdelning av de odelade lasaretten på flera specialavdelningar pågår för närvarande. Förhållandena belysas av en år 1944 av statens sjukhusutredning verkställd undersökning (SOU 1944: 47). Enligt därvid framkomna siffror funnos avdelningar med specialläkare för både medicin och kirurgi överallt utom i ett enda län. Specialavdelningar för ögonsjukdomar respektive öron-, näs- och halssjukdomar saknades blott i fyra respektive tre sjukvårdsområden. Särskilda avdelningar under ledning av specialist hade i fråga om barnsjukvården tjugo av de trettioen områdena och i fråga om gynekologi och obstetrik hälften. Allenast de tre största städerna utanför landsting

samt två landstingsområden hade specialavdelningar för hud- och könssjukdomar. På enstaka ställen funnos avdelningar för ortopedi, kirurgisk tuberkulos, neurologi, neurokirurgi och psykiatriska lasarettavdelningar. Enahanda var förhållandet med radiologi, men genom särskilda samarbetsavtal hade åtskilliga sjukvårdsområden förskaffat sig dispositionsrätt till ett antal vårdplatser på vissa samarbetskliniker. Frånsett dessa egna sjukvårdsplatser ha sjukvårdsområdena möjligheter att belägga de riksplatser, som finnas på de helt statliga undervisningsinstitutionerna Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet. Där finnas riksplatser för medicin, kirurgi, obstetrik, gynekologi, ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar, radiologi, neurologi, neurokirurgi, plastikkirurgi samt hud- och könssjukdomar. Efter genomförandet av nu beslutade utvidgningar av Karolinska sjukhuset skulle riksplatser stå till förfogande även för barnsjukdomar, thoraxkirurgi och medicinsk tuberkulos samt reumatiska sjukdomar. På vissa andra centralanstalter finnas därjämte riksplatser för ortopedi, kirurgisk tuberkulos och reumatologi. Därtill komma Jubileumsfondens sanatorier.

Vid sin behandling av statsbidragsfrågan ha statsbidragssakkunniga ansett sig böra skilja mellan sådan vård som lämpligen kan organiseras *länsvis* eller genom samverkan mellan ett par angränsande områden, och sådan vård som är avsedd att tjäna flera sjukvårdsområden, s. k. *centraliserad* vård.

I betänkandets första avdelning behandlas den länsvis organiserade vården.

Avd. I. Statsbidragssystemet för den länsvis organiserade sjukvården.

Kap. 1. Statsbidragssystemets tillkomst och utveckling.

Inledande synpunkter. Den kommunala självstyrelsen i Sverige blev fullt utvecklad först genom 1862 års kommunalförfattningar. Därvid tillskapades den rättsliga grundvalen för de nya sekundärkommunala organen — landstingen — genom förordningen den 21 mars 1862 om landsting. Enligt denna skulle i varje län finnas ett landsting, sammansatt av valda ombud från länets landsbygd och städer. Kalmar län uppdelades dock i tvenne landstingsområden enligt kungl. brev den 30 december 1864. Emellertid skulle stad, som hade mera än 25 000 invånare, ej deltaga i landsting. Stockholm och Göteborg ha aldrig deltagit i landsting. Malmö, Norrköping och Gävle utträdde ur landsting respektive åren 1871, 1872 och 1893. Bestämmelserna ändrades åren 1894 och 1909 på så sätt att för utträde krävdes, att staden hade en folkmängd av minst $\frac{1}{150}$ av rikets invånarantal. Jämlikt denna bestämmelse förklarades Hälsingborg år 1918 ha utträtt ur landsting. Enligt den numera gällande landstingslagen av år 1924 fordras, jämlikt en år 1940 däri vidtagen ändring, för utträde ur landsting ett invånareantal av minst 100 000.

Landstingens kompetens var i 1862 års landstingsförordning ej närmare fixerad. Genom en uppräknig i allmänna ordalag fingo landstingen frihet att besluta i ett stort antal länsangelägenheter, försåvitt de ej hörde under annan offentlig myndighets verksamhetsområde. Bland de angivna landstingsuppgifterna nämndes hälso- och sjukvården. Genom att landstingen övertogo de förefintliga länslasarett, kom sjukvården från början att bli landstingens huvuduppgift.

För att få medel till sin verksamhet utrustades landstingen med beskattningsrätt. Denna behövde till att börja med ej utnyttjas — t. ex. i Södermanlands läns landsting uttogs icke någon regelbunden landstingsskatt förrän i början av 1900-talet. Den väsentligaste inkomsten bestod i andel i brännvinsmedlen. Utskänkningsbolagen skulle nämligen till landstingen inleverera viss del av tillverkningsavgiften på spritdrycker. Efter år 1913 ha avgifterna ersatts med bestämda belopp ur statskassan, varigenom avgifternas

betydelse reducerats. En annan väsentlig inkomst var den s. k. sjukvårdsavgiften, som företrädesvis skulle användas till beredande av kostnadsfri vård av veneriskt sjuka. Denna avgift är numera avskaffad. Upphävda äro också reglerna om de för sjukhusen avsedda frivilliga insamlingarna vid bröllop och barndop samt kollekterna, ävensom bestämmelsen från 1740-talet om att vid befordringar till ämbeten och tjänster en särskild avgift skulle med frivilligt belopp till lasaretten utgå. Icke obetydliga poster utgjordes av legosängsavgifter, egna fonder och räntor. Att staten genom direkta bidrag skulle stödja verksamheten ifrågasattes ej.

I samband med sjukvårdens snabba utveckling och därmed följande ekonomiska belastning för landstingen uppkom emellertid frågan om statens ekonomiska medverkan. Spörsmålet aktualiserades första gången vid 1898 års riksdag i samband med behandlingen av vissa motioner om anslag till jubileumsfonden för uppförande av ett nytt folksanatorium, det tredje i ordningen. Ett avsteg från principen om sjukvårdens ordnande och bekostande såsom en landstingens och kommunernas angelägenhet genom överflyttande av sjukvårdskostnaderna på staten var vid denna tid ägnat att väcka betänkligheter på åtskilliga håll. Statsutskottet yttrade emellertid i utlåtandet den 22 april 1898 följande.

Vid tillstyrkande av berörda anslag har statsutskottet velat uttala den meningen, att det ej bör vara förenat med någon risk att för detta fall göra ett undantag — därest det kan betraktas såsom ett sådant — från den hittills fasthållna grundsatsen att sjukvården skall vara en kommunernas och icke en statens angelägenhet, enär genom bestämmandet av ändamålet med den på enskild väg föranstaltade insamlingen och den livliga anslutning, denna insamling vunnit, ett kraftigt stöd givits för den åsikten, att uppförandet av sanatorier torde vara icke så mycket de redan sjukas botande som fastmer deras avskiljande från friska och såmedelst en verksam åtgärd till hindrande av smittans spridning. I detta avseende är statens skyldighet redan på andra områden erkänd, såsom exempel varpå må nämnas de åtgärder, som på statens bekostnad vidtagits till förhindrande av kolerasmittans införande i riket. Jämväl må erinras, att riksdagen beviljat medel till hämmande av tuberkulosens spridning bland nötkreatur.

Tuberkulosvården. När frågan aktualiserades om statsbidrag i allmänhet till landstingen och ej blott för en viss sjukvårdsanstalt, stod tuberkulosvården i förgrunden. I den utredning, som 1905 års kommitté för ordnandet av tuberkulosvården den 1 juli 1907 framlade, föreslogs nämligen ett särskilt statsunderstöd för denna vårdgren. Kommittén erinrade därvid om att den allmänna sjukvården i princip vore en angelägenhet, som ankomme på landsting och städer utanför landsting. Denna grundsats vore emellertid icke undantagslöst genomförd, då staten påtagit sig kostnaderna för hospitalen samt lämnat bidrag till vården av sinnesslöa barn samt till spetälskevården. Från flera håll hade yrkats, att staten skulle påtaga sig åtminstone en del av kostnaderna för tuberkulossjukvården i riket. Uttalanden i sådan riktning hade gjorts av Svenska läkarsällskapet år 1904 och av det 12:e allmänna läkarmötet år 1905, ävensom flertalet länskommittéer av Svenska nationalföreningen mot tuberkulos.

Kommittén lade fram en omfattande plan för tuberkulosvårdens ordnande. Den framhöll därvid att de betydande kostnader ett genomförande av förslaget skulle medföra icke enbart borde drabba de kommunala huvudmännen utan även att staten borde lämna ej alltför obetydligt bidrag därtill. När sjukvården ur kostnadssynpunkt betraktats som en statsangelägenhet, hade den dittills avsett sjukdomar av allmänfarlig beskaffenhet. Ehuru tuberkulosens allmänfarlighet icke vore så starkt framträdande, fann kommittén likväl det vara »för den sjukes omgivning i hemmet och i arbetet av så avsevärd betydelse, att genom ändamålsenlig tuberkulosvård smittokällor uppspås och göras oskadliga samt insikten om sjukdomens art och dess allmänna behandling bliver spridd, att statens ekonomiskt stödjande hand för denna sjukvård synes väl motiverad». Kommittén tillade, att »vad som av landet offras på en energiskt och praktiskt driven strid mot tuberkulosen ur en vidare nationalekonomisk synpunkt säkerligen icke skall behöva betraktas som ett dött kapital. Det är ej endast de genom en lämplig vård tillfrisknade sjuka, vilkas arbetskraft räddas åt samhället. Större betydelse äger det förhållandet, att genom successivt beredande av en planmässig vård åt flertalet sjuka och genom smittokällornas oskadliggörande, sjukdomen för framtiden kan förväntas bli i betydande grad begränsad i sin omfattning».

Kommittén hävdade, att bidrag under alla omständigheter borde utgå till bestridande av driftkostnaderna. Bidraget föreslogs utgå med 50 öre per vård dag, motsvarande 30 % av den beräknade genomsnittliga vård dagskostnaden, vilken av kommittén angavs till kronor 1: 50 å 1: 75. Men därjämte skulle bidragsbeloppet maximeras på tvenne sätt. För det första borde statens tillskott för ifrågavarande vård ej överstiga de kommunala huvudmännens. Vidare borde bidraget maximeras i förhållande till varje sjukvårdsområdes folkmängd. Vårdbehovet, som uppvisade betydande lokala variationer, framträdde särskilt i de stora städerna. Kommittén ansåg emellertid, att det icke funnes skäl att lämna de största städerna, vilka voro de ekonomiskt bärkraftigaste bland rikets kommuner, större statsbidrag i förhållande till folkmängden än övriga kommuner. Bidraget borde därför utgå för högst en plats per 1 000 invånare för samtliga sjukvårdsområden.

Enligt kommitténs åsikt borde uppförandet av anstalterna i det stora hela bekostas av de kommunala huvudmännen. För att underlätta anskaffandet av erforderligt kapital föreslog kommittén emellertid, att staten skulle tillhandahålla 40-åriga amorteringslån med en garanterad räntesats av $3\frac{1}{2}$ %. Därjämte borde lånen vara räntefria intill dess byggnaderna blivit färdigställda, motsvarande räntefrihet under $1\frac{1}{2}$ år.

Slutligen må nämnas, att kommittén föreslog vissa statsbidragsvillkor med avseende på lokalernas utformning m. m. Vårdavgiften borde också sättas så låg som möjligt och ej överstiga 1 krona per vård dag.

Vid remissbehandlingen framkommo inga betänkligheter mot att statsbidrag infördes för denna sjukvårdsgren. Däremot framhölls från flera håll, att statsbidraget vore för lågt. Någon kvotbegränsning borde ej heller ifråga-

komma. Vidare yrkades, att anläggningsbidrag skulle införas, bland annat av medicinalstyrelsen.

I proposition till 1908 års riksdag (nr 166) uttalade departementschefen sin principiella anslutning till kommitténs förslag om ett visst statsbidrag till tuberkulosvården. Därvid framhölls särskilt, att det knappast funnes några sjuka i vårt land, som vore sämre ställda i fråga om sjukhusvård än de lungsiktiga. I beaktande av det stora antal patienter, som behövde vård, kunde man ej förvänta, att landsting och kommuner, vilka eljest omhändertog den allmänna hälso- och sjukvården, skulle vara i stånd att ensamma bära dessa kostnader, och den allmänna välgörenhetens medverkan kunde icke påräknas i allt för stor utsträckning. Vid sådant förhållande vore det nödvändigt, att staten i en eller annan form trädde emellan. Utöver den av kommittén anförda motiveringen framhöll departementschefen som ytterligare skäl för ett statsbidrag, att statsintresset bjöde att skyddsåtgärderna mot sjukdomens vidare utbredning bleve genomförda någorlunda likformigt över hela landet, på det att icke försumlighet å vissa orter skulle äventyra de resultat, vilka man å andra lyckats tillkämpa sig.

I stället för de av kommittén föreslagna statliga lånen för tuberkulosanstalter föreslog departementschefen särskilda anläggningsbidrag. Här vore nämligen ej fråga om ett sådant »produktivt» ändamål, vilket lämpligen borde finansieras lånevägen. Ett anläggningsbidrag — även om detsamma stannade vid en bråkdel av byggnadskostnaderna — skulle verksammare understödja vederbörande än genom utlämnande av statslån.

Bidraget borde sättas till en fjärdedel av de verkliga kostnaderna, exkl. utgifterna för tomt och inventarier; därjämte maximerades bidraget till ett visst belopp — 1 000 kronor — per vårdplats. Anläggningskostnaden angavs till i medeltal 4 000 kronor. Bidrag borde utgå för högst 1 plats per 1 000 invånare, dock ej för Jämtlands och Norrbottens län, där sjukdomen vore mest spridd, levnadskostnaderna uppdrivna och kommunernas ekonomiska ställning mindre god än i övriga län.

I fråga om driftbidragen förordade departementschefen likaledes principen att statens bidrag borde sättas till högst $\frac{1}{4}$ av kostnaderna. Vid en beräknad medeldagskostnad å 2 kronor borde driftbidraget sättas till 50 öre. Några närmare bestämmelser om driftbidragen förelades dock ej den då sittande riksdagen.

1908 års riksdag anslöt sig i huvudsak till departementschefens förslag. Då anläggningskostnaderna mångenstädes ej beräknades uppgå till 4 000 kronor per vårdplats men å andra sidan ett bidrag på 1 000 kronor per vårdplats ansågs erforderligt, ändrade man dock bestämmelsen om fjärdedelsprincipen till att statens bidrag skulle maximeras till halva anläggningskostnaden. Någon maximal patientavgift stadgades ej. I fråga om driftbidragen uttalade riksdagen, att ett bidrag om 50 öre per vård dag »syntes vara det lägsta man härvid hade att tänka på».

Frågan om driftbidragen avgjordes vid 1909 års riksdag (statsverksprop. VI:e huvudtiteln, s. 423). Bidraget sattes till 50 öre per vård dag utan

maximering till viss del av kostnaderna. Samma kvotregel godkändes som i fråga om anläggningsbidragen. I fråga om bidragsvillkoren föreskrevs, att bidrag finge utgå blott där vårdavgiften på allmän sal vore högst 1 krona per vård dag.

Med anledning av de ökade byggnadskostnaderna höjde 1919 års riksdag anläggningsbidragen till 2 000 kronor per vårdplats.

Driftbidragen åter justerades uppåt av 1918 års riksdag till 1 krona per vård dag. Följande år vidtogs ytterligare höjning. Samtidigt differentierades beloppen på så sätt, att bidraget för tuberkulossjukhus sattes till 2 kronor samt för tuberkulossjukstugor och lasaretsavdelningar för tuberkulösa till kronor 1: 50 per vård dag. Under förra hälften av 1920-talet vidtogos olika ändringar i bidragsbestämmelserna, innebärande dels att bidragsbeloppen justerades nedåt till kronor 1: 75 per vård dag för tuberkulossjukhus och kronor 1: 25 per vård dag för tuberkulossjukstuga och lasaretsavdelningar för tuberkulösa, dels att den maximala patientavgiften höjdes till kronor 2: — respektive kronor 1: 50 per vård dag för nyssnämnda båda grupper av anstalter, dels ock att kvotregeln för landstingens del beträffande såväl anläggnings- som driftbidragen upphävdes.

Beträffande nu gällande driftbidragsbelopp hänvisas till sid. 22.

Epidemivården. Nästa vårdgren, för vilken statsbidrag infördes, var epidemivården. 1909 års hälsovårdsstadgekommitté hade som motivering för ett statsbidrag till denna vårdgren i sitt den 1 april 1915 avgivna betänkande framhållit, att de epidemiska sjukdomarna måste på grund av sin smittoöverförande beskaffenhet anses mer allmänfarliga än vad eljest i regel kunde anses vara förhållandet i fråga om sjukdomar. Sjukdomarnas allmänfarliga beskaffenhet vore också den huvudsakliga anledningen till att motverkandet av desamma måste i statens intresse närmare regleras. Med hänsyn härtill och då staten påtagit sig väsentliga delar av kostnaderna för såväl sinnessjukvården som tuberkulossjukvården, syntes det kommittén fullt riktigt, att staten i någon mån och i någon form bidroge till kostnaden för epidemisjukvården. Detta vore enligt kommitténs uppfattning så mycket mera påkallat, som denna kostnad måste bli av ganska betydande omfattning och utan sådant bidrag skulle te sig nog så tyngande för en stor del av de därav berörda kommunerna och landstingen — någon patientavgift skulle ju ej få uttagas.

Något anläggningsbidrag föreslogs emellertid ej med hänsyn till att många huvudmän redan ordnat sin vårdfråga och att därför en ojämnhet skulle uppstå huvudmännen emellan, om anläggningsbidrag infördes. På grund av den ojämna beläggningen föreslog hälsovårdsstadgekommittén, att driftbidraget skulle utgå med ett fast årligt belopp per vårdplats, oavsett beläggningen. Beloppet sattes till 150 kronor per år, vilket ansågs ungefär svara mot räntan å anläggningskostnaden. En kvotregel föreslogs på så sätt att bidrag kunde utgå för högst 1 plats per 1 000 invånare för samtliga sjukvårdsområden. Till denna siffra hade kommittén kommit genom egna sta-

tistiska undersökningar, varav framginge att vårdbehovet för landsbygdens del vore minst 1 plats per 1 000 invånare. För städernas del räknade man visserligen med det dubbla platsbehovet, men det syntes kommittén rättvist att städerna själva finge bära den större del av kostnaden för epidemisjukväsendet, som kunde anses förorsakad så att säga av deras egenskap av stadssamhälle.

Vid remissbehandlingen av förslaget framhöll medicinalstyrelsen, att kvotregeln borde slopas samt att ett rörligt driftbidrag om 50 öre per vård dag borde införas utöver det fasta bidraget av 150 kronor per år.

I proposition till 1919 års riksdag med förslag till epidemilag (nr 153) uttalade departementschefen, att det borde ej »råda tvivel därom att beviljandet av epidemibidrag vore en förutsättning för ett effektivt genomförande av de föreslagna reformerna i epidemisjukvården». Förutom driftbidrag borde även anläggningsbidrag ifrågakomma. Till denna uppfattning anslöt sig även riksdagen, som tillade, att anläggningsbidrag borde utgå även till av landsting före epidemilagens ikraftträdande uppförda epidemisjukhus.

Själva statsbidragssystemet utformades närmare vid 1920 års riksdag.

Departementschefen (prop. nr 146) ansåg, att anläggningsbidrag borde införas och utgå retroaktivt men förbehållas landstingen — städerna utanför landsting borde ej bli statsbidragsberättigade bland annat med hänsyn till att då gällande epidemistadga redan ålade städerna skyldighet att åstadkomma epidemisjukhus. Bidraget borde sättas till högst hälften av den verkliga byggnadskostnaden men i överensstämmelse med vad som gällde i fråga om statsbidrag för uppförande och inrättande av tuberkulossjukvårdsanstalter icke överstiga 2 000 kronor per vårdplats.

Driftbidraget hade av medicinalstyrelsen i en förnyad utredning föreslagits till 3 kronor per vård dag, motsvarande halva vård dagskostnaden. Departementschefen fann emellertid att även här överensstämmelse borde åstadkommas med tuberkulovården och satte därför bidraget till 2 kronor per vård dag. Någon kvotregel ifrågasattes ej.

Riksdagen ansåg sig emellertid böra tillstyrka ett motionsvägen framkommet förslag om att även städerna utanför landsting borde tillerkännas byggnadsbidrag för sådana epidemisjukhus, som tillkommo efter den nya epidemilagens ikraftträdande. I fråga om anläggningsbidragens storlek hade kamrarna kommit till skiljaktiga beslut men stannade slutligen för ett belopp av 2 500 kronor för varje efter år 1915 påbörjad plats och av 1 000 kronor för övriga platser. I övrigt godkändes departementschefens förslag.

Kronikervården. Frågan om statsbidrag för den kroniska sjukvården aktualiserades första gången genom ett av 1907 års fattigvårdslagstiftningskommitté den 19 februari 1915 avgivet betänkande rörande förslag till lag om fattigvården. Kommittén påpekade, att stor brist rådde på särskilda anstalter för kroniskt sjuka personer. Sådana sjuka måste därför i allmänhet vårdas i hemmen, där vården på grund av trångboddhet och andra omständigheter ofta ej kunde bli tillfredsställande. Den lämpligaste utvägen att

avhjälpa anstaltsbristen var enligt kommitténs uppfattning att söka intressera landstingen och städerna utanför landsting men även andra kommuner att inrätta sjukhem för vård av kroniskt sjuka. Kostnaderna, särskilt för anskaffande av de erforderliga anstalterna, voro emellertid så stora att varken landsting eller kommuner kunde antagas vilja påtaga sig inrättande och uppehållande av erforderliga sjukvårdsanstalter. Det syntes därför oundgängligt, att staten trädde hjälpende till. I första hand borde anläggningsbidrag ifrågakomma, men även driftbidrag borde införas. Som föredöme åberopades tuberkulosvården. Fattigvårdslagstiftningskommittén framhöll emellertid, att behov av sjukvård föreläge ej blott för fattiga utan även för kroniskt sjuka i allmänhet. Lösningen av denna fråga föll därför utanför fattigvårdslagstiftningens område.

Vid framläggande för 1918 års lagtima riksdag av förslag till fattigvårdslag framhöll departementschefen (prop. nr 135, s. 230 ff), att vården av kroppsligt sjuka i princip redan åvilade landstingen. I likhet med fattigvårdslagstiftningskommittén ansåg departementschefen, att ordnandet av kronikervården föll utanför fattigvården. Frågan borde därför snarast upptagas till allsidig prövning, bland annat beträffande statsbidrag till uppförande och drift av anstalterna. Andra särskilda utskottet (nr 1) underströk behovet av att staten här liksom i fråga om tuberkulosvården lämnade bidrag till både byggnads- och driftkostnaderna. Grunderna härför borde utredas genom särskilda sakkunniga.

Sedan uppdrag den 17 december 1920 lämnats vissa sakkunniga att verkställa utredning av frågan om vården av kroniskt sjuka, avgåvo de sakkunniga ett den 24 februari 1921 dagtecknat betänkande. Däri föreslogs, att statsbidrag för anläggning av kronikeranstalter skulle utgå såväl till landsting och kommuner som till föreningar och enskilda. Redan befintliga anläggningar borde dock ej erhålla bidrag. Enär sjukhemsfrågan enligt de sakkunnigas mening tillfredsställande kunde ordnas efter flera linjer, borde stor frihet lämnas i avseende å organisationen. Anläggningsbidraget borde i princip utgå med halva anläggningskostnaden men maximeras till vissa belopp, nämligen vid nybyggnad till 2 000 kronor, vid inredning av en för ändamålet inköpt byggnad till 1 500 kronor och då anstalt inreddes i en vederbörande redan tillhörig byggnad till 1 000 kronor, allt per vårdplats. De sakkunniga förutsatte emellertid, att med ändrade byggnadspriser borde maximisiffrorna modifieras. Vissa villkor rörande förvaltningen m. m. föreslogos också.

Driftbidrag borde enligt de sakkunnigas uppfattning utgå till alla vårdhem, som blivit av medicinalstyrelsen godkända, således även till förut befintliga anstalter, som ej fått anläggningsbidrag. Bidraget borde sättas till en tredjedel av de verkliga driftkostnaderna men endast utgå för fattiga och mindre bemedlade patienter. Vid en beräknad vård dagskostnad av 3 kronor pr dag sattes bidraget till 1 krona under förutsättning att patientavgift ej uttogs med högre belopp.

Under hänvisning till de stora anslagskrav, som i övrigt ställdes på stats-

verket, och nödvändigheten att iakttaga största sparsamhet föreslog de sakkunniga, att från rätten till anläggningsbidrag skulle undantagas dels enskilda anstalter — dessa hade dittills kunnat drivas utan bidrag från det allmänna — dels ock anstalter, drivna av städer med mer än 15 000 invånare. De större städerna hade i allmänhet redan ordnat en godtagbar anstaltsvård för kroniskt sjuka.

Den 18 juni 1926 fick medicinalstyrelsen i uppdrag att verkställa ytterligare utredning i ämnet. Med skrivelse den 27 september 1926 framlade ämbetsverket följande förslag.

Styrelsen ansåg sig inledningsvis böra framhålla, att beviljandet av statsbidrag till sjukhem till kroniskt sjuka i viss mån skulle innebära ett avsteg från dittills tillämpade regler i fråga om statens understödjande av sjukvården. Därvid påpekades, att vården på hemmen för kroniskt sjuka kunde betraktas som ett mellanstadium mellan lasarets- och fattigvård. Ur principiell synpunkt vore det därför mindre logiskt att bidrag skulle utgå för nämnda mellanform, medan lasaretsvården och fattigvården i stort sett lämnats utan understöd från statens sida. Styrelsen ansåg sig emellertid likväl böra tillstyrka, att statsbidrag utginge för denna vårdgren, och återopade därvid dels det behjärtansvärda i att ifrågavarande synnerligen behövliga vårdform komme till stånd i mer allmän omfattning än vad dittills varit fallet, dels de svårigheter som visat sig vara förefintliga för vederbörande lokala myndigheter att utan bidrag från statens sida vidtaga anstalter för vårdformens allmänna genomförande. Sedan sjukhem av ifrågavarande typ väl kommit till stånd och vederbörande vunnit erfarenhet om de stora fördelar ur både lasaretsvårdens och fattigvårdens synpunkter, som tillvaron av dylika sjukhem måste medföra, borde det kunna tagas under övervägande huruvida fortsatt understöd från statens sida vore behöfligt. I uppmuntringssyfte föreslog medicinalstyrelsen att bidrag skulle utgå till såväl uppförande som drift av dylika hem.

Med hänsyn till att erinringar framförts mot fattigvårdslagstiftningskommitténs förslag, att städer med mer än 15 000 invånare skulle uteslutas från statsbidrag, fann styrelsen sig böra förorda att även dessa städer skulle bli delaktiga av bidraget. Vad enskildas bidragsrätt beträffar ansåg styrelsen, att byggnadsbidrag ej borde utgå till dylika hem men dessa däremot tilldelas driftbidrag för ett år i sänder, såsom vore fallet med enskilda tuberkulosanstalter.

Medicinalstyrelsen erinrade om att enligt bestämmelserna om anläggningsbidrag för tuberkulosvården gällde för städerna utanför landsting den inskränkningen, att bidrag fick utgå allenast till 1 plats per 1 000 invånare. En liknande regel borde införas även i fråga om den kroniska sjukvården och då utsträckas till att gälla även landstingsområdena. Denna utvidgning motiverades av de flytande gränser, som skilde sjukhemmens klientel från lasarettens och fattigvårdsanstalternas. Kvotregeln borde gälla även för driftbidraget.

Vad driftbidraget i övrigt beträffar ansåg medicinalstyrelsen, att bilaget

till hemmen för kroniskt sjuka ej borde sättas lika högt som för de egentliga tuberkulossjukhusen — 1,75 kronor per vård dag — utan till samma belopp som för tuberkulossjukstugorna, d. v. s. 1,25 kronor per vård dag. Rörande de närmare villkoren för åtnjutande av driftbidrag ansåg styrelsen, att den maximala patientavgiften borde sättas till 1,50 kronor per dag. Slutligen föreslog styrelsen, att bidragen ej skulle beviljas retroaktivt.

Statskontoret anförde i ett den 29 oktober 1926 dagtecknat yttrande vissa erinringar mot att statsbidragssystemet skulle utvidgas på föreslaget sätt. De kroniskt sjuka, som dittills erhållit vård, hade intagits antingen på landstingens och de större städernas sjukvårdsanstalter eller på kommunernas ålderdomshem. Till ifrågavarande vård utginge icke något statsbidrag. Statens medverkan syntes därför ej böra anlitas för kronikervården.

Proposition i ämnet avläts till 1927 års riksdag (nr 112). Departementschefen framhöll angelägenheten av att kronikervården skyndsamt ordnades. Flera sjukvårdsområden hade i avvaktan på statsmakternas beslut om statsbidrag väntat med att inrätta vårdhem. Beträffande de yppade betänkligheterna mot en utvidgning av statens understödjande verksamhet till den kroniska sjukvården fann departementschefen, att ett beviljande av bidrag i detta fall knappast skulle innebära någon principiell utvidgning av statens understödsverksamhet. Alla slag av kroniskt sjuka vore oftast att anse såsom invalider och alltså likställda med vanföra, till vilkas vård staten sedan länge bidroge. I allmänhet vore också deras belägenhet i många hänseenden jämförlig med de tuberkulossjukas. Enligt departementschefens uppfattning hade motivet till statsunderstöd av tuberkulovården varit det stora vårdbehovet, som icke kunde tillgodoses utan statens hjälp. Enahanda omständigheter föreläge beträffande vården av kroniskt sjuka. Staten hade också sedan många år lämnat bidrag till radiumhemmet i Stockholm, där många patienter tillhörde de kroniskt sjukas kategori. Såväl anläggnings- som driftbidrag borde därför utgå för den kroniska sjukvården.

Bidragsberättigade huvudmän borde vara landstingen samt såväl lands- som stadskommuner, ävensom kommunalförbund, föreningar och enskilda. Vidare föreslogs en kvotregel. För detta talade icke blott statsfinansiella skäl utan även den svårbestämbara gränsen mellan de sjuka, för vilkas vård bidrag skulle utgå, och exempelvis klienter å allmänna ålderdomshem. Varken anläggnings- eller driftbidrag borde därför utgå för mer än en plats per 1 000 invånare. För städerna utanför landsting borde dock en snävare gräns införas, när dessa städer i allmänhet kunde anses äga större ekonomiska möjligheter för ordnandet av denna liksom annan sjukvård. Kvotregeln borde för dessa sättas till en plats för 2 000 invånare.

Då bidragen hade karaktär av uppmuntringsbidrag, borde anläggningsbidrag lämnas allenast sådana anstalter, som framdeles anordnades. Avgörande betydelse härutinnan tillmättes de statsfinansiella synpunkterna. Att på en gång lämna bidrag för alla redan inrättade platser skulle leda till statsutgifter, som ej gärna kunde ifrågasättas för detta ändamål. Från rätt till statsbidrag borde även uteslutas alla anstalter, som vid ingången

av år 1927 av den, som ämnade driva den för kronisk sjukvård, användes för sjukvård, även om användningen icke avsåg vård av kroniskt sjuka.

I fråga om bidragsbeloppens storlek ansåg departementschefen, att något lägre belopp skulle ifrågakomma än för tuberkulos- och epidemivården. Hemmen för kroniskt sjuka kunde inrättas enklare. Bidragsbeloppen begränsades till 1 500 kronor för vårdplats i nyuppförd anstalt, till 1 000 kronor för vårdplats i inköpt byggnad och till 750 kronor för vårdplats i en i vederbörande ägo befintlig, till vårdhem av ifrågavarande slag ändrad byggnad. Samtidigt borde bidragen maximeras till halva anläggningskostnaden.

I fråga om driftbidragen anslöt departementschefen sig till uppfattningen om en tredelning av vårddagskostnaden. Med utgångspunkt från en genomsnittlig vårddagskostnad av 3 kronor men efter avdrag för ett belopp motsvarande dagbeloppet för då utgående pension enligt lagen om allmän pensionsförsäkring (30 öre), skulle återstoden kronor (3: 00 — 0: 30) 2: 70 fördelas på så sätt, att statsbidraget sattes till en tredjedel därav, d. v. s. till 90 öre per dag. Maximala vårdavgiften borde av vissa i propositionen närmare utvecklade skäl sättas till kronor 1: 50.

Riksdagen godkände i huvudsak den framlagda propositionen. Den avslog också vissa motionsvägen framförda förslag om retroaktiva anläggningsbidrag samt om att den begränsningen skulle utgå att från bidrag skulle undantagas vissa för sjukvård överhuvud förut använda anstalter. Med anledning av föreliggande framställningar beslöto emellertid vissa följande riksdagar att retroaktiva anläggningsbidrag skulle utgå i vissa särskilda fall.

Beträffande nu gällande bidragsbelopp hänvisas till sid. 26.

Fråga om generella driftbidrag. Frågan om generella statsbidrag aktualiserades vid 1927 års riksdag. I några motioner (I: 24 och 133 samt II: 40 och 205) hemställdes om åvägbringande av utredning och förslag rörande statsbidrag till bestridande av kostnaderna till den allmänna sjukvården i riket. Däri framhölls, att antalet vårdplatser för kroppsligt sjuka icke kunde anses tillräckligt inom flertalet sjukvårdsområden. Det måste därför framstå som synnerligen angeläget, att en ökning av vårdplatserna inom en snar framtid komme till stånd. Vidare påtalades ojämnheter i skattebördans fördelning.

I yttrande häröver (nr 154) framhöll statsutskottet bland annat följande. Ehuru det med hänsyn till statens under de senaste åren alltmera ökade utgifter för sjukvård av skilda slag måste anses tvivelaktigt huruvida staten åtminstone för det dåvarande kunde eller borde ikläda sig ökade utgifter för den allmänna sjukvården, fann utskottet det önskvärt att — särskilt i betraktande av den ojämnhet i kostnaderna för nu ifrågavarande ändamål som förefanns mellan de olika sjukvårdsområdena — en utredning i den av motionärerna föreslagna riktningen komme till stånd. Riksdagen anslöt sig härtill och anhöll i skrivelse (nr 318) till Kungl. Maj:t om att utredning måtte verk-

ställas huruvida och på vad sätt en utjämning av kostnaderna för de olika sjukvårdsområdena kunde åvägabringas. Riksdagen underströk, att den därvid icke intog någon ståndpunkt till frågan om staten borde i större mån bidra till vården i fråga.

Statens sjukvårdskommitté. År 1929 tillsattes en särskild kommitté för att biträda med utredning rörande den slutna kroppssjukvården i riket. Kommittén, som antog benämningen statens sjukvårdskommitté, hade enligt departementschefens uttalande till statsrådsprotokollet den 12 mars 1929 att söka åstadkomma en i möjligaste mån klar avgränsning mellan å ena sidan vad staten i fråga om den slutna kroppssjukvården för framtiden borde åtaga sig, genom antingen vård å egna anstalter eller statsbidrag till andra inrättningar, och å andra sidan vad som därutinnan borde åligga landstingen respektive primärkommunerna eller som eventuellt kunde lämnas åt enskilda sammanslutningars initiativ och försorg. Avsaknaden av en allmän plan för sjukvårdsuppgifternas fördelning hade i vissa hänseenden kommit att medföra bristande enhetlighet i utvecklingen av sjukvårdsväsendet och i ledningen av detsamma. På flera punkter rådde oklarhet och ovisshet om statens ställning till en viss sjukvårdsgren, vilket stundom hade verkat hämmande på utvecklingen.

Sjukvårdskommittén uppdrog i sitt den 17 maj 1934 avgivna betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket (SOU 1934: 22) följande allmänna riktlinjer för denna sjukvårds handhavande och finansiering.

Landstingen — liksom städerna utanför landsting — böra handhava och, delvis med bidrag från staten, bekosta den vård, som lämpligen ordnas länsvis eller genom ett samarbete mellan angränsande län. Staten bör handhava och bekosta eller ock kraftigt understödja den vård, som kräver anstalter, avsedda för riket i dess helhet eller för ett flertal sjukvårdsområden, ävensom annan vård, i den mån icke administrativa synpunkter eller sparsamhetsskäl nödvändiggöra, att anstalterna handhavas kommunalt eller med kommunal bidragsskyldighet.

I enlighet härmed borde landstingen och icke-landstingsstäderna även fortsättningsvis handhava och utveckla den allmänna lasarettsvården, lungtuberkulosvården och epidemivården. Verksamhetsområdet borde vidare utvidgas till att omfatta den slutna förlossningsvård, som kunde befinnas erforderlig vid sidan om lasarett och sjukstugor och som för det dåvarande i huvudsak ombesörjdes av primärkommuner och enskilda å särskilda förlossningshem. Vidare borde landstingen och städerna utanför landsting i större utsträckning än tidigare omhändertaga och organisera vården av kroniskt sjuka, lättskötta sinnessjuka och konvalescenter.

Staten borde fortsättningsvis lämna driftbidrag till tuberkulos-, epidemi-, kroniker- och sinnesslövärd. För att underlätta vårdens utbyggnad borde staten lämna driftbidrag även till barnbördsvården och vården av lättskötta sinnessjuka — däremot ej anläggningsbidrag till nämnda vårdgrenar. Kostnaderna för erforderliga nybyggnader och utvidgningar respektive inlösningar vad anginge sjukhus, drivna av landsting och icke-landstingsstäder,

borde nämligen av principiella skäl och ur rationaliseringssynpunkt bestridas av vederbörande huvudmän, i den mån vårdgrenarna ej redan vore bidragsberättigade. Kommittén föreslog slutligen, att bland annat för vinnande av rättvisare fördelning av kostnaden för den slutna könssjukvården staten borde ersätta huvudmännen för deras kostnader för sjuka utomlänspatienter.

Anläggningsbidragen till lungtuberkulosanstalter och epidemisjukhus borde, i analogi med vad som gällde för kronikervården, graderas olika allt eftersom fråga vore om uppförande av nybyggnad, inköp av färdig byggnad eller användande av i vederbörandes ägo befintlig byggnad. Den vedertagna hälftenprincipen borde fortsättas. Detta förutsatte viss justering uppåt av bidragen till lungtuberkulosanstalter till 2 500 kronor per plats vid nybyggnad. Därjämte borde förhöjda tuberkulosbidrag för såväl anläggning som drift utgå för områden med hög tuberkulosfrekvens och kvotbegränsningen för städerna utanför landsting bortfalla. Slutligen föreslog kommittén vissa regler för återbäring av bidrag vid nedläggande av anstalt.

I fråga om driftbidragen utgick kommittén från den grundsatsen, att staten i princip skulle bestrida halva driftkostnaden, sedan patientavgiften avdragits. Då kommittén ansåg det vara angeläget, att patienterna så vitt möjligt tillförsäkrades vård till låg avgift, förordade kommittén, att den maximala patientavgiften inom tuberkulosvården sattes till 1 krona per vård dag. Driftbidragen föreslogos till kronor 1: 75 respektive 1: 50. För epidemivårdens del borde bidraget höjas från 2 till 3 kronor per vård dag, under villkor att de epidemiskt sjuka finge avgiftsfri transport. I fråga om förlossningsvården föreslogs ett driftbidrag å 2 kronor per dag under högst 10 dagar per barnaföderska, på villkor att högre patientavgift än 1 krona ej uttogs. Till s. k. väntehem i ödemarksområdena skulle bidrag utgå med samma belopp.

Som en allmän förutsättning för statsbidrag föreslog kommittén, att vederbörande anstalt skulle ingå som led i en av medicinalstyrelsen godkänd plan.

I anledning av två vid 1938 års riksdag väckta motioner anhöll riksdagen i anslutning till sjukvårdskommitténs förslag (skrivelse nr 5 punkt 89) att Kungl. Maj:t ville taga under omprövning frågan om förhöjda vårdbidrag till tuberkulosanstalterna, främst B-platserna. I 1939 års statsverksproposition (5:e huvudtiteln, s. 309 ff.) framlades förslag till delvis ändrade statsbidragsgrunder i vad avsåg driftbidragen. För B-platserna höjdes driftbidragen med 25 öre per vård dag till kronor 1: 50, samtidigt som de maximala patientavgifterna sattes till högst kronor 1: 50 för A-plats och 1: 25 för B-plats. Därjämte skulle till sjukvårdsområde med en tuberkulosdödlighet, som med 25 % översteg riksmedeltalet, ett förhöjt driftbidrag utgå. En häremot svarande förändring av anläggningsbidragskungörelsen skedde ej; i stället hänvisades till att sedan flera år efter riksdagsbeslut från fall till fall ett förhöjt bidrag utgått till anläggningar inom distrikt med hög tuberkulosdödlighet. Slutligen föreslogs i fråga om driftbidragskungörelsen, att

ditintills gällande kvotregel för städerna utanför landsting skulle upphävas. Däremot bibehölls kvotregeln för städernas anläggningsbidrag. Förevarande förslag godkändes av riksdagen.

Förlossningsvården. Frågan om statsbidrag till förlossningsvården behandlades vid 1937 års riksdag. Förutom sjukvårdskommitténs betänkande förelåg även en den 10 december 1935 dagtecknad utredning av 1935 års befolkningskommission (SOU 1936: 12). Däri föreslogos vissa utvidgningar i statsbidragsrätten utöver vad sjukvårdskommittén förordat. För att nå det av kommissionen uppställda målet — att förlossningsvård å anstalt till rimlig kostnad skulle stå varje kvinna till buds, som önskade begagna sig av densamma — vore det nödvändigt, att staten lämnade icke blott driftbidrag till dylik vård. För att stimulera till byggnadsverksamhet borde staten även åtaga sig viss del av kostnaden för den erforderliga utbyggnaden genom landstingens och icke-landstingsstädernas försorg. Bidraget borde för nybyggnad sättas till 2 500 kronor per plats — motsvarande bidraget för epidemivården. De nordligaste länens skattebördor och högre nativitet talade för ett förhöjt byggnadsbidrag för dessa län. Kommissionen föreslog slutligen, att anläggningsbidragen ej skulle utgå retroaktivt.

I proposition (nr 39) till 1937 års riksdag framlades förslag till förbättrad förlossningsvård. I anslutning till befolkningskommissionens utredning föreslog departementschefen att såväl anläggnings- som driftbidrag skulle utgå. Departementschefen var i viss mån tveksam beträffande förslaget om statsbidrag till anordnande av vårdplatser för barnsbörd, icke minst med hänsyn till de konsekvenser i fråga om annan lasarettsvård, som kunde inträda, men fann, att den ekonomiska situationen för åtskilliga landsting otvivelaktigt vore sådan, att därest staten ej trädde hjälpende emellan, den slutna barnbördsvårdens utbyggande kunde komma att sättas i efterhand och därmed ett icke önskvärt dröjsmål uppstå med anordnandet av denna viktiga angelägenhet. Under remissbehandlingen framkomna yrkanden om retroaktiva byggnadsbidrag skulle medföra vittgående konsekvenser för staten. Längre retroaktivitet än till avdelningar, påbörjade efter den 1 juli 1935, kunde därför ej ifrågakomma. Driftbidrag borde utgå med 2 kronor per vårddag, dock högst under 10 dagar för varje barnaföderska. Vårdavgiften skulle maximeras till 1 krona per vårddag.

Riksdagen anslöt sig i huvudsak till departementschefens förslag. Emellertid hade motionsvägen framkommit yrkande om högre driftbidrag. Med anledning därav föreslog statsutskottet (nr 121), att driftbidraget för barnbördsavdelningar vid lasarett och sjukstugor samt förlossningshem med minst 6 vårdplatser skulle höjas från 2 till 3 kronor per vårddag, dock med den begränsningen, att summan av bidraget och dagavgifterna i intet fall skulle överstiga anstaltens verkliga driftkostnad. Däremot avlog riksdagen vissa motioner om retroaktiva anläggningsbidrag bl. a. med hänsyn till det höjda driftbidraget. Anläggningsbidraget vid nybyggnad sattes till det av befolkningskommissionen föreslagna beloppet av 2 500 kronor per plats.

Medicinsk barnsjukvård. Spörsmålet om bidrag till den medicinska barnsjukvården upptogs till behandling av medicinalstyrelsen, som den 30 oktober 1935 avgav förslag i ämnet. Styrelsen ansåg det vara av största vikt att en utbyggnad av avdelningar för barnsjukdomar vid lasaretten snarast komme till stånd. En viss obenägenhet fanns emellertid, enligt styrelsens uppfattning, att omedelbart igångsätta arbeten för uppförande av dylika avdelningar.

Till följd därav borde statsbidrag beviljas landstingen och städer utanför landsting till icke blott driften utan även uppförandet av dylika avdelningar. Statsmakterna hade förut slagit in på denna väg i fråga om tuberkulossjukvårdsanstalter, epidemisjukhus och hem för kroniskt sjuka, varför styrelsens förslag i princip icke skulle innebära någon nyhet. Statsbidrag förutsattes utgå även till driften av redan förefintliga fristående barnsjukhus, som kunde av medicinalstyrelsen för ändamålet godkännas.

Anläggningsbidraget borde sättas till 2 000 kronor per vårdplats i likhet med bidraget för tuberkulossjukvårdsanstalter med sedvanlig hälftenregel. Några retroaktiva bidrag borde ej ifrågakomma. Driftbidraget föreslogs till kronor 1: 75 per dag och patient, under förutsättning att patientavgift ej uttoges med högre belopp än kronor 2: 75. Denna avgift beräknades på så sätt att från den högsta legosängsavgiften, som enligt Kungl. Maj:ts vård-taxa finge uttagas, d. v. s. kronor 4: 50, drogs ett statsbidrag av kronor 1: 75.

Vad platsbehovet beträffar ansåg medicinalstyrelsen det möta oöverstigligen hinder att beräkna detta. Styrelsen ville dock förorda att det inrättades två platser per 10 000 invånare. I anslutning därtill borde såväl anläggnings- som driftbidrag begränsas till högst 2 platser per 10 000 invånare, såvida icke statsbidrag komme att utgå jämväl till konvalescenthem för barn. Sådana hem borde anordnas och stimuleras med ett anläggningsbidrag av 1 000 kronor per plats, intill ett antal lika med antalet å godkänd barnavdelning, samt med driftbidrag av 1 krona per vård dag.

I proposition (nr 84) till 1939 års riksdag tillstyrkte departementschefen i huvudsak medicinalstyrelsens förslag. Vad den föreslagna kvotens storlek beträffar uttalades emellertid en viss tveksamhet. Enligt departementschefens uppfattning skulle kvotregeln under lång tid sannolikt te sig som ett svåruppnåeligt mål för de barnrikaste och ekonomiskt sämst ställda länen, samtidigt som den för övriga län lämnade tillräckligt utrymme för en första utbyggnad av barnsjukvården. I avvidan på ytterligare erfarenhet rörande platsbehovet accepterades dock den föreslagna kvotregeln. Med anledning av att röster höjts till förmån för högre anläggningsbidrag och då barnsjukvården sannolikt komme att draga i det närmaste samma byggnadskostnader som förlossningsavdelningar vid lasaretten, föreslogs, att maximibidraget skulle utgå med 2 500 kronor för ny vårdplats. Vore fråga om användande av en för annat ändamål uppförd byggnad, borde maximisumman sättas till 1 250 kronor per plats. Departementschefen föreslog också en viss gradering av bidragen med tanke på den höga skattebördan inom vissa barnrika sjukvårdsområden; andra omständigheter, t. ex. särskilt stark späd-

barnsdödlighet, borde ävenledes beaktas. Förhöjt bidrag skulle utgå efter prövning av Kungl. Maj:t i varje särskilt fall. I propositionen uttalades emellertid, att en gradering lämpligen syntes kunna ske på det sätt, att sjukvårdsområden, där antalet barn under 15 år med högst 30 procent överstege rikets medeltal, finge åtnjuta förhöjning med högst 500 kronor samt sjukvårdsområden, som uppvisade ännu högre procentuell andel barn under 15 år, en förhöjning med ytterligare högst 500 kronor, allt per vårdplats, dock att i intet fall statsbidraget finge överstiga verkliga kostnaden för platsernas inrättande. Av statsfinansiella skäl ansågos retroaktiva bestämmelser ej acceptabla.

I fråga om driftbidraget föreslog departementschefen samma princip som tidigare kommit till uttryck i fråga om t. ex. tuberkulossjukvården, d. v. s. staten och vederbörande huvudman borde bestrida hälften var av vårdkostnaden, sedan patientavgiften frändragits. Med utgångspunkt från en vård dagkostnad av kronor 5:50 och då vårdavgiften lämpligen borde sättas till kronor 1:50, skulle bidraget bli 2 kronor per vård dag. Detta kunde liksom anläggningsbidraget ökas för vissa områden. Däremot avstyrktes medicinalstyrelsens förslag om statsbidrag till konvalescenthem för barn. Kostnaderna för dessa hem voro icke större än att landstingen utan bidrag från staten borde kunna bestrida desamma. Dessa hem voro också ägnade att i det långa loppet förbilliga lasarettsvården, varför det vore närmast ett huvudmännens eget intresse att ordna denna fråga.

Riksdagen anslöt sig i huvudsak till departementschefens förslag. Efter hemställan av statsutskottet (nr 119) framhöll riksdagen dock, att vid bedömandet av det extra barnsjukvårdstillägget avgörande betydelse borde tillmätas skatteunderlagets storlek.

Sedan medicinalstyrelsen i den 29 november 1945 dagtecknad utredning redovisat vårdbehovet för den medicinska barnsjukvården, beslöt 1946 års riksdag godkänna en proposition i ärendet (nr 84) om höjning av kvotsiffran. Statsbidrag skulle sålunda kunna utgå för högst en vårdplats på varje tal av 2 500 av sjukvårdsområdes invånare.

Psykiatrisk lasarettsvård. År 1946 blev en ny sjukvårdsgren statsbidragsberättigad, i det att den psykiatriska lasarettsvården kom att inbegripas i statsbidragssektorn. Medicinalstyrelsen hade i en utredning med förslag till 10-års plan för sinnessjukvården funnit det lämpligt att vid central-lasaretten inrättades psykiatriska kliniker. Beträffande huvudmannaskap och kostnader för dessa kliniker hade styrelsen efter övervägande av olika möjligheter kommit till den uppfattningen, att skäl icke kunde anses föreligga för att icke landstingen borde anförtros huvudmannaskapet jämväl för denna vårdform. För fördelning av anläggningskostnaderna voro skilda möjligheter tänkbara. Staten kunde antingen påtaga sig hela kostnaden eller endast biträda med visst belopp per vårdplats. Med hänsyn till att det förra tillvägagångssättet tillämpades vid uppförande av den psykiatriska kliniken i Lund, som med statsbidrag till driften drevs i landstingets regi, föreslog

styrelsen, att huvudmännen skulle få samtliga sina anläggningskostnader täckta. Vårdplatsbidraget föreslogs till 12 000 kronor. Därjämte skulle statsbidrag utgå till driften.

Departementschefen (prop. nr 177) förordade i likhet med medicinalstyrelsen, att statsbidrag skulle utgå till de psykiatriska lasaretsavdelningarna. Dock borde staten icke bidra till anordnandet med belopp motsvarande hela byggnadskostnaden. I anslutning till vad statens sjukhusutredning i sitt remissyttrande över medicinalstyrelsens 10-årsplan föreslagit förordade departementschefen att bidrag till anordnandet finge utgå med hälften av byggnadskostnaden, dock högst med 6 000 kronor per plats. Driftbidraget föreslogs till 3 kronor per vård dag, varvid den maximala patientavgiften sattes till högst kronor 2: 50 per dag. Propositionen godkändes av riksdagen.

Ändringar i fråga om kronikervården. I ett av 1941 års reumatikervårds-sakkunniga den 10 juni 1944 avgivet betänkande (SOU 1944: 28) framhölls att vårdbehovet för vissa reumatiskt sjuka borde i viss utsträckning tillgodoses genom ett vidgat och forcerat utbyggande av hemmen för kroniskt sjuka. För att möjliggöra detta föreslog de sakkunniga, att kvotgränsen bortfölle. Därjämte borde statsbidragens storlek ökas, förslagsvis till det dubbla beträffande både uppförande och drift av kronikerhem. Vid nybyggnad skulle detta motsvara en byggnadskostnad av högst 6 000 kronor per plats. Driftbidraget skulle täcka ungefär en tredjedel av driftkostnaderna.

I proposition till 1945 års riksdag (nr 113), där nyssnämnda betänkande behandlades, förklarade departementschefen att några allvarliga hinder visserligen ej mötte mot upphävande av kvotgränsen. Emellertid påkallade rådande läge viss återhållsamhet beträffande byggnadsverksamheten, icke minst den av staten understödda delen därav. Departementschefen anslöt sig därför till ett av medicinalstyrelsen framfört förslag om höjning av kvot-talen med 50 procent. Även statsbidragsbeloppen borde jämkas uppåt. Emellertid skulle en fördubbling av bidragen i enlighet med sakkunnig-förslaget leda till en alltför gynnad ställning i statsbidragshänseende för dessa hem i jämförelse med andra statsunderstödda kroppssjukvårdsanstalter. Anläggningsbidragen föreslogos därför höjda med ungefär en tredjedel från 1 500 till 2 000 kronor per plats vid nybyggnad och driftbidraget från 90 öre per dag till kronor 1: 50. Därmed skulle viss överensstämmelse vinnas med de för tuberkulosvårdplatser av B-typ gällande bidragsbeloppen. Efter hemställan av statsutskottet (nr 88) godkändes förevarande förslag.

Spörsmålet om statsbidragsbestämmelserna för kronikervården har sedermera gjorts till föremål för ytterligare överväganden. Så föreslog socialvårdskommittén i ett år 1946 avgivet betänkande del XIV angående ålderdomshem m. m. (SOU 1946: 52), att nyssnämnda kvotbegränsning helt skulle borttagas. I proposition (nr 243) till 1947 års riksdag angående ålderdomshemmens ordnande föreslog departementschefen att med denna fråga skulle i avvaktan på ytterligare utredning tills vidare anstå. Detta uttalande gav ej riksdagen anledning till erinran.

Vidare har statens sjukhusutredning av år 1943 i ett den 17 oktober 1947 dagtecknat betänkande behandlat bl. a. anstaltsvården för kroniskt sjuka (SOU 1947: 61). Utredningen framhöll att bedömandet av ett vårdplatsbehov alltid vore förenat med stora svårigheter. På grundval av vissa beräkningar och överväganden hade utredningen emellertid kommit till den uppfattningen, att hela antalet kroniskt sjuka för närvarande utgjorde 3 å 4 promille av hela folkmängden; till följd av åldersförskjutningarna vore dock en betydande tillväxt av detta klientel att emotse under de närmaste årtiondena. Enär man icke hade anledning antaga att alla kroniskt sjuka komme att söka anstaltsvård, räknade utredningen med en utbyggnad av kronikervården intill 3 promille av nuvarande folkmängd. Den förordade utbyggnaden borde främjas genom fortsatta bidrag till uppförande och drift. Viss bidragskvot borde därvid bibehållas men gälla lika för landsting och städer utanför landsting. Det önskvärda genomsnittet borde uppnås på så sätt att nuvarande kvot generellt höjdes till $2\frac{1}{2}$ promille med rätt för Kungl. Maj:t att där så vore motiverat höja kvoten till förslagsvis $3\frac{1}{2}$ promille. Sjukhusutredningens ifrågavarande betänkande är för närvarande föremål för Kungl. Maj:ts prövning. Statsbidragssakkunniga, som även avgivit yttrande däröver, återkomma i senare avsnitt till vissa delar därav.

1941 års reumatikervårdssakkunnigas förslag. I sitt ovan omförmälda betänkande framlade reumatikervårdssakkunniga förslag om statsbidrag även till E-sjukvården (efterbehandling). För att underlätta utbyggnaden av eftervårdsplatser föreslog de sakkunniga, att statsbidrag skulle utgå till såväl anordnandet som driften av E-platser för vissa bestämda patientkategorier, nämligen reumatiker, tuberkulösa, sjuka barn samt väntande och nyförlösta mödrar. Förslaget härutinnan utformades efter den principen, att staten för E-plats skulle lämna motsvarande byggnadsbidrag som för A-plats inom samma vårdgren; för E-plats inom reumatikervård dock 5 000 kronor per plats. Även driftbidrag för E-plats borde utgå enligt samma grunder som för patient på A-plats. Såsom allmänt villkor för statsbidrag till E-plats förordades, att utbyggnaden ägde rum i enlighet med en av medicinalstyrelsen godkänd plan. Vid remissbehandlingen framkommo åtskilliga betänkligheter mot de sakkunnigas förslag. Departementschefen föreslog därför i proposition till 1945 års riksdag (nr 113), att behandlingen av de sakkunnigas förslag tills vidare skulle anstå. Detta godkändes även av riksdagen.

Reumatikervårdssakkunniga ha i en den 25 september 1945 dagtecknad utredning (SOU 1945: 41) framlagt förslag rörande utbyggnad av reumatikervården. Enligt detta förslag skulle till nyanläggningar av specialavdelningar, ävensom till vårdplatser som inretts i direkt anslutning till invärtesmedicinska avdelningar och helt ställdes till reumatikervårdens disposition utgå anläggningsbidrag, i princip omfattande hela kostnaden. För plats å specialavdelning borde bidraget maximeras till 15 000 kronor och för plats i anslutning till invärtesmedicinsk avdelning till 10 000 kronor. Driftbidraget borde sättas till 3 kronor per dag men för utomlänspa-

tient till 4 kronor, allt under förutsättning att högre vårdavgift icke uttoges än 2 kronor per dag. Såsom förutsättning för bidragen skulle stadgas, att medicinalstyrelsen godkänt en plan för vårderna i fråga.

Till frågan om reumatikervårdens organisation och finansiering återkomma statsbidragssakkunniga i avd. II angående den centraliserade vården.

1941 års befolkningsutrednings förslag. Beträffande förlossningsvården har 1941 års befolkningsutredning framlagt en den 22 november 1945 dagtecknad utredning (SOU 1945: 50). Däri föreslogs vissa nya statsbidragsgrunder.

Inom varje sjukvårdsområde borde inrättas en specialanstalt, varjämte en decentralisering av anstaltsvården borde ske genom inrättande av smärre förlossningshem såsom komplettering till de större förlossningsanstalterna inom varje sjukvårdsområde. Statsbidrag borde utgå för såväl byggnad som drift av förlossningsanstalt, vilken inginge såsom led i en av medicinalstyrelsen godkänd plan för förlossningsvårdens tillgodoseende inom vederbörande sjukvårdsområde. Beviljandet av byggnadsbidrag skulle icke — såsom enligt dittills gällande praxis var förhållandet — vara beroende av någon ekonomisk behovsprövning. Dylika bidrag borde för samtliga typer av förlossningsanstalter utgå med enhetliga och förhöjda belopp, nämligen med högst hälften av kostnaderna, dock ej över 4 000 kronor per vårdplats, därest ej Kungl. Maj:t med hänsyn till särskilda omständigheter funne högre bidrag skäligt.

Jämväl driftbidrag borde enligt utredningens åsikt utgå med förhöjda belopp, nämligen per dag och barnaföderska 6 kronor 50 öre vid specialanstalter och 4 kronor vid samtliga övriga förlossningsanstalter. I avseende å specialanstalterna föreslogs en kvotregel i det att dylikt bidrag borde utgå för högst en vårdplats på varje 5 000-tal av varje sjukvårdsområdes invånare.

Föreskriften att driftbidrag endast må utgå för högst 10 dagar — den s. k. tiodagarsspärren — skulle slopas, varför bidrag således skulle utgå för hela den tid barnaföderskan vistas på anstalten för förlossning eller på grund av komplikation i följd av havandeskapet eller förlossningen eller eljest i anledning av sjukdom, som äger samband därmed. Jämväl för barnaföderska, som på grund av dylik komplikation eller sjukdom, ådragen före, under eller efter förlossningen, intages för vård å lasarett eller därmed jämställd sjukvårdsinrättning eller sjukstuga, skulle statsbidrag utgå med 6 kronor 50 öre för dag å sådan sjukvårdsinrättning, vid vilken specialanstalt för förlossningsvård finnes anordnad, samt i andra fall med 4 kronor per dag. Som villkor för driftbidrag skulle gälla, att vårdavgiften sattes till högst 1 krona för dag och barnaföderska jämte barn under hela den tid statsbidrag utgår.

Efter remissbehandling anmäldes befolkningsutredningens betänkande vid 1946 års riksdag. Departementschefen framhöll emellertid (prop. nr 89), att åtskilliga betänkligheter anförts mot utredningens förslag, varför

med ett ställningstagande till frågan om vidgade statliga åtaganden inom förlossningsvården borde något anstå. Vad emellertid gällde frågan om »rätten» till anläggningsbidrag erinrade departementschefen om att den praxis utbildat sig, att landsting, vars utdebitering per skattekrona understeg medeltalet för riket, icke ansågs böra komma i åtnjutande av statsbidrag, såvida icke särskilda skäl förelågo. I enlighet med ett i statsverkspropositionen till 1944 års riksdag (femte huvudtiteln, punkten 145) framlagt förslag hade även landsting, vars landstingsskatt något understeg nyssnämnda belopp, kommit i åtnjutande av bidrag. Departementschefen ansåg nu, att byggnadsbidrag borde kunna utgå jämväl för förlossningsanstalter inom sjukvårdsområden, som enligt dåvarande gränsdragning varit undantagna från förmånen av dylikt bidrag.

Vad sålunda föreslagits gav riksdagen ej anledning till erinran.

Vissa smärre förslag. Förslag om statliga driftbidrag för den slutna könssjukvården framlades av medicinalstyrelsen i ett den 28 augusti 1944 dagtecknat utlåtande. Därvid erinrades om att vissa sjukhus kommit att tjäna såsom specialavdelningar för riket i dess helhet, under det att andra områden praktiskt taget icke hade någon dylik vård. Medicinalstyrelsen fann visserligen att behov av avdelning med specialist icke förelåg inom varje län. Däremot borde ett par län kunna betjänas av en avdelning. Styrelsen ansåg det icke vara mer än billigt, att en viss ersättning per vård dag och patient utginge till de sjukvårdsinrättningar, där personer med könssjukdom i smittsam skede vårdades under specialläkares överinseende. Denna ersättning borde förslagsvis sättas lika med den som utginge till epidemivården, d. v. s. 2 kronor per vård dag. Beträffande anläggningsbidrag ansåg styrelsen, att man borde räkna med möjligheten av att staten borde åtaga sig hela anläggningskostnaden för den del av avdelningen som kunde behövas för vården av könssjuka. Styrelsen avstod emellertid från att under dåvarande omständigheter framlägga något konkret förslag.

Efter sedvanlig remissbehandling har detta ärende överlämnats till statsbidragssakkunniga för att vara tillgängligt vid fullgörandet av de sakkunnigas uppdrag.

Med anledning av att 1942 års riksdag (nr 246) hemställt om utredning angående betalningsskyldigheten för vård och underhåll å sjukvårdsinrättningar i riket av epidemiskt sjuka, vilka insjuknat utom riket, har medicinalstyrelsen i en den 9 november 1945 dagtecknad utredning lagt fram förslag i ämnet. Enligt detta borde det statliga driftbidraget vid vård av den, som utom riket insjuknat eller misstänkes ha insjuknat, utgå med 6 kronor per vård dag mot eljest 2 kronor.

Efter remissbehandling har jämväl detta ärende överlämnats till statsbidragssakkunniga för att tagas under övervägande vid fullgörandet av det de sakkunniga lämnade uppdraget.

Sammanställning av huvuddragen av statsbidragssystemet

Vårdgren	Stats- bidrags- berättigad år	S t a t s b i d r a g			
		a n l ä g g n i n g			
		Bidrags- berättigad huvudman	Maximalt bidrag per vårdplats Kronor	Max. pat. avgift Kronor	Kvotregel Plats per invånare
1	2	3	4	5	6
1. <i>Tuberkulovård</i> (medicinsk t.b.c.) A- och B- vård	1908	landsting kommun förening enskild	2 000: —	—	städer utanför landsting 1 plats pr 1 000 inv.
2. <i>Epidemivård</i>	1920	epidemidistrikt	nybyggnad 2 500: — inlösen av befintlig byggnad 1 000: —	—	—
3. <i>Kronikervård</i>	1927	landsting stad utanför landsting ev. kommun ev. kommunal- förbund	nybyggnad 2 000: — nyinköpt byggnad 1 500: — ombyggnad av i vederb. ägo befintlig byggnad 1 000: —	1: 50	landsting 1 1/2 plats pr 1 000 inv. städer utanför landsting 1 1/2 plats pr 2 000 inv.
4. <i>Förlossningsvård</i> a) BB-avd. b) förlossnings- hem c) väntehem	1937	(landsting stad utanför landsting	(nybyggnad 2 500: — nyinköpt byggnad 1 750: — ombyggnad av i ve- derb. ägo befintl. byggnad 1 250: — nybyggnad 1 000: — —	1: — 1: — —	— — —
5. <i>Medicinsk barn- sjukvård</i> A-vård	1939	landsting stad utanför landsting	nybyggnad 2 500: — ombyggnad av i vederb. ägo befintlig byggnad 1 250: —	1: 50	1 per 2 500 inv.
6. <i>Psykiatriska la- sarettavdelning- ar</i> ^a	1946	landsting stad utanför landsting	nybyggnad 6 000: — ombyggnad av i vederb. ägo befintlig byggnad 3 000: —	2: 50	—

Härutöver märkas bestämmelser om statsbidrag till åtgärder för åstadkommande av förbättrad sjukvård i rikets *ödemarksområden* (av år 1923). Enligt dessa regler må statsbidrag utgå för anordnande av ödemarkssjukstuga med dets ell grundbelopp å 14 000—20 000 kronor, dels

för den slutna, länsvis organiserade kroppssjukvården.

t i l l				A n m ä r k n i n g a r
d r i f t				
Bidrag-berättigad huvudman	Bidrag per vård dag Kronor	Max. pat. avgift Kronor	Kvotregel Plats per invånare	
7	8	9	10	11
landsting stad utanför landsting bolag förening stiftelse	A-anst. 1:75 ¹ B-anst. 1:50 ¹	A-anst. 1: 50 B-anst. 1: 25	—	¹ I områden med relativt hög tuberkulosdödlighet kan ett förhöjt driftbidrag utgå.
epidemi distrikt	2: —	Av- gifts- fri	—	
landsting stad utanför landsting ev. annan	1: 50	1: 50	landsting 1 1/2 plats per 1 000 inv. städer utanför landsting 1 1/2 plats pr 2 000 inv.	
landsting kommun kommunalförbund förening stiftelse	3: — ²	1: —	—	² Under högst 10 dagar per barnaföderska.
	3: — ^{2, 4}	1: —	—	³ Under högst 15 dagar per barnaföderska, dock endast för hem i ödemarksområden.
	2: — ³	1: —	—	⁴ Vid förlösningshem å minst 6 platser, vid mindre hem 2 kronor per vård dag.
landsting stad utanför landsting kommun kommunalförbund förening stiftelse	2: — ⁵	1: 50	1 plats per 2 500 inv.	⁵ Förhöjt bidrag må utgå till områden med relativt stort barnantal. Anläggningsbidrag utgår blott till avdelningar, anslutna till lasarett. Driftbidrag utgår jämväl till år 1939 befintliga fristående barnsjukhus. Vid Norrtulls sjukhus i Stockholm är driftbidraget maximerat till 1 krona per vård dag. Driftbidrag till annan huvudman än landsting och stad utanför landsting utgår blott för år 1939 befintlig anläggning.
landsting stad utanför landsting	3: —	2: 50	—	⁶ Från statsbidrag till såväl anläggning som drift äro undantagna städerna Stockholm, Göteborg och Malmö, ävensom klinikerna i Uppsala och Lund.

ett platsbidrag per plats intill 12 platser å högst 3 000 kronor, samt för drift av ödemarcks-
sjukhärbarge om högst 4 platser med högst 400 kronor per år.

Vidare må omnämnas, att kommittén för partiellt arbetsföra i ett den 13 mars 1946 dagtecknat betänkande om effektiviserad kurators- och arbetsförmedlingsverksamhet för partiellt arbetsföra (SOU 1946: 24) bl. a. föreslagit, att vid sjukhus och vårdanstalter borde anordnas kuratorsverksamhet. Kuratorerna borde — liksom tidigare — vara anställda hos huvudmännen för de anstalter, till vilka de äro knutna. Till deras löner borde staten lämna bidrag med 50 procent, under förutsättning att lönerna icke understego vissa angivna minimibelopp.

Förslaget har hittills ej föranlett proposition till riksdagen.

Sammanfattning. Å sid. 30—31 ha sammanställts huvuddragen av statsbidragssystemet för den slutna kroppssjukvården i länsregi. En förteckning över gällande kungörelser finns i bilaga 1 å sid. 190.

De väsentligaste föreliggande, ännu ej avgjorda förslagen till ändring i eller utvidgning av statsbidragssystemet äro följande:

Tuberkulovården. 1941 års reumatikervårdssakkunnigas betänkande del II med utredning och förslag rörande efterbehandling och konvalescentvård (SOU 1944: 28): Statsbidrag föreslås utgå även till E-vården med samma belopp som för A-vården.

Epidemivården. Medicinalstyrelsen den 9 november 1945 med förslag om till 6 kronor förhöjt driftbidrag vid vård av patient, som insjuknat utomlands.

Kronikervården. Socialvårdskommitténs betänkande XIV angående ålderdomshem (SOU 1946: 52): Kvotreglerna för kronikervården borde helt slopas.

Statens sjukhusutrednings av år 1943 betänkande II angående den lasarettanslutna B-sjukvården jämte anstaltsvården av kroniskt sjuka (SOU 1947: 61): Kvotregeln för kronikervården föreslås ökad till 2 1/2 plats per 1 000 invånare med möjlighet för Kungl. Maj:t att bevilja bidrag till 3 1/2 plats.

Förlossningsvården. 1941 års befolkningsutrednings betänkande om förlossningsvården (SOU 1945: 50): Anläggningsbidragen föreslås höjda till 4 000 kronor per plats, oavsett om fråga är om ny- eller ombyggnad. För specialanstalter — intill 1 plats per 5 000 inv. — skulle driftbidraget utgå med kronor 6:50 och för övriga anstalter med kronor 4: — per dag; för väntehemmen dock med kronor 3: —. Tiodagarsgränsen skulle upphävas och bidrag utgå — oavsett var vården lämnas — även vid vård för komplikationer i samband med havandeskap och förlossning.

1941 års reumatikervårdssakkunnigas betänkande del II (SOU 1944: 28): E-avdelning för väntande mödrar och nyförlösta borde erhålla anläggningsbidrag med samma belopp som för A-vård samt driftbidrag med kronor 2: — per vård dag.

Medicinsk barnsjukvård. 1941 års reumatikervårdssakkunnigas betänkande del II (SOU 1944: 28): Statsbidrag föreslås utgå även till E-sjukvården med samma belopp som för A-sjukvården.

Reumatikervården. 1941 års reumatikervårdssakkunnigas betänkande del II (SOU 1944: 28) och del III (SOU 1945: 41): Anläggningsbidrag föreslås utgå med 15 000 kronor för specialavdelning, 10 000 kronor för annan A-avdelning och 5 000 kronor för E-avdelning, allt per plats. Driftbidraget borde för inomlänspatienter sättas till 3 kronor och för utomlänspatienter till 4 kronor per dag.

Könssjukvården. Medicinalstyrelsen den 28 augusti 1944 med förslag om 2 kronors driftbidrag för specialavdelningar för könssjuka.

Kuratorsverksamheten. Kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande del I angående effektiviserad kurators- och arbetsförmedlingsverksamhet för partiellt arbetsföra (SOU 1946: 24): 50 % statsbidrag föreslås utgå till sjukhuskuratorernas avlöningar.

Kap. 2. Statsbidragens betydelse för de kommunala huvudmännen.

Statsbidragssakkunniga ha ansett sig böra med siffermaterial söka belysa statsbidragens betydelse för de kommunala huvudmännen. Med hänsyn till att fråga är om att skapa sig en endast ungefärlig bild av förhållandena ha de sakkunniga funnit sig kunna avstå från att införskaffa primäruppgifter från de olika huvudmännen och övriga parter. För ifrågavarande ändamål synes det tillfyllest att utnyttja det material, som redan finnes hopsamlat och delvis bearbetat. Detta utgöres av medicinalstyrelsens årliga berättelser om hälso- och sjukvården i riket, vilka i vad avser den slutna sjukvården grunda sig på de olika sjukhusens årsberättelser.

Som i skilda sammanhang framhållits, bland annat av statens sjukhusutredning av år 1943 i dess betänkande rörande den förvaltningsekonomiska statistiken vid kroppssjukhusen (SOU 1944: 47), är detta primärmaterial ur många synpunkter mindre tillfredsställande. För den bearbetning, som statsbidragssakkunniga nu verkställt, ha de mest framträdande bristerna varit, att sjukvårdsinrättningarna ej genomgående uppdelats efter huvudmän utan i stället sammanförts rent geografiskt. En indelning efter administrativa gränser finnes visserligen i den av statistiska centralbyrån utgivna publikationsserien Kommunernas finanser, där emellertid sjukvårdskostnaderna för städerna utanför landsting ej särskilt redovisats. Vidare har ej någon tillförlitlig uppdelning gjorts mellan kapitalkostnader och driftkostnader. Även i medicinalstyrelsens statistik är denna gräns svävande.

I statsbidragssakkunnigas utredningar har materialet så långt möjligt uppdelats på de olika huvudmännen. Denna indelning har komplicerats

genom förhandenvaron av avtal om samarbete mellan flera huvudmän för driften av vissa sjukhus. Samtliga samarbetsavtal ha emellertid ej kunnat beaktas utan blott de mera betydande såsom beträffande Karolinska sjukhuset, Serafimerlasarettet och vissa barnsjukhus i Stockholm, Akademiska sjukhuset i Uppsala, Norrköpings lasarett, Hälsingborgs lasarett, barnbörds-, barn- och epidemisjukhus samt Gävle lasarett. Fördelningen av antalet platser m. m. mellan olika huvudmän har därigenom ej kunnat bli fullt exakt. Statistiska förskjutningar ha sannolikt ägt rum mellan bl. a. de två minsta icke-landstingsstäderna i förhållande till kringliggande landstingsområden, vilket till en del torde förklara de exceptionella siffror, som delvis framkomma för städerna Hälsingborg och Gävle samt — i viss utsträckning — Gävleborgs län. Ifrågavarande områden kunna därför ej återopas som normalfall.

Det hade givetvis varit av stort intresse att följa utvecklingen under en längre period. Med hänsyn till de ovan anförda redovisningssvårigheterna samt då de ekonomiska förutsättningarna under de senaste åren avsevärt förändrats — bland annat till följd av betydande löneregleringar — ha statsbidragssakkunniga blott undantagsvis behandlat förhållandena för annat än det sista vid de sakkunnigas bearbetning föreliggande fullständiga redovisningsåret, vilket varit kalenderåret 1944. Av särskilt intresse hade varit en analys av förhållandena under den allra senaste tiden, särskilt för år 1947, då verkningarna av de beslutade löneregleringarna fullt framträdde.

I den följande redogörelsen är renodlad den kroppssjukvård, som år 1944 var länsvis organiserad, d. v. s. tuberkulos-, epidemi-, kroniker-, förlossnings- och barnsjukvården liksom den allmänna lasarettsvården. I undersökningen ingår även psykiatrisk lasarettsvård.

Såvida ej annat angivits har blott den av landstingen och städerna drivna sjukvården medtagits. Vård såväl å allmänt som å enskilt rum ingår i tabellerna.

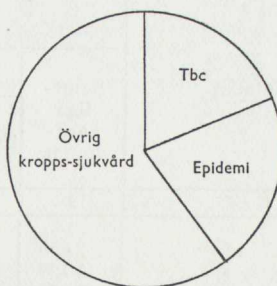
Statsbidragssakkunniga ha till en början sökt klarlägga statsbidragens omfattning. Det visar sig därvid att statsbidragssektorn har successivt utvidgats. Förhållandena belysas av efterföljande *diagram*, där uppgifter sammanställts för åren 1914, 1924, 1934 och 1944. Vidare ha medtagits av huvudmännen år 1946 planerade utvidgningar. Från år 1914, då sektorn var blott 16 %, har den successivt utvidgats till 41 % 1924, 47 % 1934 och 54 % 1944. Tages hänsyn till de utvidgningar, som landstingen och städerna utanför landstingen enligt en av statsbidragssakkunniga gjord och i ett senare kapitel närmare redovisad enquête planera att verkställa under 1950-talet, skulle sektorn, då dessa planer kunnat realiseras, komma att ytterligare stiga. Av de planerade platserna falla två tredjedelar inom statsbidragssektorn. Vid bedömandet av förenämnda siffror må emellertid framhållas, att männen år 1946 planerade utvidgningar. Från år 1914, då sektorn var blott sådan vård, som bedrivs av landsting och städer utanför landsting, utan all sådan sluten kroppssjukvård, som av medicinalstyrelsen redovisats i den officiella statistiken.

Diagram. Statsbidragssektorns storlek vid olika tidpunkter.

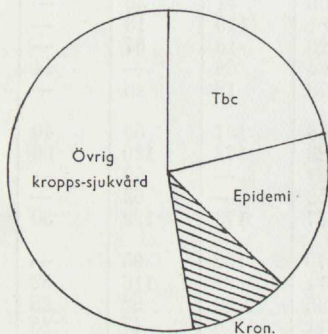
År 1914



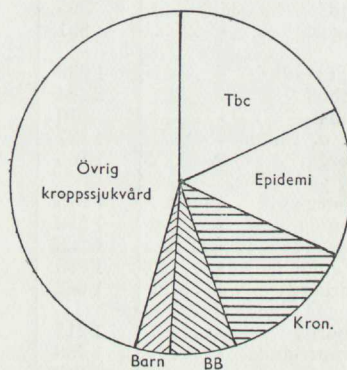
År 1924



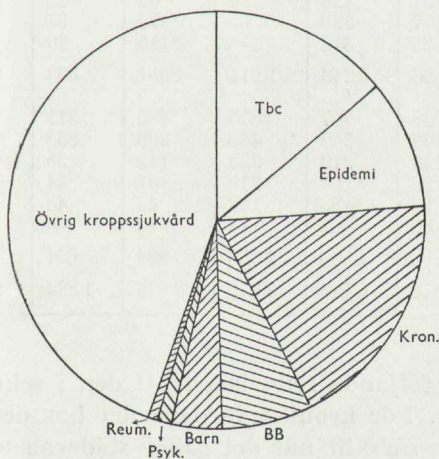
År 1934



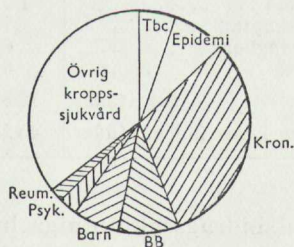
År 1944



1950-talet



1946 års planer



Förkortningar: Tbc = lungtuberkulosvård, epidemi = epidemisjukvård, kron. = kronisk sjukvård, BB = barnbördsvård, barn = medicinsk barnsjukvård, psyk. = psykiatrisk lasarettssjukvård, reum. = reumatisk lasarettsvård och övrig kroppssjukvård = sjukvård inom sådana vårdgrenar, som fallit utanför statsbidragssektorn.

Uppgifterna avse antalet vårdplatser; ifråga om 1946 års planer dock endast nya sådana platser.

Tabell A. Fördelning av antalet vårdplatser på statsbidragsunder-

	Huvudman	Antal platser						
		Samtliga vårdgrenar	därav inom statsbidragssektorn					
			tbc-vård	epidemi-vård	kronikervård	BB-vård	barn-sjuk-vård	S:a statsbidragssektorn
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Stockholms län	2 055	328	286	130	159	44	947
2	Uppsala »	1 127	166	203	86	89	50	594
3	Södermanlands »	1 274	132	230	150	83	—	595
4	Östergötlands »	1 404	222	229	106	114	34	705
5	Jönköpings »	1 556	222	310	209	95	54	890
6	Kronobergs »	772	184	108	41	36	—	369
7	Kalmar läns norra	542	120	81	119	13	—	333
8	» » södra	807	173	120	16	57	—	366
9	Gotlands län	395	120	64	66	—	14	264
10	Blekinge »	851	212	178	18	46	—	454
11	Kristianstads »	1 232	201	166	131	59	40	597
12	Malmöhus »	2 444	351	323	172	129	66	1 041
13	Hallands »	810	156	164	—	52	—	372
14	Göteb. o. Bohus »	1 127	246	252	—	62	—	560
15	Älvsborgs »	1 865	466	267	173	122	30	1 058
16	Skaraborgs »	1 315	254	179	102	95	—	630
17	Värmlands »	1 596	299	211	91	116	52	769
18	Örebro »	1 288	225	246	30	92	28	621
19	Västmanlands »	1 093	163	211	126	47	25	572
20	Kopparbergs »	1 882	413	322	128	75	24	962
21	Gävleborgs »	1 211	222	257	—	71	—	550
22	Västernorrlands »	1 768	497	166	—	150	—	813
23	Jämtlands »	840	251	128	20	32	28	459
24	Västerbottens »	1 629	477	229	—	72	24	802
25	Norrbottnens »	1 533	596	316	—	115	20	1 047
26	S:a landsting	32 416	6 696	5 246	1 914	1 981	533	16 370
27	Stockholm	6 469	838	707	875	485	311	3 216
28	Göteborg	3 071	503	360	438	206	233	1 740
29	Malmö	1 511	153	210	335	111	55	864
30	Norrköping	796	128	64	212	31	44	479
31	Hälsingborg	622	98	98	152	43	48	439
32	Gävle	349	60	61	44	18	—	183
33	S:a städer	12 818	1 780	1 500	2 056	894	691	6 921
34	S:a landsting o. städer	45 234	8 476	6 746	3 970	2 875	1 224	23 291

Statsbidragssakkunniga ha i det följande redovisat blott den i sekundärkommunal regi drivna sjukvården. För kronikervårdens del har det dock varit svårt att göra en avgränsning, särskilt när det gäller städerna utanför landsting. De officiella siffrorna ha i allmänhet följts, dock att för icke-landstingsstäders del hänsyn tagits till resultaten av vissa specialundersökningar. För epidemivårdens del ha de två städer inom landsting, som bilda egna

stödda vårdgrenar och övrig sluten sjukvård per ³¹/₁₂ 1944.

	Relativ fördelning i %							
Samtliga utanför statsbidragssektorn	Inom statsbidragssektorn						Samtliga utanför statsbidragssektorn	
	tbc-vård	epidemi-vård	kroniker-vård	BB-vård	barn-sjukvård	S:a statsbidragssektorn		
9	10	11	12	13	14	15	16	
1 108	16.0	13.9	6.3	7.7	2.1	46.0	54.0	1
533	14.7	18.0	7.6	7.9	4.4	52.6	47.4	2
679	10.4	18.0	11.8	6.5	—	46.7	53.3	3
699	15.8	16.3	7.6	8.1	2.4	50.2	49.8	4
666	14.3	19.9	13.4	6.1	3.5	57.2	42.8	5
403	23.8	14.0	5.3	4.7	—	47.8	52.2	6
209	22.1	14.9	22.0	2.4	—	61.4	38.6	7
441	21.4	14.9	2.0	7.1	—	45.4	54.6	8
131	30.4	16.2	16.7	—	3.5	66.8	33.2	9
397	24.9	20.9	2.1	5.4	—	53.3	46.7	10
635	16.3	13.5	10.6	4.8	3.2	48.4	51.6	11
1 403	14.4	13.2	7.0	5.3	2.7	42.6	57.4	12
438	19.3	20.3	—	6.4	—	46.0	54.0	13
567	21.8	22.4	—	5.5	—	49.7	50.3	14
807	25.0	14.3	9.3	6.5	1.6	56.7	43.3	15
685	19.3	13.6	7.8	7.2	—	47.9	52.1	16
827	18.7	13.2	5.7	7.3	3.3	48.2	51.8	17
667	19.8	19.1	2.8	7.1	2.2	51.0	49.0	18
521	14.9	19.3	11.5	4.3	2.3	52.3	47.7	19
920	21.9	17.1	6.8	4.0	1.3	51.1	48.9	20
661	18.3	21.2	—	5.9	—	45.4	54.6	21
955	28.1	9.4	—	8.5	—	46.0	54.0	22
381	29.9	15.2	2.4	3.8	3.3	54.6	45.4	23
827	29.3	14.1	—	4.4	1.5	49.3	50.7	24
486	38.9	20.6	—	7.5	1.3	68.3	31.7	25
16 046	20.7	16.2	5.9	6.1	1.6	50.5	49.5	26
3 253	13.0	10.9	13.5	7.5	4.8	49.7	50.3	27
1 331	16.4	11.7	14.3	6.7	7.6	56.7	43.3	28
647	10.1	13.9	22.2	7.4	3.6	57.2	42.8	29
317	16.1	8.0	26.6	3.9	5.5	60.1	39.9	30
183	15.8	15.8	24.4	6.9	7.7	70.6	29.4	31
166	17.2	17.5	12.6	5.2	—	52.5	47.5	32
5 897	13.9	11.7	16.0	7.0	5.4	54.0	46.0	33
21 943	18.7	14.9	8.5	6.4	2.7	51.2	48.8	34

epidemidistrikt — Eskilstuna och Örebro — inräknats i vederbörande lands-
ting.

I tabell A har närmare redovisats antalet vårdplatser år 1944 inom den se-
kundärkommunalt organiserade vården. Statsbidragssektorn omfattar i all-
mänhet ungefär hälften av all sluten kroppssjukvård. De individuella varia-
tionerna från område till område äro emellertid betydande. Ett mycket högt

Tabell B. Fördelning av antalet vårddagar på statsbidrags-

Huvudman		A n t a l v å r d d a g a r						
		Samt- liga vård- grenar	därav inom statsbidragssektorn					
			thc-vård	epidemi- vård	kroni- kervård	BB-vård	barn- sjuk- vård	S:a stats- bidrags- sektorn
1		2	3	4	5	6	7	8
1	Stockholms län	686 242	101 138	53 376	44 627	60 223	15 406	274 770
2	Uppsala »	324 229	60 745	18 392	29 621	26 664	22 196	157 618
3	Södermanlands »	420 050	46 125	33 705	55 287	33 380	—	168 497
4	Östergötlands »	453 920	74 554	30 788	37 409	49 656	13 549	205 956
5	Jönköpings »	465 132	79 832	44 241	54 386	29 370	2 278	210 107
6	Kronobergs »	253 791	58 219	21 508	14 882	16 045	—	110 654
7	Kalmar läns norra »	166 936	29 867	10 473	42 633	8 059	—	91 032
8	» » södra »	250 415	55 880	19 197	4 908	20 948	—	100 933
9	Gotlands län	113 979	34 299	6 696	20 394	—	810	62 199
10	Blekinge »	255 955	73 775	23 673	4 421	17 959	—	119 828
11	Kristianstads »	474 201	70 323	31 095	45 562	34 733	13 911	195 624
12	Malmöhus »	836 063	103 592	49 062	60 964	48 596	31 693	293 907
13	Hallands »	266 996	55 082	24 072	—	21 069	—	100 223
14	Göteb. o. Bohus »	330 317	78 782	30 356	—	23 045	—	132 183
15	Älvsborgs »	598 301	154 710	49 025	56 478	49 178	13 024	322 415
16	Skaraborgs »	426 560	68 701	39 799	35 209	30 559	—	174 268
17	Värmlands »	506 254	91 503	36 711	28 669	50 190	14 464	221 537
18	Örebro »	375 425	71 600	29 035	1 165	34 510	10 834	147 144
19	Västmanlands »	341 256	50 397	27 614	46 345	22 088	4 613	151 057
20	Kopparbergs »	529 348	130 214	31 933	24 379	28 021	7 923	222 470
21	Gävleborgs »	374 839	69 771	30 678	—	27 097	—	127 546
22	Västernorrlands »	655 159	164 828	41 141	—	57 378	—	263 347
23	Jämtlands »	286 433	92 013	31 606	6 822	11 415	10 710	152 566
24	Västerbottens »	563 756	162 325	61 843	—	29 689	10 073	263 930
25	Norrbottnens »	560 428	181 723	76 327	—	33 870	8 727	300 647
26	S:a landsting	10 515 985	2 159 998	852 346	614 161	763 742	180 211	4 570 458
27	Stockholm	1 937 534	244 001	95 063	288 750	152 482	92 983	873 279
28	Göteborg	990 790	162 137	52 201	141 133	77 504	63 156	496 131
29	Malmö	466 213	62 342	30 629	110 705	33 856	18 919	256 451
30	Norrköping	242 202	35 989	9 178	73 966	13 117	14 459	146 709
31	Hälsingborg	162 192	20 591	9 929	51 156	11 480	2 604	95 760
32	Gävle	97 611	21 670	8 383	13 762	6 639	—	50 454
33	S:a städer	3 896 542	546 730	205 383	679 472	295 078	192 121	1 918 784
34	S:a landsting och städer	14 412 527	2 706 728	1 057 729	1 293 633	1 058 820	372 332	6 489 242

Anmärkning: Uppgifterna för epidemivården avse medeltalet för åren 1935—1944.

antal platser inom bidragssektorn redovisas för Kalmar norra, Gotlands och Norrbottens läns landsting med 61 à 68 %. Särskilt få platser inom statsbidragssektorn har Malmöhus läns landsting, blott 43 % av totalantalet. — Den höga procentsatsen av 71 för Hälsingborg torde böra ses mot bakgrunden av att denna stad i egen regi i huvudsak bedriver specialiserad och till-

understödda vårdgrenar och övrig sluten sjukvård år 1944.

	Relativ fördelning i %							
Samtliga utanför statsbidragssektorn	Inom statsbidragssektorn						Samtliga utanför statsbidragssektorn	
	tbc-vård	epidemi-vård	kroniker-vård	BB-vård	barn-sjukvård	S:a statsbidragssektorn		
9	10	11	12	13	14	15	16	
411 472	14.6	7.8	6.5	8.8	2.3	40.0	60.0	1
166 611	18.7	5.7	9.1	8.2	6.8	48.5	51.5	2
251 553	11.0	8.0	13.2	8.0	—	40.2	59.8	3
247 964	16.4	6.8	8.2	10.9	3.0	45.3	54.7	4
255 025	17.2	9.5	11.7	6.3	0.5	45.2	54.8	5
143 137	22.9	8.5	5.9	6.3	—	43.6	56.4	6
75 904	17.9	6.3	25.5	4.8	—	54.5	45.5	7
149 482	22.3	7.7	1.9	8.4	—	40.3	59.7	8
51 780	30.1	5.9	17.9	—	0.7	54.6	45.4	9
136 127	28.8	9.3	1.7	7.0	—	46.8	53.2	10
278 577	14.8	6.6	9.6	7.3	3.0	41.3	58.7	11
542 156	12.4	5.9	7.3	5.8	3.8	35.2	64.8	12
166 773	20.6	9.0	—	7.9	—	37.5	62.5	13
198 134	23.8	9.2	—	7.0	—	40.0	60.0	14
275 886	25.9	8.2	9.4	8.2	2.2	53.9	46.1	15
252 292	16.1	9.3	8.3	7.2	—	40.9	59.1	16
284 717	18.0	7.3	5.7	9.9	2.9	43.8	56.2	17
228 281	19.1	7.7	0.3	9.2	2.9	39.2	60.8	18
190 199	14.8	8.0	13.6	6.5	1.4	44.3	55.7	19
306 878	24.6	6.0	4.6	5.3	1.5	42.0	58.0	20
247 293	18.6	8.2	—	7.2	—	34.0	66.0	21
391 812	25.1	6.3	—	8.8	—	40.2	59.8	22
133 867	32.1	11.1	2.4	4.0	3.7	53.3	46.7	23
299 826	28.8	10.9	—	5.3	1.8	46.8	53.2	24
259 781	32.4	13.6	—	6.0	1.6	53.6	46.4	25
5 945 527	20.5	8.1	5.8	7.3	1.8	43.5	56.5	26
1 064 255	12.6	4.9	14.9	7.9	4.8	45.1	54.9	27
494 659	16.3	5.3	14.2	7.8	6.4	50.0	50.0	28
209 762	13.4	6.6	23.7	7.3	4.0	55.0	45.0	29
95 493	14.9	3.8	30.5	5.4	6.0	60.6	39.4	30
66 432	12.7	6.1	31.5	7.1	1.6	59.0	41.0	31
47 157	22.2	8.6	14.1	6.8	—	51.7	48.3	32
1 977 758	14.0	5.3	17.4	7.6	4.9	49.2	50.8	33
7 923 285	18.8	7.3	9.0	7.3	2.6	45.0	55.0	34

lika statsbidragsunderstödd sjukvård, under det att den allmänna lasarettsvården drives i samarbete med vederbörande landsting.

De betydande variationerna uppkomma därigenom, att vårdbehovet inom statsbidragssektorn tager olika utrymme i anspråk inom de olika sjukvårdsområdena. Detta gäller särskilt tuberkulosvården. De av tuberkulos

Tabell C. Antalet vårdplatser och vård dagar

Huvudman		Antal vårdplatser per 1000 invånare							Samtliga utanför statsbidragssektorn
		Samtliga vårdgrenar	därav inom statsbidragssektorn					S:a statsbidragssektorn	
			tbc-vård	epidemi-vård	kronikervård	BB-vård	barnsjuk-vård		
1		2	3	4	5	6	7	8	9
Stockholms län	.....	6·81	1·09	0·95	0·43	0·53	0·14	3·14	3·67
Uppsala	»	7·98	1·18	1·44	0·61	0·63	0·35	4·21	3·77
Södermanlands	»	6·49	0·67	1·17	0·77	0·42	—	3·03	3·46
Östergötlands	»	5·56	0·88	0·91	0·42	0·45	0·13	2·79	2·77
Jönköpings	»	6·28	0·90	1·25	0·84	0·38	0·22	3·59	2·69
Kronobergs	»	5·06	1·21	0·71	0·27	0·23	—	2·42	2·64
Kalmar läns norra	.....	5·90	1·31	0·88	1·29	0·14	—	3·62	2·28
» södra	.....	5·87	1·26	0·87	0·12	0·41	—	2·66	3·21
Gotlands län	.....	6·65	2·02	1·08	1·11	—	0·24	4·45	2·20
Blekinge	»	5·79	1·44	1·21	0·12	0·32	—	3·09	2·70
Kristianstads	»	4·92	0·80	0·66	0·52	0·24	0·16	2·38	2·54
Malmöhus	»	7·82	1·12	1·04	0·55	0·41	0·21	3·33	4·49
Hallands	»	5·30	1·02	1·07	—	0·34	—	2·43	2·87
Göteb. o. Bohus	»	5·62	1·23	1·25	—	0·31	—	2·79	2·83
Älvsborgs	»	5·59	1·40	0·80	0·52	0·36	0·09	3·17	2·42
Skaraborgs	»	5·42	1·05	0·74	0·42	0·39	—	2·60	2·82
Värmlands	»	5·91	1·11	0·78	0·34	0·43	0·19	2·85	3·06
Örebro	»	5·55	0·97	1·06	0·13	0·40	0·12	2·68	2·87
Västmanlands	»	6·22	0·93	1·20	0·72	0·27	0·14	3·26	2·96
Kopparbergs	»	7·46	1·64	1·28	0·51	0·30	0·09	3·82	3·64
Gävleborgs	»	5·18	0·95	1·10	—	0·30	—	2·35	2·83
Västernorrlands	»	6·40	1·80	0·60	—	0·54	—	2·94	3·46
Jämtlands	»	5·88	1·76	0·89	0·14	0·22	0·20	3·21	2·67
Västerbottens	»	7·23	2·12	1·01	—	0·32	0·11	3·56	3·67
Norrbottnens	»	6·79	2·64	1·40	—	0·51	0·09	4·64	2·15
S:a landsting		6·17	1·28	1·00	0·36	0·38	0·10	3·12	3·05
Stockholm	.....	10·20	1·32	1·12	1·38	0·76	0·49	5·07	5·13
Göteborg	.....	10·56	1·73	1·24	1·50	0·71	0·80	5·98	4·58
Malmö	.....	9·24	0·93	1·28	2·05	0·68	0·34	5·28	3·96
Norrköping	.....	10·79	1·73	0·87	2·87	0·42	0·60	6·49	4·30
Hälsingborg	.....	9·69	1·53	1·52	2·37	0·67	0·75	6·84	2·85
Gävle	.....	8·65	1·49	1·51	1·09	0·44	—	4·53	4·12
S:a städer		10·12	1·40	1·18	1·62	0·71	0·55	5·46	4·66
S:a landsting och städer		6·94	1·30	1·03	0·61	0·44	0·19	3·57	3·37

Anm. Antalet vårdplatser och vård dagar avser förhållandena ^{31/12} 1944 resp. hela år 1944, under det att invånarantalet avser medelfolkmängden för åren 1943—45. I fråga om antalet vård dagar inom epidemivården grunda sig dock beräkningarna i utjämnings syfte på medeltalet för åren 1935—44.

tidigare mycket betungade områdena ha ett betydande antal vårdplatser, under det att de relativt tuberkulosfria områdena icke alls behövt utbygga vården i samma utsträckning. De i befolkningshänseende ungefär lika stora Södermanlands och Norrbottens läns landsting ha 130 resp. 600 tuberkulos-

i förhållande till invånarantal år 1944.

Antal vård dagar per invånare							
Samtliga vårdgrenar	därav inom statsbidragssektorn						Samtliga utanför statsbidragssektorn
	tbc-vård	epidemi-vård	kroniker-vård	BB-vård	barnsjuk-vård	S:a statsbidragssektorn	
10	11	12	13	14	15	16	17
2-29	0-33	0-20	0-15	0-20	0-05	0-93	1-36
2-30	0-43	0-13	0-21	0-19	0-16	1-12	1-18
2-14	0-24	0-17	0-28	0-17	—	0-86	1-28
1-80	0-30	0-12	0-15	0-20	0-05	0-82	0-98
1-88	0-32	0-18	0-22	0-12	0-01	0-85	1-03
1-67	0-38	0-14	0-10	0-11	—	0-73	0-94
1-82	0-33	0-11	0-46	0-09	—	0-99	0-83
1-82	0-41	0-14	0-03	0-15	—	0-73	1-09
1-92	0-58	0-11	0-34	—	0-02	1-05	0-87
1-74	0-50	0-16	0-03	0-12	—	0-81	0-93
1-89	0-28	0-12	0-18	0-14	0-06	0-78	1-11
2-68	0-33	0-16	0-19	0-16	0-10	0-94	1-74
1-75	0-36	0-16	—	0-14	—	0-66	1-09
1-65	0-39	0-15	—	0-12	—	0-66	0-99
1-79	0-46	0-15	0-17	0-15	0-04	0-97	0-82
1-76	0-28	0-16	0-15	0-13	—	0-72	1-04
1-87	0-34	0-14	0-11	0-18	0-05	0-82	1-05
1-62	0-31	0-13	0-01	0-15	0-04	0-64	0-98
1-94	0-29	0-15	0-26	0-13	0-03	0-86	1-08
2-10	0-51	0-13	0-10	0-11	0-03	0-88	1-22
1-61	0-30	0-13	—	0-12	—	0-55	1-06
2-37	0-59	0-15	—	0-21	—	0-95	1-42
2-01	0-64	0-23	0-05	0-08	0-07	1-07	0-94
2-50	0-72	0-28	—	0-13	0-04	1-17	1-33
2-48	0-80	0-34	—	0-15	0-04	1-33	1-15
2-00	0-41	0-16	0-12	0-15	0-03	0-87	1-13
3-06	0-38	0-17	0-45	0-24	0-14	1-38	1-68
3-41	0-56	0-18	0-48	0-27	0-22	1-71	1-70
2-85	0-38	0-19	0-67	0-21	0-12	1-57	1-28
3-28	0-49	0-12	1-00	0-18	0-20	1-99	1-29
2-53	0-32	0-16	0-80	0-18	0-04	1-46	1-03
2-42	0-54	0-21	0-34	0-16	—	1-25	1-17
3-08	0-43	0-18	0-53	0-23	0-15	1-52	1-56
2-21	0-42	0-17	0-19	0-16	0-06	1-00	1-21

platser. Det kan för övrigt antecknas att i Norrbottens län kommer ungefär 60 % av samtliga platser på tuberkulos- och epidemivården mot 34 % för riket i dess helhet.

Av stort intresse är även antalet vård dagar, enär utnyttjandegraden av platserna företer variationer. Detta gäller särskilt epidemivården men även tuberkulosvården. För att eliminera tillfälligheter ha i fråga om epide-

mivården de efterföljande beräkningarna grundats på medeltalet för den sista 10-årsperioden 1935—44. Av *tabell B* framgår, att statsbidragssektorn för riket i dess helhet utgör 45 procent av samtliga vård dagar. Betydande individuella variationer föreligga naturligtvis även här. Ytterligheterna bland landstingsområdena representeras av Kalmar läns norra och Gotlands läns landsting, å ena sidan, och Gävleborgs läns landsting, å andra sidan, med en statsbidragssektor på 55 resp. 34 %.

I *tabell C* har redovisats antalet vårdplatser och vård dagar inom varje sjukvårdsområde i förhållande till invånarantalet.

Rikssiffran är 6,⁹⁴ platser per 1 000 invånare. Städerna utanför landsting ha ungefär 10 platser per 1 000 invånare mot något mer än 6 för landstingen. Högst bland dessa komma Uppsala och Malmöhus läns landsting med inemot 8 platser per 1 000 invånare och lägst Kronobergs och Kristianstads läns landsting — omkring 5 platser per 1 000 invånare. Det relativa platsantalet inom de olika vårdgrenarna företer stora variationer mellan de skilda huvudmännen. Detta framträder särskilt inom tuberkulos- och kronikervården. För barnsjukvården saknade flera huvudmän år 1944 egna specialavdelningar.

Det genomsnittliga antalet vård dagar per invånare för riket i dess helhet var 2,²¹. En påtaglig skillnad finnes även här mellan landsting och icke-landstingsstäder; siffrorna äro 2,⁰⁰ resp. 3,⁰⁸. Göteborg, Norrköping och Stockholm ligga högst med 3,⁴¹, 3,²⁸ resp. 3,⁰⁶ vård dagar per invånare, följda av Malmö — 2,⁸⁵. Icke något enda landstingsområde når denna nivå. Den högsta siffran bland dessa är för Malmöhus läns landsting — 2,⁶⁸. Högst ligga även Västerbottens och Norrbottens läns landsting, omkring 2,⁵⁰ vård dagar per invånare. Längst ned återfinnas Kronobergs, Göteborgs och Bohus, Örebro och Gävleborgs läns landsting med ett vård dagsantal per invånare å 1,⁶⁰ å 1,⁷⁰. Även antalet vård dagar per person inom de olika vårdgrenarna varierar områdena emellan.

Man kan sålunda konstatera, att utbyggnadsgraden varierar högst avsevärt från område till område.

Statsbidragssakkunniga ha försökt analysera statsbidragens kommunal-finansiella betydelse i relation till skatteunderlag och uttaxeringsbehov för sjukvården i övrigt. Detta har emellertid stött på flera svårigheter. Vad till en början beträffar posten »statens driftbidrag» ha de sakkunniga icke ansett det erforderligt att i medicinalstyrelsen låta bearbeta de exakta uppgifterna rörande de bidrag, som inom varje särskild vårdgren utanordnats för de olika anstalterna. Då bidragen utgå två gånger om året och då antalet bidragsberättigade anstalter uppgår till ungefär 500, skulle detta ha medfört ett betydande arbete. De sakkunniga ha i stället nöjt sig med de siffror, som finnas intagna i den officiella statistiken under rubriken »inkomst av statsbidrag». Detta blir emellertid så till vida missvisande, som bidragen utgå halvårsvis i efterskott och av huvudmännen redovisas i den mån de inflyta. En eftersläpning i förhållande till huvudmännens egna utgifter uppstår. Då varken förlossningsvården eller barnsjukvården ha sär-

redovisats i den officiella statistiken, ha de sakkunniga för dessa vårdgrenar dock varit nödsakade att taga del av de utanordningslistor och rekvisitioner, som finnas i medicinalstyrelsen. Vid bedömande av inkomsterna av statsbidrag må betonas, att gällande kvotbestämmelser i avsevärd utsträckning begränsat statens andel när det gäller kronikervården. Detta framträder i första hand för städerna utanför landsting. Vidare ha i några fall rekvisition av statsbidrag ej ingivits för anstalter, som fallit inom statsbidragsbestämmelserna.

När det gäller beräkningen av huvudmännens kostnader, har det över huvud taget varit svårt att exakt renodla driftkostnaderna.¹ Problemet kompliceras även genom att dessa kostnader måste uppdelas på dels den statsbidragsberättigade vården och dels den icke statsbidragsunderstödda vården. Visserligen lämnas en del av den statsbidragsberättigade vården på fristående anstalter, som uteslutande användas för ett visst ändamål; där uppstå icke några svårigheter. Men så snart det rör sig om inrättningar, som utnyttjas för icke blott statsbidragsunderstödd vård utan även annan vård, tillstöta redovisningssvårigheter, och dylika blandade anstalter äro i majoritet. Det är ju en vanlig företeelse, att t. ex. ett lasarett inrymmer icke blott allmän lasarettsvård utan även förlossnings- och barnsjukvård, kanske också tuberkulosvård, epidemivård och kronisk vård. Det torde vara otvetydigt, att vissa vårdgrenar äro mera kostnadskrävande än andra. För den utredning, varom nu är fråga, har det i förenklingssyfte likväl ansetts försvarligt att utan en detaljundersökning följa den redovisade genomsnittliga vårddagskostnaden såsom norm för all sjukvård inom vederbörande anstalt.

Med nu angivna reservationer kan följande konstateras — *tabell D*. Den för driftbidragens fixering i allmänhet tillämpade regeln om hälftendeling av nettokostnaden efter avdrag för inflytande patientavgifter är numera icke annat än undantagsvis en realitet. I förhållande till nettokostnaderna för driften utgör bidraget i genomsnitt för år 1944 för all statsbidragsberättigad vård 21 å 22 %. För de olika vårdgrenarna äro de genomsnittliga procentsatserna för tuberkulosvården 27 å 30, epidemivården 29, kronikervården 10, förlossningsvården 19 och barnsjukvården 9. Då bidraget är maximerat till visst belopp per vårddag, oavsett de faktiska vårdkostnaderna, och vårddagskostnaderna till följd av dyrortsförhållandena m. m. äro olika, är det självklart, att variationer i fråga om bidragsprocenten uppstå.

Vad tuberkulosvården beträffar må erinras om det särskilda tuberkulostillägget för områden med så hög tuberkulosfrekvens att den med 25 % överstiger riksmedeltalet. I de tuberkulostyngda områdena Västerbottens och Norrbottens län ha landstingen därigenom fått mer än 50 % av sina vårdkostnader för tuberkulosvården täckta. Samma sak gäller även Blekinge läns landsting. För övriga landstingsområden är bidragsprocenten i allmänhet 25 å 30 %. Till följd av de höga vårddagskostnaderna stannar procentsatsen för Stockholms stad vid 15 %.

¹ Driftkostnaderna ha beräknats efter samma grunder, som medicinalstyrelsen tillämpat vid sin statistiska bearbetning av kostnaderna för allmän hälso- och sjukvård för år 1944.

Tabell D. Statsbidrag i procent av nettokostnaden för vården inom statsbidragssektorn år 1944.

Huvudman		Statsbidragens procentuella andel av nettokostnaden vid						
		tbc-vård		epi- demi- vård	kro- niker- vård	BB- vård	barn- sjuk- vård	S:a samtliga vård- grenar inom stats- bidragssektorn
		exkl. tbc- tillägg	inkl. tbc- tillägg					exkl. tbc- tillägg
1		2	3	4	5	6	7	8
1	Stockholms län	29.1	—	29.9	22.3	12.2	8.0	20.7
2	Uppsala »	27.6	—	26.5	22.4	17.0	7.6	19.8
3	Södermanlands »	31.3	—	32.9	25.0	25.9	—	28.7
4	Östergötlands »	32.6	—	33.2	26.2	33.2	21.2	31.1
5	Jönköpings »	27.1	—	33.0	24.7	30.6	17.0	28.5
6	Kronobergs »	32.6	—	40.3	21.0	32.4	—	32.7
7	Kalmar läns norra	33.5	—	36.7	15.9	41.4	—	28.8
8	» » södra	35.1	—	24.0	19.8	19.3	—	27.1
9	Gotlands län	20.3	22.2	25.6	20.2	—	13.8	20.8
10	Blekinge »	50.4	51.7	30.4	15.3	30.4	—	37.9
11	Kristianstads »	32.9	—	38.1	27.4	18.6	22.9	28.3
12	Malmöhus »	24.5	—	23.8	29.3	17.7	14.0	21.6
13	Hallands »	31.3	—	33.7	—	20.7	—	28.5
14	Göteb. o. Bohus »	32.4	—	44.5	—	28.4	—	33.4
15	Älvsborgs »	25.4	—	30.1	27.1	23.8	—	24.6
16	Skaraborgs »	34.0	—	32.5	24.8	28.9	—	31.3
17	Värmlands »	20.2	—	33.3	14.8	13.2	18.0	19.0
18	Örebro »	25.1	—	24.4	—	16.8	16.2	21.5
19	Västmanlands »	27.9	—	33.6	22.7	26.6	21.1	27.3
20	Kopparbergs »	27.0	—	29.9	23.6	29.1	20.3	27.2
21	Gävleborgs »	32.5	—	41.1	—	16.4	—	28.5
22	Västernorrlands »	29.6	34.9	26.2	—	18.9	—	26.0
23	Jämtlands »	37.8	48.2	40.8	19.5	27.4	24.9	34.7
24	Västerbottens »	47.7	56.5	37.1	—	24.9	17.8	37.5
25	Norrbottens »	36.0	52.7	30.5	—	22.5	17.6	30.6
26	S:a landsting	33.6	35.2	31.6	23.2	21.8	14.1	26.8
27	Stockholm	15.0	—	20.0	4.0	16.2	4.2	11.6
28	Göteborg	22.6	—	21.4	3.7	13.0	5.1	12.2
29	Malmö	16.9	—	17.0	3.8	10.3	—	9.5
30	Norrköping	28.2	—	24.1	3.1	21.3	6.5	16.3
31	Hälsingborg	15.7	—	22.8	5.0	14.6	—	14.4
32	Gävle	28.8	—	34.8	12.4	38.1	—	29.5
33	S:a städer	18.2	—	20.4	4.0	15.3	4.4	12.1
34	S:a landsting och städer	27.0	29.7	28.5	10.3	19.4	8.8	21.2

Inom epidemivården föreligga likaledes betydande variationer. Största procentsatsen noteras för Göteborgs och Bohus läns landsting — 45 %. Även i Kronobergs, Gävleborgs och Jämtlands läns landsting täcker statsbidraget mer än 40 % av nettokostnaderna. Den lägsta procentsatsen bland landstingen ha Kalmar läns södra, Malmöhus och Örebro läns landsting, omkring

24 %. Låga siffror finnas för städerna utanför landstingen med ett genomsnitt på 20 %.

Inom kronikervården är variationsvidden betydligt mindre, när det gäller landstingen. Bidraget är högst i Malmöhus läns landsting, 29 %, och lägst i Blekinge och Värmlands läns landsting, 15 %. Städerna utanför landsting visa i allmänhet en låg procentuell andel; genomsnittet är till följd av gällande kvotbegränsningar av statsbidragen blott 4 %.

Inom barnbördsvården registreras den högsta procentuella andelen för Kalmar läns norra landsting, 41 %. Lägst bland landstingen komma Värmlands och Stockholms läns landsting, 12 à 13 %. Genomsnittet för städerna är lågt, 15 %.

För medicinsk barnsjukvård ligger Jämtlands läns landsting högst, 25 %, följt av Kristianstads läns landsting, 23 %. Lägst bland landstingen komma Stockholms och Uppsala läns landsting, omkring 8 %. Genomsnittet för städerna utanför landsting är blott 4 %.

En jämförelse mellan statsbidragen och skattekraften, mätt i antalet skattekronor per invånare, redovisas i *tabell E*. Skatteunderlaget har därvid i utjämnings syfte beräknats efter medeltalet för åren 1943—1945.

Driftbidragen för all sluten kroppssjukvård motsvara för riket i dess helhet 11 öre per skattekrone, men variationerna äro avsevärda; för landstingen är genomsnittssiffran 13 öre mot blott 7 öre för städerna utanför landsting. Högst kommer Norrbottens läns landsting (33 öre), följt av Västerbottens och Jämtlands läns landsting (28 resp. 23 öre). Relativt liten betydelse har bidraget bland landstingen haft för Stockholms, Södermanlands, Örebro, Västmanlands och Gävleborgs läns landsting, motsvarande 8 à 9 öre per skattekrone. För städerna utanför landsting har bidraget betytt mest för Gävle (14 öre) och minst för Stockholm och Malmö (6 öre).

Den totala uttaxeringen för sjukvårdens driftkostnader översteg, så vitt framgår av det tillgängliga statistiska materialet, för det här behandlade redovisningsåret — 1944 — i allmänhet blott med några ören 1 kr, samtidigt som den totala landstingsskatten uppgick till 2 kr 91 öre. Detta något överraskande resultat sammanhänger i viss utsträckning med redovisningsmetoderna. Då emellertid samma metoder tillämpats för samtliga huvudmän, torde siffrorna ändå kunna belysa driftkostnadernas individuella variationer områdena emellan.

Gotlands läns landsting intager en särställning; dess driftutgifter motsvarade en uttaxering per skattekrone av ej mindre än kr 1:54. Därefter komma Västernorrlands, Norrbottens och Västerbottens läns landsting, där driftutgifterna motsvarade en uttaxering per skattekrone om kr 1:40, 1:39 resp. 1:34, samtidigt som den totala uttaxeringen uppgick till 3:49, 4:13 resp. 3:95. Bland landstingen hade Skaraborgs och Västmanlands läns landsting de lägsta siffrorna — 78 öre per skattekrone. Genomsnittet för landstingens del — kr 1:01 — var emellertid icke obetydligt lägre än medeltalet för städerna utanför landsting, kr 1:14.

Tabell E. Skatteunderlag, invånare, landstingsskatt, huvudmännens

	H u v u d m a n	Antal skatte- kronor Medeltal åren 1943—1945	Antal invånare Medeltal åren 1943— 1945	Skatte- kronor per invånare Medeltal åren 1943— 1945	Total lands- tings- skatt Medel- tal åren 1943— 1945	Huvudmännens tillskott utanför statsbidrags- sektorn	
						Kronor	Motsv. uttax. per skatte- kr.
	1	2	3	4	5	6	7
1	Stockholms län	5 341 460	301 995	17·69	2·50	4 068 743	0·76
2	Uppsala »	2 061 598	141 232	14·60	2·40	778 352	0·38
3	Södermanlands »	2 843 032	196 236	14·49	2·65	1 693 734	0·60
4	Östergötlands »	3 075 488	252 395	12·18	2·63	1 822 344	0·59
5	Jönköpings »	2 922 772	247 578	11·81	2·80	1 873 202	0·64
6	Kronobergs »	1 378 119	152 520	9·04	3·03	915 715	0·67
7	Kalmar läns norra	893 034	91 808	9·73	2·90	576 083	0·64
8	» » södra	1 459 839	137 390	10·63	2·83	991 018	0·68
9	Gotlands län	561 903	59 438	9·45	3·67	516 394	0·92
10	Blekinge »	1 555 094	146 935	10·58	3·07	1 028 877	0·66
11	Kristianstads »	2 703 159	250 532	10·79	2·80	1 609 066	0·60
12	Malmöhus »	4 531 095	312 469	14·50	2·67	3 189 530	0·70
13	Hallands »	1 723 643	152 935	11·27	2·50	1 149 548	0·67
14	Göteb. o. Bohus »	2 180 606	200 627	10·87	2·60	1 536 441	0·71
15	Älvsborgs »	4 099 065	333 946	12·27	2·50	2 214 160	0·54
16	Skaraborgs »	2 572 854	242 700	10·60	2·75	1 384 464	0·54
17	Värmlands »	3 121 118	270 170	11·55	3·40	2 517 890	0·81
18	Örebro »	3 419 549	232 271	14·72	2·57	1 970 896	0·57
19	Västmanlands »	2 640 770	175 634	15·04	2·73	1 434 122	0·54
20	Kopparbergs »	3 492 113	252 146	13·85	3·00	2 369 406	0·68
21	Gävleborgs »	2 507 264	233 574	10·73	3·43	2 098 735	0·84
22	Västernorrlands »	2 851 793	276 051	10·33	3·49	2 684 189	0·94
23	Jämtlands »	1 489 456	142 863	10·43	3·35	914 823	0·61
24	Västerbottens »	2 163 241	225 415	9·60	3·95	2 089 067	0·97
25	Norrbottnens »	2 561 835	225 828	11·34	4·13	2 329 961	0·91
26	S:a landsting	64 149 900	5 254 688	12·21	2·91	43 756 760	0·68
27	Stockholm	18 202 658	634 266	28·70	·	12 542 835	0·69
28	Göteborg	6 498 799	290 876	22·34	·	3 405 177	0·52
29	Malmö	3 255 205	163 601	19·90	·	1 867 615	0·58
30	Norrköping	1 205 004	73 768	16·34	·	835 686	0·69
31	Hälsingborg	1 241 334	64 202	19·34	·	685 642	0·55
32	Gävle	637 919	40 370	15·80	·	511 164	0·80
33	S:a städer	31 040 919	1 267 083	24·50	·	19 848 119	0·64
34	S:a landsting och städer	95 190 819	6 521 771	14·60	·	63 604 879	0·67

Anmärkning. Årsannuiteten är beräknad efter 30 års amorteringstid och 3 % ränta.

tillskott och statsbidrag till den slutna sjukvården år 1944.

Driftkostnader						Anläggningskostnader	
Statsbidragssektorn				Huvudmännens tillskott till vården såväl utanför som inom statsbidragssektorn		Totalt hittills beviljat anläggningsbidrag	
Totalt statligt bidrag		Huvudmännens tillskott					
Kronor	Motsv. uttax. per skattekr.	Kronor	Motsv. uttax. per skattekr.	Kronor	Motsv. uttax. per skattekr.	Kronor	Årsannuiteten motsv. uttax. per skattekr.
8	9	10	11	12	13	14	15
415 018	0-08	1 593 212	0-30	5 661 955	1-06	1 161 000	0-01
229 757	0-11	929 406	0-45	1 707 758	0-83	755 000	0-02
269 347	0-09	669 653	0-23	2 363 387	0-83	843 000	0-02
358 161	0-12	794 742	0-26	2 617 086	0-85	604 000	0-01
371 834	0-13	933 754	0-32	2 806 956	0-96	1 251 000	0-02
201 833	0-15	415 796	0-30	1 331 511	0-97	485 000	0-02
128 468	0-14	317 981	0-36	894 064	1-00	408 000	0-02
174 933	0-12	471 164	0-32	1 462 182	1-00	356 000	0-01
99 344	0-18	349 897	0-62	866 291	1-54	354 000	0-03
231 331	0-15	368 399	0-24	1 397 276	0-90	714 000	0-02
309 724	0-11	786 529	0-29	2 395 595	0-89	758 000	0-01
462 548	0-10	1 681 280	0-37	4 870 810	1-07	1 552 000	0-02
185 950	0-11	465 928	0-27	1 615 476	0-94	521 000	0-02
255 579	0-12	508 916	0-23	2 045 357	0-94	812 000	0-02
514 592	0-13	1 579 719	0-39	3 793 879	0-93	890 000	0-01
285 476	0-11	626 263	0-24	2 010 727	0-78	808 000	0-02
340 370	0-11	1 449 209	0-46	3 967 099	1-27	1 088 000	0-02
259 731	0-08	948 015	0-28	2 918 911	0-85	547 000	0-01
236 428	0-09	628 305	0-24	2 062 427	0-78	423 000	0-01
387 492	0-11	1 038 274	0-30	3 407 680	0-98	807 000	0-01
233 323	0-09	586 379	0-23	2 685 114	1-07	1 295 000	0-03
542 949	0-19	1 317 772	0-46	4 001 961	1-40	1 106 000	0-02
345 881	0-23	499 366	0-34	1 414 189	0-95	1 112 000	0-04
597 746	0-28	798 338	0-37	2 887 405	1-34	1 479 000	0-03
838 285	0-33	1 227 444	0-48	3 557 405	1-39	1 894 000	0-04
8 276 100	0-13	20 985 741	0-33	64 742 501	1-01	22 023 000	0-02
1 060 133	0-06	8 075 700	0-44	20 618 535	1-13	1 262 000	0-00
579 590	0-09	4 154 116	0-64	7 559 293	1-16	652 000	0-01
199 139	0-06	1 897 766	0-58	3 765 381	1-16	329 000	0-01
127 073	0-11	653 139	0-54	1 488 825	1-23	58 000	0-00
98 608	0-08	588 233	0-47	1 273 875	1-03	239 000	0-01
90 012	0-14	215 459	0-34	726 623	1-14	215 000	0-02
2 154 555	0-07	15 584 413	0-50	35 432 532	1-14	2 755 000	0-00
10 430 655	0-11	36 570 154	0-38	100 175 033	1-05	24 778 000	0-01

Av intresse har också varit att jämföra huvudmännens uttaxeringsbehov för vården inom statsbidragssektorn. I medeltal uppgår detta uttaxeringsbehov till 38 öre, samtidigt som statsbidraget motsvarar en uttaxering av 11 öre. För landstingen i allmänhet kräves en uttaxering på 33 öre per skattekrona, under det att inkomsten av statsbidragen representerar 13 öre. För städernas del äro motsvarande siffror 50 öre och 7 öre.

I fråga om anläggningsbidragen har en sammanräkning gjorts av totalsummorna av utbetalda bidrag med fördelning på huvudmännen. För att erhålla en mätare på bidragens kommunalfinansiella betydelse har dock icke denna totalsumma satts i relation till skatteunderlaget. I stället har framräknats den årliga annuitet, som erfordras för att vid 3 % ränta under en 30-årsperiod förränta anläggningsbidragen (annuitet 5,1 %). I relation till skatteunderlaget motsvarar denna annuitet i genomsnitt för riket ett öre per skattekrona. För städerna utanför landsting kommer man i genomsnitt icke ens upp till detta belopp; för landstingen däremot registreras en högsta siffra av 4 öre för två områden, nämligen Jämtlands och Norrbottens läns landsting. I övrigt motsvarar annuiteten blott ett eller annat öre i uttaxering. Uttaxeringsmässigt synas sålunda anläggningsbidragen ha spelat en mycket underordnad roll. Beaktas bör emellertid, att på grund av skatteunderlagets stegring under senare år jämförelsen ej blir helt rättvisande.

Kap. 3. Statsbidragssystemet i Danmark.

Enär de organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna för sjukvården som regel äro annorlunda utomlands än i vårt land torde anledning saknas att lämna en allmän översikt över statsbidragssystemet för den slutna sjukvården i främmande länder. De sakkunniga ha därför begränsat sig till en kort redogörelse för statsbidragssystemet i Danmark, där förhållandena äro relativt likartade med de svenska.

I Danmark ligger ansvaret för sjukvården hos amtsråds- och köbstads-kommunerna. Dessa utgöra en ungefärlig motsvarighet till de svenska landstingen och städerna utanför landsting, men ha i motsats till dessa endast en begränsad beskattningsrätt, i det att skatt till de förstnämnda utgår endast för fast egendom. De ha med anledning därav icke samma ekonomiska bakgrund som de svenska landstingen. Den danska staten har också sedan länge lämnat bidrag till sjukvården. Statsbidragssystemet för den slutna sjukvården är utformad som ett kombinerat generellt och speciellt system. För sjukvården i allmänhet utgår nämligen ett generellt driftbidrag men för vissa vårdgrenar lämnar staten ett särskilt stöd.

Det speciella bidragssystemet omfattar vård för epidemiska, veneriska och tuberkulösa sjukdomar.

Enligt 1915 års lag om åtgärder mot smittosamma sjukdomar lämnas fri sjukvård för personer som lida av tyfus, paratyfus, dysenteri eller därmed besläktad sjukdom, difteri, scharlakansfeber, smittsam hjärnhinneinflammation eller akut barnförlamning, samt under vissa förhållanden av kikhosta och mässling.

Till förevarande vård lämnar staten i princip full ersättning. Bidraget bestämmes för ett år i sänder och utgår f. n. med 10 kronor per vård dag. För patienter med scharlakansfeber utgår tills vidare vid penicillinbehandling ett särskilt bidrag om 55 kronor per patient.

Enligt bestämmelserna för könssjukvården lämnar staten f. n. ett bidrag på kr. 8: 50 per sjuk dag.

Ifråga om såväl medicinsk som kirurgisk tuberkulosvård utgår ett bidrag med tre fjärdedelar av driftkostnaderna. Bidraget är emellertid maximerat till kr. 4: 50 per dag på tuberkulossjukhusen och -sanatorierna samt till kr. 1: 75 per dag för kustsanatorier och konvalescenthem för tuberkulospatienter.

Det enda anläggningsbidrag, som förekommer, avser uppförande av tuberkulosanstalter. Bidraget är satt till hälften av byggnadskostnaderna men därjämte maximerat till kr. 2 500 per plats. Detta belopp fastställdes år 1924 och har trots senare framställningar ej därefter förhöjts.

Det generella driftbidraget var under åren 1937—1946 konstruerat på så sätt, att kommunerna fingo ett tillskott av 3 kronor per invånare. En begränsning infördes dock i det att tillskotten icke finge överstiga $\frac{2}{3}$ av kommunernas sammanlagda nettoutgifter för sjukhusdriften under det senaste räkenskapsåret. Invånarbidragen motiverades med att man ville ge samtliga kommuner ett visst grundtillskott till täckande av de nödvändigaste utgifterna, under det att vad som låg därutöver borde bäras av kommunerna själva. Till följd av ökade driftkostnader kom emellertid bidraget ej att uppnå den procentuella andel det ursprungligen varit avsett för. Så uppgick t. ex. för året 1944—1945 amtrådens sjukhusutgifter till cirka 32 miljoner kronor, under det att statsverkets tillskott stannade vid 12 miljoner kronor.

År 1946 ändrades emellertid grunderna. Bidraget per invånare höjdes till 5 kronor per person. Därjämte infördes ett särskilt vård dagsbidrag om kr. 3: 50 per vård dag för all sluten sjukvård med undantag för sådan vård, till vilken staten på annat sätt lämnar särskild ersättning, nämligen epidemisk, venerisk och tuberkulosvård. Summan av invånare- och vård dagsbidragen skulle slutligen ej få överstiga 75 % av kommunernas nettokostnader för sjukvården.

Statsbidragsbeloppen ha ytterligare höjts år 1948 — invånarbidraget är numera kr. 6: 25 och vård dagsbidraget kr. 4: 25. Begränsningsregeln ändrades också på så sätt att statens bidrag ej skulle få överstiga de totala driftutgifterna, varvid inkomsterna av patientavgifter beräknades uppgå till kr. 2: 50 per vård dag.

Vård dagsbidraget är förknippat med åtskilliga villkor. Så skola alla pla-

ner för uppförande, utvidgning, väsentliga ombyggnader och begränsningar eller nedläggande av kommunala sjukhus föreläggas inrikesministeriet. Detta skall vidare godkänna bl. a. regler om avlöning för sjukhusens fasta personal, såvida icke sådana bestämmelser finnas i det för kommunen gällande avlöningsreglementet, ävensom fastställa vårdavgifterna på sjukhusen. Det må för övrigt nämnas, att kommunerna enligt allmänna bestämmelser ha att följa de avlöningsregler för den fast anställda personalen, som av inrikesministern godkänts.

Det må slutligen framhållas, att ett särskilt sjukhusråd inrättats med uppgift att följa sjukhusväsendets utveckling och taga initiativ såväl till uppförande av för flera amt gemensamma anläggningar, t. ex. av specialavdelningar för större områden, som till genomförandet av sådana åtgärder för de olika sjukhusen, som syfta till ett mer effektivt utnyttjande av dessamma. Inrikesministern tillkallar ordföranden i rådet, varjämte inrikes- och finansministrarna tillsammans utse en medlem. Amtsrådsföreningen i Danmark nominerar tre och danska köbstadsföreningen två medlemmar, varjämte Köpenhamns kommun utser en ledamot. Sundhedsstyrelsen har därjämte en representant med rätt att deltaga i rådets förhandlingar men utan rösträtt.

Kap. 4. Kritik av nuvarande statsbidragssystem.

I direktiven för de sakkunnigas arbete uttalade föredragande departementschefen, att det nuvarande statsbidragssystemet inom landstingens hälso- och sjukvårdande verksamhet efter hand som systemet utvidgats till att omfatta nya vårdgrenar blivit alltmera osmidigt och administrativt tungrott och att det även sakligt sett lämnade rum för erinringar. Detta uttalande har närmast föranletts av svenska landstingsförbundets styrelses framställning den 18 januari 1946 om översyn och omläggning av statsbidragsgrunderna på ifrågavarande område ävensom av de yttranden, som avgåvos över nämnda framställning. Då de synpunkter, som lett fram till kravet på ändrade statsbidragsgrunder, mest utförligt redovisats i denna framställning, torde de sakkunnigas uppfattning i frågan böra redovisas i anslutning till de olika anmärkningar, som av förbundsstyrelsen riktas mot det nuvarande statsbidragssystemet.

Förbundsstyrelsen anmärker, att det nuvarande statsbidragssystemet i första hand kännetecknades av bristande enhetlighet. Varje vårdform hade sina särskilda bestämmelser, och dessa avveke i regel sins emellan. Administrationen komplicerades därigenom och arbetets omfång ökades. Kravet på större enhetlighet gjorde sig enligt förbundsstyrelsens mening därför med styrka gällande.

Såsom av den förut lämnade översikten framgår har det nu gällande statsbidragssystemet framvuxit successivt. För varje ny vårdform, i fråga om vilken rätt till statligt stöd införts, har eftersträfvats att få de villkor i olika

hänseenden, som äro knutna till statsbidragsrätten, utformade så, att de speciella förhållandena inom respektive vårdgren i så stor utsträckning som möjligt bleve tillgodosedda. Så länge statsbidrag utgick endast för enstaka vårdgrenar, var härom intet att säga. Men ju mer den statsbidragsberättigade sjukvårdens omfattning ökar, dess större vikt bör tillmätas intresset att med uppoftande av mindre väsentliga särintressen åstadkomma ett visst mått av enhetlighet. Inom den slutna sjukvården — varom i detta sammanhang är tal — synes det de sakkunniga, som om utan egentlig olägenhet större enhetlighet skulle kunna komma till stånd och den nuvarande splittningen sålunda åtminstone delvis hävas. Kravet på större enhetlighet kan visserligen sägas vara av begränsad vikt, men man får å andra sidan ej förbise, att en rikhaltig flora av bestämmelser inom ett så naturligen avgränsat område som den slutna sjukvården tynger arbetet för de administrativa organen och lätt ger upphov till missförstånd, som kunna vålla sjukvårdens huvudmän ekonomiska förluster.

Landstingsförbundets styrelse har vidare — efter erinran om att statsbidragen tillkommit för att underlätta utbyggnaden av vissa vårdgrenar och att man förväntat att landstingen på grund av den ekonomiska stimulans statsbidragen innebure med särskild energi skulle ägna sig åt just den eller de vårdgrenarna — anfört, att detta resonemang otvivelaktigt vore riktigt, så länge statsbidrag funnes endast för en eller ett fåtal vårdgrenar. Men i samma mån som antalet dylika vårdgrenar växte bleve situationen den att man ej visste, med vilken man skulle börja. För att i konkurrensen mellan olika vårdbehov hävda ett visst behov låge det då nära till hands att höja statsbidraget för att detta skulle medföra avsedd verkan, såsom skett t. ex. beträffande kroniskt sjuka ävensom i föreliggande förslag rörande förlossningsvården. Även om ur rent landstingsekonomisk synpunkt en dylik ordning icke gärna kunde betraktas med motvilja, fann förbundsstyrelsen systemet i och för sig dock knappast vara tillfredsställande.

Enligt de sakkunnigas beräkningar omfattar den s. k. statsbidragssektorn — eller den del av den landstingskommunala slutna sjukvården, för vilken statsbidrag utgår — numera ungefär hälften av nämnda sjukvård. Med hänsyn tagen till planerade utbyggnader och till föreliggande förslag om utvidgad rätt till statsbidrag skulle om ungefär tio år statsbidragssektorn kunna beräknas omfatta inemot 60 procent av den slutna sjukvården. Det är därför naturligt att införande av möjlighet till statsbidrag för en viss vårdgren icke får samma verkan nu som vid statsbidragssystemets tillblivelse. Då kunde med ganska hög grad av säkerhet räknas med att ett önskemål hos statsmakterna om större prioritet vid utbyggnaden av sjukvården för en viss vårdgren kunde förverkligas genom att ställa i utsikt byggnads- och driftbidrag till nämnda vårdgren. Ju större statsbidragssektorn blir dess mera oberäkneliga bli emellertid verkningarna i stimulanshänseende av att en ny vårdgren tillföres statsbidragssektorn. Man kan visserligen utgå från att en dylik åtgärd får en gynnsam effekt, då eventuella ekonomiska betänkligheter från huvudmännens sida mot att bygga ut en viss vårdgren givetvis

måste bli mindre i och med att rätt till statsbidrag föreligger. Man är sålunda bibehållen vid möjligheten att genom statsbidrag stimulera till utbyggnad av en viss vårdgren framför en annan, icke statsbidragsberättigad vårdgren. Men däremot saknas vid nuvarande omfattning av statsbidragssektorn möjlighet att påverka utvecklingen såvitt det gäller att framhäva viss vårdgren framför annan, likaledes statsbidragsberättigad vårdgren. Stimulanssyftet förlorar med andra ord i effekt allteftersom stimulansmedlet får flitigare användning.

Förbundsstyrelsen pekar på såsom nära till hands liggande möjligheten att höja statsbidraget för att i konkurrensen mellan olika vårdbehov hävda något visst av dessa. Utan att här närmare ingå på vilka bakomliggande motiv som förelegat i fall då vid förslag till eller beslut om statsbidrag andelen av statsbidraget satts väsentligt högre än den eljest gängse vilja de sakkunniga bestämt avråda från att genom höjning av statsbidragsandelen införa ett extra medel att stimulera sjukvårdens huvudmän till åtgärder i viss önskad riktning. Vägen må vara framkomlig under en övergångstid. Men så småningom skulle resultatet säkerligen visa sig allenast ha blivit att statsbidragsandelen över lag undergått höjning. Sådan höjning bör emellertid ske efter mera rationella överväganden och endast för den händelse ett bedömande ur rent sakliga synpunkter ger utslag för ett kraftigare statligt stöd åt sjukvårdens huvudmän.

I förbundsstyrelsens framställning anföres vidare, att man vid statsbidragens fastställande utgått från en viss procentuell fördelning mellan stat och landsting av kostnaderna för vården och på grundval av en beräknad normalkostnad bestämt vissa maximibelopp för statens bidrag. Landstingen hade sålunda räknat med att få en viss kvotdel av sina kostnader täckt med statsmedel. På grund av statsbidragens maximering hade emellertid landstingen ensamma fått bära de med åren alltmera ökade kostnaderna, varför kostnadsfördelningen kommit att avsevärt förskjutas till landstingens nackdel. Det vore därför enligt förbundsstyrelsens mening ett rimligt krav att bidragsbestämmelserna med jämna mellanrum bleve föremål för översyn.

Det är riktigt att, såsom landstingsförbundets styrelse framhåller, landstingen på grund av statsbidragens maximering fått bära huvudparten av den ökning som skett till följd av de stegrade kostnaderna på hithörande område. Statsbidragsbeloppen ha nämligen icke ändrats trots inträffade förskjutningar i penningvärdet, och det statliga bidraget har därför nu icke samma värde för sjukvårdens huvudmän som från början. De sakkunniga sakna emellertid anledning att i detta sammanhang uttala någon mening om huruvida de önskemål om omedelbara höjningar av statsbidragens maximibelopp som sjukvårdens huvudmän under de gångna åren framfört bort tillgodoses. Den av landstingsförbundets styrelse framförda anmärkningen riktar sig nämligen icke i första hand mot konstruktionen av nuvarande statsbidragssystem utan avser närmast fördelningen mellan staten och huvudmännen av kostnaderna för den landstingskommunala sjukvården, en fråga varitill de sakkunniga senare skola återkomma.

Kravet på statlig fastställelse av planer för statsbidragsberättigade vårdgrenar försvårar enligt förbundsstyrelsens mening en önskvärd smidig anpassning av vårdorganisationen efter ändrade förhållanden och kunde leda till dröjsmål och kostnadsökningar. Den i ett par fall gällande begränsningen av statsbidraget till visst antal platser i förhållande till sjukvårdsområdets folkmängd kunde också visa sig hinderlig för vårdens rationella utbyggnad.

Då staten genom införande av statsbidrag för en vårdgren åtagit sig ansvaret för en del av kostnaderna för vårdgrenen, har staten därmed på ett annat sätt än tidigare fått intresse av att utbyggnaden av vårdgrenen skedde på ett rationellt sätt. För tillvaratagande av detta intresse har i några fall såsom villkor för åtnjutande av statsbidrag föreskrivits, att till medicinalstyrelsen insändes och av styrelsen fastställdes plan för vederbörande vårdgrens tillgodoseende inom sjukvårdsområdet. Härigenom erhöles alltså medicinalstyrelsen möjlighet att påverka sjukvårdsplaneringen inom länen.

Såvitt de sakkunniga ha sig bekant har icke gjorts gällande, att genom föreskriften om att medicinalstyrelsen skulle fastställa planer för statsbidragsberättigade vårdgrenar huvudmännens rörelsefrihet blivit på kännbart sätt beskuren. Den anmärkning som med utgångspunkt från den gångna tidens erfarenheter skulle kunna riktas mot ifrågavarande statsbidragsvillkor torde snarare vara den, att det hela mera tett sig som en formalitet utan reellt innehåll. En av anledningarna härtill torde ha varit, att så många osäkra faktorer göra sig gällande vid planerandet av landstingens slutna sjukvård att de planer som uppgöras varken formellt eller praktiskt kunna få någon bindande karaktär utan endast bli ett arbetsmaterial, vilket esomoftast underkastas justeringar. Huvudmännen anse det vid sådant förhållande innebära en onödig omgång att behöva underställa såväl de ursprungliga planerna som varje reviderad upplaga av desamma medicinalstyrelsen. Reellt sett medför osäkerheten beträffande planernas praktiska betydelse, att dessa ofta göras schematiska och endast redovisa befintliga vårdplatser; dylik redovisning gör uppenbarligen icke skäl för namnet plan.

Den nuvarande ordningen härutinnan kan enligt de sakkunnigas mening icke betecknas som tillfredsställande. Väl måste staten anses äga berättigade anspråk på att icke ställas helt utanför avgörandet av hur den sjukvård bör utbyggas, för vilken staten ikläder sig väsentliga utgifter. Men det bör eftersträvas att ett sådant statligt inflytande syftar positivt eller alltså till att trygga att avgörande beslut av sjukvårdens huvudmän föregås av ett fruktbärande samråd i syfte att tillföra ärendet allsidig expertis. De sakkunniga ämna i ett senare avsnitt framlägga vissa konkreta förslag i detta syfte.

Förbundsstyrelsen framhåller ytterligare, att det nuvarande statsbidragssystemet kan medföra bristande planmässighet i sjukvårdens utbyggande inom ett landstingsområde och leda till att den inbördes avvägningen mellan olika vårdbehov åtminstone tillfälligt snedvrides.

Den framförda synpunkten saknar enligt de sakkunnigas mening icke fog för sig. Det kan visserligen å ena sidan sägas, att det i åtskilliga fall

varit av behovet påkallat att genom igångsättande av en statlig utredning och genom framläggande av därpå grundade förslag väcka huvudmännens uppmärksamhet på angelägenheten av att taga krafttag för att bringa förhållandena på ett visst område i nivå med tidens krav. Men det statliga initiativet måste lida av ofullständighet så till vida, som rekommendationer för en uppbyggnad av viss vårdgren tillkommit utan föregående avvägning av vilka behov som inom de olika sjukvårdsområdena äro mest trängande. Saken kan uttryckas så, att den propagandaeffekt, som en statlig rekommendation alltid utövar, väl kan verka välgörande men samtidigt måhända leda till att inom ett visst län lika angelägna vårdbehov bli undanskymda.

Det påpekas därjämte av förbundsstyrelsen, att ovissheten huruvida statsbidrag kan komma att utgå till en vårduppgift lägger en viss hämsko på utvecklingen intill dess statsbidragsfrågan slutligt avgjorts. De långvariga utredningarna rörande reumatikervårdens organisation hade sålunda medfört, att under denna tid intet åtgjorts på detta vårdområde.

Riktigheten av den sålunda gjorda iakttagelsen torde icke kunna bestridas. Delvis är orsaken därtill den att man ej annat än i begränsad utsträckning ansett sig vid införande av statsbidrag för nya vårdgrenar kunna medgiva byggnadsbidrag för redan färdiga anläggningar, varigenom sådana landsting, som legat före i utvecklingen, relativt sett blivit ekonomiskt ogynnsamt ställda. Vid ett statsbidragssystem, som i princip bröte mot det nuvarande på bidrag till speciella vårdgrenar uppbyggda systemet, skulle nu nämnda olägenhet icke i samma mån göra sig gällande.

Slutligen har av förbundsstyrelsen åberopats, att varje nytt statsbidrag betydde en viss inskränkning i landstingens självstyrelse. Ett fortsatt beträdande av den nuvarande statsbidragsvägen kunde komma att leda till att landstingens bestämningsrätt bleve alltmer kringskuren och att landstingen i stor utsträckning bleve verkställighetsorgan för staten.

Ehuru det anförda av förbundsstyrelsen åberopats såsom ett tecken på att det nuvarande statsbidragssystemet vore behäftat med åtskilliga brister, synes argumentet i viss mån rikta sig mot all statlig bidragsgivning av större omfattning, oavsett det system efter vilket de statliga bidragen utgå, då statens intresse av medinflytande uppenbarligen måste bli större allt eftersom staten påtager sig större anpart av kostnaderna. Synpunkten bör därför beaktas i samband med att ställning tages till frågan, i vilken utsträckning staten lämpligen bör åtaga sig ekonomiskt delansvar för den landstingskommunala slutna sjukvården.

Ytterligare ett par synpunkter må här framhållas.

Den ena är den, vilken påpekats av statskontoret i dess yttrande över reumatikervårdssakkunnigas förslag, nämligen att det nuvarande statsbidragssystemet icke kan anses tillfredsställande ur skatteutjämningsynpunkt. Spörsmålet bragtes på tal av kommunalskatteberedningen i dess år 1943 avgivna betänkande med förslag till omläggning av den kommunala beskattningen m. m. Beredningen påpekade därvid, att för vårdplats eller vård dag lämnades i allmänhet bidrag med lika stora belopp för alla delar av landet utan avseende på de verkliga kostnaderna och landstingens eller stä-

dernas ekonomiska bärkraft. För att dylika bidrag skulle utgöra ett lika värdefullt stöd och en lika stark drivfjäder till hälso- och sjukvårdens förbättrande för alla landsting och städer, borde emellertid bidragsbeloppen avvägas med utgångspunkt från de på grundval av dyrhetsförhållandena och andra lokala faktorer verkligen uppkommande kostnaderna samt med beaktande av landstingens och städernas olika tillgång på skatteunderlag. De sakkunniga ämna senare upptaga till närmare dryftande frågan om möjligheten av att låta skattekraftsynpunkterna komma till uttryck vid utformningen av ett statsbidragssystem inom den slutna sjukvården. Det kan förutses, att härvidlag komma att uppställa sig avsevärda praktiska svårigheter, vilka måhända icke stå att helt övervinna. Men i princip äro de sakkunniga ense med statskontoret i dess påpekande av den brist, som i förevarande hänseende vidlåder det nu gällande statsbidragssystemet.

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation har i yttrande över bland annat befolkningsutredningens betänkande i förlossningsfrågan vänt sig mot att statsbidrag i en del fall utgår allenast till ett visst antal vårdplatser per tusen invånare, särskilt som dessa kvotregler understundom, t. ex. för kronikervårdens del, varit snävare för städerna utanför landstingen än för landstingen. Delegationen har därvid särskilt pekat på att sjukvårdens inriktning och omfattning förete stora variationer sjukvårdsområdena emellan och att det procentuella antalet vårdplatser, som på ett håll är tillfyllest, ofta icke är tillräckligt för ett annat område. Delegationen har därjämte framhållit, att då statsbidragskungörelserna innehålla bestämmelser om maximavgifter, vilka ofta understiga den eljest vedertagna sjukhustaxan, kvotregeln därigenom blir särskilt ogynnsam, då huvudmännen av kommunalrättsliga skäl måste hålla samma avgifter för all vård inom samma specialitet. De kunna sålunda ej reducera sina egna kostnader genom en högre avgift för beläggning av de platser, som ej äro statsbidragsberättigade.

Motivet för kvotreglerna har bland annat varit att åstadkomma en jämn utbyggnad. Statsbidragssakkunniga ha emellertid genom sina utredningar fått belägg för den uppfattningen, att vårdens inriktning, utbyggnad och omfattning förete variationer områdena emellan, vilka ha sin grund i sjukvårdsområdenas olika karaktär. Kvotreglerna till trots har sjukvården inom respektive specialitet i flera fall utbyggts utöver den angivna kvoten utan att fördenskull skäl funnits att tala om överdimensionering. Ett särskilt motiv har emellertid funnits för kvotregeln i fråga om den kroniska sjukvården. Gränsen mellan statsbidragsunderstödd kronisk sjukvård, som i princip bör ombesörjas i sekundärkommunal regi, och annan vård av åldringar, för vilken primärkommunerna svara, är flytande. Betydande delar av kronikervården meddelas i primärkommunal regi antingen av de sex städerna utanför landsting eller av städer och andra primärkommuner inom landsting. Dessa huvudmän ha ofta ej särskild anledning att särskilja kronikerklientelet från övriga ålderdomsfall. Bland annat mot denna bakgrund torde förhandenvaron av en kvotbegränsning böra ses. Uppmjukningar av kvotreglerna ha dock till följd av de förändrade förhållandena skett under senare år. Då vårdbehovet i städerna utanför landsting näppeli-

gen torde vara mindre än i övriga områden, synes ur vårdsynpunkt kritiken mot snävare kvotregler för städerna än för landstingen berättigad.

Vad delegationen invänt rörande kvotreglernas återverkningar på patientavgifterna för icke statsbidragsberättigade vårdplatser förlorar aktualitet i och med genomförandet av fri sjukhusvård, varom principbeslut föreligger.

Sjukvårdsdelegationen har i sitt nämnda yttrande även framhållit, att statsbidragssystemet i sin nuvarande utformning medför en onödig och olämplig bundenhet, i det att en vårdplats, som tilldelats anläggningsbidrag eller i vissa fall godkänts för driftbidrag, ej kan få disponeras för en annan vårdgren. En sådan alternativ beläggning vore ej möjlig med mindre särskilt tillstånd inhämtats i varje speciellt vårdfall. En barnbördsplats, för vilken anläggningsbidrag utgått, kunde ej utan sådant tillstånd ens temporärt få användas för annat än förlossningsvård, ehuru detta på grund av säsongsvariationerna inom förlossningsvården med relativt låg beläggnings-siffra under höstmånaderna kunde vara lämpligt. Ett byte mellan olika vårdgrenar inom statsbidragssektorn vore ej heller medgivet. Då sjukvården ständigt vore underkastad förändringar, följde också ett behov av att förändra dispositionen av vårdplatserna. En vårdplats kunde komma att behöva utnyttjas för annat sjukvårdsbehov än den ursprungligen varit avsedd för.

Den nu anförda anmärkningen synes ha ett visst fog för sig. Bundenheten torde vid oförändrade principer framträda så mycket mera vid en utvidgning av statsbidragssektorn till nya vårdgrenar. Behovet av att än för det ena än för det andra sjukvårdsändamålet använda de tillgängliga vårdplatserna torde också vara mera påtagligt för de sjukvårdsområden, som ha en långt driven specialisering av sin vård. Statsmakterna ha emellertid ej varit främmande för dessa synpunkter. Så må erinras om att särskilda regler om användning av epidemisjukhus för annat sjukvårdsändamål utfärdats för att möjliggöra ett bättre utnyttjande av epidemisjukhusen, som under långa tider kunna stå outnyttjade eller blott i mindre utsträckning äro ianspråktagna för sitt ursprungligen avsedda ändamål. Efter framställning av vederbörande epideminämnd kan nämligen medicinalstyrelsen lämna dispens för dylik användning för viss tid för vård av lättskötta sjuksjuka, tuberkulossjuka eller kroniskt sjuka. Epideminämnderna äga likaledes att för en tid av högst sex månader lämna tillstånd till beläggning av epidemisjukhus för vård av akut sjuka med annan smittsam sjukdom än de i 2 § epidemilagen nämnda, av lindrigt sjuka, som äro i behov av sjukhusvård, eller av konvalescenter.

En annan synpunkt, som även förtjänar framhållas, är att besvärliga komplikationer ur förvaltningssynpunkt uppkomma genom utvidgningen av statsbidragssektorn att omfatta allt flera vårdgrenar. Särskilt kommer detta till synes i föreliggande förslag till dylik utvidgning, enligt vilka själva vårdfallet skulle grundlägga rätt till statsbidrag, oavsett var vården lämnas. Därest en barnaföderska på grund av komplikation i följd av havandeskapet eller förlossningen eller eljest i anledning av kroppssjukdom, som därmed äger samband, intages för vård å lasarett eller sjukstuga, skulle sålunda

enligt befolkningsutredningens förslag statsbidrag utgå för hela vårdtiden. Likaledes förutsätta reumatikervårdssakkunniga, att ett reumatikerfall skulle grundlägga rätt till statsbidrag, även om vården lämnades på en avdelning för invärtes medicin eller vid odelat lasarett eller å sjukstuga. Skulle dessa förslag genomföras, finge man ett ytterligt betungande avräkningssystem, där måhända läkarattest skulle bli erforderlig för varje särskilt vårdfall.

Statsbidragssakkunniga få sammanfattningsvis uttala, att statsbidragssystemet ur synpunkten att stimulera till utbyggnad av viss vårdgren icke har samma effekt som tidigare. Särskilt med hänsyn till föreliggande förslag att utvidga statsbidragsrätten till vissa vårdfall oberoende av var vården lämnas tillstöta betydande administrativa komplikationer. Den bristande enhetligheten de speciella statsbidragsreglerna emellan är oläglig för dem, som skola handhava tillämpningen av reglerna. Även i övrigt är det nuvarande systemet förenat med brister, vilkas avhjälpande skulle vara tacknämligt för sjukvårdens huvudmän. De äro emellertid av den art, att tillräckligt hänsynstagande till desamma icke torde kunna ske allenast genom vissa justeringar av de nuvarande statsbidragsreglerna. De sakkunniga ämna därför i det följande undersöka möjligheterna att ersätta de nuvarande statsbidragsreglerna med ett enhetligt, efter principiellt andra grunder uppbyggt statsbidragssystem.

Kap. 5. Generella eller speciella bidrag.

Såsom bakgrund till frågan om utformningen av ett nytt statsbidragssystem för den slutna kroppssjukvården må erinras om följande.

När statsbidragssystemet för den slutna sjukvården i ett större sammanhang senast omprövades, skedde detta genom statens sjukvårdskommitté. I sitt den 17 maj 1934 dagtecknade betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket (SOU 1934: 22) uttalade kommittén som sin principiella ståndpunkt att staten — i syfte att dels underlätta vårdens tillgodogörande för de sjuka och dels möjliggöra en verklig minskning av framför allt landstingens tyngande sjukvårdsutgifter — borde åtaga sig vidgade ekonomiska förpliktelser för den slutna kroppssjukvårdens framtida drift. Kommitténs förslag innebar i enlighet härmed en icke oväsentlig ökning av statens utgifter för vissa delar av kroppssjukvården. Kommittén förklarade sig i vart fall icke beredd att tillstyrka ifrågasatt generell sänkning av då utgående driftbidrag, helst som enligt kommitténs förmenande landstingen borde i största möjliga utsträckning uppmuntras till att övertaga av primärkommunerna handhavd anstaltsvård.

Sjukvårdskommitténs uttalanden böra ses mot bakgrunden av det vid den tidpunkten rådande finansiella läget. Kommitténs arbete skedde under början av 1930-talet, d. v. s. under en tid av svår depression och tryckt konjunkturläge. Det landstingskommunala skatteunderlaget var i hög grad för-

sämrat, och många landsting hade till följd härav betydande ekonomiska svårigheter. Sedan dess har emellertid en påtaglig förbättring skett för landstingen. Skatteunderlaget har varit i stadig tillväxt. Skattecronetalet per invånare har för landstingens del nära tredubblats och avsättningar till nybyggnadsfonder ha skett. Några landsting äro praktiskt taget skuldfria. Det oaktat har på grund av penningvärdets fall samt sjukvårdens utbyggnad och differentiering någon sänkning av landstingens utdebiteringssats ej skett utan denna har snarare ökats. Tillika är konjunkturläget ovisst. Nya svårigheter kunna uppkomma för landstingen. De ökade omkostnaderna för sjukvården, icke minst på lönekontot, måste väsentligt påverka utdebiteringsbehovet inom landstingsområdena. De kommunala huvudmännen planera mycket betydande utvidgningar av den slutna sjukvården, vilket medför omfattande kapitalinvesteringar. Med det ökade antalet vårdplatser komma också huvudmännens totala driftutgifter att väsentligt stegras. Därjämte har landstingens verksamhetsområde utvidgats till att omfatta nya ändamål, medförande stigande utgifter. Vid sådant förhållande torde man — liksom skett i de sakkunnigas direktiv — böra räkna med att ett betydande behov av fortsatt statligt stöd åt landstingens slutna sjukvård kommer att föreligga.

De större städerna intaga i åtskilliga av de hänseenden, som vid övervägandet av hithörande spörsmål äro av intresse, en särställning i förhållande till landstingen. Dessa städers skatteunderlag är i allmänhet avsevärt högre än landstingens, sammanhängande med näringslivets struktur och befolkningsförhållandena. Genom att städerna utanför landstingen samtidigt utgöra primär- och sekundärkommuner, uppkomma — såsom i föregående kapitel antytts på tal om nuvarande kvotregler inom kronikervården — särskilda problem. Städernas särställning i förhållande till landstingen har också motiverat, att de undantagits från landstingsindelningen. Det allmänna statsbidragssystemet för sjukvården och de villkor, som äro förknippade därmed, ha tillkommit med tanke på landstingens förhållanden. Sedan har en applicering på städerna utanför landsting skett.

Mot bakgrunden av dessa förhållanden ha de sakkunniga diskuterat möjligheterna att hålla städerna utanför statsbidragssystemet och på annat sätt låta staten lämna kompensation för uteblivande statsbidrag till deras slutna kroppssjukvård. Då någon lämplig kompensationsgrund ej stått att finna, ha de sakkunniga avstått från att fullfölja förevarande tanke och i stället sökt inpassa städerna utanför landsting i det allmänna statsbidragssystem, som de sakkunniga föreslå.

Beträffande utformningen av det stöd, som bör lämnas landstingen, vilja de sakkunniga erinra om att statens sjukvårdskommitté till diskussion upptagit frågan om införande av allmänt driftbidrag till all specialvård vid lasarett. Kommittén anförde därvid följande.

I fråga om lasarettsväsendet har kommittén till en början haft under övervägande, huruvida icke staten borde lämna ett allmänt driftbidrag till all vid lasarett

eller därmed jämförliga anstalter knuten specialvård. Därigenom skulle ett utbyggnad och utnyttjande av denna specialvård i hög grad underlättas, särskilt i hårt skattetyngda landstingsområden, på samma gång som staten skulle beredas ökad möjlighet att befordra en planmässig utveckling av vården. Avsevärda svårigheter möta emellertid att finna enhetliga och i övrigt lämpliga grunder för en begränsning av statsbidraget till specialvårdens olika grenar. Under utredningens gång har ock visat sig, att ifrågavarande specialvård i stort sett kan ordnas länsvis och att förty statens medverkan icke är direkt påkallad av kraven på planmässighet. Kommittén har därför avstått från att framlägga förslag till ett dylikt allmänt driftbidrag.

De av sjukvårdskommittén berörda svårigheterna att finna enhetliga och i övrigt lämpliga begränsningsgrunder skulle försvinna, om det statliga driftbidraget ej begränsades till vissa vårdformer. Befogade invändningar mot att låta bidragen utgå till all länsvis bedriven sjukvård synas kunna framställas endast under antagande att specialvården skulle bli tillbakasett av landstingen, därest icke landstingen genom statliga bidrag stimulerades att ägna omsorg åt densamma, medan i fråga om den allmänna lasarettsvården samma behov av stimulansmedel icke föreläge. Någon dylik missgynnad ställning intager emellertid enligt de sakkunnigas uppfattning icke specialvården. De omfattande planer för utbyggnad av sjukvården, som vänta på ett förverkligande, visa för övrigt, att huvudmännen syfta till avsevärda investeringar såväl inom som utom statsbidragssektorn. Sjukvårdens huvudmän ha genom sitt ansvar mot sina lokala uppdragsgivare intresse av att få till stånd den bästa möjliga sjukvård och ha från dessa utgångspunkter all anledning att sörja för såväl den allmänna som den specialiserade sjukvården. Att intresse finnes även för specialiteter torde belysas av den pågående delningen av lasarett och ansträngningarna att inom varje sjukvårdsområde få åtminstone ett komplett centrallasarett, utrustat med samtliga specialiteter.

Anledning synes sålunda ej föreligga att begränsa bidraget till speciella vårdformer. Tvärtom torde ej minst ur administrativ synpunkt påtagliga fördelar vara att vinna med bidrag utan dylik begränsning. De sakkunniga förorda därför, att det nya bidragssystemet utsträcker till samtliga vårdgrenar, som lämpligen böra organiseras landstingsvis. Till frågan om bidragsformerna för centralt ordnad vård återkomma de sakkunniga i ett senare avsnitt.

Vad av de sakkunniga nu anförts har närmast syftat på bidragen till driften av landstingens slutna sjukvård. Det kunde synas som om likartade synpunkter borde anläggas även på anläggningsbidragen. Emellertid har det under utredningsarbetets gång visat sig, att då det gäller utformningen av det senare slaget av bidrag, särskilda synpunkter framkomma, vilka ej ha sin motsvarighet i fråga om driftbidragen. Dessa särskilda synpunkter ha föranlett de sakkunniga att förorda bibehållandet av systemet med speciella anläggningsbidrag för vissa vårdgrenar. De sakkunniga anse sig därför i det följande böra behandla drift- och anläggningsbidragen var för sig i nu nämnd ordning.

Kap. 6. Differentiering av driftbidragen efter skattekraft, sjukvårdsbehov m. m.

Tidigare gjorda uttalanden. Frågan om differentiering av statsbidrag efter skattekraft har bragts på tal av flera utredningar. Sålunda anförde *statens sjukvårdskommitté* följande.

Vad sjukvården angår kan man vid regleringen av statsbidragen enligt sjukvårdskommitténs mening tänka sig, att hänsyn toges till vårdbehovets olika storlek i olika delar av landet på så sätt, att för de landsdelar, där ett särskilt starkt vårdbehov föreligger, utöver de för landet i övrigt stadgade bidragen utgå särskilda bidrag, graderade efter vårdbehovet eller efter svårigheten att tillgodose detsamma. Däremot bör vid vårdbidragens bestämmande icke någon gradering ske med hänsyn till det totala skattetrycket eller till det skattetryck, som den allmänna sjukvården förorsakar. En rationell skatteutjämning skulle nämligen icke befrämmas på denna väg, eftersom statsbidrag ju icke utgå och icke kunna utgå till alla de allmänna uppgifter, som bestämma skattetrycket i landstingsområdet eller primärkommunen. För övrigt skulle en gradering av vårdbidragen i skatteutjämningssyfte förutsätta ett synnerligen vidlyftigt och invecklat arbete vid varje vårdbidrags fastställande samt en omfattande och dyrbar kontroll för att förhindra vederbörande landsting eller primärkommun från att orättmätigt bereda sig för högt vårdbidrag. Vårdbidrag och skatteutjämningsbidrag böra därför ej sammanblandas. I den mån icke genom överflyttning av uppgifter från det mindre till det större administrationsområdet och genom lämpliga, av skattetrycket oberoende vårdbidrag en tillräcklig skatteutjämning kan åstadkommas, bör följaktligen den erforderliga lättningen åt de mest skattetyngda kommunala enheterna beredas genom särskilda skatteutjämningsbidrag. Dylika skatteutjämningsbidrag äro enligt kommitténs mening redan för närvarande påkallade för landstingens vidkommande.

I sitt principbetänkande framhöll *skatteutjämningsberedningen* (SOU 1933: 4) följande.

Vad sjukvårdskommittén anført om reglering av statsbidragen efter enhetliga principer samt om önskvärdheten att icke sammanblanda vårdbidrag och skatteutjämningsbidrag stämmer väl överens med beredningens uppfattning, i den mån beredningen tagit ståndpunkt till spörsmålet. Med hänsyn till betydelsen av att vårdbidrag och skatteutjämningsbidrag hållas åtskilda, är beredningen tveksam i fråga om lämpligheten av att vissa vårdbidrag, speciellt för driften av tuberkulosanstalter, graderas efter vårdbehovets storlek på så sätt, att för de landsdelar, där särskilt starkt vårdbehov föreligger, utöver de för landet i dess helhet stadgade bidragen skulle utgå särskilda bidrag, utmätta efter vårdbehovet eller efter svårigheten att tillgodose detsamma. Enligt beredningens mening böra dylika tilläggsbidrag undvikas. Därest sådana särskilda, till landstingen i fall av behov utgående tilläggsbidrag komma till stånd, böra de ingå i skatteutjämningsbidragen, detta så mycket hellre som de landsting, vilka enligt kommittéförslaget skulle komma i åtnjutande av extra vårdbidrag till tuberkulosanstalterna, utan undantag höra till de mest skattetyngda.

Kommunalskatteberedningen gjorde följande uttalanden om differentiering av statsbidragen med hänsyn till skatteunderlag jämte vissa andra faktorer såsom sjukdomsfrekvens och dyrhetsförhållanden (SOU 1943: 43).

Statsbidragen till hälsovård och sjukvård utgå huvudsakligen till landsting och städer, som ej deltaga i landsting, vilka kommuner äro huvudmän för större delen av dessa verksamhetsgrenar. Fördelningen av kostnaderna för ifrågavarande ändamål mellan staten och de kommunala enheterna torde få anses någorlunda tillfredsställande, och den kommande utvecklingens krav kunna förväntas bli tillgodosedda genom det fortgående, planmässiga utbyggandet av statsbidragen till nya vårdgrenar. Beredningen har därför ansett sig sakna anledning att upptaga frågan om statsbidragens omfattning på detta område till närmare behandling. Beträffande bidragens utformning böra dock ur de synpunkter, som beredningen har att företräda, vissa önskemål framföras. Den anpassning av statsbidragen med hänsyn till sjukdomsfrekvensen i olika delar av landet, som skett genom statsbidragens utsträckande i vissa fall till ett ökat antal vårdplatser, är enligt beredningens mening ett betydelsefullt framsteg. En ytterligare förskjutning av bidragen i denna riktning är emellertid önskvärd och bör kunna ske, allteftersom de olika sjukdomarnas förekomst blir bättre klarlagd. De nuvarande bidragen utgå till stor del med fasta belopp till byggnadskostnader för inrättande av nya vårdplatser och till driftskostnader per vård dag. För vårdplats eller vård dag lämnas i allmänhet bidrag med lika stora belopp för alla delar av landet utan avseende å de verkliga kostnaderna och landstingens eller städernas ekonomiska bärkraft. För att dylika bidrag skola utgöra ett lika värdefullt stöd och en lika stark drivfjäder till hälso- och sjukvårdens förbättrande för alla landsting och städer böra emellertid bidragsbeloppen avvägas med utgångspunkt från de på grund av dyrhetsförhållandena och andra lokala faktorer verkligen uppkommande kostnaderna samt med beaktande av landstingens och städernas olika tillgång på skatteunderlag. För de skilda landstingsområdena och städerna utanför landsting skulle kunna beräknas bidragsbelopp, differentierade med hänsyn till de genomsnittliga kostnaderna uti respektive delar av landet, varefter dessa belopp borde jämkas i förhållande till de olika landstingens och städernas skatteunderlag. Det synes icke vara nödvändigt att därvid låta bidragsbeloppen följa skatteunderlagets växlingar år från år, utan fasta bidragsbelopp skulle kunna fastställas för längre tidsperioder på grundval av de ungefärliga skillnader i skatteunderlag, som i allmänhet förefinnas mellan de olika landstingens och städerna. För en avvägning av bidragen på antytt sätt, erfordras framför allt en ingående kännedom om förhållandena på hälso- och sjukvårdens område. Beredningen finner därför angeläget, att på detta område sakkunnig myndighet erhåller i uppdrag att verkställa en revision av statsbidragen till hälso- och sjukvården i syfte att åstadkomma en differentiering av bidragen enligt här förordade riktlinjer.

Gruppering av sjukvårdsområdena efter skilda faktorer. Vid sitt övervägande av frågan ha *statsbidragssakkunniga* funnit vad som anmärkts mot det nuvarande statsbidragssystemet motivera närmare undersökningar av möjligheterna att införa ett differentierat statsbidragssystem. Därvid har till en början gjorts ett försök att med beaktande av olika på sjukvårdskostnaderna influerande faktorer gruppera sjukvårdsområdena. Olika kriterier kunna därvid tänkas. Sjukvårdskommittén har bland annat pekat på vårdbehov och på svårigheterna att tillgodose detta behov. Kommunalskatteberedningen har ansett att en avvägning av bidragen borde ske med utgångspunkt från de på grund av dyrhetsförhållandena och andra lokala faktorer verkligen uppkommande kostnaderna samt med beaktande av områdenas tillgång på skatteunderlag.

Att finna någon allmängiltig indelningsgrund torde ej vara möjligt. För-

utom de ovan anförda faktorerna kunna andra förhållanden anses vara av betydelse, såsom befolkningens åldersfördelning och sociala struktur, kommunikationsförhållanden m. m.

Vid avvägningen av de olika faktorerna ha statsbidragssakkunniga ansett sig böra bortse från vårdkostnaderna. Dessa bero ej endast på dyrhetsförhållandena utan även på sådana faktorer som sjukvårdens standard, graden av rationalisering och effektivisering av organisationen m. m., vilka faktorer ej böra i den mån de inverka höjande på kostnaderna jämväl få påverka statsbidragets storlek. Enahanda är förhållandet med det sammanlagda uttaxeringsbehovet. En hög uttaxering kan sammanhånga med svagt skatteunderlag, väl utbyggd vård, hög standard eller också bero på områdets skattepolitik. Däremot torde skattekraften, mätt efter antal skattekrönor per invånare, få anses vara av stor betydelse. Skattekrönet utgör en mätare på den ekonomiska bärigheten, vilken dock med hänsyn till olikhet i dyrhetsförhållanden ej är fullt tillförlitlig. De sakkunnigas utredningar ha givit belägg för uppfattningen att utbyggnadsgraden inom sjukvården står i viss proportion till skattekraften. På nu anförda grunder har skattekraften medtagits som en faktor vid en gruppindelning.

Önskvärt hade varit, om man kunnat erhålla en mätare på sjukvårdsbehovet i allmänhet. Detta har emellertid ej varit möjligt. Någon riksstatistik över sjukdomsfrekvensen i allmänhet finnes ej. Sjuklighet är ej ett entydigt begrepp, liksom ej heller det vårdbehov, som tager sig uttryck i platser på sjukvårdsanstalter. Det beror på olika faktorer, varvid icke minst den faktiska tillgången på vårdplatser spelar stor roll. En viss växelverkan torde föreligga mellan efterfrågan och tillgång.

Platsbehovet torde bland annat vara avhängigt av befolkningens åldersfördelning inom vederbörande sjukvårdsområde. En hög barnfrekvens medför en påtaglig belastning för epidemi- och barnsjukhusen. Finnas relativt många åldringar, ökar detta behovet av sjukvårdsplatser i allmänhet och av kronikerplatser i synnerhet. Relativt få personer i de s. k. arbetsföra åldrarna medför slutligen en minskad produktivitet, varigenom skattekrönet hålles tillbaka. Med hänsyn till dessa faktorer ha de sakkunniga ansett befolkningens åldersfördelning böra ingå som ett moment vid en försöksindelning av sjukvårdsområdena i olika grupper.

Tuberkulosen är en entydigt bestämd sjukdom, som drabbat sjukvårdsområdena mycket olika. En hög tuberkulosfrekvens kräver stora ekonomiska insatser från huvudmännens sida, varigenom sjukvården på andra områden kanske måste eftersättas. De sakkunniga ha därför ansett sig böra medtaga tuberkulossiffrorna vid sin gradering av områdena. Därvid har i brist på andra uppgifter tuberkulosdödligheten per 1 000 invånare under den senaste 10-årsperioden fungerat som mätare på tuberkulosfrekvensen.

Bland andra faktorer som ekonomiskt och organisatoriskt ställa sig olika i de skilda områdena märkas kommunikationsförhållandena och bebyggelsens utformning. Inom ett område kan huvudparten av befolkningen vara samlad till några större centra, vilket gör det möjligt att koncentrera vården

Tabell F. Gruppering av sjukvårdsområdena med hänsyn till skattekraft, tbc-dödlighet, folktäthet och åldersfördelning.

Plats-nummer	Stigande antal skatte-kronor per invånare 1936—1945		Fallande tbc-dödlighet per 1 000 invånare 1936—1945		Stigande antal invånare per km ² 31/12 1945		Stigande antal personer i åldern 15—65 år 1 % av hela befolkningen 31/12 1940		Rangordning vid hänsyn till samtliga faktorer	
	Huvudman	kr.	Huvudman	%	Huvudman	inv.	Huvudman	%	Huvudman	Genom-snittlig rang-ordning
1	Kronoberg	6-06	Norrbottn	1-46	Norrbottn	2,3	Norrbottn	64-05	Västerbotten	3-0
2	Gotland	6-52	Västerbotten	1-18	Jämtland	3	Gotland	65-62	Gotland	4-5
3	Kalmar norra	6-73	Jämtland	1-09	Västerbotten	4,1	Västerbotten	66-28	Jämtland	5-0
4	Västerbotten	6-81	Västernorrland	1-07	Kopparberg	9	Kristianstad	66-87	Norrbottn	5-0
5	Jämtland	6-95	Gotland	1-04	Västernorrland	12	Kronoberg	67-14	Kronoberg	6-0
6	Västernorrland	7-32	Blekinge	0-94	Gävleborg	13	Kalmar norra	67-28	Västernorrland	7-5
7	Kalmar södra	7-34	Gävleborg	0-83	Värmland	16	Kalmar södra	67-28	Kalmar norra	9-1
8	Gävleborg	7-37	Gävle	0-83	Kronoberg	17	Blekinge	67-29	Gävleborg	9-4
9	Blekinge	7-49	Stockholms stad	0-82	Gotland	19	Malmöhus	67-84	Kalmar södra	10-1
10	Skaraborg	7-51	Kronoberg	0-79	Kalmar norra	21	Jämtland	67-89	Blekinge	11-8
11	Kristianstad	7-62	Kopparberg	0-78	Kalmar södra	21	Skaraborg	68-08	Värmland	12-9
12	Göteborg o. Bohus	7-66	Göteborg o. Bohus	0-74	Jönköping	24	Göteborg o. Bohus	68-09	Kopparberg	14-3
13	Värmland	8-09	Göteborgs stad	0-74	Östergötland	26	Halland	68-26	Göteborg o. Bohus	14-5
14	Halland	8-33	Värmland	0-72	Örebro	28	Östergötland	68-46	Kristianstad	14-8
15	Östergötland	8-72	Stockholms län	0-72	Västmanland	28	Västernorrland	69-01	Halland	16-3
16	Jönköping	8-73	Kalmar norra	0-69	Uppsala	29	Gävleborg	69-28	Skaraborg	16-8
17	Norrbottn	8-97	Kalmar södra	0-69	Älvsborg	29	Värmland	69-33	Skaraborg	17-5
18	Älvsborg	9-20	Halland	0-66	Skaraborg	30	Jönköping	69-51	Östergötland	17-9
19	Kopparberg	9-94	Uppsala	0-63	Södermanland	32	Älvsborg	69-57	Älvsborg	18-9
20	Malmöhus	10-51	Västmanland	0-62	Halland	33	Uppsala	69-69	Uppsala	19-3
21	Södermanland	10-71	Örebro	0-61	Göteborg o. Bohus	40	Södermanland	70-07	Malmöhus	20-0
22	Uppsala	10-79	Älvsborg	0-61	Kristianstad	41	Västmanland	70-32	Västmanland	20-1
23	Örebro	11-12	Kristianstad	0-61	Stockholms län	43	Kopparberg	70-87	Örebro	21-1
24	Västmanland	11-13	Jönköping	0-59	Blekinge	51	Stockholms län	70-91	Gävle	21-9
25	Gävle	12-94	Malmöhus	0-57	Malmöhus	62	Örebro	71-94	Stockholms län	22-3
26	Norrköping	13-35	Malmö	0-57	Norrköping	473	Norrköping	72-85	Södermanland	24-0
27	Stockholms län	13-70	Hälsingborg	0-57	Gävle	585	Hälsingborg	73-66	Stockholms stad	25-5
28	Hälsingborg	15-81	Skaraborg	0-56	Hälsingborg	1 260	Gävle	74-18	Göteborg	25-6
29	Malmö	16-65	Östergötland	0-53	Malmö	1 515	Malmö	75-40	Norrköping	26-9
30	Göteborg	18-34	Norrköping	0-53	Göteborg	2 571	Göteborg	75-53	Hälsingborg	27-3
31	Stockholms stad	24-79	Södermanland	0-49	Stockholms stad	4 899	Stockholms stad	78-72	Malmö	28-3
	Medeltal riket	11-07	Medeltal riket	0-75	Medeltal riket	16,3	Medeltal riket	70-17	Median Skaraborg	16,8
	Median Jönköping	8-73	Median Kalmar	0-69	Median Uppsala	29	Median Gävleborg	69-28		

till några större anstalter. På andra håll är befolkningen spridd med påföljd att flera små anstalter måste drivas, något som är ekonomiskt ofördelaktigt under förutsättning av likvärdig vård. Svårigheter föreligga emellertid att erhålla ett statistiskt mått på denna faktor. De sakkunniga ha vid sin försöksvis gjorda gruppering i klar insikt om dess brister använt befolknings-tätheten per km² såsom måttstock.

I anslutning till det anförda ha vid sjukvårdsområdenas gruppering räknats med skattekrantalet per invånare, avseende tiden 1936—1945, tuberkulosdödligheten per 1 000 invånare för samma tid, antalet invånare per km² den ³¹/₁₂ 1945 och procentuella antalet personer i åldern 15—65 år den ³¹/₁₂ 1940 — tidpunkten för den senast publicerade folkräkningen.

En vägning av faktorerna inbördes med hänsyn till deras olika betydelse kunde givetvis tänkas. Detta skulle emellertid förutsätta ingående utredningar, varför de sakkunniga vid sin överslagskalkyl ansett sig kunna stanna för att kanske något oegentligt låta varje faktor väga lika tungt. De olika områdena ha inbördes graderats så, att det område, som haft den oförmånligaste siffran, givits platssiffran 1 o. s. v. Områdena ha inplacerats efter stigande antal skattekronor per invånare, där området med det lägsta beloppet fått platssiffran 1. Efter stigande frekvens har placeringen skett även beträffande befolkningstäthet och procentuella antalet personer i de arbetsföra åldrarna. Efter fallande frekvens har däremot rangordningen skett i fråga om tuberkulosdödligheten, där det område, som haft den högsta dödligheten fått platssiffran 1. De på detta sätt erhållna platssiffrorna ha därefter adderats samman. På grundval av dessa slutsiffror har en slutlig rangordning mellan områdena erhållits.

Resultatet av denna försöksindelning redovisas i *tabell F*. Enligt denna skulle det ej finnas några sinsemellan klart avgränsade grupper, fränsett att den olika strukturen hos icke-landstingsstäderna i jämförelse med landstingen kommit till synes vid städernas placering. I fråga om varje särskild faktor skilja sig frekvenssiffrorna mellan två i rangordning bredvid varandra inplacerade landsting obetydligt från varandra. Över huvud framkommer ej någon gruppering, som skulle kunna bilda underlag för en differentiering av statsbidraget. De sakkunniga ha därför ej velat förorda ett sådant system, vilket dessutom sannolikt skulle giva upphov till stridiga uppfattningar bland huvudmännen. Det må i detta sammanhang omnämnas, att kommunalskatteberedningen varit inne på tanken att för primärkommunernas del kombinera invånarantal och jämförelsetal för de övriga å utgiftsbehovet inverkanse faktorerna till en sammansatt behovsfaktor för varje kommun. Detta projekt övergav emellertid beredningen på grund av den stora osäkerhet och stelhet, som måste vidlåda en sådan behovsfaktor med följd att resultatet kunde bli alltför ojämnt.

De sakkunniga ha även diskuterat möjligheten att i stället för en efter på förhand fastställda objektiva normer gjord gruppering av sjukvårdsområdena låta Kungl. Maj:t avgöra om och i vad mån vissa områden på grund

H u v d m a n	10-års medeltal				5-års medeltal				3-års medeltal									
	1931—40		1936—45		1931—35		1936—40		1941—45		1932—34		1941—43		1912—44		1943—45	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10								
1	Stockholms län	9-97	13-70	8-77	11-13	16-10	8-62	14-52	16-08	17-69	1							
2	Uppsala län	7-33	10-79	6-28	8-38	13-18	6-07	11-74	13-16	14-60	2							
3	Södermanlands län	7-04	10-71	5-72	8-35	13-01	5-45	11-57	13-13	14-49	3							
4	Östergötlands län	5-59	8-72	4-71	6-47	10-93	4-60	9-66	10-96	12-18	4							
5	Jönköpings län	5-84	8-73	4-70	6-97	10-44	4-57	9-09	10-46	11-81	5							
6	Kronobergs län	4-82	6-06	3-27	4-38	7-74	3-16	6-43	7-71	9-04	6							
7	Kalmar läns norra	4-30	6-73	3-56	5-00	8-48	3-44	7-24	8-56	9-73	7							
8	Kalmar läns södra	4-78	7-34	4-10	5-45	9-23	3-94	7-91	9-30	10-63	8							
9	Göteborgs län	4-13	6-52	3-55	4-71	8-30	3-42	7-27	8-48	9-45	9							
10	Blekinge län	4-92	7-49	4-34	5-50	9-46	4-28	8-42	9-53	10-58	10							
11	Kristianstads län	4-98	7-62	4-28	5-68	9-55	4-15	8-29	9-53	10-79	11							
12	Malmöhus län	7-05	10-51	6-12	8-02	13-01	5-88	11-54	13-06	14-50	12							
13	Hallands län	5-70	8-33	4-89	6-52	10-13	4-74	8-99	10-10	11-27	13							
14	Göteborgs o. Bohus län	5-05	7-66	4-34	5-76	9-61	4-18	8-64	9-75	10-87	14							
15	Älvsborgs län	6-16	9-20	5-16	7-13	11-36	4-96	9-74	10-93	12-27	15							
16	Skaraborgs län	4-77	7-51	4-02	5-54	9-46	3-88	8-28	9-47	10-60	16							
17	Värmlands län	5-23	8-09	4-44	6-03	10-16	4-24	8-84	10-24	11-55	17							
18	Örebro län	7-24	11-12	5-80	8-66	13-48	5-56	12-23	13-49	14-72	18							
19	Västmanlands län	7-24	11-13	5-75	8-70	13-64	5-47	12-19	13-71	15-04	19							
20	Kopparbergs län	6-12	9-94	4-83	7-41	12-44	4-55	11-16	12-71	13-85	20							
21	Gävleborgs län	4-94	7-37	4-16	5-73	9-38	3-88	8-18	9-65	10-73	21							
22	Västernorrlands län	5-04	7-32	4-44	5-65	9-01	4-14	7-80	9-13	10-33	22							
23	Jämtlands län	4-24	6-95	3-56	4-80	8-93	3-32	7-50	9-05	10-43	23							
24	Västerbottens län	4-43	6-81	3-72	5-11	8-46	3-49	7-42	8-56	9-60	24							
25	Norrbottens län	5-81	8-97	4-21	7-36	10-48	3-76	9-61	10-63	11-34	25							
26	S:a landsting	5-83	8-85	4-89	6-77	10-89	4-69	9-62	10-95	12-21	26							
27	Stockholm	22-13	24-79	22-27	22-01	27-35	22-68	25-45	26-74	28-70	27							
28	Göteborg	14-87	18-34	14-20	15-48	21-02	14-25	19-30	20-14	22-34	28							
29	Malmö	13-66	16-65	12-89	14-32	18-71	12-93	17-39	18-39	19-90	29							
30	Norrköping	10-74	13-35	10-16	11-27	15-29	10-37	13-44	14-92	16-34	30							
31	Hälsingborg	13-00	15-81	12-55	13-43	18-10	12-39	16-69	17-88	19-34	31							
32	Gävle	10-59	12-94	10-06	11-13	14-72	10-11	13-43	15-29	15-80	32							
33	S:a städer	17-77	20-70	17-51	18-01	23-17	17-74	21-45	22-62	24-50	33							
34	S:a landsting och städer	7-94	11-07	7-04	8-82	13-25	6-92	11-87	13-19	14-60	34							
35	75 % av riksmedeltalet	5-96	8-30	5-28	6-62	9-94	5-19	8-90	9-89	10-95	35							

av deras allmänna struktur skulle få ett särskilt tillägg. Detta skulle i samråd med vederbörande huvudmannaorganisationer fastställas för en tid av t. ex. 3 år. En differentiering av bidragen bör emellertid ske med utgångspunkt från så vitt möjligt objektivt oantastbara grunder. De svårigheter, som mött de sakkunniga att finna några hållbara kriterier och värdemätare, skulle uppkomma även för Kungl. Maj:t. Systemet skulle också kunna giva anledning till dissonanser områdena emellan och föranleda olika huvudmän att söka utnyttja till buds stående möjligheter att till sin fördel påverka Kungl. Maj:ts ställningstagande. De sakkunniga ha därför ej ansett sig kunna förorda detta system.

Statsbidragssakkunniga ha emellertid vid sina utredningar funnit, att Gotlands läns landsting i olika hänseenden intager en särställning. Befolkningsunderlaget är ringa — ej fullt 60 000 invånare — och otillräckligt som underlag för den alltmera specialiserade sjukvården. Genom det insulära läget försvåras eller omöjliggöres samarbetet med andra huvudmän inom sjukvården. Landstinget har för år 1948 den högsta uttaxeringen i riket. Därtill kommer att landstinget har en mycket ogynnsam åldersfördelning av befolkningen — vad beträffar antalet personer i de arbetsföra åldrarna ligger det näst sämst till bland samtliga huvudmän — och skattekraften är låg. Av nu angivna faktorer torde det otillräckliga befolkningsunderlaget vara den som i främsta rummet betingar landstingets särställning i förhållande till övriga landstingsområden. Att i ett generellt statsbidragssystem kunna vinna beaktande för en dylik faktor är enligt de sakkunnigas mening ej möjligt. Det synes föreligga ett trängande behov för landstinget av särskilda stödåtgärder, vilka emellertid böra komma till stånd utanför statsbidragssystemets ram. De organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna för en efter nutida anspråk uppbyggd sjukvård på Gotland bör enligt de sakkunnigas mening snarast göras till föremål för särskild utredning.

Differentierade bidrag efter skattekraft. Statsbidragssakkunniga ha också undersökt möjligheterna att differentiera driftbidraget uteslutande med hänsyn till skattekraften.

För att söka belysa denna fråga ha statsbidragssakkunniga i *tabell G* gjort vissa sammanställningar rörande antalet skattekrönor per invånare och växlingarna därutinnan under åren 1931—1945. Därav framgår, att landstingen och städerna utanför landsting uppvisa betydande skillnader och olikartad utveckling. Under lågkonjunkturen åren 1932—1934 var medeltalet för landstingen 4,⁶⁹ skattekrönor per invånare mot krönor 17,⁷⁴ för städerna. Under högkonjunkturen åren 1943—1945 hade landstingsmedeltalet stigit till krönor 12,²¹, under det att städerna ökat till krönor 24,⁵⁰. Denna utveckling torde böra ses mot bakgrunden av att under depressionstider ortsavdragen vid beräkningen av det skattepliktiga beloppet väga betydligt mera för landstingen än för städerna; åtskilliga inkomsttagare hos landstingen ha en taxerad inkomst, som blott obetydligt överstiger orts-

avdraget, varför den skattepliktiga inkomsten blir mycket låg. Inkomsterna i städerna hålla sig däremot även i depressionstider i allmänhet över ortsavdragen. En stigande inkomstnivå medför därför en procentuellt sett större förbättring för landstingen än för städerna.

Spridningen av skattetalet landstingsområdena emellan är relativt liten. Under lågkonjunkturen åren 1932—1934 var högsta landstingssiffran 8,⁶² skattekronor per invånare och lägsta 3,¹⁶ skattekronor, men icke mindre än nitton områden lågo mellan 3 och 5 skattekronor. Under högkonjunkturen åren 1943—45 var högsta siffran 17,⁶⁹ skattekronor och lägsta 9,⁰⁴ skattekronor, varvid sexton områden befunno sig i klassen 9—12 skattekronor. Städerna varierade mellan 10,¹¹ och 22,⁶⁸ skattekronor för åren 1932—1934 och mellan 15,⁸⁰ och 28,⁷⁰ för åren 1943—1945.

En allmän gradering av statsbidragen efter skattekraft har i några fall införts för primärkommunernas del. I första hand gäller detta statsbidrag för uppförande av folkskolebyggnader, för skolmåltider samt för bidrag till folkpensionskostnaderna. Som motiv för graderingen har därvid bland annat anförts, att skatteunderlaget per capita varierat högst avsevärt mellan kommunerna, varigenom belastningen träffat mycket ojämnt. Av de ovan anförda siffrorna framgår emellertid, att spridningen av skattekrontalet mellan de olika sekundärkommunala huvudmännen är avsevärt mindre än i fråga om primärkommunerna.

En allmän gradering av bidragen skulle syfta till att tillgodose även skatteutjämnings synpunkter. När dylika synpunkter eljest anförts har det varit fråga om utgifter, som föranlett mycket varierande uttaxeringsbehov. Statsbidragssakkunnigas utredningar i kapitel 2 (tabell E) ha emellertid givit vid handen, att för undersökningsåret 1944 icke mindre än femton områden hade för den slutna kroppssjukvårdens driftkostnader ett uttaxeringsbehov mellan kronor 0,⁸³—1,⁰⁰ per skattekrona, men även inom denna marginal kunde en betydande enhetlighet utläsas, i det att uttaxeringsbehovet för nio huvudmän låg inom 10-öresgränsen kronor 0,⁹¹—1,⁰⁰. Två huvudmän hade så lågt uttaxeringsbehov som blott kronor 0,⁷⁸ per skattekrona. Av återstående områden lågo åtta mellan kronor 1,⁰¹—1,¹⁶; nästa grupp bestod av fem områden i zonen kronor 1,²³—1,⁴⁰. Det återstående området nådde siffran kronor 1,⁵⁴. Över huvud taget konstaterades, att städerna utanför landsting i allmänhet hade högre siffror än landstingen. De hade ett genomsnittligt uttaxeringsbehov av kronor 1,¹⁴ per skattekrona, under det att landstingen ingingo i riksmedeltalet — kronor 1,⁰⁵ — med genomsnittssiffran kronor 1,⁰¹.

Med hänsyn till att här är fråga om landstingens huvuduppgift synes kunna konstateras, att avvikelserna från medeltalen i allmänhet äro överraskande små. Frånsett att några få landsting ha att vidkännas icke obetydligt högre uttaxeringsbehov än övriga områden, torde skillnaden på det hela taget områdena emellan knappast ha den storleksordningen, att en allmän differentiering av statsbidragen synes motiverad.

En generell differentiering av driftbidragen på grundval av skattekraften

skulle också medföra vissa tekniska komplikationer och sålunda motverka en önskvärd förenkling av statsbidragssystemet.

På nu anförda grunder ha statsbidragssakkunniga avstått från att fullfölja tanken på efter skattekraften generellt differentierade driftbidrag.

Speciella skattekraftstillägg. Statsbidragssakkunniga ha i stället som ett alternativ prövat möjligheterna att införa särskilda skattekraftstillägg för sjukvårdsområden med svag skattekraft. Områden med ett skatteunderlag per invånare, som påtagligt understeger genomsnittet, skulle därvid få ett särskilt bidrag. De sakkunniga ha vid sina undersökningar som arbetshypotes utgått från att, därest skattekraften med 25 % understeg medeltalet, området skulle få en sådan utfyllnad, att det egna skatteunderlaget jämte detta tillägg komme upp till medeltalet minus 25 %. Då driftkostnaderna för den slutna kroppssjukvården enligt de sakkunnigas utredningar medföra i runt tal en uttaxering för sjukvårdsområdena av en krona per skattekrona, synes utfyllnaden böra medföra en täckning av ett uttaxeringsbehov av nämnda storleksordning för samtliga ifrågakommande områden, oavsett variationerna i den faktiska uttaxeringen. Med utgångspunkt från nyssnämnda uttaxeringssats har en beräkning skett av storleken av det tillägg, som vore erforderligt för att varje område skulle få ett skatteunderlag, som uppginge till medeltalet minus 25 %. Med ett konkret exempel må verkningarna av ett dylikt skattekraftstillägg belysas. Antag att ett område med 100 000 invånare har ett skatteunderlag av 600 000 skattekrönor, d. v. s. 6 kronor per invånare. Riksmedeltalet däremot är 10 kronor per invånare. Normalt skulle området sålunda haft 1 000 000 skattekrönor. Då tillägget avser att uppbbringa skattekraften intill medeltalet minus 25 %, skall utfyllnaden ske med så stort belopp, att området får 750 000 kronor i skatteunderlag. Tillägget blir sålunda vid en kronas uttaxering per skattekrona 150 000 kronor.

Fråga uppkommer emellertid om i medeltalet skola inbegripas jämväl städerna utanför landsting med deras höga skattekrönetal. Uteslutas dessa, innebär systemet en utjämning blott landstingsområdena emellan; medtagas de, blir det en nivellering mellan samtliga sjukvårdsområden.

I *tabell H* ha vissa beräkningar av ett skattekraftstillägg redovisats. Därav framgår, att — därest beräkningarna grundas på medeltalet för landstingen — allenast några få områden skulle komma ifråga för tillägget; för åren 1932—1934 fyra och för åren 1943—1945 ett enda. Avvikelserna bli här obetydliga; uttaxeringsmässigt skulle en utfyllnad av 1 krona per skattekrona och invånare intill 25 %-gränsen i allmänhet motsvara en uttaxering på några få ören. Medtagas däremot i medeltalet städerna utanför landsting, blir en på nyssnämnda sätt beräknad utfyllnad betydande. Under krisåren 1932—1934 skulle tjugufem landstingsområden ha kommit ifråga för ett sådant tillägg, som i flera fall skulle ha motsvarat ett uttaxeringsbehov av 50 à 60 öre. Under högkonjunktursåren 1943—1945 åter skulle tolv landsting ha fått ett skattekraftstillägg, som i ett fall (Kronobergs

Tabell H. Beräkningar av ett skattekraftstilläggs uttaxeringsmässiga betydelse på grundval av dels 1932—1934 års skatteunderlag, dels 1943—1945 års skatteunderlag.

Huvudman	Skattekraftstillägg å 1: — per skattekrone och invånare intill 75 % av			
	medeltalet för landstingen motsvarar per skattekrone vid		medeltalet för samtliga områden motsvarar per skattekrone vid	
	1932—1934 års skatteunderlag	1943—1945 års skatteunderlag	1932—1934 års skatteunderlag	1943—1945 års skatteunderlag
1	2	3	4	5
Stockholms län	—	—	—	—
Uppsala län	—	—	—	—
Södermanlands län	—	—	—	—
Östergötlands län	—	—	0·13	—
Jönköpings län	—	—	0·14	—
Kronobergs län	0·11	0·01	0·60	0·21
Kalmar norra län	0·02	—	0·51	0·13
Kalmar södra län	—	—	0·32	0·03
Gotlands län	—	—	0·52	0·16
Blekinge län	—	—	0·21	0·04
Kristianstads län	—	—	0·25	0·01
Malmöhus län	—	—	0·48	—
Hallands län	—	—	0·09	—
Göteborgs o. Bohus län	—	—	0·24	0·01
Älvsborgs län	—	—	0·46	—
Skaraborgs län	—	—	0·34	0·03
Värmlands län	—	—	0·22	—
Örebro län	—	—	—	—
Västmanlands län	—	—	—	—
Kopparbergs län	—	—	0·14	—
Gävleborgs län	—	—	0·34	0·02
Västernorrlands län	—	—	0·25	0·06
Jämtlands län	0·06	—	0·56	0·05
Västerbottens län	0·01	—	0·49	0·14
Norrbottens län	—	—	0·38	—
S:a landsting				
Stockholm	—	—	—	—
Göteborg	—	—	—	—
Malmö	—	—	—	—
Norrköping	—	—	—	—
Hälsingborg	—	—	—	—
Gävle	—	—	—	—
S:a städer	—	—	—	—

län) motsvarat 21 öres uttaxering, i tre fall (Kalmar norra, Gotland och Västerbotten) omkring 15 öres uttaxering och i övriga åtta blott ett eller annat öres uttaxering.

Härutom kunna i vissa hänseenden väsentliga invändningar anföras mot ett sådant tilläggssystem. Då tillägget blir beroende av riksmedeltalet och detta i mycket stor utsträckning bestämmes av storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö, vilka ingå i medeltalet med runt en tredjedel av rikets totala skattekrönor, bli återverkningarna för övriga områden i hög grad beroende av skatteunderlagets förändringar i dessa städer. Minskas skattekrönet där, samtidigt som det i övriga områden är oförändrat, blir resultatet, att 25 %-gränsen förskjutes nedåt. Ett landsting, som erhållit tillägg och för vilket någon ändring i skatteunderlaget ej inträtt, kan därför plötsligt bli utan skattekraftstillägg, trots att någon förbättring i just det områdets underlag ej inträffat. Detta gör, att landstingen icke kunna påräkna skattekraftstillägget som en stabil inkomst. För att i någon mån söka reducera dessa ofördelaktiga återverkningar, kunde man beräkna tillägget icke på grundval av varje års skatteförhållanden utan på ett medeltal för en längre tid. Därigenom skulle en viss utjämning komma till stånd. Detta gör tillägget mindre konjunkturkänsligt men därmed också mindre aktuellt. En påtaglig förskjutning i skatteunderlaget får full återverkan på skattekraftstillägget först efter ett par år.

Ett skattekraftstillägg skulle i första hand syfta till att möjliggöra för vissa områden med svagt skatteunderlag att utbygga vården. Det skulle därför behöva utformas på så sätt, att det utginge endast under förutsättning, att en från statsmakternas sida uttalad önskan om utbyggnad komme till stånd. Det torde vara ett utbrett önskemål på kommunalt håll, att statsmakterna endast med stor försiktighet vidtaga åtgärder, som försvaga den kommunala förvaltningens självständighet. Frånsett att det kan medföra ytterligare begränsningar i den kommunala självbestämmanderätten, måste betänkligheter också resas mot ett dylikt villkorsbestämt bidrag, som till sin varaktighet ej vore garanterat utan till sin storlek städse underkastat förändringar, föranledda av faktorer varöver det enskilda sjukvårdsområdet ej råder.

Slutligen må framhållas, att en förutsättning för åtnjutande av skattekraftstillägg borde vara, att uttaxeringsbehovet nådde en viss höjd. Områden med relativt låg uttaxering borde följaktligen ej komma i åtanke för dylika tillägg. Svårigheter uppstå emellertid vid beräkningen av det »normala» uttaxeringsbehovet; som utgångspunkt kan tjäna antingen det totala uttaxeringsbehovet för landstingens samtliga uppgifter eller för allenast den slutna kroppssjukvården.

Med hänsyn till de vanskligheter, som sålunda äro förenade med införandet av ett särskilt skattekraftstillägg, ha de sakkunniga ansett sig böra undersöka huruvida icke de synpunkter, som kunna anföras till fördel för ett dylikt tillägg, på ett annat och bättre sätt kunna tillgodoses.

Kap. 7. Alternativa utformningar av ett generellt driftbidragssystem.

Statsbidragssakkunniga ha övervägt alternativa utformningar av ett generellt, ej graderat bidragssystem. Varje alternativ har därvid i *tabell I* jämförts med de statsbidrag, som utgå enligt nuvarande grunder. Denna jämförelse blir emellertid i vissa hänseenden missvisande. För Malmö stads del äro sålunda ingångssiffrorna för låga genom att staden ej begärt bidrag till sin barnsjukvård. Gränsdragningen mellan städerna Hälsingborg och Gävle å ena sidan och kringliggande landsting å andra sidan är också vag. Framhållas må också, att bidragen år 1944 till kronikervården och barnsjukvården begränsades genom vissa kvotregler. De områden, som hade flera vårdplatser än kvottalen medgävo, fingo ej något bidrag för de överskjutande vårddagarna. Beräkningarna för de olika alternativen grunda sig däremot på att några kvotregler ej finnas. Kalkylen är i övrigt uppgjord med utgångspunkt från det totala statliga driftbidrag, som år 1944 redovisats, fränsett de extra tuberkulos- och barnsjukvårdstillägg som då utgingo. Denna totala statsbidragssumma, 9 843 000 kronor, har sedan omfördelats bland huvudmännen efter olika system.

Procentbidrag. Till en början har undersökts möjligheten av att låta statens tillskott utgå med en viss procent av varje landstingsområdes kostnader för den slutna sjukvården. Därigenom skulle statens bidrag medföra samma procentuella lättnad för envar huvudman.

Emot en sådan lösning talar, att storleken av statens bidrag skulle helt bero av bidragsmottagaren; denne skulle äga ensam bestämma utgifterna, som skulle utgöra underlaget för beräkningen av statsbidraget. Systemet skulle ej stimulera till ekonomisk återhållsamhet, då bidraget helt skulle följa utgifterna. Vidare förete sjukvårdskostnaderna, fördelade per vård dag, stora variationer områdena emellan, sammanhängande i första hand med dyrortsförhållandena och sjukvårdens standard. Då skattekraften och utgifterna för den slutna sjukvården löpa i stort sett parallellt, skulle ett fixt procentbidrag medföra, att de mindre bärkraftiga sjukvårdsområdena skulle få en relativt liten anpart av det totala statsanslaget. Enligt kalkylerna skulle sålunda städerna utanför landsting få en ökning med ej mindre än 62 %, under det att bidraget skulle minskas för samtliga landstingsområden med undantag för Stockholms och Malmöhus landstingsområden med en ökning på 25 resp. 29 % samt Värmlands och Gävleborgs län, där ökningen skulle stanna vid vardera 2 %. En minskning på minst 30 % skulle uppstå för Jönköpings, Kronobergs, Kalmar norra, Blekinge, Älvsborgs, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län.

Skulle ett fast procentbidrag förenas med en ingående statlig kontroll av huvudmännens förvaltning av sjukvården och redovisning av kostnaderna, skulle därigenom krävas en omfattande organisation, som dessutom skulle

kännas besvärande för huvudmännen. Å andra sidan vore avsaknaden av kontroll ur statens synpunkt knappast acceptabel.

På nu anförda grunder ha de sakkunniga avvisat tanken på ett fast procentbidrag.

Vårddagsbidrag. Statsbidragssakkunniga ha ingående prövat lämpligheten av att som grund för bidragets utformning lägga vårddagsantalet. Det har därvid visat sig, att även ett genomförande av nämnda uppslag skulle medföra en avsevärd omfördelning landstingsområdena emellan av statens tillskott till den slutna sjukvården, beroende på vårdens varierande utbyggnadsgrad och inriktning. Resultatet skulle vid oförändrat totalt statsbidrag bli att tolv områden, därav de fem största icke-landstingsstäderna, skulle få större bidrag; för övriga nitton skulle en reduktion ske. Ökningen skulle bli särskilt framträdande för områden med ett stort antal vårddagar per invånare; så skulle bidragen för städerna Malmö, Norrköping och Stockholm samt Malmöhus läns landsting öka med 59, 29, 24 respektive 23 %. Minskningen skulle uppgå till 20 à 30 % för Blekinge, Älvsborgs, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län — d. v. s. i flertalet områden med hög tuberkulosfrekvens. Men även områden med relativt få vårddagar inom statsbidragssektorn, såsom Göteborgs och Bohus läns landsting skulle få vidkännas en reduktion av statsbidraget om 13 %, sammanhängande med att även övrig vård är mindre fullständigt utbyggd. För Gotlands del skulle en minskning på 16 % uppstå.

Ett generellt bidrag per vårddag utan påbyggnad skulle giva som helhetsresultat, att områden med en väl utbyggd sjukvård skulle bli förmanligare ställda än för närvarande, medan de områden, som icke utbyggt sin vård i samma omfattning, skulle få ett minskat statligt stöd. Städerna utanför landsting, som i regel ha betydligt flera vårddagar per invånare än landstingen, skulle få 27 % av den statliga insatsen mot för närvarande 22 %.

Ett relativt högt vårdplatsantal är emellertid i allmänhet betingat bland annat av ekonomiskt gynnsamma förhållanden. Ett vårddagsbidragssystem skulle medföra, att de områden, som till följd av en fördelaktig ekonomi varit i stånd att utbygga sin sjukvård, skulle premieras av staten och de andra områdena, som med hänsyn till sin ekonomiska ställning vore i större behov av statliga subventioner, icke skulle få någon förbättring.

Mot bakgrunden av dessa förhållanden ha statsbidragssakkunniga ansett sig böra pröva andra lösningar för sin revision av statsbidragssystemet.

Standardbidrag per invånare. Då det kan synas naturligt, att statsbidragen syfta till att möjliggöra för sjukvårdsområdena att hålla en viss minimistandard, ligger det nära till hands att söka anknyta statsbidragen här till. Teoretiskt kunde man tänka sig, att staten skulle bidraga till ett visst minimum vårddagar per invånare såsom standardbehov. Vid ett större vård-

Tabell I. Nuvarande totala statsbidragssumma omfördelad efter olika system — procentbidrag, vårddagsbidrag, invånarbidrag och kombinerade vårddags- och invånarbidrag.

H u v u d m a n	Nuvarande statsbidragsbelopp Kronor	Ökning eller minskning i procent av nuvarande belopp vid			
		procentbidrag (6·7 % av totalutgifterna) ²	vårddagsbidrag (68 öre per vårddag)	invånarbidrag (kr. 1: 51 per invånare)	kombinerade vårddags- och invånarbidrag (36 öre per dag + 72 öre per invånare)
1	2	3	4	5	6
1 Stockholms län	415 018	+ 25	+ 12	+ 10	+ 12
2 Uppsala »	229 757	— 3	— 4	— 7	— 5
3 Södermanlands »	269 347	— 11	+ 6	+ 10	+ 9
4 Östergötlands »	358 161	— 26	— 14	+ 6	— 4
5 Jönköpings »	371 834	— 34	— 15	+ 1	— 7
6 Kronobergs »	201 833	— 35	— 15	+ 14	+ 0
7 Kalmar läns norra	128 468	— 31	— 12	+ 8	— 2
8 » » södra	174 933	— 20	— 3	+ 19	+ 8
9 Gotlands län	92 131	— 29	— 16	— 3	— 9
10 Blekinge »	224 691	— 35	— 23	— 1	— 12
11 Kristianstads »	309 724	— 26	+ 4	+ 22	+ 13
12 Malmöhus »	462 548	+ 29	+ 23	+ 2	+ 14
13 Hallands »	185 950	— 10	— 1	+ 24	+ 11
14 Göteb. o. Bohus »	255 579	— 25	— 13	+ 19	+ 3
15 Älvsborgs »	514 592	— 31	— 21	— 2	— 11
16 Skaraborgs »	285 476	— 23	+ 2	+ 28	+ 15
17 Värmlands »	340 370	+ 2	+ 1	+ 20	+ 11
18 Örebro »	259 731	— 2	— 2	+ 35	+ 16
19 Västmanlands »	236 428	— 13	— 2	+ 12	+ 5
20 Kopparbergs »	387 492	— 16	— 7	— 2	— 4
21 Gävleborgs »	233 323	+ 2	+ 9	+ 51	+ 30
22 Västernorrlands »	463 673	— 19	— 4	— 10	— 6
23 Jämtlands »	265 388	— 42	— 27	— 19	— 22
24 Västerbottens »	480 001	— 41	— 20	— 29	— 24
25 Norrbottens »	542 320	— 37	— 30	— 37	— 33
26 S:a landsting	7 688 768	— 17	— 7	+ 3	— 2
27 Stockholm	1 060 133	+ 85	+ 24	— 10	+ 9
28 Göteborg	579 590	+ 39	+ 16	— 24	— 2
29 Malmö	199 139	+ 88	+ 59	+ 24	+ 43
30 Norrköping	127 073	+ 28	+ 29	— 12	+ 10
31 Hälsingborg	98 608	+ 18	+ 12	— 2	+ 6
32 Gävle	90 012	— 19	— 26	— 32	— 29
33 S:a städer	2 154 555	+ 62	+ 23	— 11	+ 7
34 S:a landsting o. städer	9 843 323				

dagsantal borde kostnaderna härför helt stanna på huvudmännen. Ett dylikt standardbidrag kunde då lämpligen anknyta till invånarantalet, sålunda att bidraget skulle utgå med ett visst belopp per år och invånare. Härigenom skulle de områden, som ha ett litet antal vård dagar per invånare, få ett avsevärt större statligt stöd än om bidraget anknötes till vård dagsantalet.

Även detta system skulle emellertid medföra en betydande omgruppering mellan sjukvårdsområdena. Ungefär halva antalet skulle få en ökning. En minskning på mer än 20 % skulle uppstå för fyra områden. Större ökning än med 10 % uppkommer för elva områden. Det mest framträdande draget är dock att flertalet områden, som skulle fått ökade bidragsbelopp genom enhetsbidraget per vård dag, skulle vid standardbidraget få reducerade belopp. Så skulle på något undantag när samtliga städer utanför landsting med sina relativt många vård dagar per invånare få ett förminskat bidrag (totalminskning å 11 %). Landstingens anpart skulle öka med 3 %. Men även vid ett standardbidrag per invånare skulle Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län få sina bidrag reducerade; minskningen skulle bli 19, 29 resp. 37 %.

Kommunalskatteberedningen, som till diskussion upptagit frågan om införandet av ett invånarbidrag för primärkommunerna, fann därvid, att antalet invånare icke vore något rättvisande uttryck för huvudmännens verkliga utgiftsbehov. Då även andra förhållanden än folkmängden inverka på utgiftsbehovet, såsom antalet barn och åldringar, folktäthet, ordsdyrhet m. m., ansåg beredningen det olämpligt att införa ett invånarbidrag.

Statsbidragssakkunniga kunna i stort sett ansluta sig till de av kommunalskatteberedningen anförda synpunkterna. Därför må framhållas, att även invånarbidraget skulle medföra en i väsentliga hänseenden opåkalad omfördelning av statens tillskott till sjukvårdsområdena, varjämte mot ett sådant system kan invändas, att huvudmännen icke skulle stimuleras till att utbygga sjukvården. Bidraget skulle vara helt oberoende av huvudmännens åtgärder och automatiskt utgå, oavsett huvudmännens ansträngningar.

På nu anförda grunder ha statsbidragssakkunniga avvisat denna tanke.

Kombinerade invånar- och vård dagsbidrag. Statsbidragssakkunniga ha i stället prövat, huruvida det ej vore möjligt att kombinera sistnämnda tvenne system. Genom ett fast standardbelopp, utgående efter invånarantal, skulle en viss minimistandard garanteras. Vidare skulle genom en rörlig del med ett bidrag per vård dag huvudmännen få ett ökat statligt stöd i den mån vården utbyggdes. Den inbördes avvägningen mellan invånar- och vård dagsbidragen finge bli beroende av en skälighetsprövning. Ju större belopp som lägges på befolkningstalet desto mera förhjälpas de områden, som nu ha få vård dagar per invånare. En större anpart på vård dagsantalet resulterar i ett ökat stöd för områden med många vård dagar.

Med sjukvårdens nuvarande struktur synas båda synpunkterna böra tillmätas i stort sett samma vikt. Vård dagsantalet per år och invånare håller

sig för närvarande vid siffran 2. Bidragsbeloppen synas därför böra avvägas så, att beloppet per invånare väger dubbelt mot beloppet per vård dag.

En tillämpning av detta system skulle vid oförändrat totalt statsanslag medföra en relativt begränsad omfördelning av statsbidragen. En ökning eller minskning, som hölle sig inom 10 %, skulle uppkomma för sexton områden mot blott fem vid ett procentbidrag, tolv vid ett vård dagsbidrag och fjorton vid ett invånarbidrag. En ökning på mer än 16 % skulle ej uppkomma annat än för Gävleborgs län och Malmö stad, båda områden, där jämförelsesiffrorna äro mindre tillförlitliga. En betydande minskning skulle emellertid även vid detta system uppstå för Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län på 22, 24 resp. 33 %, men denna skulle i regel bli mindre än vid de andra systemen. Den registrerade minskningen för Gävle stad på 29 % slutligen torde delvis sammanhänga med primärmaterialets ofullständighet.

Statsbidragssakkunniga ha för egen del ansett, att ett efter nu angivna grunder kombinerat bidragssystem skulle väl lämpa sig som norm för statens ekonomiska engagemang i den slutna kroppssjukvården. Genom sin elastiska utformning anpassar sig systemet till sjukvårdens utbyggnad sedan en minimistandard uppnåtts. De i ekonomiskt hänseende mindre gynnsamt ställda sjukvårdsområdena finge också relativt större möjligheter till upprätthållandet av en godtagbar standard. Genom detta system skulle man också kunna undvika en alltför stor omfördelning huvudmännen emellan av statens totala bidrag till sjukvården. Vid detta sitt förord för ifrågavarande system ha statsbidragssakkunniga emellertid ansett det nödvändigt att komplettera systemet på vissa punkter för att tillgodose önskemålen om särskilda tillägg för tuberkulos- och epidemivård för de sjukvårdsområden, som i dessa hänseenden få vidkännas speciellt stora ekonomiska uppföringar, i synnerhet när det som här gäller huvudmän, vilka i uttaxeringshänseende äro hårt drabbade.

Vad beträffar frågan om storleken av statsbidragen hänvisas till ett efterföljande kapitel.

Kap. 8. Särskilda driftbidragstillägg för vissa vårdgrenar.

Vid nuvarande statsbidragssystem utgå särskilda tillägg till driftbidragen utöver de sedvanliga beloppen för dels tuberkulosvården, dels barnsjukvården.

Tuberkulostillägg. Under 1930-talet har efter beslut från fall till fall ett förhöjt statsbidrag utgått till områden med hög tuberkulosdödlighet. På förslag av statens sjukvårdskommitté ha bestämmelser i ämnet år 1939 införts i kungörelsen om statsbidrag till driften av lungtuberkulosanstalter.

Tuberkulostillägget anknyter till den registrerade dödligheten i tuber-

kulos. Det är så konstruerat, att huvudmannen skall få full täckning för kostnaden för det antal patienter, som motsvarar den dödlighet, som med mer än 25 % överstiger riksmedeltalet. Beräkningssättet finnes angivet i en särskild i statsbidragskungörelsen intagen formel. I denna ingå som komponenter: Det sedvanliga driftbidraget per vård dag å 1:75 kr för A-vården och 1:50 kr för B-vården, vidare medeltalet för vederbörande sjukvårdsområdes tuberkulosdödlighet under senaste 5-årsperiod, uttryckt i procent av motsvarande medeltal för riket, samt genomsnittskostnaden per underhållsdag nästföregående kalenderår för sjukvårdsområdets samtliga tuberkulosanstalter av enahanda slag, eller därest denna överstiger motsvarande genomsnittskostnad för riket, denna kostnad.

De landsting, som under senare år fått det särskilda tillägget, ha varit i första hand Norrbottens län med en extra årlig bidragssumma på 300 000 kronor, Västerbottens län med 90 å 100 000 kronor samt Jämtlands län med runt 70 000 kronor. Därför ha mindre belopp å 5 å 10 000 kronor utgått till varterdera Gotlands och Blekinge län. Överdödligheten i tuberkulos för Norrbottens, Jämtlands, Västerbottens, Västernorrlands, Gotlands och Blekinge län utgjorde för 5-årsperioden 1941—1945 80, 58, 51, 41, 39 respektive 23 %.

Statsbidragssakkunniga ha i det föregående framhållit lämpligheten av att det föreslagna generella driftbidragssystemet kompletterades med bestämmelser om speciella bidrag i syfte att ernå en viss skatteutjämning. Införandet av det särskilda tuberkulostillägget har motiverats av att vissa landsting haft en påtagligt hög tuberkulosfrekvens och hört till dem, som torde ha de största ekonomiska besvärigheterna. Tuberkulosen är visserligen i uppenbart avtagande — dödligheten går tillbaka år från år och är nu ungefär hälften mot när det speciella tillägget för denna vårdgren för ungefär 20 år sedan infördes. Men de sakkunnigas utredningar ge vid handen, att samma synpunkter som anfördes såsom motiv för införandet av tuberkulostillägg alltså äga giltighet. Vissa områden — särskilt sådana med påtagliga ekonomiska svårigheter — besväras av en avsevärt mycket högre tuberkulosfrekvens än riket i övrigt. Tuberkulostillägget verkar därför som ett slags skattekraftstillägg.

Statsbidragssakkunniga ha därför stannat för ett bibehållande av ett särskilt tuberkulostillägg men vilja föreslå ett något ändrat beräkningssätt för detsamma.

I princip måste det anses riktigt, att bidraget anknytes till de åtgärder, som vidtagas för tuberkulosens bekämpande. Detta registreras bl. a. genom antalet vård dagar inom ifrågavarande specialitet. Intill dess vården helt utbyggs, kunde emellertid en anknytning av tillägget till vård dagsbegreppet ej lämpligen ske. Man sökte därför en annan norm och valde då tuberkulosdödligheten.

Numera är emellertid tuberkulosvården helt utbyggd. Flera huvudmän stå inför att nedlägga vissa tuberkulosplatser, då tuberkulosen är på retur. I

den mån nya vårdplatser planeras, torde som regel vara fråga om ersättningsplatser. Vid sådant förhållande synes tillägget lämpligen numera böra anknytas till respektive sjukvårdsområdes vårddagsantal. Med denna ändring av beräkningssättet torde bidraget även fortsättningsvis böra så konstrueras, att staten i princip svarar för samtliga överskjutande driftkostnader för de övertaliga vårddagarna utöver 25 % över riksmedeltalet.

För beräkningen av tuberkulostillägget torde samtliga vårddagar böra medtagas, oavsett om vården ägt rum på allmän sal eller på privatavdelning. Vid beräkningen av antalet vårddagar finnes ej anledning göra någon skillnad mellan A- och B-vård. Vidare böra patienterna fördelas på de olika sjukvårdsområdena med hänsyn till bostadsorten. I den av Nationalföreningen mot tuberkulos sammanställda statistiken finnas numera dylika uppgifter, grundade på samtliga tuberkulosanstalters särskilda redovisning av patientmaterialet. Samtliga sjukvårdsområden äro dock ej upptagna var för sig, i det att Kalmar norra och Kalmar södra läns landsting sammanförts till ett område, och Hälsingborgs stad ingår i Malmöhus län. Underhållsdagarna böra givetvis uteslutande avse anstalter för lungtuberkulos. Vidare bör ej medtagas gruppen utlänningar, som redan nu särredovisas av nationalföreningen.

Det synes naturligt, att blott landsting och städer utanför landsting få uppbära det särskilda tuberkulostillägget. I samband härmed må förutskickas, att statsbidragssakkunniga förorda en avlösning av den sjukvård, som bedrivs i primärkommunal regi.

För beräkningen av antalet vårddagar torde böra medtagas dels de i sekundärkommunal regi drivna anstalterna, dels ock sådan av andra huvudmän driven tuberkulovård, vartill landstingen och städerna utanför landsting genom särskilda avtal svara för uppkommande driftunderskott för sina patienter. Ett exempel härpå utgöres av jubileumssanatorierna, vartill flera landsting lämna avtalsenligt bidrag för sina respektive patienter. Nationalföreningen torde kunna tillhandahålla statistiskt material för ifrågasvarande beräkningar.

I detta sammanhang må uppmärksammas, att avvikelserna i förhållande till medeltalet ej äro parallella för tuberkulosdödlighet och tuberkulovårddagar. Dödlighetens variationsvidd är betydligt mindre. Lägsta frekvens för 5-årsperioden 1941—1945 (Södermanlands län) låg 30 % under genomsnittet och högsta (Norrbottens län) 80 % över medeltalet. Lägsta respektive högsta differens ifråga om vårddagarna voro för 1945 — 48 % (Södermanlands län) och + 96 % (Norrbottens län).

I följande tablå redovisas förhållandena i de områden, där antingen tuberkulosdödligheten eller tuberkulovårddagarna under perioden 1942—1945 med 25 % överstigit riksmedeltalet. Därvid må framhållas, att Göteborgs stad ingår i Göteborgs och Bohus läns siffror för tbc-dödligheten men ej för vårddagarna. Göteborgs stad och länsdelen i övrigt ha emellertid i stort sett samma dödlighetssiffror.

Sjukvårdsområde	Avvikelser i % av riksmedeltalet							
	Tuberkulosdödlighet 5-årsperioden				Tuberkulosvårdagar åren			
	1938/42	1939/43	1940/44	1941/45	1942	1943	1944	1945
Gotlands län	+ 30	+ 38	+ 33	+ 39	+ 59	+ 58	+ 63	+ 46
Blekinge län	+ 27	+ 26	+ 26	+ 23	+ 9	+ 20	+ 25	+ 24
Göteborgs och Bohus län	- 1	+ 1	+ 2	- 1	+ 63	+ 38	+ 35	+ 41
Västernorrlands län.....	+ 45	+ 38	+ 39	+ 41	+ 51	+ 49	+ 59	+ 59
Jämtlands län	+ 47	+ 50	+ 57	+ 58	+ 40	+ 43	+ 54	+ 51
Västerbottens län.....	+ 58	+ 54	+ 55	+ 51	+ 67	+ 67	+ 78	+ 71
Norrbottnens län.....	+ 98	+ 90	+ 86	+ 80	+ 101	+ 114	+ 88	+ 96
Tbc-dödlighet per 1 000 inv. resp. tbc-vårdagar per inv.	0·74	0·72	0·69	0·69	0·46	0·43	0·42	0·37
Nyssnämnda tal + 25 %	0·93	0·90	0·86	0·86	0·58	0·54	0·53	0·46

De sjukvårdsområden, som nu erhålla tillägg på grund av överfrekvens i fråga om tuberkulosdödligheten, skulle också kvalificera sig för ett på vård-dagsantalet grundat tillägg. Därjämte skulle Göteborgs och Bohus läns lands-ting, som håller sig kring riksmedeltalet i fråga om tuberkulosdödligheten, ett år haft tillräcklig överfrekvens i fråga om tuberkulosvårdagar för att kvalificera sig för tillägg. Hade även de i primärkommunal regi drivna an-stalterna medtagits, hade överfrekvensen i allmänhet blivit större och Gö-teborgs och Bohus län under samtliga år fått tuberkulostillägg. En anknyt-ning till tuberkulosvård dagarna medför i åtskilliga fall större differenser i förhållande till riksmedeltalet än vid en beräkning efter dödligheten, vilket vid i övrigt oförändrade beräkningsgrunder leder till större tillägg och ökat statsanslag. Förevarande förhållanden belysas av nedanstående samman-ställning. Där angives den andel av de berörda sjukvårdsområdenas totala tuberkulosvård, som genom tuberkulostillägget helt skulle bestridas av stats-medel vid de olika alternativen.

Av resp. områdes totala tuberkulosfrekvens skulle det extra tillägget om-fatta följande procent vid beräkning efter dels dödligheten, dels vård dags-antalet:

Sjukvårdsområde	Tuberkulosdödlighet 5-årsperioden				Tuberkulosvårdagar åren			
	1938/42	1939/43	1940/44	1941/45	1942	1943	1944	1945
Gotlands län	3	9	7	10	21	21	24	15
Blekinge län	1	1	1	—	—	—	—	—
Göteborgs och Bohus län	—	—	—	—	23	10	7	12
Västernorrlands län.....	13	10	11	11	17	16	21	19
Jämtlands län	14	17	20	21	10	13	19	18
Västerbottens län.....	21	19	20	17	25	25	30	29
Norrbottnens län.....	37	34	33	31	38	31	33	37

Vid sitt förord för en anknytning av tuberkulostillägget till vårddagsantalet ha de sakkunniga icke ansett att någon ändring skulle göras beträffande 25 %-gränsen. Tillägget skulle sålunda avse att täcka huvudmannens samtliga kostnader för det antal tuberkulosvårdsdagar, som med 25 % överstiger riksmedeltalet. Olika utformningar av denna princip kunna tänkas. Tuberkulosvård dagarna uppvisa som regel ej tvära variationer år från år. Då full täckning bör givas för den för varje år uppkommande överfrekvensen med dess ökade belastning för vederbörande huvudman och då en avräkning för 5-årsperioder medför en onödig teknisk komplikation, ha de sakkunniga ej ansett det nödvändigt att behålla nuvarande på 5-årsmedeltal grundade beräkningssätt, vilket kunde vara statistiskt motiverat i fråga om dödligheten med dess små, av tillfälligheter influerade frekvenser. Avräkning torde i stället böra ske per kalenderår.

Enligt gällande regler beräknas tillägget efter de faktiska driftkostnaderna för ifrågavarande sjukvårdsområdes samtliga tuberkulosanstalter med fördelning på A- och B-platser. Det visar sig emellertid dels att denna redovisning betänkligt eftersläpar, dels ock att kostnaderna särskilt för B-platserna ofta ej med exakthet kunna beräknas. I betydande utsträckning förekommer nämligen, att tuberkulosvården ej lämnas vid speciella anstalter, som äro faktiskt eller i varje fall bokföringstekniskt avskilda från annan vård. I en del områden är det sålunda vanligt, att tuberkulosvården bedrivs vid en sjukstuga eller ett lasarett, men tuberkulosvården redovisas draga lika stora kostnader som anläggningen i dess helhet, oaktat den enligt skilda utredningar är mindre kostnadskrävande än lasarettsvård. Till följd av dessa förhållanden framkommer för år 1944 för Västerbottens del en vårddagskostnad för landstingets centralsanatorium Hällnäs, som är uteslutande tbc-anstalt, om kronor 5: 51 mot kronor 6: 17 för B-vården, vilken lämnas vid sådana landstingets anstalter, som inrymma även andra avdelningar. Det särskilda tillägget har därför blivit större för B- än för A-vården.

Det nuvarande extra tillägget utgår för samtliga vårddagar med ett belopp, som är så avvägt, att det kan täcka samtliga kostnader för »överfrekvensen». Man bör i förenklingssyfte låta tilläggsbeloppet utgå allenast för de »överskjutande vårddagarna», sålunda blott för det vårddagsantal, som med 25 % överstiger genomsnittet för riket. Detta tillägg bör sättas lika med de faktiska utgifterna för dessa vårddagar med avdrag för grundbidraget per vårddag och de för varje område influtna patientavgifterna.

Emot att binda tillägget till ett fixt belopp kunna vissa erinringar göras. Med hänsyn till den ovissa prisutvecklingen är det vanskligt att ens för några få år fastställa kompensationsbeloppet. Vad nu sagts gäller emellertid varje, ej prisreglerat bidragssystem med fixa belopp. En omräkning skulle därför få förutsättas ske tid efter annan.

Invändningarna mot de fasta beloppen öka i styrka när det som här är fråga om full täckning av samtliga kostnader för en viss överfrekvens i en särskild specialitet. De sakkunniga ha därför med beaktande av den ovan anförda kritiken mot nuvarande beräkning av vårddagskostnaderna ansett

sig böra förorda samma principiella beräkningsgrund, som är fastställd i nuvarande formel. Ersättningen bör sålunda anknyta till kostnaden per tuberkulovårddag för redovisningsåret för respektive område.

Med hänsyn till de påtagliga svårigheterna att beräkna kostnaderna för tuberkulosanstalter, som ingå som del i andra sjukvårdsanstalter, ha statsbidragssakkunniga ansett sig böra förorda, att till grund för beräkningen av tuberkulostillägget läggas genomsnittskostnaderna för fristående tuberkulosanstalter av A- eller B-typ med uteslutande av övriga anstalter.

Tuberkulostillägget bör sålunda konstrueras på följande sätt.

För det antal tuberkulovårddagar i ett sjukvårdsområde, som under ett år med mer än 25 % överstiger det genomsnittliga antalet vård dagar per invånare i riket, skall till området utgå en ersättning, motsvarande vård dagskostnaden för sjukvårdsområdets fristående tuberkulosanstalter med avdrag för dels influtna patientavgifter, dels det enhetliga driftbidraget per vård dag.

Epidemitillägg. Statsbidragssakkunniga ha av tillgängliga siffror kunnat konstatera, att beläggningen av epidemisjukhusen förete stora regionala och temporära differenser. De sakkunniga ha därför sökt närmare analysera variationerna i belastningen av de skilda huvudmännen för epidemivårdens del. Visserligen är, som nedan närmare utvecklas, den nuvarande statistiken icke en exakt mätare på epidemifrekvensen, men siffrorna giva dock en ledning för bedömande av förhållandena.

Med utgångspunkt från det i den officiella statistiken redovisade antalet vård dagar på epidemisjukhusen med korrigerings för beläggning med andra än epidemiska fall ha statsbidragssakkunniga gjort vissa sammanställningar rörande epidemivården avseende åren 1935—1944, *tabell J*. Därvid visar det sig, att antalet vård dagar per invånare varierade för riket i dess helhet mellan 0,09 och 0,25 med ett genomsnitt av 0,17 för hela 10-årsperioden. Sättes detta tal lika med 100 i en indexkedja för åren 1935—1944 erhålles följande sifferserie: 53, 59, 71, 100, 147, 106, 65, 88, 129 och 147.

Högsta frekvens under perioden nådde Norrbottens län med 0,78 för år 1937 vid ett riksmedeltal av 0,12 samt en lägsta frekvens av 0,03 (Norrköpings stad). De tvära förändringar, som kunna uppstå, belysas av siffrorna för Blekinge län för åren 1938 och 1939: 0,07 resp. 0,53, med följande avvikelser från respektive riksmedeltal: — 59 % och + 112 %. Variationerna såväl mellan olika år som mellan sjukvårdsområdena under ett och samma år äro sålunda högst betydande. Emellertid kan utläsas, att vissa områden nästan ständigt ha en hög epidemifrekvens i förhållande till andra områden. Detta synes särskilt vara fallet med Västerbottens och Norrbottens samt i viss mån Jämtlands län.

För åren 1935—1944 understego siffrorna för Jämtlands och Västerbottens län blott för ett enda år riksmedeltalet, och Norrbottens län låg blott två år under medeltalet. Högsta överfrekvens för något år var för Jämtlands län + 140 % (år 1936), för Västerbottens län + 267 % (år 1937) och för Norr-

Huvudman		Antal vård dagar per invånare år										Medeltal åren			
		1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1935—39	1940—44	1935—44	
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1	Stockholms län	0-12	0-14	0-14	0-15	0-35	0-30	0-08	0-17	0-28	0-25	0-18	0-20	0-20	1
2	Uppsala län	0-04	0-05	0-08	0-07	0-22	0-17	0-06	0-10	0-23	0-29	0-09	0-17	0-13	2
3	Södermanlands län	0-17	0-13	0-06	0-04	0-24	0-20	0-09	0-14	0-36	0-32	0-12	0-22	0-17	3
4	Östergötlands län	0-03	0-04	0-04	0-11	0-11	0-09	0-06	0-16	0-29	0-31	0-07	0-18	0-12	4
5	Jönköpings län	0-09	0-05	0-08	0-19	0-17	0-18	0-20	0-26	0-32	0-28	0-12	0-25	0-18	5
6	Kronobergs län	0-03	0-05	0-17	0-17	0-17	0-15	0-17	0-14	0-18	0-16	0-12	0-16	0-14	6
7	Kalmar norra län	0-10	0-07	0-05	0-07	0-05	0-21	0-09	0-12	0-23	0-15	0-07	0-14	0-11	7
8	Kalmar södra län	0-02	0-08	0-13	0-07	0-27	0-21	0-08	0-16	0-24	0-13	0-12	0-16	0-14	8
9	Gotlands län	0-04	0-04	0-08	0-16	0-24	0-26	0-02	0-09	0-07	0-15	0-11	0-12	0-11	9
10	Blekinge län	0-04	0-03	0-04	0-07	0-53	0-12	0-24	0-23	0-18	0-14	0-14	0-18	0-16	10
11	Kristianstads län	0-06	0-07	0-08	0-14	0-16	0-12	0-10	0-16	0-15	0-21	0-10	0-15	0-12	11
12	Malmöhus län	0-06	0-05	0-09	0-15	0-29	0-22	0-13	0-16	0-21	0-19	0-13	0-18	0-16	12
13	Hallands län	0-07	0-07	0-08	0-18	0-32	0-27	0-07	0-08	0-18	0-25	0-14	0-17	0-16	13
14	Göteborgs o. Bohus län	0-06	0-09	0-05	0-17	0-30	0-21	0-08	0-11	0-15	0-26	0-13	0-16	0-15	14
15	Älvsborgs län	0-07	0-08	0-05	0-23	0-29	0-19	0-10	0-15	0-14	0-19	0-15	0-15	0-15	15
16	Skaraborgs län	0-14	0-11	0-07	0-31	0-19	0-17	0-12	0-13	0-16	0-25	0-16	0-17	0-16	16
17	Värmlands län	0-05	0-06	0-05	0-12	0-26	0-21	0-11	0-08	0-15	0-24	0-11	0-16	0-14	17
18	Örebro län	0-05	0-07	0-05	0-16	0-25	0-13	0-07	0-11	0-19	0-20	0-12	0-14	0-13	18
19	Västmanlands län	0-05	0-06	0-09	0-13	0-31	0-13	0-07	0-15	0-37	0-26	0-13	0-20	0-15	19
20	Kopparbergs län	0-04	0-05	0-05	0-08	0-17	0-19	0-08	0-15	0-24	0-22	0-07	0-18	0-13	20
21	Gävleborgs län	0-08	0-04	0-06	0-05	0-19	0-18	0-06	0-11	0-22	0-30	0-08	0-18	0-13	21
22	Västernorrlands län	0-09	0-08	0-17	0-30	0-23	0-16	0-05	0-11	0-12	0-16	0-17	0-12	0-15	22
23	Jämtlands län	0-15	0-24	0-23	0-26	0-28	0-21	0-09	0-19	0-33	0-30	0-23	0-22	0-23	23
24	Västerbottens län	0-24	0-20	0-44	0-36	0-37	0-34	0-22	0-18	0-19	0-29	0-32	0-24	0-28	24
25	Norrbottnens län	0-33	0-32	0-78	0-56	0-19	0-16	0-15	0-20	0-33	0-53	0-43	0-28	0-34	25
26	S:a landsting	0-09	0-09	0-13	0-18	0-25	0-18	0-11	0-15	0-21	0-25	0-15	0-18	0-16	26
27	Stockholm	0-12	0-14	0-11	0-16	0-28	0-14	0-11	0-12	0-20	0-25	0-16	0-17	0-17	27
28	Göteborg	0-10	0-10	0-09	0-21	0-34	0-16	0-16	0-19	0-25	0-28	0-17	0-21	0-18	28
29	Malmö	0-16	0-09	0-11	0-11	0-24	0-20	0-20	0-29	0-33	0-25	0-14	0-26	0-19	29
30	Norrköping	0-03	0-03	0-03	0-37	0-08	0-03	0-07	0-09	0-31	0-26	0-11	0-15	0-12	30
31	Hälsingborg	0-06	0-07	0-06	0-14	0-33	0-25	0-09	0-19	0-24	0-17	0-13	0-19	0-16	31
32	Gävle	0-06	0-05	0-08	0-05	0-30	0-17	0-10	0-31	0-43	0-53	0-11	0-31	0-21	32
33	S:a städer	0-11	0-11	0-10	0-17	0-28	0-15	0-13	0-16	0-25	0-26	0-16	0-19	0-18	33
34	S:a landsting och städer	0-09	0-10	0-12	0-17	0-25	0-18	0-11	0-15	0-22	0-25	0-15	0-18	0-17	34

bottens län + 550 % (år 1937), men även den genomsnittliga överfrekvensen var betydande; för 10-årsperioden i dess helhet 35, 65 respektive 100 %. Förutom dessa områden lågo fem andra över genomsnittet, dock i intet fall med en överfrekvens, som översteg 25 %. Ser man till 5-årsperioderna 1935—1939 och 1940—1944 kommo för den första perioden blott nyssnämnda tre län över riksmedeltalet, ökat med 25 % (+ 54, + 113 respektive + 187 %). För den andra perioden lågo över nämnda gräns Västerbottens och Norrbottens län (+ 33 respektive + 56 %), däremot ej Jämtlands län, som översteg riksmedeltalet med 22 %. Över 25 %-gränsen kommo därjämte Jönköpings län (+ 39 %) samt städerna Malmö och Gävle (+ 44 respektive + 72 %).

Det anförda synes giva vid handen, att vissa sjukvårdsområden med hög epidemifrekvens få vidkännas ekonomiska belastningar, som andra områden gå fria från. Ett särskilt stöd till förstnämnda områden skulle därför främja en önskvärd utjämning av sjukvårdskostnaderna de olika områdena emellan. Bekämpandet av de epidemiska sjukdomarna har städse ansetts vara ett riksintresse. Vården av patienter, som lida av de i 2 § 1 mom. epidemilagen angivna sjukdomarna, är avgiftsfri mot det att staten påtagit sig en viss kostnad i form av nuvarande speciella statsbidrag. Epidemifrekvensen torde vara särskilt stor bland barnen. Vid sådant förhållande finna statsbidragssakkunniga skäligen, att ett särskilt epidemitillägg införes i hudsak efter samma modell som för tbc-vården. I likhet med vad de sakkunniga föreslagit för nyssnämnda vårdgren bör detta tillägg i princip svara mot de verkliga kostnaderna för ett sjukvårdsområdes epidemivård, i den mån antalet vårddagar per invånare överstiger 25 % av riksmedeltalet.

Med hänsyn till epidemifrekvensens stora variationer år från år ha statsbidragssakkunniga ansett det skäligen föreslå en viss utjämning vid beräkningen av epidemitilläggen, detta till skillnad mot tuberkulostillägget. Tuberkulossiffrorna äro i stort sett stabila, under det att epidemifrekvensen undergår mycket betydande regionala och temporära skiftningar. Visserligen kan sägas, att de områden, som ett år haft avsevärt högre epidemifrekvens än övriga områden, för ifrågavarande år fått en påtaglig merbelastning. Emellertid kan en sådan extra börda i många fall komma att uppvägas av en låg epidemifrekvens för ett annat år. Därjämte synes det rimligt, att huvudmännen stå en viss självrisk och få bära kostnaderna för mera tillfälliga epidemier. Utan en dylik begränsning skulle, därest epidemitillägg införts, 20 av rikets 31 landsting och städer utanför landsting ha uppburit sådant tillägg för något år under perioden 1935—1944. I åtskilliga fall skulle tillägget ha omfattat två tredjedelar av all epidemivård inom distriktet, för något område ända upp till 81 % av samtliga vårddagar. Statens ekonomiska engagemang i epidemivården skulle därigenom ha blivit högst betydande.

En utjämning kan ske på olika sätt. Jämförelse kan göras mellan ett områdes frekvens för ett år och riksmedeltalet för en längre tidsperiod.

Även om ett område för ett år har avsevärt mycket högre epidemifrekvens än andra områden men riksmedeltalet för just detta år är betydligt lägre än genomsnittet för en längre period, skulle intet tillägg utgå. Vid hög genomsnittlig epidemifrekvens för ett år kan det tänkas, att flertalet sjukvårdsområden skulle få epidemitillägg. En avräkning efter en dylik metod skulle ha medfört, att år 1939 med dess höga riksmedeltal icke mindre än 21 sjukvårdsområden skulle kvalificerat sig för epidemitillägg. Detta är emellertid ej avsikten, utan utjämningen syftar till att hjälpa de områden, som i allmänhet haft större kostnader för sin vård än andra områden. För att eliminera tvära kastningar bör drifttillägget beräknas på grundval av frekvensen under en längre period i förhållande till riksmedeltalet under samma tid. I valet mellan dessa tidsperioder ha de sakkunniga stannat för avräkningar för glidande 5-årsperioder. I den mån ett sjukvårdsområdes vård dagsantal per invånare för senaste 5-årsperiod med mer än 25 % överstiger riksmedeltalet för motsvarande tid, skola följaktligen landstingen och städerna utanför landsting erhålla full täckning för de överskjutande vård dagarna.

För epidemivården sakna de sedvanliga begreppen inom- och utomläns-patient praktisk betydelse, enär epidemidistrikt har att kostnadsfritt vårda person som — oavsett bosättningen — inom distriktet insjuknat i sådan sjukdom som i 2 § 1 mom. epidemilagen sägs. I den mån avtalsenlig samverkan förekommer mellan flera områden bör en korrigering ske på så sätt att, därest å anstalt inom ett område patienter vårdas från annat område som enligt avtal svarar för kostnaden härför, skola nämnda patienter tillföras sistnämnda sjukvårdsområde.

Problemet kompliceras emellertid på annat sätt. Epidemisjukhusen kunna nämligen utnyttjas för olika ändamål. I första hand äro de avsedda för vård av de i 2 § 1 mom. epidemilagen angivna sjukdomarna (scharlakansfeber, difteri m. m.). Det åligger epidemidistriktet att för vård av dylika sjukdomar kostnadsfritt vårda patienten. Epidemilagen stadgar vidare i 25 §, att därest annan smittsam sjukdom än de i 2 § 1 mom. omförmälda vunnit större utbredning på en ort eller uppträder i mera elakartad form, vederbörande länsstyrelse äger, efter förste provinsialläkares hörande, förordna, att vad i epidemilagen är stadgat angående dessa senare sjukdomar jämväl skall, i de delar, som prövas nödigt, vinna tillämpning beträffande de förra. Om dylikt förordnande skall medicinalstyrelsen ofördröjligen underrättas. Som ett led i ett sålunda lämnat förordnande kan ingå att slutet vård skall kostnadsfritt tillhandahållas den sjuke. Därjämte kan epideminämnd enligt av Kungl. Maj:t den 7 maj 1943 lämnat bemyndigande, efter samråd med förste provinsialläkare, medgiva tillfällig användning av epidemisjukhus eller avdelning därav för vård av akut sjuka med annan smittsam sjukdom än de i 2 § epidemilagen nämnda, av lindrigt men dock sjukhusvårdbehövande sjuka eller av konvalescenter. Sådant medgivande kan lämnas för högst 6 månader. Samtidigt har medicinalstyrelsen bemyndigats att för viss tid medgiva tillfällig användning av epidemisjukhus eller

avdelning av sådant sjukhus för vård av lättskötta sinnessjuka, tuberkulos-sjuka eller andra av kronisk sjukdom lidande personer.

Ur förenklingssynpunkt kunde ifrågasättas, om ej samtliga vårddagar, som belöpa på smittsamma sjukdomar, kunde få inräknas för epidemitillägget. Därigenom skulle man också stimulera till ett bättre utnyttjande av epidemisjukhusen. I vilken utsträckning epidemisjukhusen böra utnyttjas för andra smittsamma sjukdomar än dem som angivas i 2 § 1 mom. epidemilagen är emellertid i första hand en medicinsk fråga. Vid sådant förhållande och då undersökningar härom pågå inom medicinalstyrelsen ha statsbidragssakkunniga ansett sig böra föreslå, att för beräkning av epidemitilläggen ej några andra vårddagar skola medtagas än sådana, som avses i 2 § 1 mom. epidemilagen, och sådana, som inbegripas i av länsstyrelse enligt 25 § epidemilagen meddelat förordnande.

Vårddagskostnaderna variera betydligt mellan områdena, delvis på så sätt att de minska med ökad beläggningsprocent. Svårigheter uppstå att renodla vårddagskostnaderna för varje områdes epidemivård, i den mån epidemivårdanstalterna nyttjas för annat än epidemivård. Statsbidragssakkunniga föreslå för sin del, att epidemitillägget beräknas efter motsvarande grunder som för tuberkulostillägget, d. v. s. efter den genomsnittliga driftkostnaden för samtliga fristående epidemivårdanstalter inom vederbörande sjukvårdsområde. Givetvis böra därvid sådana vårddagar, som statsverket eller annan lämnat full ersättning för på annat sätt, t. ex. genom bidrag till vård av krigsskadade eller flyktingar, ej medräknas i vårddagsantalet.

Barnsjukvårdstillägg. Enligt nuvarande kungörelse om statsbidrag till driften av medicinska barnavdelningar kan ett särskilt tillägg utgå för de områden, där kvoten av antalet barn under 15 år överstiger riksmedeltalet. Förutsättningen för ett sådant bidrag är, att Kungl. Maj:t finner det skäligt med hänsyn till sjukvårdsområdets skatteunderlag, skattebörda eller andra särskilda omständigheter. Förhöjningen utgår med 25 öre per vård dag — normalbidraget är 2 kronor — då kvoten med högst 30 % överstiger riksmedeltalet samt eljest med 50 öre. T. o. m. år 1944 ha Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län fått dylika tillägg med i regel 25 öre per vårddag, under några år lyfte dock Västerbottens län det högre tillägget av 50 öre. Detta extra tillägg har hittills spelat en mycket ringa kommunalfinansiell roll. De årliga beloppen ha i intet fall uppgått till 5 000 kronor per lands-ting.

Epidemivård är i betydande utsträckning en form av barnsjukvård. Det av de sakkunniga föreslagna epidemitillägget torde komma att utgå bland annat till samma områden, som nu fått barnsjukvårdstillägg, varvid dock epidemitillägget skulle uppgå till betydligt större belopp. På nu amförda grunder ha statsbidragssakkunniga funnit, att något annat bidrag till den slutna barnsjukvården för de barnrika sjukvårdsområdena ej är behövt.

Kap. 9. Storleken av driftbidragen.

De generella bidragen. För bedömandet av frågan om storleken av de nya generella driftbidragen må till en början redovisas statsverkets kostnader vid nuvarande system, i vad avser sekundärkommunalt organiserad vård. Härvid och i de följande beräkningarna ha de sakkunniga liksom tidigare i fråga om vårddagsantalet utgått från 1944 års statistik (14 412 527 vårddagar) och i fråga om befolkningsunderlaget från medeltalet för åren 1943—1945 (6 521 771 invånare).

Av de nuvarande statsbidragen utgöres den största posten av bidrag till tuberkuloscården, som år 1944 var 5,0 mkr. Därav utgjorde det särskilda tuberkulostillägget för de tuberkulostyngda områdena 0,6 mkr. Driftbidragssumman till epidemivården uppvisar betydande variationer år från år, sammanhängande med denna vårds speciella förhållanden. Det genomsnittliga beloppet för 10-årsperioden 1935—1944 beräknas till 2,1 mkr. För den sekundärkommunala kronikervården stannade det statliga engagemanget för år 1944 vid 0,7 mkr; för förlossningsvården uppgick det till 2,2 mkr. Den ännu relativt outbyggda barnsjukvården krävde år 1944 ett statligt bidrag av 0,4 mkr. Det totala statliga driftbidraget under år 1944 var sålunda inalles 10,4 mkr — med avdrag för tuberkulostillägget 9,8 mkr. Skulle detta belopp fördelas efter den av de sakkunniga i det föregående angivna principen att bidraget per invånare borde väga dubbelt mot bidraget per vård dag, skulle man erhålla ett belopp av 72 öre per invånare och 36 öre per vårddag.

Vid bedömandet av storleken av statens blivande engagemang i den slutna kroppssjukvården har man ett flertal faktorer att taga hänsyn till. Man kan till att börja med såsom en av utgångspunkterna anknyta till det förhållandet att beloppen av de statsbidrag, som nu utgå till speciella vårdgrenar, från början bestämts under antagande att de skulle motsvara hälften av nettokostnaderna inom respektive vårdgren. Denna hälftenprincip har emellertid icke tagit sig något uttryck i de olika driftbidragskungörelserna. I praktiken ha de speciella statliga bidragen ej heller inneburit någon anpassning efter kostnadsutvecklingen till hälftenprincipen. År 1944 uppgick sålunda statens andel inom statsbidragssektorn till allenast 21,2 procent.

Statsbidragssakkunnigas förslag till omläggning av statsbidragssystemet syftar, såsom av den i det föregående lämnade framställningen torde framgå, ej till att utsträcka statens andel i sjukvårdskostnaderna — vare sig i dess ursprungligen tänkta eller dess nuvarande storlek — till hittills ej statsbidragsberättigade vårdgrenar utan grundar sig i första hand på önskemål om teknisk och administrativ förenkling i förhållandet mellan staten och sjukhusens huvudmän. Förslaget ger därför icke aktualitet åt frågan om applicering av någon hälftenprincip å den del av sjukvården, som skulle bli berättigad till statsbidrag, så mycket mindre som i direktiven för de sak-

kunniga icke givits uttryck för tanken på en dylik utökning av statens engagemang. De sakkunnigas uppdrag måste i stället i första hand anse: gå ut på att verkställa en teknisk omfördelning av nu utgående bidrag, därvid skälig hänsyn emellertid torde böra tagas till inträffade förändringar i kostnadsnivån, i den mån dessa ej äro av tillfällig natur. Vidare bör, såsom i direktiven ock angives, hänsyn tagas till framlagda men ej förverkligade förslag om ytterligare statsbidrag till den slutna sjukvården. I den mån statligt stöd till den slutna sjukvården utgår vid sidan om de direkta driftbidragen bör även detta beaktas.

Såsom nämnts uppgick det totala statliga driftbidraget år 1944 till 9,8 mkr. Sedan nämnda år — vilket utgjorde det senaste, för vilket officiella statistiska siffror varit tillgängliga under utredningsarbetets gång — ha emellertid mycket betydande kostnadsstegringar inträtt för sjukvårdens del, i första hand på personalkontot. För lasarettsvårdens del har mellan åren 1944 och 1946 riksmedeltalet per vård dag stigit med en tredjedel från kr 12: 27 till kr 16: 46 och för kronikervården med likaledes en tredjedel från kr 6: 25 till kr 8: 00. Med ungefär en femtedel ha vård dagskostnaderna för tuberkulosvården ökat, nämligen från kr 7: 88 till kr 9: 63. För de i den officiella statistiken särredovisade fristående anstalterna för förlossningsvård och barnsjukvård har stegringen varit en fjärdedel respektive en tredjedel; vård dagskostnaderna voro kr 16: 63—21: 41 respektive kr 15: 28—20: 90.

Men även efter år 1946 ha mycket betydande kostnadsstegringar inträtt, främst på personalkontot. För år 1947 har den genomsnittliga vård dagskostnaden för lasaretten beräknats till kr 22: 16. Emellertid må framhållas, att till följd av omläggningar i den officiella statistiken siffran för år 1947 icke är fullt jämförbar med siffrorna för föregående år. Beräkningarna påverkas i första hand av övergången från netto- till bruttolönesystem för landstingens del. Såvitt kan bedömas torde vård dagskostnaderna för år 1946 — liksom för tidigare år — ej ha redovisats till fulla beloppet, sammanhängande med att huvudmännens utgifter för bostäder åt personalen i allmänhet ej medräknats vid tillämpningen av nettolönesystemet. Sedan år 1944 har också en förändring genomförts vid beräkningen av antalet vård dagar. Skulle samma beräkningsmetod ha använts år 1947 som år 1944 skulle man antagligen kommit fram till en vård dagskostnad av cirka 20 kronor för år 1947 mot kronor 12: 27 för år 1944. Kostnadsökningen sedan år 1944 skulle sålunda kunna beräknas till 60 %.

Skulle 1944 års statsbidragsbelopp förhöjas i samma proportion som vård dagskostnaderna stigit mellan åren 1944 och 1947, erhöles man ett totalt statligt engagemang å 15,7 mkr, vilket skulle göra kr 1: 14 per invånare och 0: 57 per vård dag.

Föreliggande men ej förverkligade förslag till ytterligare statsbidrag ha redovisats i ett tidigare kapitel. Befolkningsutredningens förslag angående förlossningsvården innebar avsevärt förhöjda bidragsbelopp. Statsverkets årliga merkostnad beräknades till 3,7 mkr. Reumatikervårdssakkunnigas förslag om statsbidrag till eftervård skulle medföra en kostnadsökning av 0,4

mkr. Medicinalstyrelsens förslag om driftbidrag för könssjukvården och epidemipatienter, som insjuknat utomlands, skulle sammanlagt kosta 0,2 mkr. per år. Förslaget av kommittén för partiellt arbetsföra om anställandet av kuratorer vid de kommunala sjukhusen skulle för statens del medföra en kostnad av 0,6 mkr. Den totala årliga kostnadsökningen för statsverket skulle följaktligen uppgå till 4,9 mkr, vilket motsvarar 36 öre per invånare och 18 öre per vård dag. Räknas ifrågavarande belopp upp med 60 % med hänsyn till efter förslagens avgivande inträffade kostnadsökningar, stiger summan till 7,8 mkr. Lägges denna till nu utgående bidragssumma, likaledes uppräknad med 60 %, kommer man fram till ett totalbelopp av 23,5 mkr, d. v. s. kr 1: 72 per invånare och kr 0: 86 per vård dag.

Vid ifrågavarande kostnadsberäkningar har man utgått från det faktiska platsantal, som fanns, då vederbörande förslag avgavs. Tages hänsyn till de av de förslagsställande organen beräknade nytillkommande platserna, skulle statens driftkostnader för dessa platser öka med 1,7 mkr. Beaktas bör, att dessa förslag i allmänhet innebära en utvidgning av statsbidragssektorn. I viss utsträckning innebära förslagen blott en uppräkning av statens andel i kostnaden för respektive vårdgrenar.

Statligt stöd till den slutna sjukvården vid sidan om driftbidragen utgår främst i form av bidrag genom statens pensionsanstalt till pensioneringskostnaderna. Till anstalten äro anslutna samtliga sjuksköterske-, barnmorske- och husmodersbefattningar samt åtskilliga läkartjänster och andra befattningar vid sjukhusen. Verkställda utredningar synas ge vid handen, att staten till 70 % bestrider pensionskostnaderna för dessa grupper. Enligt inhämtade upplysningar från 1944 års pensionsutredning kunna statens utgifter härför för närvarande beräknas till ungefär 6 mkr per år, och någon större ändring torde ej vara att förvänta som resultat av nu pågående utredning.

Från huvudmannahåll har erinrats om att till grund för gällande statsbidragsbelopp ursprungligen legat tanken, att staten och huvudmännen skulle bestrida halva kostnaden var, sedan legosängsavgiften avdragits. Med beaktande härav har det ifrågasatts, huruvida icke ett fastställande av kostnadsramen för driftbidragen borde ske med utgångspunkt från de belopp som framkomma, om de nuvarande bidragen till speciella vårdgrenar uppräknades till halva nettokostnaden inom respektive vårdgren. De av statsmakterna i olika sammanhang gjorda uttalandena till förmån för en principiell hälftindelning mellan staten och huvudmännen av driftkostnaderna för speciella vårdgrenar kunna ock sägas ha givit huvudmännen ett visst moraliskt stöd för en dylik uppfattning. Med hänsyn härtill ha de sakkunniga, innan ställning togs till kostnadsram för de generella driftbidragen, ansett sig böra undersöka till vilket resultat man med nu angivna utgångspunkt kommer i kostnadshänseende.

Statsbidragssektorn inom den slutna kroppssjukvården omfattar för närvarande ungefär 50 procent av nämnda vård. En uppräkning av de nuvarande speciella statsbidragen efter den ursprungligen tänkta hälftenprin-

cipen och en utspridning av det sålunda uppräknade beloppet å hel den slutna kroppssjukvården skulle därför innebära att bidragen till nämnda vård motsvarade omkring en fjärdedel av vårdkostnaderna. I siffror riknat skulle nämnda förfaringssätt innebära ett sammanlagt statsbidrag enligt 1944 års kostnadsnivå av 27 mkr. Vid hänsynstagande till de efter 1944 inträffade kostnadsstegringarna skulle nu nämnda belopp behöva höjas med 60 procent. En generell fjärdedelsprincip skulle då innebära en totalkostnad av 43 mkr, motsvarande kr 3:20 per invånare och 1:60 per vård dag.

Någon bundenhet vid någondera av de båda nu redovisade beräkningsgrunderna kan icke anses föreligga för statsmakternas vidkommande. Ej minst med hänsyn till att vissa av de faktorer, vilka enligt vad förut anförts böra beaktas i detta sammanhang, icke låta sig mer exakt uppskatta, måste storleken av statens sammanlagda bidrag grundas på ett tämligen fritt bedömande. Men det är å andra sidan rimligt att härvidlag icke stanna för en bidragssumma, vilken kan vara ägnad att ingiva huvudmännen föreställningen att statsmakterna visade mindre benägenhet än förut att stödja den slutna kroppssjukvården och icke tillräckligt beaktade den ökade belastning som huvudmännen fått vidkännas såväl på grund av kostnadsstegringarna, särskilt å lönekontot, som till följd av de av framstegen inom läkekonsten betingade kraven på en allt mer differentierad sjukvård.

Vid avvägningen av samtliga nu anförda synpunkter ha statsbidragssakkunniga stannat för att föreslå ett bidrag med två kronor per invånare och en krona per vård dag. Man kommer därvid till ett statligt engagemang vid 1944 års vård dags- och invånarantal på 27 456 000 kronor mot f. n. 9 843 000 kronor. Kostnadsökningen blir sålunda ungefär 17,6 mkr. Nu angivna bidragsbelopp och kostnadssummor avse endast länsvården och förändras, om även den centraliserade vården inbegripes, såsom närmare framgår av avd. II.

Då dessa siffror bedömas, bör beaktas, att den av huvudmännen planerade utbyggnaden av sjukvården i betydande delar skulle falla inom den nuvarande statsbidragssektorn. Sedan dessa planer någon gång på 1950-talet hunnit realiseras, skulle vården inom statsbidragssektorn komma att väga relativt sett mera än för närvarande. Vid en fortsatt tillämpning i oförändrad form av nuvarande bidragskungörelser, skulle det statliga driftbidraget då komma att stiga till 22,6 mkr mot för närvarande 9,8 mkr. Ökningen bleve sålunda 12,8 mkr. En tillämpning av statsbidragssakkunnigas förslag skulle medföra en kostnad av 34,5 mkr. Den av utbyggnaden föranledda kostnadsökningen bleve här 7 mkr.

Statsbidragssakkunniga vilja slutligen framhålla, att bidragsbeloppen tid efter annan böra göras till föremål för översyn med beaktande av mera varaktiga förändringar i fråga om penningvärde och sjukvårdens standard och inriktning.

Tuberkulostillägget. Kostnaderna för tuberkulostillägget skulle med det av statsbidragssakkunniga föreslagna beräkningssättet för år 1944 ha blivit följande.

För nämnda år var riksmedeltalet tuberkulosvård dagar per invånare 0,42. Den för tuberkulostillägget kvalificerande 25 %-gränsen blir sålunda 0,53 vård dagar per invånare. Över denna frekvens kommo Gotlands, Göteborgs o. Bohus, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens läns landsting (0,68, 0,56, 0,67, 0,64, 0,74 resp. 0,78 vård dagar per invånare).

Utgångspunkt bör, enligt vad de sakkunniga i kap. 8 föreslagit, vara den genomsnittliga vård dagskostnaden å områdets samtliga fristående tuberkulosanstalter. Med hänsyn till att Gotlands sanatorium öppnades först i slutet av år 1944 har en viss justering måst göras för Gotlands del.

Hänsyn bör emellertid tagas till de vårdavgifter, som influtit under år 1944. Avdragas bör också det av statsbidragssakkunniga föreslagna enhetliga vård dagsbidraget, här beräknat till 1 krona per vård dag. Därigenom når man fram till den nettokostnad tuberkulostillägget skall täcka.

Kalkylen får sålunda följande utseende.

Landsting	Folk-mängd	Egna vård-dagar		0,53 × be-folk-nings-talet	Antal över-skjutande vård-dagar	Netto-kost-nad per vård-dag kr.	Tuberkulostilläggets totala storlek enligt statsbidragssakkunnigas förslag	Tuberkulostillägget enligt nuvarande grunder	Ökning eller minskning
		antal	per inv.						
Gotland	59 431	40 565	0,68	31 498	9 067	5,00	45 335	7 213	+ 38 122
Göteborgs och Bohus..	204 776	114 387	0,56	108 531	5 856	4,29	25 122	—	+ 25 122
Västernorrland	275 946	183 579	0,67	146 251	37 328	5,35	199 705	79 276	+ 120 429
Jämtland	143 287	91 947	0,64	75 942	16 005	4,04	64 660	78 069	— 13 409
Västerbotten	225 574	166 129	0,74	119 554	46 575	2,95	137 396	114 005	+ 23 391
Norrbotten	226 259	176 602	0,78	119 917	56 685	4,84	274 355	294 141	— 19 786
S:a kronor							746 573	572 704	+ 173 869

Statens totala engagemang för tuberkulostillägget skulle sålunda stiga med ungefär 175 000 kronor till 750 000 kronor.

Vid bedömande av skillnaden i förhållande till nuvarande system må erinras om att någon justering för närvarande ej göres för patientavgifter.

Uttaxeringsmässigt betyda tuberkulostilläggen i allmänhet mellan 5 och 10 öre per skattekrona.

Epidemitillägget. Enligt statsbidragssakkunnigas förslag skulle epidemitillägget beräknas på grundval av epidemifrekvensen under den senast förflutna 5-årsperioden men med utgångspunkt från vård dagskostnaden för det år varom fråga är. 1944 års epidemitillägg skulle sålunda beräknas efter epidemifrekvensen för genomsnittet av åren 1940—1944 men efter 1944 års vård dagskostnad. Med hänsyn till de i viss mån exceptionella förhållandena under nyssnämnda tidsperiod ha statsbidragssakkunniga i sina kostnads-

Tabell K. Den kommunalfinansiella innebörden av statsbidragssakku hållande

Huvudman		Nuvarande grunder							D
		Driftbidrag: kronor				Motsvarande uttax. per skatte-krona		S:a driftbidrag i procent av samtliga driftutgifter	
		tbc-vård	barnsjukvård						
1		2	3	4	5	6	7	8	9
1	Stockholms län ..	415 018	—	—	415 018	0-08	—	5-3	1 290
2	Uppsala » ..	229 757	—	—	229 757	0-11	—	6-8	606
3	Södermanlands » ..	269 347	—	—	269 347	0-09	—	7-4	812
4	Östergötlands » ..	358 161	—	—	358 161	0-12	—	8-9	958
5	Jönköpings » ..	371 834	—	—	371 834	0-13	—	9-8	960
6	Kronobergs » ..	201 833	—	—	201 833	0-15	—	10-1	558
7	Kalmar läns norra ..	128 468	—	—	128 468	0-14	—	9-6	350
8	» » södra ..	174 933	—	—	174 933	0-12	—	8-2	525
9	Gotlands län ..	92 131	7 213	—	99 344	0-18	0-01	10-1	232
10	Blekinge » ..	224 691	6 640	—	231 331	0-15	0-01	10-4	549
11	Kristianstads » ..	309 724	—	—	309 724	0-11	—	8-9	975
12	Malmöhus » ..	462 548	—	—	462 548	0-10	—	5-1	1 461
13	Hallands » ..	185 950	—	—	185 950	0-11	—	7-3	572
14	Göteb. o. Bohus » ..	255 579	—	—	255 579	0-12	—	8-8	731
15	Älvsborgs » ..	514 592	—	—	514 592	0-13	—	9-6	1 266
16	Skaraborgs » ..	285 476	—	—	285 476	0-11	—	8-6	911
17	Värmlands » ..	340 370	—	—	340 370	0-11	—	6-4	1 046
18	Örebro » ..	259 731	—	—	259 731	0-08	—	6-8	839
19	Västmanlands » ..	236 428	—	—	236 428	0-09	—	7-6	692
20	Kopparbergs » ..	387 492	—	—	387 492	0-11	—	7-9	1 033
21	Gävleborgs » ..	233 323	—	—	233 323	0-09	—	6-5	841
22	Västernorrlands » ..	463 673	79 276	—	542 949	0-19	0-03	9-6	1 207
23	Jämtlands » ..	265 388	78 069	2 424	345 881	0-23	0-05	14-6	572
24	Västerbottens » ..	480 001	114 005	3 740	597 746	0-28	0-05	13-8	1 014
25	Norrbottnens » ..	542 320	294 191	1 774	838 285	0-33	0-12	16-0	1 012
26	S:a landsting	7 688 768	579 394	7 938	8 276 100	0-13	0-01	8-6	21 025
27	Stockholm	1 060 133	—	—	1 060 133	0-06	—	3-6	3 206
28	Göteborg	579 590	—	—	579 590	0-09	—	4-8	1 572
29	Malmö	199 139	—	—	199 139	0-06	—	3-4	793
30	Norrköping	127 073	—	—	127 073	0-11	—	5-2	389
31	Hälsingborg	98 608	—	—	98 608	0-08	—	5-6	290
32	Gävle	90 012	—	—	90 012	0-14	—	8-2	178
33	S:a städer	2 154 555	—	—	2 154 555	0-07	—	4-1	6 430
34	S:a landsting och städer	9 843 323	579 394	7 938	10 430 655	0-11	0-01	7-0	27 456

igas bidragssystem i förhållande till nuvarande grunder, avseende för-
r 1944.

Statsbidragssakkunnigas system

drag: kronor		Ökning i procent i förh. till nuv. grunder		Motsvarande uttax. per skattekrona			S:a drift- bidrag i procent av samt- liga drift- utgifter		
Tillägg för		S:a drift- bidrag	Grund- belopp	S:a drift- bidrag	S:a drift- bidrag	därav			
tbc-vård	epidemi- vård					vård- dags- bidrag	invånar- bidrag	tillägg för tbc- o epi- demivård	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
—	—	1 290 232	+ 211	+ 211	0·24	0·12	0·12	—	16·4
—	—	606 693	+ 164	+ 164	0·29	0·16	0·13	—	18·1
—	—	812 522	+ 202	+ 202	0·29	0·15	0·14	—	22·3
—	—	958 710	+ 168	+ 168	0·31	0·15	0·16	—	23·7
—	—	960 288	+ 158	+ 158	0·33	0·16	0·17	—	25·4
—	—	558 831	+ 177	+ 177	0·41	0·18	0·23	—	28·1
—	—	350 552	+ 173	+ 173	0·39	0·19	0·20	—	26·2
—	—	525 195	+ 200	+ 200	0·36	0·17	0·19	—	24·7
45 335	—	278 190	+ 153	+ 180	0·50	0·20	0·22	0·08	28·2
—	—	549 825	+ 145	+ 145	0·35	0·16	0·19	—	24·8
—	—	975 265	+ 215	+ 215	0·36	0·18	0·18	—	28·1
—	—	1 461 001	+ 216	+ 216	0·32	0·18	0·14	—	16·2
—	—	572 866	+ 209	+ 209	0·33	0·15	0·18	—	22·6
25 122	—	756 693	+ 186	+ 196	0·35	0·15	0·19	0·01	26·0
—	—	1 266 193	+ 147	+ 147	0·31	0·15	0·16	—	23·6
—	—	911 960	+ 211	+ 211	0·35	0·17	0·18	—	27·3
—	—	1 046 594	+ 207	+ 207	0·34	0·16	0·18	—	19·8
—	—	839 967	+ 223	+ 223	0·25	0·11	0·14	—	21·9
—	—	692 524	+ 193	+ 193	0·26	0·13	0·13	—	22·2
—	—	1 033 640	+ 167	+ 167	0·30	0·15	0·15	—	21·1
—	—	841 987	+ 261	+ 261	0·34	0·15	0·19	—	23·3
199 705	—	1 406 966	+ 160	+ 159	0·49	0·23	0·19	0·07	24·9
64 660	20 969	657 788	+ 116	+ 90	0·44	0·19	0·19	0·06	27·7
137 396	118 858	1 270 840	+ 112	+ 113	0·60	0·26	0·21	0·13	29·6
274 355	238 778	1 525 217	+ 87	+ 81	0·60	0·22	0·18	0·20	29·5
746 573	378 605	22 150 539	+ 173	+ 168	0·35	0·16	0·17	0·02	23·0
—	—	3 206 066	+ 202	+ 202	0·18	0·11	0·07	—	10·9
—	—	1 572 542	+ 171	+ 171	0·24	0·15	0·09	—	13·0
—	—	793 415	+ 317	+ 317	0·25	0·14	0·11	—	14·0
—	—	389 738	+ 207	+ 207	0·32	0·20	0·12	—	15·9
—	—	290 596	+ 195	+ 195	0·23	0·13	0·10	—	16·6
—	—	178 351	+ 98	+ 98	0·28	0·15	0·13	—	16·2
—	—	6 430 708	+ 200	+ 200	0·21	0·13	0·08	—	12·2
746 573	378 605	28 581 247	+ 179	+ 174	0·30	0·15	0·14	0·01	19·2

kalkyler utgått från den genomsnittliga beläggningen för närmast föregående femårsperiod 1935—1939.

För nämnda period var riksmedeltalet 0,15 vårddagar per invånare. Lägges 25 % därtill, erhålles siffran 0,19. Följande områden, nämligen Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens läns landsting, överstego denna 25 %-gräns. För dessa landsting registrerades 0,23, 0,32 respektive 0,44 epidemivårddagar per invånare. Märkas må emellertid, att förevarande siffror avse all beläggning på epidemisjukhusen och sålunda inbegripa även beläggning av sådana fall, för vilka epidemitillägg ej skulle utgå.

Vårddagskostnaden för år 1944 uppgick för Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens läns landstings epidemisjukhus till kronor 5: 02, 5: 18 och 5: 66. Efter korrigering för influtna vårdavgifter och för det av statsbidragssakkunniga föreslagna generella vårddagsbidraget å 1 krona per vårddag återstår den dagskostnad, som bidraget skall täcka, kronor 3: 71, 4: 17 respektive 4: 66.

Kalkylen blir sålunda följande.

Landsting	Medel-folk-mängd	Medeltal vård-dagar 1935—1939		0,19 × befolk-nings-talet	Antal »över-skjutande» vårddagar	Netto-kostnad per vårddag kr.	Epidemi-tilläggets totala belopp
		antal	per inv.				
Jämtland	136 893	31 662	0,23	26 010	5 652	3,71	20 969
Västerbotten	216 945	69 723	0,32	41 220	28 503	4,17	118 858
Norrbotten	210 206	91 179	0,43	39 939	51 240	4,66	238 778
						S:a kronor	378 605

Totalkostnaden för epidemitillägget skulle med förevarande premisser ha blivit ungefär 380 000 kronor per år. Uttaxeringsmässigt skulle det betydtt blott ett eller annat öre per skattekrona i Jämtlands län; i Västerbottens län skulle det motsvara en uttaxering av 5 å 6 öre per skattekrona och i Norrbottens län 10 öre.

Sammanfattning. I tabell K redovisas återverkningarna av det föreslagna nya bidragssystemet. Till jämförelse ha lämnats vissa uppgifter rörande det nuvarande bidragssystemet.

Statens totala engagemang skulle stiga med 174 % från 10 431 000 kronor till 28 581 000 kronor. Över medeltalet komma aderton sjukvårdsområden. Femton områden ligga inom gränsen 140—200 % ökning. Mer än 200 % ökning skulle uppkomma för tolv områden. Den största stegringen noteras för Malmö stad — mer än 300 % — vilket delvis sammanhänger med att ifrågavarande stad år 1944 ej rekvirerat något bidrag till barnsjukvården och att bidraget till kronikervården begränsats till följd av då gällande kvotregel. Den minsta ökningen uppkommer för Norrbottens läns landsting med 81 %. Detta beror i sin tur på att nämnda landsting för närvarande har relativt stort antal vårddagar inom nuvarande bidragssektor och att det åtnjuter redan efter nuvarande grunder betydande tillägg.

Uttaxeringsmässigt betyda nuvarande bidrag i allmänhet 11 öre per skattekrona. Det nya systemet motsvarar en uttaxering av 30 öre. Ett genomgående drag är emellertid, att bidragen spela en väsentligt större roll för landstingen än för städerna utanför landsting; de föreslagna beloppen motsvara 35 respektive 21 öre per skattekrona. Över riksmedeltalet för samtliga bidrag — 30 öre per skattekrona — kommer blott en stad utanför landsting, däremot nitton landsting. Bidragen motsvara per skattekrona i två landsting 60 öre, i ett 50 öre, i tre landsting 40—49 öre, i fjorton 30—39 öre och i återstående fem landsting 24—29 öre. Till sistnämnda grupp kunna jämväl hänföras tre städer utanför landsting, medan i en stad statsbidraget motsvarar 32 öre och i de båda återstående 23 resp. 18 öre per skattekrona. Samtliga nu angivna siffror bygga på 1943—1945 års skatteunderlag.

Invånarbidraget väger ungefär lika mycket som vård dagsbidraget när det gäller landstingen, men i städerna utanför landsting har vård dagsbidraget större betydelse. De föreslagna omräknade eller nya tilläggen överstiga de nuvarande.

I förhållande till de totala driftutgifterna år 1944 motsvara de nuvarande driftbidragen 7 % för riket i dess helhet men skulle enligt statsbidragssakkunnigas system öka till 19,2 %. En markerad skillnad råder här mellan landstingen och städerna utanför landsting — den procentuella andelen blir nämligen enligt statsbidragssakkunnigas förslag för respektive grupper 23,0 och 12,2 %.

Kap. 10. Nuvarande grunder för anläggningsbidrag m. m.

Statsbidrag till uppförande eller inrättande av sjukvårdsinrättningar utgår för närvarande till samma vårdgrenar, som äro berättigade till driftbidrag, d. v. s. till tuberkulovård, epidemivård, kronikervård, förlossningsvård, barnsjukvård och psykiatrisk lasarettsvård. Bidragssystemet är konstruerat på så sätt, att statens tillskott till anläggningarna begränsats till högst hälften av de bestyrkta byggnadskostnaderna — exklusive tomt- och inventariestkostnader — dock med angivande av ett maximibelopp för varje sjukplats. Detta belopp är i flera fall differentierat med hänsyn till om fråga är om uppförande av en nybyggnad, omändring av en inköpt befintlig byggnad eller om- och tillbyggnad av en i vederbörandes ägo befintlig byggnad.

Bidragsbeloppen per vårdplats äro numera följande.

	Nybyggnad	Nyinköpt byggnad	Ombyggnad
Tuberkulovård	2 000	2 000	2 000
Epidemivård	2 500	2 500	2 500
Kronisk vård	2 000	1 500	1 000
Förlossningsvård	2 500	1 750	1 250
Barnsjukvård	2 500	.	1 250
Psykiatriska lasarettsvård	6 000	.	3 000

En sammanställning har gjorts av det totala belopp statsverket till och med första halvåret 1946 beviljat som anläggningsbidrag till ovannämnda vårdgrenar, *tabell L*.

Landsting och icke-landstingsstäder ha fått inalles 24,8 mkr. Därav kommer ungefär hälften, 12,3 mkr, på epidemivården. En stor post, 9,6 mkr, faller på tuberkulosvården. Relativt ringa belopp, omkring 0,6 mkr, representeras av vardera vårdgrenarna förlossnings- och barnsjukvård, vilka blevo bidragsberättigade först år 1937 respektive år 1939. Till det överraskande låga beloppet för kronikervården, 1,6 mkr, bör läggas 0,7 mkr, som utbetalats till de i primärkommunal regi drivna kronikeranstalterna. Psykiatriska lasarettsavdelningar blevo statsbidragsberättigade först från den 1 juli 1946. Något bidrag härför har ännu ej beviljats.

För att erhålla underlag för bedömandet, huru den principiella hälftenfördelningen utfallit i praktiken, borde man jämföra det statliga engagemanget med huvudmännens egna anläggningskostnader för motsvarande vård under samma tid. Till följd av bristfälligheter i den tillgängliga statistiken stå emellertid exakta siffror ej att få med mindre en omfattande undersökning göres. Omnämnas kan dock, att under tiden från och med år 1918 till och med år 1944 — det sista fullständiga redovisningsåret — landstingen, exkl. städerna utanför landsting, själva investerat 36 mkr i tuberkulosanstalter och erhållit 6 mkr i statsbidrag; för epidemivården äro motsvarande siffror 32 och 11 mkr. Maximeringen av statsbidragen till vissa belopp per vårdplats har sålunda, till följd av ändrad standard och förskjutningar i byggnadskostnaderna, medfört, att statens insatser för ifrågasvarande två vårdgrenar begränsats till 15 respektive 25 % mot 50 % enligt den grundläggande principen.

Vad beträffar anläggningsbidragens kommunalfinansiella betydelse må framhållas, att landstingens och icke-landstingsstäders totala anläggningskostnader för såväl statsbidragsunderstödd som annan kroppssjukvård för tiden från det första byggnadsbidragets utanordnande år 1910 till och med år 1944 uppgingo till inalles 475 mkr, under det att den utbetalda statsbidragssumman för samma tid stannade vid 25 mkr. Statens totala insatser representerade sålunda blott 5 % av de sammanlagda investeringarna.

För att få ett mera konkret mått på anläggningsbidragens uttaxeringsmässiga betydelse har i tabell E annuiteten på det av varje huvudman under åren inalles uppburna beloppet satts i relation till områdets skatteunderlag. För landstingen motsvarar denna annuitet vid 1943—45 års skatteunderlag en uttaxering av i allmänhet blott ett eller annat öre; högsta siffran är fyra öre, som uppnåtts för två landsting. För städerna når genomsnittssiffran icke ens upp till ett öre per skattekrona. Siffrorna giva emellertid så till vida en skev bild av förhållandena, som de vid ett högre penningvärde fastställda bidragsbeloppen satts i relation till ett under lägre penningvärde uppkommet skatteunderlag.

Av intresse har varit att söka belysa, huru de intill utgången av 1:a halvåret 1946 beviljade anläggningsbidragen fördelat sig mellan de olika huvud-

för av landsting och icke landstingsstäder i oktober 1946 påbörjade, beslutade eller planerade utvidgningar.

H u v u d m a n	Statsbidrag i tusental kronor							Blivande anläggningsbidrag i % av hittills beviljade	Hittills beviljade		Blivande anläggningsbidrag i förhållande till	skattekr.	inv.	skattekr.	inv.											
	Hittills beviljat statsbidrag								För blivande anläggningar vid oförändrat bidrag i % av hittills beviljade																	
	Tbc.-vård	Epidemi.-vård	Kron.-vård	BB-vård	Barnsjukvård	Summa	vårdgrenar		8	9						10	11									
																		1	2	3	4	5	6	7		
1	Stockholms län	302	859	—	—	—	1 161	1 593	137	0-22	3-85	0-30	5-25	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2	Uppsala län	448	307	—	—	—	755	382	51	0-37	5-34	0-19	2-70	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
3	Södermanlands län	98	672	56	17	—	843	439	52	0-30	4-30	0-15	2-24	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
4	Östergötlands län	154	446	4	—	—	604	404	67	0-20	2-40	0-13	1-60	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
5	Jönköpings län	227	720	184	—	120	1 251	355	28	0-43	5-06	0-12	1-44	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
6	Kronobergs län	144	270	61	10	—	485	358	74	0-35	3-18	0-26	2-35	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
7	Kalmar läns norra	171	178	59	—	—	408	196	47	0-46	4-51	0-22	2-13	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
8	Kalmar läns södra	181	151	24	—	—	356	443	124	0-25	2-60	0-30	3-22	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
9	Gotlands län	25	160	85	42	—	354	88	25	0-63	5-98	0-16	1-48	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
10	Blekinge län	351	351	—	12	—	714	550	77	0-46	4-86	0-36	3-74	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
11	Kristianstads län	172	405	99	—	82	758	787	104	0-28	3-03	0-29	3-14	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
12	Malmöhus län	536	632	319	—	65	1 552	878	57	0-34	4-97	0-19	2-81	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
13	Hallands län	96	425	—	—	—	521	302	58	0-30	3-41	0-18	1-97	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
14	Göteborgs o. Bohus län	284	528	—	—	—	812	357	44	0-37	4-05	0-16	1-76	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
15	Älvsborgs län	294	596	—	—	—	890	790	89	0-22	2-67	0-19	2-37	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
16	Skaraborgs län	250	528	30	—	—	808	335	42	0-31	3-33	0-13	1-38	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
17	Värmlands län	404	438	21	95	130	1 088	997	92	0-35	4-03	0-31	3-69	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
18	Örebro län	187	360	—	—	—	547	851	156	0-16	2-36	0-25	3-66	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
19	Västmanlands län	194	229	—	—	—	423	895	212	0-16	2-41	0-34	5-10	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
20	Kopparbergs län	197	545	65	—	—	807	618	76	0-23	3-20	0-18	2-45	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
21	Gävleborgs län	493	697	48	57	—	1 295	888	69	0-52	5-55	0-35	3-80	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
22	Västernorrlands län	691	305	—	—	110	1 106	713	64	0-39	4-01	0-25	2-58	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
23	Jämtlands län	636	374	—	57	45	1 112	550	48	0-75	7-79	0-36	3-85	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
24	Västerbottens län	884	469	—	126	—	1 479	1 033	70	0-68	6-57	0-48	4-58	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
25	Norrbottnens län	1 146	579	28	141	—	1 894	981	52	0-74	8-39	0-38	4-34	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
26	S:a landsting	8 565	11 224	1 083	557	594	22 023	15 783	72	0-35	4-20	0-24	3-00	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
27	Stockholm	208	655	399	—	—	1 262	6 856	543	0-07	1-99	0-38	10-80	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
28	Göteborg	391	176	85	—	—	652	1 022	157	0-10	2-24	0-16	3-51	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
29	Malmö	254	—	—	—	75	329	367	112	0-10	2-01	0-11	2-24	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
30	Norrköping	58	—	—	—	—	58	733	1 264	0-05	0-79	0-61	9-94	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
31	Hälsingborg	80	122	37	—	—	239	4	2	0-20	3-74	0-00	0-06	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
32	Gävle	43	152	—	20	—	215	120	56	0-34	5-34	0-19	2-97	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
33	S:a städer	1 034	1 105	521	20	75	2 755	9 102	330	0-96	2-18	0-29	7-18	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
34	S:a landsting och städer	9 599	12 329	1 604	577	669	24 778	24 885	100	0-26	3-80	0-26	3-80	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	

männen. Därvid kan erinras om, att någon ovillkorlig rätt för huvudmännen att erhålla bidrag ej finnes. I författningarna stadgas nämligen, att bidrag »må» utgå. Denna begränsning har i fråga om en vårdgren, förlossningsvården, haft praktisk betydelse, i det att tidigare sådant bidrag ej utgitt till områden med en uttaxering, understigande riksmedeltalet. Från och med budgetåret 1946/47 har denna begränsning dock bortfallit. För tuberkulos- och barnsjukvård finnas för närvarande vissa kvotregler, men dessa ha beträffande anläggningsbidragen ej haft någon betydelse annat än i något enstaka undantagsfall. Kvotbegränsningen för kronikervården har däremot haft en något större betydelse. De sakkunniga ha vidare låtit undersöka, huru den totala anläggningsbidragssumman förhåller sig till sådana faktorer som folkmängd och skattekröner.

Resultatet av förevarande undersökningar framgår av nyssnämnda tabell L. Denna utvisar, att Norrbottens läns landsting varit det område, som fått det största bidragsbeloppet, inalles 1,9 mkr. Stora belopp på ung. 1,5 mkr ha gått till vardera Malmöhus och Västerbottens läns landsting. Vidare kan konstateras, att bidragen ej stått i proportion till folkmängden. Fördelade per invånare ha de i några områden blott motsvarat en eller annan krona; för andra huvudmän åter ha de betytt omkring 8 kronor per invånare. Städerna utanför landsting, som inrymma 20 % av rikets folkmängd, ha fått 11 % av anläggningsbidragen. Dessa ha i stället i stor utsträckning gått till områden med låg skattekraft eller stort utbyggnadsbehov, som ännu ej tillgodosetts vid tidpunkten för bidragens införande. Landstingen, som representera 67 % av skatteunderlaget, ha erhållit 89 % av anläggningsbidragen. Bidragen ha betytt avsevärt mer för landstingen i övre Norrland och Gotland än för t. ex. Stockholms samt Örebro och Västmanlands läns landsting. För övriga områden synes något generellt samband mellan bidrag och skattekraft ej föreligga.

Nuvarande system synes sålunda hittills ha givit till resultat, att statsbidragen kommit de områden till godo, som bäst behövt dem, beroende på att när bidragen införts, de mera burgna områdena i viss utsträckning redan ordnat vården inom respektive specialitet; för de vid bidragens införande förefintliga platserna har nämligen i regel något bidrag ej utgått.

För ett ställningstagande till frågan om och i vad mån bidragssystemet bör revideras, ha statsbidragssakunniga ansett erforderligt skaffa sig en uppfattning om landstingens och icke-landstingstädernas utbyggnadsplaner för den slutna sjukvården. De sakkunniga ha därför i oktober 1946 gjort en rundfråga till huvudmännen med anhållan om uppgift angående påbörjade men ännu icke färdigställda anläggningar, beslutade men ej påbörjade samt planerade men ej beslutade anläggningar. Av uppgifterna som avse dels platsantal, dels beräknade kostnader, framgår bland annat följande.

För flera områden föreligga utbyggnadsplaner, avseende som regel en 10-årsperiod. Andra åter ha icke gjort upp dylika planer. Då det här i stor utsträckning rör sig om en framtidsbedömning och ej blott om en verifie-

ring av redan inträffade förhållanden, ha svaren blivit beroende av vederbörande uppgiftslämnarens subjektiva uppfattning rörande utvecklingen. Detta gäller särskilt planerade utvidgningar men återverkar också på kostnadsuppgifterna. Åtskilliga huvudmän ha över huvud taget icke angivit några kostnadsberäkningar. På grund av dessa ojämnheter i primärmaterialet kan detta icke användas för några mera exakta beräkningar. Det inkomna materialet torde ändå kunna tjäna som ett allmänt underlag för att bedöma utvecklingstendensen.

Inalles planeras 19 000 nya vårdplatser, med en total anläggningskostnad av 350 mkr. Som jämförelse kan nämnas, att det för närvarande finnas runt 45 000 platser på de kommunala sjukhusen. Av de 19 000 platserna komma 6 600 utanför den nuvarande statsbidragssektorn. Vad den nuvarande statsbidragssektorn beträffar kan framhållas, att för den kroniska sjukvården upptagits icke mindre än 6 000 nya platser samt för epidemi- och förlossningsvården vardera cirka 1 500 platser. För medicinsk barnsjukvård planeras 1 200 platser och för tuberkulosvården 1 100 platser, medan för reumatikervård och psykiatrisk lasarettsvård angivits 300 respektive 600 nya platser.

För att bedöma anläggningsbidragens betydelse hade det varit av intresse att söka utläsa, huruvida förhandenvaron av anläggningsbidrag till vissa vårdgrenar medfört, att en sådan utbyggnad planeras, som utan statsbidrag ej varit att förvänta. Föreliggande siffror giva näppeligen underlag för ett sådant bedömande. Det kan blott konstateras, att en avsevärd utbyggnad planeras jämväl för den icke statsbidragsunderstödda sektorn, oaktat anläggningskostnaderna per vårdplats äro avsevärt högre för dylika anläggningar än för genomsnittet av de statsbidragsunderstödda vårdgrenarna. Nyssnämnda 6 600 nya vårdplatser utanför sektorn beräknas kosta ungefär lika mycket som det dubbla antalet inom sektorn.

Ett försök har gjorts att med ledning av vissa konstruerade kvotsiffror för »normalbehovet» av sjukvårdsplatser inom olika grenar söka bedöma i vad mån vårdbehovet tillgodosetts. Då vårdbehovet sjukvårdsområdena emellan är föremål för stora variationer, ger en applicering av ett riksmedeltal på de individuella områdena en missvisande bild. I allmänhet kan dock sägas, att den kroniska sjukvården är den vårdgren, där det största utbyggnadsbehovet synes föreligga.

Utbyggnadsplanerna variera mycket områdena emellan. Omfattande planer, avseende såväl statsbidragsberättigad som ej statsbidragsberättigad vård, redovisas för de fyra största städerna utanför landsting samt för Uppsala och Västmanlands läns landsting och mera begränsade planer för Jönköpings, Kronobergs, Malmöhus och Skaraborgs läns landsting samt Hälsingborgs stad. Jämföras planerna med nuvarande platstillgång finner man, att de områden, som redan nu ha relativt många vårdplatser per invånare, också redovisa de största utbyggnadsplanerna. Med tilltagande skatteunderlag synes alltså utbyggnadsprogrammet öka. Detta synes bero på att samtidigt som de mera skattesvaga områdena nu planera för de allra nöd-

vändigaste inrättningarna, tillgodose de burgnare mindre trängande men ändock angelägna sjukvårdsbehov. Därtill komma ersättningsbyggen, s. k. andra generationen, vilken företeelse är mest aktuell i tidigt och väl utbyggda områden.

Av särskilt intresse i förevarande sammanhang är att analysera utbyggnadsplanerna inom den nuvarande statsbidragssektorn. Omfattande utbyggnadsplaner redovisas för städerna Stockholm och Norrköping samt för de mera välsituerade landstingen Stockholms, Örebro och Västmanlands län, ävensom Värmlands läns landsting. Stora utbyggnadsprogram redovisas också för flertalet landsting i Norrland. Mycket begränsade planer ha inkommit från Östergötlands, Jönköpings, Gotlands och Skaraborgs läns landsting, snäva planer för Kalmar norra, Hallands och Göteborgs och Bohus läns landsting, d. v. s. områden med relativt begränsad skattekraft.

Det har i diskussionen understundom anförts, att de områden, där en relativt ringa utbyggnad inom statsbidragssektorn kommit till stånd i förhållande till andra områden, genom möjligheterna att erhålla statsbidrag skulle stimuleras till och erhålla resurser för en utbyggnad av den vård, som andra områden delvis ombesörjt, innan statsbidrag härför införts. Det visar sig emellertid här liksom då hänsyn togs även till den icke statsbidragsberättigade vården, att områden med relativt många vårdplatser per invånare planera en stor utbyggnad. I den mån det tillgängliga statistiska underlaget kan anses återspegla de faktiska förhållandena, skulle områden, som nu ha mindre väl utbyggt, visserligen få ett ökat antal platser men icke komma i nivå med de områden, som redan för närvarande ha goda vårdresurser.

Med utgångspunkt från huvudmännens planer har i ovannämnda tabell L framräknats vad som vid oförändrat bidragssystem men utan hänsyn till nuvarande kvotregler skulle utgå för de blivande platserna. Sättas dessa belopp i relation till hittills beviljade bidrag, får man det något överraskande resultatet, att de mera välsituerade områdena — Stockholms, Örebro och Västmanlands läns landsting samt städerna Stockholm, Göteborg och Norrköping — skulle få avsevärt mycket mer i bidrag än vad de hittills uppburit; större belopp än hittills skulle också komma Kalmar södra och Kristianstads läns landsting samt Malmö stad tillgodo. Men för samtliga övriga områden skulle de blivande bidragen understiga vad som hittills utgått. För Jönköpings och Gotlands läns landsting skulle blivande bidrag utgöra allena 25 å 30 % av hittills erhållna; för Kalmar norra, Göteborgs och Bohus, Skaraborgs och Jämtlands läns landsting skulle motsvarande siffror bli omkring 45 %. Statens blivande totala insats skulle stanna vid samma belopp som hittills beviljats, 24,8 mkr., men därav skulle städerna taga ungefär 37 % mot för närvarande 11 %.

Den föreliggande analysen synes giva vid handen, att ett bibehållande av nuvarande regler rörande anläggningsbidrag ej är påkallat av rättviseskäl, om därmed avses att förhjälpa de sämst ställda landstingen till unge-

färlig jämställdhet med övriga sjukvårdsområden. I stället skulle resultatet i viss utsträckning bli, att de områden, som minst behövde ett statligt stöd, skulle få större bidrag än de andra huvudmännen.

Kap. 11. Överväganden och förslag rörande anläggningsbidrag.

Inledningsvis må erinras om, att statens sjukvårdskommitté i sitt principbetänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket uttalade, att det vore »principiellt riktigast och ur rationaliseringssynpunkt lämpligast, att kostnaderna för erforderliga nybyggnader och utvidgningar respektive inlösningar vad angår sjukhus, som drivas av landsting och icke-landstingsstäder, bestridas av vederbörande huvudmän, i den mån ej för vissa vårdgrenar redan enligt gällande bestämmelser statsbidrag utgår». För det dåvarande utgingo anläggningsbidrag i fråga om länsvis ordnad vård allenast till tuberkulos-, epidemi- och kronikeranstalter. För den starkt centraliserade vården ansåg kommittén däremot att som regel ett mera verksamt understöd från statens sida ej kunde undvaras.

Statsbidragssakkunniga ha till en början övervägt frågan om ett avskaffande av anläggningsbidragen.

Beträffande driftbidragen funno de sakkunniga skäl föreslå att ett allmänt bidrag fortsättningsvis skulle ersätta de nu utgående bidragen till vissa speciella vårdgrenar. Ett väsentligt motiv för slopande av de speciella driftbidragen var, att statsbidragssektorn redan nu utvidgats i sådan omfattning, att stimulansmöjligheterna reducerats. Detta motiv framträdde allt skarpare, ju mer sektorn utvidgades. De med speciella driftbidrag förenade administrativa besvärligheterna stode enligt de sakkunnigas mening ej längre i proportion till den reducerade stimulanseffekten.

Föreliggande mycket omfattande planerade investeringar, såväl inom som utom statsbidragssektorn, vittna om huvudmännens intresse för och vilja till insatser för den slutna sjukvården. Behovet ur stimulanssynpunkt av speciella anläggningsbidrag kan därför antagas vara mindre än tidigare. För ett avskaffande av dylika bidrag kan därutöver anföras, att ehuru bidragens syfte är stimulans, kan en rakt motsatt effekt understundom temporärt uppkomma. Det har nämligen i olika sammanhang visat sig, att då förslag framkommit om införande av anläggningsbidrag till nya vårdgrenar, huvudmännen i avvaktan på statsmakternas ställningstagande visat återhållsamhet i fråga om nyinvesteringar inom en vårdgren, för vilken statsbidrag ifrågasatts. Exempel finnes på att en huvudman av sådan orsak i nära tio år, sedan huvudmannen fattat beslut beträffande viss utbyggnad, väntat med att igångsätta ett byggnadsföretag. Anläggningsbidragen binda också dispositionen av befintliga vårdplatser, vilket understundom försvårar platsernas rationella utnyttjande. Slutligen kan pekas på att anläggnings-

bidragen, som framgått av tabell E, uttaxeringsmässigt sett spelat en relativt blygsam roll.

Skulle anläggningsbidragen slopas, borde emellertid huvudmännen i annan form få kompensation för det belopp, staten skulle tillhandahålla som anläggningsbidrag, t. ex. så att detta skulle ingå i det totala anslag som statsverket såsom driftbidrag skulle disponera för huvudmännen. En annan lösning vore att bibehålla anläggningsbidragen men göra dem generela på så sätt, att huvudmännen för en var nytillkommen vårdplats — oavsett vårdgren — skulle få ett anläggningsbidrag. Därigenom skulle tillkomsten av nya vårdplatser premieras. Det skulle emellertid i viss utsträckning innebära en dubbling av det generella driftbidragssystemet, där ett rörligt vårddagsbidrag skulle utgå för samtliga vårddagar. Ökades vårdplatserna, komme också vårddagsantalet att stiga.

Statsbidragssakkunniga ha likväl stannat för ett bibehållande av anläggningsbidrag inom en begränsad sektor, ehuru anläggningsbidragens uttaxeringsmässiga roll är begränsad. Det har nämligen från flera håll omvittnats, att de beslutande kommunala instanserna i sitt ställningstagande till frågan om utbyggnad av en viss vårdgren i hög grad påverkas av utsikten till statligt anläggningsbidrag. Vidare gör sig det behov av förenkling, som framträtt ifråga om de årligen återkommande driftbidragen, ej gällande i samma grad beträffande anläggningsbidragen. Dessa äro engångsföreteelser och möjligheter finnas att för viss eller vissa vårdgrenar avveckla dem, varigenom statsbidragssektorn skulle kunna begränsas. Stimulansmomentet för utbyggnad just av en viss vårdgren kunde på så sätt framstå starkare. Man skulle också få möjlighet att göra statsbidragssektorn rörlig; i den mån avveckling skedde inom en viss sjukvårdsgren, kunde anläggningsbidrag införas för en ny specialitet, vars utbyggnad statsmakterna funne särskilt angelägen och i behov av särskild stimulans. Härvid bör emellertid eftersträvas att hålla statsbidragssektorn relativt snäv. Att fastställa någon norm för statsbidragssektorns storlek är emellertid icke möjligt. En begränsning av dess nuvarande omfattning — ungefär hälften av sjukvården — är dock ett framträdande önskemål bland annat för att kunna stimulera till utbyggnad av viss vårdgren framför annan.

Olika begränsningsregler för statsbidragssektorn kunna tänkas. Då bidragen avse stimulans till utvidgning av viss vårdgren, vars snara utbyggande statsmakterna äro angelägna om, vore det naturligt, om en tidsgräns för statsbidragen infördes, inom vilken huvudmännen borde ha utbyggt sin vård, förslagsvis 10 à 15 år. I nuvarande situation med svår brist på arbetskraft och materiel, som föranlett statsmakterna att högst avsevärt begränsa bygnadsverksamheten, vore det emellertid obilligt mot huvudmännen att stadga en viss tidsgräns, som under mera normala förhållanden kan te sig naturlig.

En annan lösning vore att, som för övrigt skett för flera vårdgrenar, fastställa ett kvotal, motsvarande det s. k. normalbehovet. Anläggningsbidragen skulle exempelvis såsom nu i vissa fall sker utgå blott för ett visst antal vårdplatser per 1 000 invånare. Därest något område utbyggdes ut-

över denna kvotsiffra, skulle kostnaderna helt stanna å huvudmannen. Härigenom skulle i den mån vården inom sjukvårdsområdena nådde upp till nyssnämnda gräns några nya anläggningar ej komma ifråga för statsbidrag och anläggningsbidragen så småningom bortfalla vårdgren för vårdgren. Mot hittillsvarande kvotregler ha emellertid sakligt berättigade invändningar rests, bl. a. med hänsyn till att vårdbehovet varierar områdena emellan och ej kan för all framtid anses vara konstant utan förändrar sig med tiden. Förefintliga kvotregler ha också efter hand uppmjukats och kvotandelen höjts, i den mån kvoterna ej helt slopats. Att vid sådant förhållande i allmänhet söka erhålla spärr för anläggningsbidragen genom kvotbestämmelser synes mindre välbetänt.

Statsbidragssakkunniga ha i stället stannat för att inom de särskilda vårdgrenarna begränsa statsbidragen till anläggningar, som innebära plats-tillskott, och därigenom automatiskt åvägabringa deras avveckling vårdgren efter vårdgren (f ö r s t a - g e n e r a t i o n s s y s t e m e t).

De från huvudmännen inkomna enquêtesvaren i förening med andra uppgifter synas ge vid handen, att vissa vårdgrenar i huvudsak äro färdigutbyggda. I den mån nya anläggningar planeras, rör det sig ej om tillskapande av nya vårdplatser utan om ersättningsbyggen, där det är fråga om att nedlägga vissa vårdplatser i samband med uppförandet av de nya anläggningarna. De gamla anläggningarna ha slitits ut eller blivit omoderna, eller också har vården fått en annan inriktning. Exempel på ersättningsbyggnader finnas inom tuberkulosvården, där platsbehovet minskat och där följaktligen praktiskt taget samtliga nyplanerade byggen äro av nyssnämnda karaktär. Liknande förhållande är för handen för epidemivårdens del i samband med den koncentration av vårdplatserna, som numera eftersträvas.

De statliga anläggningsbidragens främsta uppgift är att stimulera till utbyggnad av en viss vårdgren, där vårdmöjligheterna ej äro tillfyllest. Ehuru detta icke tagit sig tydligt uttryck i vederbörande statsbidragskungörelser, får det bakomliggande motivet anses ha varit att få till stånd ett tillräckligt antal vårdplatser inom sjukvårdsområdena för vårdgrenen i fråga. Så länge detta mål ej kan anses nått, ter sig en avveckling av bidragen i viss mån såsom ett ryggande av en utfästelse att bispringa lands-tingen och städerna utanför landsting med utbyggnad av en viss vårdgren och bör både av psykologiska skäl och ur synpunkten av rättvisa olika områden emellan ej förekomma. Vad sistnämnda synpunkt beträffar torde nämligen den av enquëtematerialet dragna slutsatsen, att vid oförändrat anläggningsbidragssystem de mera välsituerade områdena skulle vinna mest, sammanhånga med att jämväl ersättningsbyggnader medtagits, och skäl finnas att antaga, att resultatet skulle bli ett annat, om uppgifterna avsett allenast nytillskapade platser. Men när det sedermera blir fråga om den andra generationens sjukhusanläggningar, där huvudvikten ej ligger på att åstadkomma ett nytillskott av vårdplatser, måste statsmakterna anses ha fria händer vid sitt ställningstagande till frågan om statligt stöd härför eller ej. Det ligger i sakens natur att en gång tillskapade platser så småningom förslitas. Stundom kan moderniseringsbehovet i väsentlig mån bero på en

längre tids underlåtenhet att periodiskt bättre uppkomna brister eller anpassa sjukvårdsanstalten till nyare tiders krav och dispositionerna i anledning härav vara sådana, att utgifterna få en karaktär som står driftutgifternas nära. Men huruvida en gammal anstalt upprustas eller ersättes med en ny torde i allmänhet bero på omständigheter som äro ovidkommande för frågan huruvida statsbidrag bör utgå eller ej. Det synes därför mest följdriktigt och, såsom förut antytts, bäst överensstämmande med de ursprungliga intentionerna i fråga om statsbidrag till den slutna vården att begränsa anläggningsbidragen till den första generationens byggnader eller alltså till dem, genom vilka ett platstillskott åstadkommes. Landstingens utgifter för att hålla anstalterna på en tidens krav motsvarande nivå torde få tagas med i betraktande vid fixerandet av statens insats i form av generell driftbidrag. Framhållas må härvid, att det av de sakkunniga förordade invånarbidraget syftar till att upprätthålla en viss minimistandard.

Statsbidragssakkunnigas förslag innebär sålunda, att anläggningsbidrag skall utgå för ett platstillskott i sådana vårdgrenar, i fråga om vilka statsmakterna anse det vara särskilt viktigt att de utbyggas. Om t. ex. ett område avser att inom en viss vårdgren inrätta 100 nya vårdplatser men samtidigt nedlägga 70 gamla platser, skulle statsbidrag utgå allenast för de 30 platser, som utgöra nettotillskottet. Statsbidragssakkunniga äro emellertid ej främmande för att svårigheter kunna tillstöta vid fastställandet av platstillskottet. Utbyggnaden av sjukvården sker ofta etappvis, varvid genom förskjutningar i programmet eller speciella förhållanden i övrigt de gamla anläggningar, som skola ersättas med nya, under en övergångstid komma att nyttjas jämte de nya platserna. Särskilt förhandenvaron av provisoriska anstalter kan försvåra avgörandet. För bedömandet av frågan, om ett nettotillskott av vårdplatser föreligger och om anläggningsbidrag sålunda skall utgå, bör det av huvudmannen redovisade motivet för förändringarna bli avgörande. Som underlag härför kunna tjäna de av statsbidragssakkunniga i ett senare avsnitt föreslagna obligatoriska planerna för vården inom statsbidragssektorn.

Så småningom kommer full mättnad av sjukvårdsplatser att uppstå inom just de specialiteter, som innefattas i anläggningsbidragssektorn, vilket kommer att taga sig uttryck i att det i flertalet fall blir fråga om ersättningsbyggnader. Som förut konstaterats, synes detta stadium nått för tuberkulos- och epidemisjukvården. Dessa böra nu avföras från bidragssektorn. Den stegrade nativiteten i förening med övergång till förlossning på anstalt torde under de närmaste åren påkalla nya barnbördsplatser. Statsbidragssakkunniga vilja emellertid framhålla, att därest nativiteten, såsom beräknats, kommer att avsevärt avtaga om några år, en reduktion av antalet BB-platser kan bli aktuell. Till följd av det under senare år ökade barnantalet tarvas vidare nya vårdplatser för medicinsk barnsjukvård. För kronikervårdens del finnes jämväl ett starkt utbyggnadsbehov. Vad beträffar övrig sjukvård, vars drift i länsregi står oomstridd, förestår ifråga om den nya vårdform, som lämnas på psykiatriska lasarettssavdelningar, ett betydande utbyggnadsprogram.

Statsbidragssektorn synes sålunda för närvarande böra omfatta senast nämnda fyra länsvis organiserade specialgrenar. Ser man till nuvarande antal vårdplatser i sekundärkommunal regi, kommer statsbidragssektorn att omfatta 22 % därav. Vid en utbyggnad i enlighet med enquêtesvaren skulle sektorn bli 31 %. Men även vid en dylik begränsning kommer av det totala nytillskottet platser ej mindre än ungefär hälften på denna beskurna statsbidragssektor.

Konstruktionen av anläggningsbidragen grundas för närvarande på en hälftenprincip. Bidragen utgå sålunda med högst hälften av de faktiska byggnadskostnaderna, däri ej inräknade utgifterna för tomt eller inventarier. Bidragen äro tillika maximerade till vissa belopp per vårdplats.

Dessa fasta bidragsbelopp ha i realiteten visat sig utslagsgivande. Statens sjukvårdskommitté konstaterade, att vid icke mindre än 87 % av antalet under åren 1923—1930 öppnade lungtuberkulosanstalter hälften av byggnadskostnaderna överstigit maximibeloppet — 2 000 kronor per vårdplats. För epidemisjukhusens del med ett bidragsbelopp av 2 500 kronor per vårdplats var för tiden 1927—1932 motsvarande siffra 73 %. Ifråga om hemmen för kroniskt sjuka hade kommittén inhämtat, att till och med år 1932 halva platskostnaden i 75 % av fallen överstigit dåvarande maximibelopp (anläggningsbidrag för nybyggnader uppgick till högst 1 500 kronor per vårdplats).

Statsbidragssakkunniga ha för kronikervårdens, BB-vårdens och barnsjukvårdens del inhämtat, att platskostnaderna för de sedan år 1939 färdigställda anläggningarna i 90 % av fallen överstigit det dubbla statsbidraget. När en avkortning på grund av hälftenregeln ägt rum, har det varit fråga om platstillskott, som vunnits genom till- och ombyggnad.

Att söka erhålla en konkret uppfattning om vilken andel av de faktiska kostnaderna som täckts genom statsbidrag är, som redan tidigare framhållits, förenat med betydande vanskligheter. Själva begreppet kostnad per vårdplats är ej heller entydigt. Antalet utvunna vårdplatser låter sig visserligen fastställa, men kostnaderna härför äro statistiskt svårgripbara. När det som vid tuberkulosanstalterna ursprungligen var fråga om en total nybyggnad — t. ex. uppförande av ett sanatorium, som innehöll allenast tuberkulosplatser — kunde vårdplatskostnaden enkelt fastslås genom att den totala anläggningskostnaden slogs ut på antalet vårdplatser. Problemet kompliceras emellertid, när befintliga byggnader, som nyttjats för ett visst ändamål, omändras till sjukvårdsanläggning inom statsbidragssektorn. När t. ex. ett sanatorium tillbygges, är det ofta besvärligt att få en exakt platskostnad för dessa nya platser. Tillbyggnaden kan ske på så sätt, att allenast nya vårdavdelningar tillskapas utan en samtidig utökning av lokalerna för behandlingsavdelningar, ekonomianläggningar och andra gemensamma anläggningar. Platskostnaden för dessa nyvunna platser framstår då med ett alltför lågt belopp och utgör intet mått på den totala platskostnaden. I andra fall sker kanske blott en mindre utökning av antalet vårdplatser, samtidigt som omfattande, mycket kostnadskrävande arbeten vidtagas i fråga om de

gemensamma anläggningarna. Fördelas då de totala kostnaderna på antalet nyvunna vårdplatser, erhålles en missvisande hög platskostnadssiffra. Utvecklingen har emellertid gått därhän, att fristående anstalter för en specialitet ej längre inrättas utan man söker i görligaste mån förena flera vårdgrenar inom samma byggnadskomplex. Däri ingå ofta avdelningar för förlossningsvård, medicinsk barnsjukvård, epidemivård, tuberkulosvård, ibland kronikervård samt vårdplatser utanför den statsbidragsberättigade sektorn. Att vid sådant förhållande exakt fastställa anläggningskostnaden för varje vårdplats blir praktiskt taget ogörligt. De uppgifter angående anläggningskostnaderna, som av huvudmännen redovisas till medicinalstyrelsen såsom underlag för rekvisitionen av beviljade anläggningsbidrag, bestyrka detta förhållande; något mera konkret vittnesbörd om de faktiska kostnaderna torde de ej utgöra.

För bedömandet av frågan om anläggningsbidragens relation till de faktiska kostnaderna ha statsbidragssakkunniga från statens byggnadslånebyrå inhämtat vissa uppgifter belysande byggnadskostnadernas regionala differentiering. En sammanställning, avseende jämförbara stenhus uppförda år 1943, giver vid handen, att för 117 angivna orter 73 lågo inom gränserna $+ 5\%$ — 5% från riksmedeltalet och 19 avveko mellan 6 och 10% från riksmedeltalet. För återstående 25 orter fanns en än större spridning i det att 15 orter, i huvudsak i Sydsverige, understego medeltalet med 11 à 13% och 10 överstego riksmedeltalet med 11 à 14% . Samtliga sistnämnda orter lågo i Stockholmsrayonen eller i övre Norrlands inland. Variationsvidden är sålunda ungefär 25% , samtidigt som en typisk regional differentiering kan påvisas. Med hänsyn till dessa förhållanden kunde ifrågasättas, om ej anläggningsbidragen borde utgå med en viss procentandel av de faktiska anläggningskostnaderna, varigenom de områden, som ha höga anläggningskostnader, också skulle få ett efter deras dyrhetsförhållande anpassat bidrag. När det gällde driftbidragen funno emellertid statsbidragssakkunniga, att dyrhetsförhållandena ej borde så omedelbart influera på statsbidragets storlek. Det förutsatte också en omfattande statlig revision. Då anläggningsbidragen äro engångsföreteelser, skulle visserligen de administrativa komplikationerna reduceras till de relativt få fall, när statsbidrag beviljas. Med hänsyn till vad ovan anförts om bristerna i begreppet »vårdplatskostnad» bleve en konstruktion av anläggningsbidragen med en fixerad andel av anläggningskostnaderna per vårdplats i praktiken förenad med stora svårigheter. Ett slopande av anknytningen till vårdplatskostnaden är å andra sidan ej möjligt på grund av systemets syftemål att stimulera till anskaffandet av nya vårdplatser. Under alla förhållanden skulle tarvas en omfattande granskning från statsmakternas sida av samtliga räkningar och verifikationer för ett vart byggnadsföretag, för vilket statsbidrag beviljats.

Vid sådant förhållande ha statsbidragssakkunniga ansett sig böra förordade fasta bidragsbelopp per nytillskapad vårdplats utan någon inskränkande kvotregel. Härigenom skulle också vinnas en förenkling av bidragssystemet, såsom avsetts med de sakkunnigas utredning.

Vid nuvarande system utgå anläggningsbidrag med olika belopp, beroende

på huruvida det gäller nybyggnad, inköp av byggnad eller till- och ombyggnad. I praktiken visar sig denna skiljelinje vara svår att upprätthålla. 1941 års befolkningsutredning har i sitt betänkande om förlossningsvården förordat, att byggnadsbidragen skulle utgå likformigt för anordnande av vårdplatser, oavsett det sätt på vilket de tillkomma. I åtskilliga fall har man, enligt vad de sakkunniga inhämtat, funnit, att platser tillkomna genom om- och tillbyggnad icke ställa sig påtagligt billigare än andra platser.

Statsbidragssakkunniga utgå därför från ett enhetsbelopp för varje ny vårdplats som tillskapas.

Liksom för driftbidragen kunde jämväl beträffande anläggningsbidragen ifrågasättas en differentiering efter skattekraft, kostnadsförhållanden m. fl. faktorer. Då anläggningsbidragen äro engångsföreteelser, kunna de tekniska komplikationerna vid en differentiering näppeligen anses vara av sådan art, att redan av den anledningen en differentiering vore obehövlig.

Statsbidragssakkunniga vilja till en början erinra om att för barnavdelningar vid lasarett det i fråga om såväl anläggnings- som driftbidragen finnes en viss differentiering i form av ett tilläggsbidrag för områden med särskilt högt barnantal. En differentiering av anläggningsbidragen efter i första hand skattekraft finnes därjämte genomförd för statsbidrag till folkskolebyggnader (SFS 882/1945).

En differentiering, som för övrigt sträcker sig längre än i sistnämnda fall, finnes i fråga om anläggningsbidrag till lokaler för skolmåltider (SFS 553/1946).

Statsbidragssakkunniga ha i fråga om driftbidragen undersökt möjligheterna av att åstadkomma en differentiering med hänsyn till skattekraft samt övriga på sjukvården inverkan faktorer men på anförda grunder avstått från att framlägga något förslag därom. Under hänvisning till de därvid anförda synpunkterna samt till att anläggningsbidragen kommunalfinansiellt ha avsevärt mindre betydelse än driftbidragen anse statsbidragssakkunniga sig ej för anläggningsbidragen böra förorda en differentiering efter skattekraft.

De sakkunniga ha emellertid trots denna principiella inställning ej kunnat undgå att taga intryck av att särskilda förhållanden kunna föreligga i vissa enstaka fall utan att man erhållit något statistiskt gripbart mått därpå. Vid en kombination av sådana faktorer, som ogynnsamt kunna påverka förhållandena för ett enskilt område i vad avser en speciell byggnadsfråga, t. ex. onormalt höga byggnadskostnader i förening med oförmånligt skatteunderlag m. m., kan fog finnas för att låta ett förhöjt bidrag utgå. Då varje fråga om anläggningsbidrag ändock blir föremål för Kungl. Maj:ts beslut, synes det i statsbidragskungörelsen böra stadgas, att därest Kungl. Maj:t med hänsyn till särskilda omständigheter så prövar skäligt, statsbidrag må kunna utgå med ett förhöjt belopp.

Anläggningsbidragen per vårdplats för nybyggnader variera nu mellan 2 000 kronor (tuberkulosvård och kronikervård) och 6 000 kronor (psykiatriska lasarettavdelningar). För epidemi-, förlossnings- och barnsjukvård är bidraget satt till 2 500 kronor per vårdplats. I samtliga fall är stadgad en maximering till hälften av byggnadskostnaderna.

Statsbidragssakkunniga ha av tillgängligt material sökt erhålla en konkret uppfattning om de normala anläggningskostnaderna för hittills färdigställda nybyggnader. Ett visst underlag utgöra de av huvudmännen till medicinalstyrelsen ingivna rekvisitionerna av anläggningsbidrag, där uppgift lämnats om kostnaderna. Ett sammandrag därav för tiden från år 1939 ger följande resultat i fråga om sådana utvidgningar, som av medicinalstyrelsen rubricerats som nybyggnader vid bedömandet av statsbidragsfrågan.

Nybyggnad, avsynad år	Kronikervård		Förlossningsvård		Barnsjukvård	
	Kostn./pl.	Antal pl.	Kostn./pl.	Antal pl.	Kostn./pl.	Antal pl.
1939	12 300	27	7 460	7	—	—
1940	4 900	66	7 430	5	10 020	37
1941	5 670	20	—	—	—	—
1942	10 200	27	14 540 16 110	24 8	14 540	52
1943	13 700	70	—	—	—	—
1944	9 100	32	7 260 15 110	7 69	—	—
1945	—	—	9 800 14 300	9 17	14 300	14
1946	—	—	6 000 9 340 12 120 12 880	4 7 4 24	—	—
1947	—	—	—	—	19 280	59

Det är som synes ett mycket oenhetligt siffermaterial. Detta sammanhänger bl. a. med att det stundom varit fråga om totala nybyggnader, inklusive ekonomilokaler och andra gemensamma inrättningar. I andra fall har blott en sängbyggnad uppförts utan någon samtidig utbyggnad av gemensamhetsanläggningarna. Uppgiftslämnarna ha understundom betonat att fråga är om minimisiffror.

Det från huvudmännen infordrade materialet genom enquëten oktober 1946 belyser huvudmännens inställning till kostnaden för planerade anläggningar. Ett sammandrag härav lämnar följande resultat.

Vårdgren	Platskostnad i kronor						
	Riks- medeltal	Landsting			Städer utanför landett		
		Lägst	Högst	Genom- snitt	Lägst	Högst	Genom- snitt
Kronikervård	11 700	6 200	25 000	11 200	4 100	16 200	122 700
BB-vård	23 800	10 000	35 000	25 300	14 700	30 000	233 800
Barnsjukvård	19 100	10 000	25 000	18 500	19 700	30 000	199 900
Psyk. las. avd.	c:a 20 000						
Övrig kroppssjukvård.	24 000	15 000	34 300	24 900	12 200	27 100	241 000

Spännvidden mellan högsta och lägsta belopp är betydande, främst sammanhängande med att några egentliga kostnadsberäkningar icke legat till grund för uppgifterna, vilka i stället äro uppskattningsvis tillkomna.

Uppenbart är emellertid, att det icke är möjligt att med nuvarande standardfordringar och byggnadskostnader inrätta nya vårdplatser till ett belopp, motsvarande en fördubbling av de nuvarande anläggningsbidragen.

Statsbidragssakkunniga ha vid sitt ställningstagande till anläggningsbidragens storlek ansett, att mot bakgrunden av nyssnämnda siffror en uppräkning efter hälftenprincipen av statsfinansiella skäl ej kan komma i fråga. Det skulle innebära ett statligt engagemang av runt 10 000 kronor per vårdplats i allmänhet — för kronikervården dock högst 6 000 kronor.

Statsbidragssakkunniga ha funnit det mera överensstämmande med vad som faktiskt tillämpats, att vid beräkningen av statsbidragsbeloppen utgå från en ungefärlig fjärdedelsprincip, innebärande, att statsbidragen ej skulle beräknas till högre belopp än som svarade ungefär mot 25 % av kostnaderna.

Ett enhetsbidrag för all statsbidragsunderstödd sjukvård vore givetvis ur administrativa synpunkter att föredraga, då några komplikationer ej skulle uppstå vid en om disposition av platserna inom bidragssektorn. Med hänsyn till att något enhetsbelopp för anläggningskostnaderna ej står att finna, ha de sakkunniga emellertid avstått från att fullfölja denna tanke.

Vid sådant förhållande och med hänsyn till att någon jämkning nedåt av bidragen till de psykiatriska lasaretsavdelningarna näppeligen bör komma i fråga, ha statsbidragssakkunniga för denna vårdgren stannat för nuvarande belopp, 6 000 kronor per vårdplats. Då barnavdelningar vid lasarett torde ställa sig åtminstone lika dyrbara som psykiatriska lasaretsavdelningar föreslås även för dem ett belopp av 6 000 kronor per vårdplats.

I fråga om förlossningsvården är likaledes ett anläggningsbidrag å 6 000 kronor motiverat med hänsyn till de kostnader, som huvudmännen redovisat härför. Befolkningsutredningen har visserligen i sitt år 1945 avgivna betänkande om förlossningsvården stannat för ett anläggningsbidrag av 4 000 kronor per vårdplats. Motivet härför var en önskan att tillgodose perifert belägna bygder genom en utbyggnad av de mindre förlossningshemmen, vilka enligt utredningens uppfattning icke vore lika kostnadskrävande som specialanstalterna. Ett högre bidrag för dessa hem skulle — enligt de bakomliggande uppfattningarna — ej rimma mot den principiella hälftenregeln. Högre bidrag för specialanstalterna än för de mindre förlossningshemmen skulle ej stimulera till den åsyftade decentraliseringen.

Med anledning av att detta resonemang bygger på den uppfattningen att de mindre förlossningsenheter skulle ställa sig mindre kostnadskrävande än de större anstalterna ha statsbidragssakkunniga från centrala sjukvårdsberedningen införskaffat visst material för bedömande av denna fråga.

I de »Råd och anvisningar rörande planläggning och utrustning av avdelningar för barnsård och kvinnosjukdomar», som centrala sjukvårdsberedningen år 1945 uppgjort och som medicinalstyrelsen granskat och godkänt,

finnas standardritningar för olika typer av förlossningsinrättningar. Därav framgår, att t. ex. för anordnande av förlossningshem för två personer hos barnmorska skulle erfordras ej mindre än tio olika rumsenheter. Alenast 10 à 15 % av de totala utrymmena upptages av själva vådrummet; resten ugöres av bilokaler såsom förlossnings- och arbetsrum, kök, toaletter m. m. Vid en byggnadskostnad av 100 kronor per m² beräknar sjukvårdsberedningen platskostnaden till ej mindre än 25—30 000 kronor. I ett förlossningshem för sju patienter upptaga vådrummen 20 à 25 % av totalutrymmet. Platskostnaden har här uppskattats till minst 23 000 kronor. Samtidigt kan erinras om att riksmedeltalet för de av huvudmännen beräknade kostnaderna för planerade anläggningar, vari även ett betydande antal specialplatser ingå, var 23 800 kronor.

Mot bakgrunden av de anförda förhållandena anse statsbidragssakkunniga att vid nu uppställda standardkrav de mindre förlossningsenheterna icke ställa sig ekonomiskt särskilt gynnsamma. Ju färre vårdplatser som inrättas, desto högre synes platskostnaden bli.

Med hänsyn härtill ha statsbidragssakkunniga velat förorda ett enhetligt anläggningsbidrag på 6 000 kronor per vårdplats även för förlossningsvårdens del.

För kronikervårdens del måste man räkna med betydligt lägre anläggningskostnader än för annan vård. Statsbidragssakkunniga ha här stannat för en fördubbling av nuvarande bidragsbelopp till 4 000 kronor per vårdplats.

Vad beträffar anläggningsbidrag för B-anstalter må framhållas, att man i regel torde komma att för sådant ändamål omändra befintliga byggnader och att det mera undantagsvis kan bli fråga om nybyggnader härför. Statens sjukhusutredning har också framhållit, att man kunde räkna med en lägre anläggningskostnad för B-vården än för A-vården. För att få en riktig avvägning mellan A- och B-vården fann utredningen, att samma proportion borde tillämpas vid bestämmande av statens andel i anläggningskostnaderna. Anläggningsbidraget per plats borde därför sättas lägre för B- än A-vården. Vid sådant förhållande ha statsbidragssakkunniga stannat för samma anläggningsbidrag som för kronikervården, d. v. s. 4 000 kronor per plats. Men även här skulle finnas möjlighet för Kungl. Maj:t att i speciella fall bevilja högre bidrag. Givetvis kan anläggningsbidrag för B-plats blott komma i fråga för de vårdgrenar, där A-platser bli bidragsberättigade.

Statsverkets kostnader för anläggningsbidragen kunna beräknas på grundval av de uppgifter om planerade vårdplatser, som huvudmännen redovisat.

Kostnaderna vid realiserandet av dessa planer skulle vid dels oförändrat bidragssystem, dels det nya systemet bli följande.

Vårdgren	K o s t n a d v i d	
	nuvarande system	statsbidrags- sakkunnigas förslag
Tuberkulosvård	2 148 000	—
Epidemivård	3 722 000	—
Kronikervård	11 880 000	23 760 000
Barnbördsvård	4 038 000	9 690 000
Barnsjukvård	3 083 000	7 398 000
Psykiatrisk lasarettsvård	3 394 000	3 394 000
	Summa 28 265 000	44 242 000

Under antagande att förevarande planer komma att fullföljas inom en 10-årsperiod, skulle statsverkets årskostnader uppgå till 2,8 mkr vid det nuvarande systemet. Enligt statsbidragssakkunnigas grunder skulle statens årliga utgift bli 4,4 mkr. Statsverkets årliga merkostnad skulle följaktligen uppgå till 1,6 mkr.

På samma sätt som statsbidragssakkunniga föreslagit beträffande driftbidragen böra även anläggningsbidragsbeloppen tid efter annan göras till föremål för omprövning.

Kap. 12. Statsbidragssystemets avgränsning.

Nuvarande förhållanden. I 1940 års sjukhuslag stadgas rörande huvudmannaskapet för den slutna sjukvården, att »landsting eller stad, som ej deltagar i landsting, åligger att för dem, som hava sin vistelseort eller hemort inom landstingsområdet eller staden, ombesörja anstaltsvård för sjukdom, skada och kroppsfel, i den mån icke annan drager försorg om sådan vård. I enahanda omfattning bör landsting liksom stad, som nyss nämnts, ombesörja anstaltsvård vid barnsbörd. Vård, som ovan avses, må ock ombesörjas av kommun, vilken deltagar i landsting.» Sjukhuslagens bestämmelser gälla dock blott i den utsträckning särskilt föreskrives beträffande »anstaltsvård för sinnessjuka, sinnesslöa, fallandesjuka, kroniskt kropps-sjuka eller konvalescenter».

Landsting och icke-landstingsstäder ha alltså ej något exklusivt huvudmannaskap för den slutna sjukvården på så sätt, att hinder för annan att bedriva sjukvård föreligger. Epidemivården torde dock genom särskilda bestämmelser i epidemilagen intaga en särställning.

Förutom landsting och städer utanför landsting uppträda följande organ som huvudmän för den slutna sjukvården, nämligen primärkommuner, kommunalförbund, föreningar och stiftelser, aktiebolag och enskilda. Statsbidragskungörelserna ha också tagit hänsyn därtill. Bidragsberättigade huvudmän äro i allmänhet samtliga typer, ehuru, som av det följande framgår, en strävan finnes att begränsa den bidragsberättigade kretsen till landsting och städer utanför landsting. Därvid betraktas som landstings-

anstalt även av annat organ driven sjukvårdsinrättning, där landsting eller kommun helt eller till viss kvotdel i sista hand ansvarar för driftkostnaden. Samma begreppsbestämning återfinnes i sjukhuslagen.

För att erhålla en ungefärlig bild av fördelningen av huvudmannaskapet på olika förvaltningstyper ha statsbidragssakkunniga på grundval av uppgifter ur den senast tillgängliga officiella statistiska redogörelsen — avseende år 1944 — gjort vissa sammanställningar. Det må emellertid betonas, att sedan år 1944 betydande förändringar skett i riktning mot de sekundärkommunala organens övertagande av sjukvården. I det följande lämnas en redogörelse för varje vårdgren beträffande huvudmannaskapet.

För tuberkulosvårdens del kan anläggningsbidrag utgå till landsting, kommuner, föreningar och enskilda samt driftbidrag till landsting eller stad, som ej deltagar i landsting, ävensom till bolag, förening eller stiftelse. Före år 1939 preciserades ej i driftbidragskungörelsen de bidragsberättigade subjekten. Genom 1939 års kungörelse infördes emellertid en bestämmelse, varigenom i landsting deltagande primärkommuner och kommunalförbund avstängdes från driftbidrag för eventuellt nytillkommande anstalter. Utan hinder av begränsningen av de statsbidragsberättigade subjekten blevo dock anstalter, som åtnjoto statsbidrag enligt den gamla kungörelsen, berättigade till bidrag enligt den nya kungörelsen.

Av antalet vårdplatser år 1944 kommo på annat än sekundärkommunalt organ runt 900, d. v. s. 10 % av totalantalet. Av dessa platser hänförde sig mer än hälften till Jubileumsfondens sanatorier. 231 vårdplatser, fördelade på 13 anstalter, drevos av primärkommuner eller kommunalförbund.

Huvudmän för epidemivården äro epidemidistrikten, vilka ensamma äro statsbidragsberättigade. Enligt epidemilagen skall nämligen riket indelas i epidemidistrikt. Därvid skall varje landsting, liksom stad utanför landsting, utgöra ett distrikt. Men därjämte äger Konungen för särskilt fall medgiva, att stad, som deltagar i landsting, må utgöra eget epidemidistrikt.

Sådant medgivande åtnjuta för närvarande städerna Örebro och Eskilstuna, vilka emellertid genom särskilda avtal driva sin epidemivård i samarbete med vederbörande landsting. Från och med den 1 januari 1949 kommer emellertid Eskilstuna ej längre att utgöra eget epidemidistrikt.

Som huvudmän för den kroniska sjukvården uppträda landsting, städer utanför landsting, primärkommuner, kommunalförbund, föreningar och stiftelser.

Enligt de första statsbidragskungörelserna för kronikervården av år 1927 kunde anläggningsbidrag utgå till landsting, kommuner och kommunalförbund samt driftbidrag jämväl till föreningar och enskilda. År 1945 reducerades den bidragsberättigade kretsen till att i princip omfatta blott landsting och städer utanför landsting. Till större, från ålderdomshem fristående kronikeranstalter kunna likväl, när särskilda skäl därtill äro, kommun, som deltagar i landsting, och kommunalförbund erhålla anläggningsbidrag samt även annan än landsting eller stad utanför landsting driftbidrag. Enligt övergångsbestämmelserna till driftbidragskungörelsen åtnjuta dock

nyssnämnda subjekt bidrag enligt den nya kungörelsen för anstalt, till vilken driftbidrag utgick vid tidpunkten för ändringen av bidragskungörelsen, endast under förutsättning att anstalten inordnas som led i den av medicinalstyrelsen fastställda planen för kronikervården. Eljest utgår bidrag enligt förut gällande bestämmelser.

I detta sammanhang må omförmälas, att socialvårdskommittén i sitt år 1946 avgivna och av 1947 års riksdag behandlade betänkande om ålderdomshem m. m. (SOU 1946: 52) föreslagit, att landstingen skulle åläggas »legalt huvudmannaskap» i fråga om vården av de kroniskt sjuka. Departementschefen (prop. 243/1947) ansåg, att för ett påskyndande av utbyggnaden av kronikervården vore en klarläggande bestämmelse om huvudmannaskapet av väsentlig betydelse och tillstyrkte därför i princip socialvårdskommitténs förslag härutinnan. Förslag till därav påkallade lagstiftningsåtgärder borde dock anstå till en kommande riksdag.

Statens sjukhusutredning har i sitt betänkande angående den lasaretsanslutna B-sjukvården jämte anstaltsvården av kroniskt sjuka (SOU 1947: 61) anslutit sig till den av socialvårdskommittén uttalade uppfattningen rörande huvudmannaskapet. Utredningen framhåller därvid, att ett konsekvent fullföljande av strävandena att frigöra kronikervården från fattigvården för att i stället få den inlemmad i den allmänna kroppssjukvården fordrar, att huvudmannen — landsting eller stad utanför landsting — ställer kronikervården under den för varje sjukvårdsområde centrala sjukvårdsmyndighetens ledning.

Av vårdplatsantalet för den kroniska vården kommo år 1944 ungefär 4 000, d. v. s. omkring 60 %, på sekundärkommunala organ och återstoden till större delen på primärkommuner och kommunalförbund. Ett betydande antal drevs också av föreningar och stiftelser. För samtliga nya vårdplatser, som planeras, komma emellertid landsting och städer utanför landsting att svara.

Inom förlossningsvården äro landsting och städer utanför landsting ensamma berättigade till anläggningsbidrag, under det att driftbidrag kan utgå till landsting, kommun, kommunalförbund, förening eller stiftelse.

Av runt 3 000 vårdplatser år 1944 innehades 241, d. v. s. mindre än 10 %, av andra huvudmän än landsting och icke-landstingsstäder. Tre anstalter med tillsammans 27 vårdplatser kommo på primärkommuner och kommunalförbund. Återstående 214 platser fördelade sig mellan föreningar, stiftelser, bolag och enskilda men voro icke i något fall statsbidragsberättigade.

Statsbidragsberättigade subjekt inom barnsjukvården äro för anläggningsbidrag landsting och stad utanför landsting samt för driftbidrag jämväl kommun, kommunalförbund, förening eller stiftelse vad angår medicinsk avdelning vid redan befintligt fristående barnsjukhus.

Hela barnsjukvården ombesörjes av landsting och icke landstingsstäder på ett undantag när, avseende en i föreningsregi driven anstalt om 50 platser.

Psykiatrisk lasarettsvård förekommer f. n. blott vid universitetsklinikerna i Uppsala och Lund samt i städerna Stockholm, Göteborg och Malmö. Från statsbidragskungörelsens tillämpningsområde äro emellertid tills vidare undantagna samtliga dessa kliniker.

För universitetsklinikernas del sammanhänger detta med att avtal träffats, varigenom staten påtagit sig kostnaderna för dessa kliniker. Städerna Stockholm, Göteborg och Malmö ha genom särskilda avtal förbundit sig att omhänderha sinnessjukvården för de i respektive städer hemortsberättigade sinnessjuka. Vid sådant förhållande och då förhandlingar pågå om revidering av dessa avtal, ha dessa städer ansetts tills vidare böra undantagas från statsbidrag till den psykiatriska lasarettsvården.

Vad den icke statsbidragsberättigade sektorn beträffar må framhållas, att år 1944 fanns ett av primärkommun drivet fristående sjukhus om 18 platser, tio av föreningar och stiftelser drivna sjukhus om tillsammans 525 platser och en bolagsdriven sjukvårdsinrättning om 26 vårdplatser. Vid försörjningsinrättningarna funnos emellertid i betydande utsträckning sjukavdelningar, vilka redovisades såsom kroppssjukhus. Inalles upptogos i den officiella statistiken 9 anstalter med cirka 1 800 vårdplatser. Övriga 189 sjukhus och sjukstugor med ungefär 22 000 vårdplatser, motsvarande 90 % av totalantalet, drevos av landsting och städer utanför landsting.

Statsbidragssakkunniga. Av den lämnade översikten framgår, att den största delen av den slutna sjukvården såväl inom som utanför nuvarande statsbidragssektor bedrivs av landsting och icke-landstingsstäder. Vid sådant förhållande och med hänsyn till den i sjukhuslagen stadgade skyldigheten för landstingen och nämnda städer att ombesörja anstaltsvården för kroppssjuka i den mån icke annan drager försorg därom, finna statsbidragssakkunniga det naturligt, att det föreslagna enhetliga standardbidraget per invånare förbehålles landsting och icke-landstingsstäder. Detta bidrag bör beräknas på den enligt den officiella statistiken registrerade befolknings-siffran för sjukvårdsområdet vid slutet av det år varom fråga är.

Vårddagsbidraget bör först och främst utgå för de av landsting och städer utanför landsting i egen regi drivna anstalterna. I denna statsbidragsrätt bör även inbegripas sjukvårdsinrättning, beträffande vilken landstinget (staden) utan att vara ägare helt eller till viss kvotdel i sista hand ansvarar för driftkostnaden, i analogi med sjukhuslagens bestämmelser.

Rekvisation av vårddagsbidrag bör göras av huvudmannen för vederbörande anstalt och avse hela beläggningen. Däri bör sålunda inbegripas även eventuell beläggning med utomlänspatienter. I den mån särskilda avtal träffats om samarbete för driften av vissa anstalter bör, såvida ej annat överenskommes, huvudmannen för samarbetskliniken uppbära vårddagsbidraget men hänsyn därtill tagas vid avräkningen mellan parterna.

Det föreslagna vårddagsbidraget bör likaledes utgå till landsting för beläggning med civila patienter på sjukhus, där försvaret står som huvudman — garnisonssjukhusen. Vid avräkningen mellan staten och vederbörande

landsting bör hänsyn tagas till vårddagsbidraget på så sätt, att landstingets tillskott för dess patienter minskas med ett däremot svarande belopp.

Vårddagsbidraget bör utgå för antalet registrerade vårddagar för vederbörande sjukvårdsområde. Statsbidragssakkunniga förutsätta därvid användande av samma definition å vårddagsbegreppet, som numera tillämpas i den officiella statistiken. Ut- och inskrivningsdag skola sålunda räknas som vardera en dag, men från dagantalet skall för varje år avdragas ett tal lika med antalet under året intagna patienter.

Det kan givetvis diskuteras, huruvida samtliga vårddagar skola medtagas, oavsett om de äro hänförliga till hel- och halvetskilda avdelningar eller till allmän sal. På grund av förekommande maximeringar av patientavgifterna i gällande speciella bidragsskugörelser ha för de enskilda rummen, för vilka en högre avgift uttages, statsbidrag ej kunnat utgå. Den av statsbidragssakkunniga föreslagna omläggningen av driftbidragssystemet från speciella till generella bidrag syftar främst till en teknisk förenkling. Ur redovisningssynpunkt synes det därvidlag enklast, om samtliga vårddagar medtagas, oberoende av om de komma på de allmänna eller de enskilda avdelningarna. I statsbidragssakkunnigas kalkyler ha också samtliga vårddagar medtagits.

De hel- och halvetskilda rummen äro relativt få i förhållande till totalantalet vårdplatser. Några exakta siffror stå dock ej att få, enär den officiella statistiken ej skiljer mellan allmänna och enskilda avdelningar. Statsbidragssakkunniga ha emellertid ej ansett det erforderligt att enquêtevägen göra en undersökning rörande dessa förhållanden. För landstingens del få de sakkunniga hänvisa till en av svenska landstingsförbundet år 1930 verkställd undersökning, avseende platsförhållandena vid landstingens anstalter. Därav framgick, att ungefär 11 % av totalantalet vårdplatser föllo på hel- och halvetskilda rum. Praktiskt taget inga enskilda platser funnos för reumatiker och sinnessjuka, könssjuka och tuberkulösa samt mycket få inom barnsjukvården. Ett relativt högt antal, 19 %, registrerades däremot för barnbördsvården. I sammanställningen ingick varken epidemi- eller kronikervården, där det blott undantagsvis torde förekomma enskilda platser. I städerna utanför landsting voro för lasarettsvårdens del förhållandena följande enligt en år 1946 verkställd utredning. I Stockholm kom ungefär 5 % av totalantalet platser på de hel- och halvetskilda rummen och i Göteborg 8 %. I Malmö och Norrköping voro motsvarande siffror 11 och 8 %. Vid den betydande utvidgning av vården, som efter respektive undersökningsår verkställts, har utvecklingen gått mot ett reducerat antal enskilda platser — inom några sjukvårdsområden har övervägts eller t. o. m. beslutits att avskaffa dessa platser. Liknande strävanden torde avspegla sig i den nu planerade utbyggnaden.

För bedömande av frågan huruvida de hel- och halvetskilda rummen skola medtagas i det blivande statsbidragssystemet må följande synpunkter framhållas. Understundom har förmenats, att vårdavgifterna för ifrågakvarande

rum skola så avvägas, att de täcka samtliga kostnader för ifrågavarande vård. Mot denna uppfattning har genmälts, att man bör taga i beaktande den subvention det allmänna lämnar varje patient på allmän sal. Vid nuvarande patientavgift och driftkostnad uppgår det allmännas bidrag till minst 15 kronor per vård dag på lasaretten. Med avdrag för denna subvention böra patienterna på de hel- och halvenskilda rummen svara för samtliga kostnader för deras vård där.

Statsbidragssakkunniga vilja uttala sin anslutning till sistnämnda princip, som för övrigt numera vunnit gehör i sociallagstiftningen. Folkpensionernas grundbelopp exempelvis utgå till samtliga medborgare. I den mån patienterna söka sig till de hel- och halvenskilda rummen avlastas de allmänna vårdavdelningarna. På denna grund böra patienterna icke gå miste om det allmännas grundsubvention.

I analogi härmed och då jämväl den särskilde utredningsmannens förslag till statens övertagande av patientavgifterna innebär, att statlig gottgörelse skall utgå även till de hel- och halvenskilda rummen i avräkning mot patientavgifterna, som skulle minskas med samma belopp, ha statsbidragssakkunniga ansett sig böra förorda, att vård dagsantalet för de enskilda avdelningarna inräknas i det antal dagar, som grundlägger rätt till statsbidrag. Som i ett annat sammanhang framhålles, bör detta bidrag — genom en justering av vårdavgifterna — i princip komma patienterna till godo. I den mån nya enskilda vårdplatser tillkomma inom den speciella anläggningsbidragssektorn, bör motsvarande gälla och sålunda anläggningsbidrag utgå även för dylika platser.

Vid beräkningen av vård dagsantalet bör självfallet blott sådan vård få medtagas, som kan rubriceras som sjukvård. I allmänhet finnes det en klar avgränsning. Obestämd är emellertid skiljelinjen mellan den sjukvårdsbetonade konvalescentvården och vilohemmen. I vissa fall kunna avgränsningsproblem uppstå även för kronikervården i förhållande till ålderdomsvården. De sakkunniga ha emellertid ej ansett sig ha anledning taga ställning till de olika fallen utan funnit det tillfyllest föreslå ett stadgande av innehåll, att det generella driftbidraget begränsas till sådana sjukvårdsanstalter, som för sitt ändamål godkänts av medicinalstyrelsen.

Som ett allmänt villkor för att statsbidrag till en kronikeranstalt skall utgå, bör emellertid i anslutning till vad statens sjukhusutredning föreslagit gälla, att vederbörande anstalt skall stå under den för respektive sjukvårdsområde centrala sjukvårdsmyndighetens ledning. Detta villkor bör stadgas för varje anstalt, som icke redan nu uppbär statsbidrag.

Vad beträffar den psykiatriska lasarettsvården har av den lämnade redogörelsen framgått att bl. a. städerna Stockholm, Göteborg och Malmö f. n. äro undantagna från rätt till statsbidrag för av dem anordnad dylik vård. Enligt statsbidragssakkunnigas mening bör emellertid dessa städers psykiatriska lasarettsvård ingå i det statsbidragssystem för den slutna sjukvården, som de sakkunniga föreslå, att sålunda ej innefattas i de särskilda sinnessjukavtal, som dessa städer sluta.

Fråga uppkommer, huruvida även andra organ än landsting och städer utanför landsting skola åtnjuta vårddagsbidrag. Statsbidragssakkunniga vilja därvid erinra om, att enligt de sakkunnigas direktiv uppmärksamhet borde ägnas åt den slutna sjukvård, som handhaves av kommuner, vilka deltaga i landsting. Departementschefen framhöll i statsrådsprotokollet följande:

»Övervägas bör, i vad mån särskilda åtgärder kunna vara befogade i syfte att befrämja ett övertagande från landstingens sida av denna vård. Vidare bör en omprövning ske av grunderna för statens bidrag till den av vissa enskilda huvudmän bedrivna vården. Jag åsyftar härvid närmast vården av vanföra och kirurgiskt tuberkulösa, vilken till huvudsaklig del formellt ombesörjes av föreningar och stiftelser men för vilken staten tills vidare åtagit sig att i sista hand bära det ekonomiska ansvaret. Härutinnan synes en mera rationell och definitiv ordning böra eftersträvas. I detta hänseende bör samråd ske med de sakkunniga, som nyligen tillkallats för utredning rörande ortoped- och vanförevårdens organisation ävensom med vederbörande huvudmannasammanslutningar på området.»

I anslutning till denna uppfattning har det synts statsbidragssakkunniga uppenbart, att någon utvidgning av kretsen av statsbidragsberättigade subjekt ej bör komma i fråga. Övervägas bör emellertid, i vilken utsträckning nu statsbidragsberättigade huvudmän böra komma i åtnjutande av statsbidrag.

Vad till en början beträffar den vård, som meddelas av i landsting deltagande primärkommuner och kommunalförbund må framhållas, att statens sjukvårdskommitté i sitt principbetänkande av år 1934 hävdade den uppfattningen att nyssnämnda förvaltningssubjekt i största möjliga utsträckning borde avkopplas från handhavandet av och utgifter för slutna sjukvård. I anslutning till detta principprogram har, som framgått av den ovan lämnade översikten, kretsen av statsbidragsberättigade subjekt alltmera begränsats.

Genom att vården överflyttas från primärkommuner till landsting vinnes dels en betydelsefull skatteutjämning, i det att kostnaderna fördelas på ett relativt stort område, dels en effektiv och enhetligt ledd förvaltning av områdets olika sjukvårdsanstalter med större möjligheter till en ekonomisk och differentierad vård. Visserligen skulle genom kommunindelningsreformen åtskilliga primärkommuner få ett vidgat underlag, men de torde i allt fall blott undantagsvis kunna utgöra lämpliga sjukvårdsområden.

Av den tidigare lämnade översikten framgår, att den nuvarande primärkommunala vården i huvudsak avser kroniskt sjuka samt i viss mån tuberkulösa. Då tuberkulosen numera så starkt avtagit, att vårdbehovet kan tillgodoses på landstingens sjukvårdsinrättningar, torde man kunna räkna med att något behov ej längre föreligger av den primärkommunala tuberkulosvården. Statsbidragssakkunniga vilja därför föreslå, att primärkommuner och kommunalförbund ej längre skola vara statsbidragsberättigade för av dem anordnad tuberkulosvård.

Annorlunda är det med kronikervården. Där finnes ett mycket betydande platsbehov. Stora utbyggnadsplaner föreligga dock; av landstingens och icke-

landstingsstädernas planerade utvidgningar kommer ungefär en tredjedel på kronikervården. Utbyggnaden har emellertid till följd av krisläget måst hållas tillbaka, varför man torde få räkna med att det kommer att dröja avsevärd tid, innan de av primärkommunerna drivna anstalterna kunna nedläggas.

För statsbidragssakkunniga har det framstått som angeläget, att på allt sätt befrämja överförandet av kronikervården i de sjukvårdande organens regi. Denna vård utgör ett led i den allmänna sjukvården och det synes önskvärt, att de samhälleliga organ, som fått sjukvården på sin lott, helt omhändertaga även den kroniska sjukvården inom sitt område.

Att överföra de primärkommunala inrättningarna i befintligt skick till landstingen låter sig emellertid knappast göra, enär åtskilliga avdelningar för kroniskt sjuka ingå som delar i större primärkommunala byggnadskomplex. Att inom samma byggnad driva en avdelning primär- och en annan sekundärkommunalt torde ej vara praktiskt genomförbart och att avtalsvägen reglera mellanhavandet torde likaledes kunna komplicera frågan.

I nuvarande läge ha landstingen och icke-landstingsstäderna ej möjlighet att omedelbart realisera sina utbyggnadsplaner. I avvaktan på ett mera normalt läge vilja statsbidragssakkunniga därför föreslå, att nuvarande speciella bidragsbestämmelser för den primärkommunala kronikervården tills vidare skola gälla. Så snart ske kan bör emellertid blott sådan kronikervård, som lämnas av landstingen och städerna utanför landsting, berättiga till statsbidrag och av andra huvudmän anordnad kronikervård undantagas från statsbidrag. Dessa nya regler böra dock ej tillämpas förrän tidigast om fem år med möjlighet att sedermera förlänga denna tid, om förhållandena det påkalla. Under denna mellantid kunna åtgärder vidtagas för den sekundärkommunala vårdens utbyggnad och för övertagande av lämpliga, f. n. i primärkommunal regi drivna anstalter.

Vid ålderdomshemmen uppstår mången gång behov av några vårdplatser för akut sjuka, ofta infektionsfall, som lämpligen ej böra överföras till de allmänna sjukhusen. Därest dylik vård skulle inbegripas i det allmänna statsbidragssystemet, skulle gränsen mot ålderdomshemmen bli alltför svävande. Vid sådant förhållande ha statsbidragssakkunniga funnit, att dessa speciella sjukvårdsplatser ej böra ingå i det allmänna statsbidragssystemet.

Vad slutligen beträffar den stad inom landsting, som bildar eget epidemidistrikt, torde bidrag allttjämt böra utgå, dock ej med högre belopp än det föreslagna vårddagsbidraget i det generella bidragssystemet.

I fråga om sjukvårdsanstalt, driven av förening, stiftelse, bolag eller enskild, gjorde statens sjukvårdskommitté i sitt betänkande följande principuttalande.

Enskilda organisationers och personers initiativ, arbete och offervillighet på sjukvårdens område böra, i den mån anordningarna låta sig inordna i en för riket avsedd sjukvårdsplan, tillgodogöras och i viss omfattning ekonomiskt stödjas av det allmänna. Särskilt gäller detta pionjärarbete och försöksverksamhet. Där det allmänna lämnar bidrag till dylik enskild verksamhet, bör den stödjande myndigheten sättas i tillfälle att kontrollera verksamheten.

Statsbidragssakkunniga anse i likhet med sjukvårdskommittén, att den av enskilda personer och organisationer bedrivna sjukvården på flera områden varit av stor betydelse. Detta gäller framför allt den specialiserade vården, där dessa organ — oberoende av landstingsgränser — tillgodosett ett sjukvårdsbehov, som eljest ej skulle blivit tillräckligt beaktat. Det intresse för sådan sjukvård vederbörande ådagalagt har varit till stort gagn för samhället. Som av den ovan lämnade redogörelsen framgått betyda i fråga om platsantal dessa anstalter föga för den allmänna, länsvis organiserade vården, som i allt större utsträckning ombesörjes av landsting och städer utanför landsting.

Utvecklingen synes gå mot att praktiskt taget all sjukvård kommer att ombesörjas av offentligrättsliga organ. De i enskild regi drivna sjukvårdsinrättningarna, som för sitt ändamål kunna godkännas av medicinalstyrelsen, fylla emellertid en samhällelig funktion. Den faktiska platstillgången ökas. Skulle dessa anstalter läggas ned, skulle deras klientel söka sig över till de allmänna sjukvårdsinrättningarna.

Det kan erinras om att den särskilde utredningsmannen i sin promemoria rörande statens övertagande av patientavgifterna föreslagit, att enskilda sjukhus och sjukhem skulle beredas möjlighet till gottgörelse att utgå med högst samma belopp för dag och patient, som skulle utgå till landsting och icke-landstingsstäder. Härvid skulle emellertid förutsättas, dels att vederbörande anstalt av medicinalstyrelsen kan godkännas såsom likvärdig i vårdhänseende med de allmänna sjukhusen av motsvarande art och dels att sjukhusägarna förbinda sig att icke överskrida vissa av medicinalstyrelsen samtidigt fastställda vårdtaxor, upprättade med hänsyn tagen till de verkliga dagskostnaderna efter avdrag av statsbidraget.

Då statsbidragssakkunniga enligt direktiven ha att överväga en överföring i sekundärkommunal regi av den slutna sjukvården, ha de sakkunniga ej ansett sig böra föreslå en utvidgning av statsbidragsrätten till sådana av föreningar och stiftelser drivna anstalter som f. n. ej äro statsbidragsberättigade, i synnerhet som de primärkommunala huvudmännen ej skulle få någon utvidgad statsbidragsrätt.

Enligt nuvarande kungörelser uppbära blott några få av förening, stiftelse, bolag eller enskild drivna anstalter statsbidrag. Billigheten synes fordra, att dessa anstalter även fortsättningsvis skola bibehållas vid nuvarande bidrag.

Kap. 13. Statsbidragsvillkor.

Inledande synpunkter. Utöver bestämmelserna i sjukhuslagen och sjukhusstadgan finnas i nuvarande speciella kungörelser om anläggnings- och driftbidrag särskilda regler stipulerade som villkor för statsbidrag till respektive specialitet.

Med anledning av de erinringar som från huvudmannahåll anförts mot gällande bidragsregler ha statsbidragssakkunniga ansett sig till omprövning böra upptaga spørgsmålet om statsbidragsvillkoren, särskilt med hänsyn till de ändrade förutsättningar, som uppkomma genom avlösningen av de speciella driftbidragen för vissa vårdgrenar med ett generellt bidragssystem, avseende all sluten kroppssjukvård. Övergången till ett system med en rörlig sektor för anläggningsbidragen förtjänar också uppmärksammas. Vid denna omprövning ha statsbidragssakkunniga funnit, att som särskilda bidragsvillkor ej böra upptagas sådana standardkrav, som böra gälla oavsett statsbidrag. Dessa frågor böra enbart regleras genom den allmänna sjukhuslagstiftningen.

De sakkunniga vilja därvid erinra om att man för kronikervårdens del redan vid statsbidragskungörelsernas tillkomst år 1927 synes ha räknat med att en särskild stadga för denna vårdgren skulle utfärdas. Gällande kungörelser föreskriva sålunda, att bidragsmottagaren skall avgiva förbindelse, att intill dess allmän stadga för hem för kroniskt sjuka må ha blivit av Kungl. Maj:t utfärdad underkasta sig förutom kungörelsereglerna även övriga föreskrifter, som kunna varda i behörig ordning meddelade. I avvaktan på en stadga intogos åtskilliga detaljregler i bidragskungörelserna. Någon särskild stadga har ännu ej utfärdats. Statens sjukhusutredning har emellertid i sitt förut omnämnda betänkande angående den lasarettanslutna B-vården och kronikervården behandlat spørgsmålet om kronikervårdens lagliga reglering. Utredningen har därvid övervägt att i en enda fristående författning sammanföra alla för kronikervårdens reglering erforderliga bestämmelser. Ur åskådlichkeitssynpunkt skulle en sådan lösning vara förenad med vissa fördelar. Under erinran om statsbidragssakkunnigas pågående utredningsarbete och då åtskilliga av de regler, som innehållas i sjukhuslag och sjukhusstadga lämpligen böra appliceras på kronikervården — en särskild författning för kronikervården skulle i stora delar innebära en upprepning av nu gällande sjukhuslag och sjukhusstadga — har utredningen för sin del likväl ansett det lämpligast att behålla nuvarande ordning. Utredningen har därför stannat för att föreslå vissa ändringar i de författningar, som nu gälla på detta område.

Oavsett hur det i författningstekniskt hänseende kommer att förfaras, utgå statsbidragssakkunniga från att de blivande statsbidragskungörelserna ej skola behöva belastas med några särskilda detaljvillkor i ovan angivna hänseenden för kronikervården utan att dessa frågor komma att regleras på annat sätt.

Ingående detaljbestämmelser finnas i bidragskungörelsen för förlossningsvården, sammanhängande med att enligt nuvarande utformning av sjukhuslagen *det ej åligger* landsting och stad att — i den mån annan ej drager försorg därom — ombesörja anstaltsvård vid barnsbörd; lagen stadgar blott, att nyssnämnda huvudmän *böra* meddela dylik vård. 1941 års befolkningsutredning har emellertid i sitt betänkande om förlossningsvården (SOU 1945: 50) utgått från att sjukhuslagen stadgar skyldighet för landsting och

städer utanför landsting att ombesörja anstaltsvård vid barnsbörd. Statsbidragssakkunniga ha därför antagit att en härav betingad författningsändring kommer till stånd, så att förlossningsvården blir ett sekundärkommunalt åliggande. För den av enskilda subjekt drivna förlossningsvården skulle stadgan för enskilda sjukhem och förlossningshem dock alltså gälla. Vid sådant förhållande reduceras behovet av speciella villkor för förlossningsvårdens del.

Maximala patientavgifter. Enligt sjukhuslagen 20 § äger den, som driver sjukhus, bestämma efter vilka grunder och till vilket belopp legosängsavgift skall erläggas för den, som är intagen å sjukhuset. Beträffande beloppet av sådan ersättning för vård, som det jämlikt lagen om fattigvården eller lagen om samhällets barnavård åligger fattigvårdssamhälle eller kommun att vidkännas, gäller dock vad i sagda lagar finnes därom stadgat.

Sättes legosängsavgiften till lägre belopp för sjuka från det landstingsområde eller från den kommun, som driver sjukhuset, än för andra sjuka, må ej till sistnämnda grupp hänföras den, som vid intagningen är bosatt inom landstingsområdet eller kommunen. Vad sålunda är stadgat skall dock icke gälla, där avgiften erlägges av fattigvårdssamhälle eller kommun jämlikt fattigvårds- och barnavårdslagarna.

Personer, som vårdas för könssjukdom i smittsam skede eller äro föremål för undersökning, huruvida de lida av sådan sjukdom, skola oavsett bestämmelserna i 20 § sjukhuslagen åtnjuta underhåll och övriga sjukhusförmåner kostnadsfritt, såvida de äro intagna å allmän sal eller å särskilt rum, avsett för sjuka å sådan sal.

Angående rätt i vissa fall för den, som intagits å epidemivårdanstalt, att kostnadsfritt åtnjuta vård och underhåll därstädes stadgas i epidemilagen. I dess 23 § heter det, att den som inom epidemidistriktet insjuknat i sådan sjukdom, som i 2 § 1 mom. sägs, åtnjuter kostnadsfritt vård och underhåll i allmänt rum å epidemivårdanstalt och å sådan tillfällig sjukvårdslokal, som i 18 § omförmäles.

Den, som misstänkes att lida av smittsam sjukdom eller att vara smittförande utan att själv lida av sjukdomen och därför intagits å epidemivårdanstalt eller å tillfällig sjukvårdslokal, är berättigad att kostnadsfritt åtnjuta underhåll i allmänt rum å sjukvårdsinrättningen under den tid han är intagen därstädes.

Samtliga statsbidragskungörelser med undantag för kungörelserna om anläggningsbidrag för tuberkulos- och epidemivård innehålla regler om den högsta vårdavgift som för statsbidrags erhållande må uttagas av patient å allmän sal från det egna sjukvårdsområdet. För utomlänspatienter finnes icke någon begränsning.

Den maximala patientavgiftens storlek är följande.

- 1) lungtuberkulosvård: kronor 1:50 vid sanatorium eller tuberkulosavdelning å lasarett, där medicinsk avdelning finnes (*A-anstalt*), samt

kronor 1: 25 vid tuberkulossjukstuga eller tuberkulosavdelning vid odelat lasarett eller sjukstuga (*B-anstalt*).

- 2) epidemivård: vården skall vara kostnadsfri för patienten.
- 3) kronikervård: kronor 1: 50 per vård dag.
- 4) förlossningsvård: för den tid under vilken statsbidrag utgår (10 dagar per barnaföderska) kronor 1: — per dag och barnaföderska jämte barn samt för tiden därefter allmänna salsavgiften. Särskild förlossningsavgift får ej i något fall avkrävas barnaföderska. Den tid barnaföderska varit intagen å barnbördsavdelning skall tillgodoräknas henne för åtnjutande av nedsättning i förekommande fall av vårdavgiften å annan avdelning av sjukvårdsinrättningen, till vilken hon överflyttats i anledning av sjukdom, som äger samband med händelskapet eller förlossningen.
- 5) barnsjukvård: kronor 1: 50 per vård dag.
- 6) psykiatriska lasarettssavdelningar: kronor 2: 50 per vård dag.

Förevarande regler ha tillkommit i syfte att för patienterna minska de avgifter dessa eljest skulle få vidkännas. Då de speciella bidragen skola avlösas av ett generellt bidragssystem, uppstår frågan, huruvida staten för alla däri inbegripna vårdgrenar skall stipulera en högsta vårdavgift. Genom att 1946 års riksdag i princip beslutit avskaffa patientavgifterna har emellertid frågan kommit i ett nytt läge; särregler om maximavgifter för vissa vårdkategorier finna statsbidragssakkunniga därför obehövlige, då de sakkunniga förutsätta, att vid ett slopande av de speciella bidragen landstingen och städerna utanför landsting under den korta tidsperioden innan den fria sjukhusvården träder i kraft ej höja patientavgifterna.

Det föreslagna generella statsbidraget och den statliga ersättningen till landstingen och städerna utanför landsting för de uteblivna patientavgifterna böra såvitt möjligt följa samma system. Då avlösningen skulle omfatta även en del av patientavgifterna på hel- och halvenskilda rum och då statsbidragssakkunniga föreslagit att det generella driftbidraget skulle kunna utgå även för beläggning av dessa rum, torde emellertid frågan om patientavgifternas storlek på privatavdelningar få göras till föremål för omprövning i samband med de tekniska detaljfrågor, som måste avgöras i anslutning till den fria sjukhusvårdens genomförande.

En detaljfråga förtjänar emellertid särskild uppmärksamhet, nämligen sambandet mellan de förhöjda folkpensionerna och de maximala vårdavgifterna.

I sitt betänkande om revision av lagen om folkpensionering (SOU 1945: 46) upptog socialvårdskommittén till behandling frågan om rätten till folkpension vid vistelse å allmän sjukvårdsanstalt. Kommittén föreslog, att om någon vore intagen å allmän sjukvårdsanstalt och vårdtiden å anstalten uppgått till mer än två månader, folkpension skulle för tiden därefter ej utgå; för det fall att anstaltsvistelsen icke kunde antagas bli långvarig och särskilda skäl därtill föranledde, borde dock pensionsstyrelsen kunna med-

giva att tilläggspension eller viss del av densamma finge utgå för tid, som styrelsen bestämde. I folkpensioneringslagen är bestämt, huru skall förfaras med folkpension för det fall, att den pensionsberättigade är intagen på fattigvårdsanstalt eller på annan anstalt mot avgift som fattigvårdssamhället erlägger. I sådant fall är fattigvårdssamhället enligt 18 § 2 mom. folkpensioneringslagen berättigat att — med avdrag för vissa belopp — tillgodogöra sig utfallande folkpension. Däremot är sambandet mellan folkpensionen och vårdavgifterna vid sådan vård, som pensionären själv bestrider, ännu ej reglerat. I propositionen i folkpensionsfrågan till 1946 års vårriksdag uttalade departementschefen, att frågan i vad mån folkpension skulle utgå med reducerat belopp till folkpensionärer vid vistelse å allmän sjukvårdsanstalt hade ansetts böra anstå i avvidan å standpunktstagandet till det föreliggande förslaget om statens övertagande av kostnaderna för vård å allmän sal vid sjukhus. Emellertid har ställning ännu ej tagits till förevarande fråga. Enligt givna direktiv skall den upptagas till behandling av de sakkunniga, vilka tillsatts för att förbereda den fria sjukhusvårdens genomförande.

Genom folkpensioneringsreformens ikraftträdande den 1 januari 1948 ha uppstått vissa övergångsproblem intill dess den fria sjukhusvården träder i tillämpning. Detta gäller särskilt de sjukvårdsgrupper, där flertalet patienter uppbära folkpension. Med hänsyn till den korta tidrymd, som kan uppkomma mellan ikraftträdandet av statsbidragssakkunnigas nya system och den fria sjukhusvårdens genomförande ha statsbidragssakkunniga dock ej funnit anledning framlägga något förslag i ämnet.

I fråga om barnbördsvården finnas vissa maximala bidragstider angivna; sålunda utgår statsbidrag för högst 10 dagar per varje barnaföderska på förlossningsanstalt och för högst 15 dagar per varje barnaföderska, som vistas å väntehem i rikets ödemarksområden. Under dessa tider äro också patientavgifterna maximerade på sätt nyss nämnts.

Motivet för tiodagarsspärren å förlossningsanstalt har varit, att denna tidrymd ansetts motsvara den erforderliga vårdtiden för ett normalt fortlöpande förlossningsfall. Bestämmelsen tillkom på förslag av statens sjukvårdskommitté i dess principbetänkande av år 1934.

Frågan om upphävande av denna spärre har sedan flera år varit aktuell. Sålunda uttalade 1941 års befolkningsutredning i skrivelse till Kungl. Maj:t den 18 november 1942, att skäl syntes föreligga för att vederbörande skulle, om komplikationer vid eller efter förlossningen tillstötte, få kvarligga utöver 10 dagar för samma låga vårdavgift (eventuellt å annan avdelning än förlossningsavdelning). Ärendet behandlades vid 1943 års riksdag men något upphävande av spärren kom ej till stånd. Den ändringen godkändes emellertid att den tid, som barnaföderska varit intagen på barnbördsavdelning, skulle få tillgodoräknas henne för nedsättning av avgiften vid överflyttning till annan avdelning i anledning av sjukdom, som ägde samband med havandeskapet eller förlossningen.

1941 års befolkningsutredning har i sitt den 22 november 1945 dagteck-

nade betänkande om förlossningsvården (SOU 1945: 50) på nytt behandlat frågan om upphävandet av tiodagarsspärren. Under erinran om att en vårdtid av 10 dagar efter förlossningen kunde anses som ett minimum samt att man borde räkna med en genomsnittlig vårdtid av 11 dagar, föreslog utredningen, att vårdavgiften skulle sättas till högst en krona för dag och barnaföderska jämte barn under *hela* den tid, hon i och för förlossning vistas å förlossningsanstalten. Statsbidrag borde också utgå för hela vårdtiden. Vidare skulle statsbidraget utgå, då barnaföderska på grund av komplikation i följd av havandeskap eller förlossning eller eljest i anledning av sjukdom, som därmed ägde samband, antingen överflyttats från förlossningsanstalt till sjukavdelning inom samma anstalt eller till annan sjukvårdsanstalt eller från hemmet respektive vistelseorten till förlossnings- eller sjukvårdsanstalt. Behovet av sådan vård skulle styrkas genom intyg av läkare. Då barnaföderska före förlossningen måste söka vård å förlossnings- eller sjukvårdsanstalt för sjukdom, som stode i direkt samband med eller föranletts av havandeskapet, skulle även bidrag utgå. Som villkor för erhållande av driftbidrag skulle i samtliga fall gälla, att vårdavgiften å allmän sal eller därmed likställt rum icke överstege 1 krona för dag och barnaföderska jämte barn.

Med hänsyn till föreliggande beslut om fri sjukhusvård å allmän sal har det icke synts statsbidragssakkunniga behövt att nu föreslå införandet av särskilda föreskrifter i fråga om förlossningsvården. Det kan också anföras, att just de av befolkningsutredningen föreslagna utvidgningarna av statsbidragssystemet att jämväl omfatta vård på grund av komplikation i följd av havandeskapet eller förlossningen eller eljest i anledning av kroppssjukdom, som därmed äger samband, varit en av de mest omstridda punkterna i befolkningsutredningens förslag, när bidragssystemet härigenom skulle avsevärt kompliceras; läkarintyg skulle tarvas för varje särskilt vårdfall. Där emot vore det tacknämligt, om sjukvårdens huvudmän utan några tvingande författningsregler ändock kunde tillämpa ett sådant avgiftssystem att en avgift å högst 1 krona per vårddag uttoges för barnaföderska under hela den tid, hon vistas å förlossningsanstalten, även om denna tid i vissa fall överstiger 10 dagar. Därjämte bör givetvis liksom f. n. vårdtid å barnbördsavdelning få tillgodoräknas barnaföderskan vid överflyttning till annan avdelning för eventuellt erhållande av nedsatt avgift.

Begränsning av driftbidrag till s. k. normal beläggning. I samtliga driftbidragskungörelser, fränsett den för tuberkulosvården, finnes en regel av innebörd, att bidrag ej må å någon anstalt utgå för större antal vårdplatser, än som av medicinalstyrelsen fastställts såsom motsvarande normal beläggning. Sådan avräkning skall ske för varje dag; för förlossningsvården med dess stora variationer i beläggningen från dag till dag skall dock avräkningen verkställas halvårsvis. För epidemivården gälla därjämte vissa speciella regler, varigenom driftbidrag i vissa fall kan utgå för överbeläggning. Anläggningsbidragskungörelserna innehålla ej några motsvarande regler.

Förevarande bestämmelser ha tillkommit i syfte att garantera en viss standard för de vårdgrenar, där staten lämnar sin ekonomiska medverkan; en överbeläggning skulle ej understödjas genom statsbidrag. Emellertid är denna garanti i och för sig av mindre värde, enär statsbidragsbestämmelserna icke förbjuda en överbeläggning utan blott resultera i att de vård dagar, som falla utanför den normala beläggningen, ej grundlägga rätt till driftbidrag.

Det mest exakta sättet att bedöma beläggningsförhållandena är att för varje dag framräkna antalet belagda platser i procent av antalet tillgängliga platser. En sådan avräkning bör ej ske för ett sjukhus i dess helhet, enär en avdelning kan vara överbelagd samtidigt som platser stå lediga på andra avdelningar. För att erhålla en rättvisande bild måste därför varje avdelning särredovisas. Korrigering måste också göras för det fall, att en vårdplats under en och samma dag använts för såväl en utskrivnen som en nyintagen patient. En överbeläggning kan också uppkomma genom att avdelningar ej äro disponibla på grund av allmän rengöring eller personalbrist och övriga avdelningar därför måste utnyttjas än mer.

För att erhålla en ungefärlig uppfattning om beläggningsförhållandena ha statsbidragssakkunniga på grundval av de officiella redovisningarna gjort vissa beräkningar avseende åren 1924, 1929, 1934, 1938 (det sista fullständiga förkrigsåret) och 1944. Därvid har beläggningsprocenten i förenklings syfte beräknats genom att totalantalet under respektive år redovisade vård dagar satts i relation till antalet ordinarie sängplatser vid årets slut, multiplicerade med antalet dagar per år. Som ovan anförts, ger en dylik beräkningsmetod ej en adekvat bild av förhållandena, men då metoden tillämpats för samtliga områden, torde siffrorna utan att göra anspråk på exakthet ändock kunna anses ge uttryck för utvecklingsförhållandena. Av beräkningarna framgår, att riksmedeltalet för samtliga år med ett par enheter understiger 100 %. För flertalet områden är beläggningen för år 1944 något mindre intensiv än för tidigare undersökningsår. För de olika specialiteterna giver materialet icke några utslag, fränsett att beläggningsprocenten för förlossningsavdelningarna varit högre än för övriga vårdgrenar.

Huvudmännen planera för närvarande betydande utvidgningar av sin slutna sjukvård i syfte att trygga en god standard, om än på grund av inträdda förhållanden förskjutningar därvid uppstått. Man synes därför ha anledning antaga att överbeläggning för framtiden såvitt möjligt som regel skall kunna undvikas. Vårdavgift har vid överbeläggning uttagits med samma belopp som eljest. I samband med statens övertagande av patientavgifterna har ej heller ifrågasatts någon avkortning i anledning av eventuell överbeläggning. Med hänsyn till dessa förhållanden och då en exakt redovisning av de dagliga beläggningsförhållandena för samtliga vårdgrenar skulle medföra en stor administrativ belastning, ha statsbidragssakkunniga ej velat föreslå en begränsningsregel för det generella driftbidraget till normal beläggning av vederbörande vårdplatser. De sakkunniga förutsätta emellertid, att medicinalstyrelsen kommer att närmare beakta utvecklingen

av beläggningsförhållandena, särskilt sedan normalare förhållanden inträtt på byggnadsmarknaden och huvudmännen blivit i tillfälle att realisera sina stora utbyggnadsprogram. Ett bedömande av beläggningsförhållandena torde komma att underlättas genom den av statens sjukhusutredning av år 1943 i dess betänkande angående statistiken vid kroppssjukhusen föreslagna månatliga redovisningen av beläggningssiffrorna för varje klinik.

Kvotregler. I flera statsbidragskungörelser finnas regler om en begränsning av statsbidrag till ett visst antal vårdplatser per 1 000 invånare. För kronikervårdens del stadgas, att statsbidrag till anläggning och drift är begränsat till högst 1½ plats per 1 000 invånare för landstingens del och till högst 1½ plats per 2 000 invånare för stad utanför landsting. För den medicinska barnsjukvården kunna anläggnings- och driftbidrag utgå till högst 1 plats per 2 500 invånare för såväl landstingen som städerna. Slutligen föreskriver kungörelsen om anläggningsbidrag till lungtuberkulosanstalter en maximigräns för städerna utanför landsting om 1 plats per 1 000 invånare.

I samband med att nuvarande speciella driftbidrag avlösas av ett generellt bidragssystem, där alla vårdgrenar oavsett vårdtyp skola grundläggas samma rätt till statsbidrag, finnes det enligt statsbidragssakkunnigas uppfattning ej anledning att för vissa specialiteter behålla kvotregler. Skulle en begränsningsregel införas i det generella bidragssystemet, borde den därför avse all sluten sjukvård oavsett typ. Man skulle därigenom få en totalkvot. En dylik begränsning finna de sakkunniga emellertid ej lämplig. Vid sådant förhållande och då syftet med det generella bidraget främst är att åstadkomma en administrativ förenkling, anse statsbidragssakkunniga sig böra förorda ett slopande av kvotreglerna vad beträffar driftbidragen.

För anläggningsbidragens del ställer sig frågan ur teknisk synpunkt såtillvida annorlunda, som varje vårdgren där behandlas för sig och systemet med speciella bidrag till vissa vårdgrenar skulle bibehållas. Emellertid ha statsbidragssakkunniga ansett det förordade systemet med en rörlig statsbidragssektor, där bidrag ej skulle utgå till ersättningsbyggnader, i och för sig onödiggöra en särskild spärr-regel genom en kvotbestämmelse, så vitt ej särskilda förhållanden föreligga för en speciell vårdgren. För bedömandet därav ha de sakkunniga ansett sig böra hänvisa till den speciella expertisens undersökningar.

Kronikervården har under de senaste åren varit föremål för flera sakkunnigutredningar, vilka även behandlat frågan om en kvotregel. Sålunda förklarade 1941 års reumatikervårdssakkunniga i sitt betänkande om eftervården m. m. (SOU 1944: 28), att ett avsevärt utbyggnadsbehov förelåge för den kroniska sjukvårdens del; kvotbegränsningen borde därför slopas. Vid remissbehandlingen av ärendet underströks denna synpunkt bl. a. från huvudmannahåll, men departementschefen fann likväl i proposition till 1946 års riksdag om ändrade statsbidragsgrunder för kronikervården (nr 13), att man för det dåvarande ej helt borde släppa kvotbegränsningen;

därvid hänvisades bland annat till att någon utredning om det totala platsbehovet ej förefanns. Man stannade därför för en uppmjukning av dåvarande kvotregler — högst 1 plats per 2 000 invånare för stad utanför landsting och högst 1 plats per 1 000 invånare för landsting. Jämkningsen innebar 50 % förhöjning av kvottalen till $1\frac{1}{2}$ plats per 2 000 invånare resp. $1\frac{1}{2}$ plats per 1 000 invånare.

I sin utredning om kronikervården har statens sjukhusutredning stannat för ett bibehållande av en kvotregel. På grundval av visst statistiskt material har utredningen gjort en uppskattning av det föreliggande vårdbehovet. I anslutning härtill föreslår sjukhusutredningen, att anläggningsbidrag till vidare normalt ej bör utgå för mer än $2\frac{1}{2}$ plats per 1 000 invånare för samtliga huvudmän med rätt för Kungl. Maj:t att, där ett större lokalt behov visats föreligga, överskrida nämnda kvot, förslagsvis intill $3\frac{1}{2}$ plats per 1 000 invånare. Motivet för bibehållandet av en kvotregel vore, att man om dylik bestämmelse ej funnes kunde riskera att kronikervården alltför mycket utbyggdes till förfång för övrig sjukvård. Vidare vore en kvotregel betingad av svårigheterna att avgränsa kronikervården mot ett omhändertagande på ålderdomshem.

Under hänvisning till vad sjukhusutredningen sålunda anfört ha statsbidragssakkunniga funnit sig böra utgå från att en kvotregel bibehålles i fråga om anläggningsbidragen för kronikervården. Kvottalet synes böra vara detsamma som utredningen föreslagit.

I fråga om barnsjukvården har kvotregeln ursprungligen avsett en första utbyggnadsetapp. Spärren sattes från början till 2 platser per 10 000 invånare men har av 1946 års riksdag jämkats till nuvarande kvot (1 plats per 2 500 invånare). I den proposition, som ligger till grund för nämnda beslut (nr 84), hänvisades till att 1941 års reumatikervårdssakkunniga föreslagit ett slopande av kvotreglerna med hänsyn till barnsjukvårdens vidareutveckling. 1941 års befolkningsutredning hade också i sitt betänkande om förlossningsvården framhållit, att ifrågasatt vård av för tidigt födda barn på medicinska barnavdelningar kunde medföra, att spärregeln bleve alltför snäv. Medicinalstyrelsen slutligen hade betonat, att en följd av kungörelsen den 22 juni 1945 angående statsbidrag till psykisk barn- och ungdomsvård, vilken trätt i kraft den 1 juli 1945, torde bli att de medicinska barnavdelningarna i större utsträckning än hittills komme att användas för vård av barn, som lida av psykiska rubbningar. Ehuru departementschefen delade den uppfattningen att dåvarande relativt snäva kvotbegränsning icke längre borde bibehållas, ansåg departementschefen likväl försiktigheten bjuda att man för det dåvarande icke helt släppte kvotregeln. Man borde därför avvakta den fortsatta utvecklingen på området.

Då tillräckliga skäl för ett bibehållande av en kvotregel för barnsjukvårdens vidkommande ej synas föreligga, ha statsbidragssakkunniga ej ansett det påkallat att förordna någon annan begränsningsregel än den som de sakkunnigas system med en rörlig bidragssektor innebär. Kvotregeln för barnsjukvårdens del bör sålunda utgå.

Fråga om central fastställelse av planer m. m. I sjukhuslagens 4 § finnas vissa allmänna stadganden om att sjukvårdsberedning med uppmärksamhet skall följa sjukhusväsendets behov och utveckling inom vederbörande sjukvårdsområde. Detta preciseras närmare genom ett stadgande, att i den mån icke annorlunda av landstinget bestämmes det skall »ankomma på sjukvårdsberedningen att bereda och framlägga förslag, som avser inrättande av nytt eller ändring av befintligt sjukhus, och tillkommer det därvid beredningen att *söka verka för främjande av största möjliga planmässighet i landstingets sjukhusväsen* samt för sådant ändamål, i den mån omständigheterna det påkalla, söka samarbete med vederbörande statsmyndighet, så ock andra sjukvårdsberedningar». Motsvarande regler gälla för stad utanför landsting. Nämda bestämmelser äro emellertid som tidigare antytts ej tillämpliga å kronikervården.

20 § epidemilagen föreskriver för epidemivårdens del följande.

Epideminämnd skall verka för att sjukvården inom epidemidistriktet är så ordnad, att den, då sjukdom, som i 2 § 1 mom. sägs utbryter och så länge den varar, må fullt motsvara behovet. För sådant ändamål har nämnden att uppgöra en plan över sjukvårdens ordnande, för den händelse de för distriktet tillgängliga platserna å epidemivårdanstalter skulle visa sig otillräckliga. Denna plan skall upptaga de lägenheter, över vilka nämnden vid förefallande behov kan förfoga för inrättande av tillfälliga sjukvårdslokaler, ävensom den personal och utrustning, som för dessa finnas att tillgå. Planen skall omedelbart kunna bringas till verkställighet, i den mån omständigheterna det påkalla.

Utöver dessa regler finnas i vissa statsbidragskungörelser särbestämmelser vad beträffar planer för sjukvården. I såväl anläggnings- som driftsbidragskungörelserna för kroniker- och förlossningsvård stadgas sålunda som villkor för statsbidrag, att vederbörande anstalt skall ingå som led i en av huvudmannen uppgjord och av medicinalstyrelsen fastställd plan för vederbörande vårdgrens tillgodoseende i landstingsområdet eller staden i fråga. Driftbidragskungörelsen, avseende anstalter för lungtuberkulos, uppställer som villkor för erhållande av bidrag till driften av B-anstalt, att medicinalstyrelsen fastställt plan för organiserad samverkan mellan befintliga A- och B-anstalter för lungtuberkulos inom sjukvårdsområdet. Därjämte finnes i driftbidragskungörelsen för förlossningsvården en bestämmelse, enligt vilken ledningen för förlossningsanstalt är skyldig ställa sig till efterrättelse de föreskrifter om samverkan mellan slutet och öppen förlossningsvård, som må varda i vederbörlig ordning utfärdade.

I den i tidigare kapitel omnämnda enquéten i oktober 1946 till huvudmännen rörande planerade sjukvårdsplatser anhölls om uppgift i vad mån mera generella planer förefunnos. För 15 områden hade generalplaner uppgjorts, i flertalet fall avsedda för en tioårsperiod. Som regel hade planerna fastställts av vederbörande landsting eller stadsfullmäktige. I flera områden voro generalplaner under utarbetande.

Statsbidragssakkunniga ha tagit del av de speciella planer, som förutsatts

i statsbidragskungörelserna för kroniker- och förlossningsvården och som fastställts av medicinalstyrelsen intill 1947 års utgång. Avsikten har därvid varit att söka utröna, i vad mån medicinalstyrelsen ansett sig böra och kunna genom planerna giva anvisningar och direktiv för huvudmännens sjukhusplanering. Materialet giver emellertid icke en fullständig bild av sakförhållandena, enär det enligt uppgift understundom förekommer, att ändringar i planerna under hand avtalas mellan medicinalstyrelsen och huvudmannen utan att detta tager sig formligt uttryck i den fastställda planen.

Förlossningsvården. De »planer» huvudmännen ingiva till medicinalstyrelsen äro ofta mycket knapphändiga och innehålla mera undantagsvis uppgifter om planerade inrättningar. Oftast rör det sig om en redovisning av det faktiska platsantalet eller av platser, som redan äro under uppförande.

Under tiden alltsedan år 1937, då föreskrift om planer utfärdades, ha för samtliga 31 sjukvårdsområden fastställts inalles 84 planer samt godkänts 20 ändringar eller tillägg till planerna.

Resultatet av medicinalstyrelsens granskning är följande. Ibland har någon justering av platsantalet om en eller annan vårdplats skett. En generell beskärning av platsantalet har skett i fyra fall på grund av att antalet överskridit det behov som förelegat, därest, såsom riksdagen tidigare förutsatt, blott 60 % av barnaföderskorna skulle förlösas å anstalt. Detta har gällt storstäderna och då städse avsett platser, som redan de facto funnits. I fem fall har förekommit, att medicinalstyrelsen lämnat anvisning om utbyggnaden av vården, varvid i tre planer intagits en rekommendation att förlägga en inrättning till viss angiven plats och i övriga två förutsatts en utbyggnad intill nyssnämnda 60 % gräns. I en plan har förutsatts, att ett planerat hem skulle göras helt fristående och i en annan har utsagts, att av huvudmannen föreslaget platsantal förutsatte anställande av obstetrisk specialist.

Samtliga ovan refererade uttalanden — frånsett ett enda — återfinnas i den första för respektive område fastställda planen.

Kronikervården. Regler om planer utfärdades här först år 1945. Till skillnad mot vad som tillämpas för förlossningsvården har medicinalstyrelsen upprättat ett schema till ledning för huvudmännen för redovisning av dessas planer. Därvid skola angivas icke blott befintliga anläggningar utan även dels »beslutade hem, vilka beräknas kunna tagas i bruk under de närmaste åren», dels »planerade hem, vilka är avsedda att inrättas under de närmaste åren». Då jämväl annan än landsting kan driva statsbidragsberättigad kronikervård, fordras dessutom vissa uppgifter angående huvudmannaskapet.

För flera områden ha ändringar i och tillägg till de godkända planerna redan skett.

I samband med granskningen har en jämkning av platsantalet för en viss anstalt med en eller annan plats understundom ägt rum. I några fall har meddelats, att statsbidrag ej kan utgå till inrättande av kommunala avdelningar vid ålderdomshemmen. Vissa omarbetningar ha i två fall måst

ske på grund av gällande kvotregler. Två områden ha rekommenderats att förlägga planerade nybyggnader till vissa angivna platser.

Frågan om allmänna sjukvårdsplaner har i vissa tidigare utredningar varit föremål för behandling. Den ovan refererade bestämmelsen om sjukvårdsberedningarnas verkande för »största möjliga planmässighet» återfinnes även i 1928 års sjukhuslag. I de sakkunnigutredningar, som föregingo denna lagstiftning, voro emellertid meningarna om dessa sjukvårdsplaner delade.

Sålunda föreslog 1920 års *lasarettstadgekommitté* ett stadgande av innehåll, att en plan för sjukvårdens utveckling inom landstingsområdet borde fastställas; förslag härtill skulle uppgöras av ett landstingets organ, benämnt sjukvårdsnämnd, och underställas medicinalstyrelsen för granskning, varefter landstinget hade att besluta i ärendet. Om förslaget därvid icke bleve antaget, skulle, därest landstinget icke annorledes beslutade, nytt förslag uppgöras i samma ordning.

Det föreslagna stadgandet, vilket icke avsåg att göra upprättandet av en sjukvårdsplan obligatoriskt, motiverade kommittén med, att det vore av synnerlig vikt att, såvitt genom författningsbestämmelser låte sig göra, söka skapa garantier för att utvecklingen av landstingens sjukvårdsväsende måtte ske planmässigt och så litet som möjligt påverkas av lokala intressen med tillfälliga impulser. Hur eftersträfvansvärt detta mål än vore, ville kommittén dock ej föreslå sjukvårdsplanen såsom ett obligatoriskt medel för dess ernående, enär det enligt kommitténs mening vore förhastat att uti ifrågavarande avseenden binda landstingen vid ofrånkomliga bestämmelser; andra åtgärder kunde tänkas medföra åtminstone delvis samma nytta som en sjukvårdsplan, och stundom, såsom efter en period av kraftig utveckling, kunde behovet därav vara mindre aktuellt än eljest.

De svar, som ingingo på remiss av 1920 års *lasarettstadgekommittés* betänkande och berörde förslaget om sjukvårdsplan, delade sig enligt 1926 års *lasarettstadgesakkunniga* tämligen jämnt för och emot detsamma. För egen del ville sistnämnda sakkunniga icke bestrida nyttan av planmässighet över huvud vid utvidgning av den ifrågavarande sjukvårdande verksamheten. I likhet med flertalet avstyrkande myndigheter ansågo emellertid de sakkunniga det kunna befaras, att landstingen ej utan mycken tveksamhet ville fatta ens principiell ställning till ett så omfattande ärende som en sjukvårdsplan. Därest en sjukvårdsplan väl blivit antagen, skulle ändringar i densamma snart visa sig nödvändiga, varigenom dennas praktiska värde skulle bli skäligen illusoriskt. De sakkunniga funno ock, att behovet av planmässighet kunde tillgodoses på ett väsentligen enklare och i själva verket mera effektivt vis. I enlighet härmed inskränkte sig de sakkunniga till att i sitt förslag till sjukhuslag upptaga en bestämmelse av följande innehåll. Landstingets förvaltningsutskott, vilket i egenskap av en landstingets sjukhusberedning hade att bl. a. med uppmärksamhet följa sjukhusväsendets behov och utveckling inom landstingsområdet, skulle vid beredande av förslag, som

avsåge inrättande av nytt eller ändring av förefintligt sjukhus, vara verksamt för främjande av största möjliga planmässighet i landstingets sjukhusväsende. I den mån omständigheterna det påkallade borde utskottet söka samarbete med vederbörande statsmyndighet, så ock med sjukhusberedningar utom landstingsområdet.

Ifrågarvarande bestämmelse återfinnes, med några smärre redaktionella ändringar, i såväl 1928 års som 1940 års sjukhuslag.

Statens sjukvårdskommitté, som upptog till närmare behandling vårdbehovet och dess tillgodoseende inom varje specialitet, förordade för sin del upprättandet av en allmän sjukvårdsplan för riket i dess helhet. Kommittén anförde härutinnan följande.

Uppfattningarna angående behovet och värdet av en sjukvårdsplan hava varit delade. Ett rent underkännande av dess praktiska betydelse, å ena sidan, och ett betonande av dess nödvändighet för en ändamålsenlig utveckling av vår slutna sjukvård, å andra sidan, beteckna ytterlighetsståndpunkterna. Kommittén finner för sin del den kritiska inställningen emot en sjukvårdsplan befogad, i den mån man äsyftar en detaljerad sådan. Såväl läkekonstens snabba utveckling som växlingar i det ekonomiska läget äro faktorer, vilka kunna helt oväntat om ej kullkasta så dock i väsentliga avseenden rubba en dylik plan. Under alla förhållanden bidraga nämnda faktorer till att begränsa en sjukvårdsplans livslängd och tillämpningstid. Tillkomsten av nya industrier, som bereda tidigare glest bebyggda trakter oförutsedda utvecklingsmöjligheter, anläggande av nya kommunikationsleder och tillkomsten av förbättrade samfärdsmedel kunna ock, ehuru i mera begränsad omfattning, föranleda nya synpunkter och krav. Förändringar i den sociala lagstiftningen kunna tillika influera på en sjukvårdsplans utformning.

Dylika skäl synas emellertid kommittén icke vara av beskaffenhet att förtaga värdet av en allmän sjukvårdsplan, även om de såsom påminnelse om en sådan plans begränsning icke böra förbises. En väsentlig fördel med en allmän riksplan för den offentliga sjukhusvården ser kommittén däri, att den giver sjukvårdens huvudmän en vidare överblick över de åtgärder, som med hänsyn till läkekonstens förhandenvarande och överskådliga möjligheter äro erforderliga eller önskvärda, och därmed en mera allsidig anvisning om behov respektive organisation av nya sjukvårdsanordningar, än den huvudmännen eljest kunna utan tidsödande och krävande arbete själva förskaffa sig. I administrativt och ekonomiskt hänseende har sjukvårdsplanen till uppgift att dels uppdraga gränser emellan de förpliktelser, som böra åvila den allmänna sjukvårdens olika huvudmän, dels ställa samhällets sociala hjälporgans, främst fattigvårdens samt den sociala försäkringens, prestationer i lämpligt förhållande till den allmänna sjukhusvården. Förefintligheten av en allmän riksplan läser även komma att utgöra ett värdefullt korrektiv emot tillfälliga omkastningar i olika traktors sjukvårdspolitik och ett skydd emot inflytelser, härrörande mera av lokala eller andra tillfälliga hänsyn än av sakligt väl grundade skäl.

Vad beträffar obligatoriska sjukvårdsplaner för de olika sjukvårdsområdenas vidkommande framhöll kommittén följande.

I den lämnade överblicken av diskussionen angående allmän sjukvårdsplan har kommittén även belyst de meningsskiftningar, som gjort sig gällande i fråga om lämpligheten av obligatoriska sjukvårdsplaner för de olika sjukvårdsområdenas vidkommande. Med kommitténs principiella inställning till en riksplan följer, att kommittén hyser vissa sympatier för införande av en bestämmelse om skyldighet för landstingen och städer utanför landsting att uppgöra sjukvårdsplan för sina

respektive områden. De skäl, som anförts häremot, anser kommittén emellertid vara av den betydelse, att kommittén icke är beredd att framställa något förslag till ändring i gällande bestämmelser. Härvid har kommittén även påverkats av att dessa bestämmelser så nyligen trätt i kraft. Ett ytterligare skäl till denna kommitténs ståndpunkt är, att, såvitt kommittén kan finna, medicinalstyrelsen på grund av sin instruktion har möjlighet tillse, att sjukhuslagens bestämmelser i detta hänseende icke åsidosättas. Beträffande de grenar av sjukvården, till vilka statsbidrag utgår eller föreslås utgå, förutsätter kommittén dock, att för de olika sjukvårdsområdena planer uppgöras och av medicinalstyrelsen godkännas.

Av i detta sammanhang behandlade specialiteter skulle sålunda enligt sjukvårdskommitténs mening som statsbidragsvillkor för lungtuberkulosvård, epidemivård, kronisk sjukvård, förlossningsvård och vården av könssjuka stipuleras, att vederbörande anstalt skulle ingå som led i en av medicinalstyrelsen godkänd plan för sjukvården inom landstinget respektive icke-landstingsstaden.

I sitt Betänkande II med förslag till föreskrifter rörande planläggning och utförande av byggnad för lasarett m. m. upptog 1940 års *civila byggnadsutredning* frågan om en allmän sjukvårdsplan för varje sjukvårdsområde. Utredningen ansåg, att hänsyn av ekonomisk art såväl som den medicinska utvecklingen talade med synnerlig styrka mot en ökad splittring inom sjukhusväsendet och för en centralisering till större enheter. För att få denna rationalisering till stånd borde från statsmakternas sida uppställas krav på att en plan för sjukhusorganisationen inom respektive län skulle utarbetas och av medicinalstyrelsen fastställas för exempelvis en tioårsperiod. Därigenom borde utsikt finnas att undgå de sakligt mindre väl grundade anspråk på kostnadskrävande åtgärder för inrättande av nya eller utvidgning av tidigare förefintliga sjukhus, som allt emellanåt framkommo och genom tillfälligheter kunde vinna beaktande. Föreskrift av nu angiven innebörd borde enligt utredningens mening meddelas i sjukhuslagen.

Frågan om en utvidgning av kravet på sjukvårdsplaner har ävenledes behandlats av 1941 års *reumatikervårdssakkunniga*. I sitt Betänkande II om efterbehandling och konvalescentvård ha de sakkunniga som villkor för statsbidrag till E-platser för reumatiskt sjuka, barn, tuberkulösa och vrantande mödrar och nyförlösta förutsatt, att vederbörande landsting eller stad utanför landsting uppgjort en plan för utbyggande av sin eftervård i allmänhet — ej blott för nyssnämnda sjuka — och fått denna av medicinalstyrelsen godkänd.

För bidrag till reumatikervården i allmänhet förutsatte de sakkunniga i sitt Betänkande III om reumatikervårdens utbyggande, att huvudmannen uppgjort plan för reumatikervårdens ordnande, som blivit av medicinalstyrelsen godkänd.

I detta sammanhang må även omnämnas, att *socialvårdskommittén* i sitt betänkande om ålderdomshem m. m. (SOU 1946:52) föreslagit att för varje sjukvårdsområde borde göras en detaljerad utredning om det verkliga platsbehovet för de kroniskt sjuka. På grundval därav borde utarbetas en plan att godkännas av medicinalstyrelsen eller Kungl. Maj:t. Planen skulle

innebära en utbyggnad under bestämd tid. Någon exakt tidrymd ansåg kommittén sig dock ej böra föreslå men framhöll angelägenheten av att tiden icke gjordes längre än som av finansiella och tekniska skäl kunde befinnas ofrånkomligt.

I proposition till 1947 års riksdag (nr 243) angående ålderdomshemmen har *departementschefen* — under erinran om att från landstingshåll framhållits att sådana åtgärder som av kommittén föreslagits ej vore erforderliga, då landstingen redan nu visade stort intresse för utbyggnad av kronikervården — ej förordat någon tidsbestämd plan för denna vårdgren.

Statsbidragssakkunniga anse, liksom de ovannämnda sakkunniginstanserna, det vara för sjukvårdens rationella ordnande angeläget, att sjukvårdsplaner finnas inom de olika sjukvårdsområdena. Utan sådant underlag kan en rationell utbyggnad av sjukvården näppeligen komma till stånd. I dylika allmänna planer kan icke varje vårdgren ses isolerad utan måste bedömas i samband med områdets sjukvårdsresurser i övrigt. Planeringen bör sålunda i princip omfatta all sjukvård, oavsett om statligt bidrag utgår. De överläggningar, som statsbidragssakkunniga haft med representanter för medicinalstyrelsen och statens sjukhusutredning av år 1943, ha också givit belägg härför. Huvudmännen ha även insett betydelsen av dylika planer; redan förefintliga planer liksom utredningsarbetet för framskapandet av underlag för dylika planer vittna härom.

Med hänsyn till att sjukvårdens inriktning och utformning städse är underkastad förändringar ligger det i sakens natur, att det näppeligen kan vara möjligt att uppgöra några mera detaljerade planer, vilka i varje enskildhet komma att följas. Att t. ex. precisera det antal vårdplatser, som vid kommande tidpunkter skola disponeras för de skilda specialiteterna, torde med hänsyn till inträffande förändringar i fråga om vårdplatsbehov och befolkningsunderlag icke på längre sikt vara till något större gagn. De planer, som av medicinalstyrelsen fastställas för kroniker- och förlossningsvården, bestyrka detta förhållande. För varje detaljändring — och sådan kan förekomma flera gånger per år — måste huvudmannen anhålla om medicinalstyrelsens godkännande.

En av orsakerna till den begränsade betydelse medicinalstyrelsens granskning av planerna i allmänhet fått, torde ha varit, att materialet framlagts på ett så sent stadium, att möjligheterna att påverka av huvudmännen planerade dispositioner i betydande grad reducerats. Planerna synas därför i många fall ha förlorat sin avsedda karaktär och i stället tenderat att innefatta en registrering av redan inträffade förhållanden.

Statsbidragssakkunniga ha på grund härav ansett sig böra överväga en jämkning i detta hänseende. De sakkunniga vilja därvid erinra om att medicinalstyrelsen har att som ett led i högsta tillsynen över den allmänna sjukvården låta inspektera sjukvårdsanstalter och karantänsanordningar, i den mån så är erforderligt eller stadgat. I sitt våren 1946 avgivna betänkande angående den centrala organisationen av det civila medicinal- och veterinärväsendet (SOU 1946: 20) framhöll medicinalstyrelseutredningen, att en

central inspektion borde tillika vara ägnad att positivt befrämja en rationell utveckling av hälso- och sjukvården, därest den icke begränsade sig till kontroll av redan vidtagna åtgärder utan tillmätte ett avsevärt utrymme för rådgivande och förmedlande verksamhet. Utredningen avsåg därmed närmast att i samband med inspektionsförrättningarna skulle utövas en rådgivning i de spörsmål, som kunde vara aktuella inom vederbörande sjukvårdsområde. För den skull borde kontakt sökas icke blott med det lokala organ, som frågan närmast berörde, utan även med respektive hälso- och sjukvårdsberedning inom området.

Genom en sådan aktivisering av medicinalstyrelsens inspektionsverksamhet ha förutsättningar skapats för ett intimare samarbete i planläggningsfrågor mellan det centrala organet och huvudmännen. Härigenom erbjudas möjligheter att på ett tidigt stadium få kontakter. Emellertid synes det därutöver önskvärt att mera allmänna planer kunde prövas inför en vidare krets. De sakkunniga ha härvid ansett sig böra anknyta till den verksamhet, som bedrivs av centrala sjukvårdsberedningen.

Nyssnämnda organ har till uppgift att handlägga ärenden rörande bland annat planläggningen av den slutna vården inom rikets sjukvårdsområden. Ledningen av centrala sjukvårdsberedningen utövas under medicinalstyrelsens överinseende av en styrelse. Ledamöterna, till antalet tio, utses av Kungl. Maj:t för viss tid, högst fyra år. Av ledamöterna föreslå medicinalstyrelsen, byggnadsstyrelsen, försvarets sjukvårdsförvaltning, svenska stadsförbundet, Sveriges standardiseringskommission och Sveriges industriförbund vardera en samt svenska landstingsförbundet två. Minst en av styrelsens ledamöter skall vara sjukhusläkare. Kungl. Maj:t utser bland ledamöterna en att vara ordförande. Styrelsen har att tillsätta ett särskilt arbetsutskott, bestående av tre av styrelsens ledamöter, samt har att utse en av dem att vara utskottets ordförande. När så anses erforderligt, må arbetsutskottet vid behandling av visst ärende kalla annan ledamot av styrelsen med rätt för denne att härvid deltaga i utskottets beslut. Styrelsen äger tillsätta särskilda utskott samt i mån av behov tillkalla sakkunniga vid utredningar och vid behandling av vissa ärenden. Den fasta personalen i högre ställning utgöres av två byrådirektörer, båda med teknisk utbildning.

Enligt inhämtade uppgifter anlita huvudmännen i växande omfattning centrala sjukvårdsberedningen som rådgivande organ vid uppgörande av sjukvårdsplaner. Samrådet avser såväl generella planer som mera begränsade projekt. Detta samråd sker i regel på ett tidigt stadium, innan huvudmannen ännu tagit ställning till föreliggande förslag. Genom sjukvårdsberedningens mångsidiga sammansättning i förening med möjligheten att inkalla särskild expertis äro garantierna för en allsidig granskning av föreliggande projekt goda. Då samrådet sätts in på ett tidigt stadium, finnas vidare förutsättningar för att de vid granskningen hos centrala sjukvårdsberedningen framkomna synpunkterna skola beaktas av huvudmannen. Denne äger dock ensam det slutliga avgörandet.

Vid uppgörandet av generella planer men även när ett förslag om inrät-

tande eller genomgripande ombyggnad av en större sjukvårdsanläggning framkommer, bör vederbörande kommunala organ — sjukvårdsberedningen — underställa frågan centrala sjukvårdsberedningens prövning. Därest i viktigare frågor tveksamhet rörande ändamålsenligheten av det lokala organets projekt framkommit vid den förberedande granskningen hos centrala sjukvårdsberedningen, kan en muntlig genomgång av synpunkterna vid sammanträde mellan centrala sjukvårdsberedningens och huvudmannens representanter visa sig lämplig.

Den allsidiga sakkunskap, som finnes representerad inom centrala sjukvårdsberedningen, förlänar ovivelaktigt en särskild tyngd åt dess uttalande. De sakkunniga anse sig därför — utan att därmed ha velat under-skatta det arbete huvudmännen nedlagt på planeringen för sjukvården — böra framhålla såsom önskvärt, att, därest centrala sjukvårdsberedningen uttalar en annan mening i någon beredningen underställd fråga än den som det underställande organet i första hand stannat för, huvudmannens beslut blir i enlighet med centrala sjukvårdsberedningens mening. På grund härav och med hänsyn till att enligt de sakkunnigas förslag all sjukvård blir understödd med statliga driftbidrag finnas onekligen skäl för att, därest huvudmannen och centrala sjukvårdsberedningen stanna i olika meningar, låta frågan hänskjutas till ett högre organ, antingen medicinalstyrelsen eller Kungl. Maj:t.

Ur psykologisk synpunkt vore det bäst, att centrala sjukvårdsberedningens mening finge verka utan tillgripande av tvång. De bland de sakkunniga, som ha nära kontakt med huvudmännen, ha också givit uttryck för den övertygelsen, att man endast såsom en undantagsföreteelse skulle behöva räkna med att huvudmännen i någon viktigare fråga vidhålla sin mening i strid med bestämda avrådanden från centrala sjukvårdsberedningen. De sakkunniga ha därför ansett sig böra begränsa underställningen hos centrala sjukvårdsberedningen till ett samrådsförfarande. Avskrift av centrala sjukvårdsberedningens beslut och protokoll vid eventuella överläggningar för dylika frågor böra emellertid för kännedom tillställas medicinalstyrelsen. Bestämmelse härom bör införas i instruktionen för centrala sjukvårdsberedningen.

Vid bedömande av frågan huruvida en obligatorisk skyldighet för huvudmännen att uppgöra sjukvårdsplaner bör stadgas, torde böra beaktas de praktiska svårigheter, som i vissa lägen kunna föreligga för huvudmännen att taga ställning till, hur sjukvården på längre sikt skall utbyggas inom sjukvårdsområdet. Huvudmännens eget intresse av att äga översikt över den framtida gestaltningen av sjukvården inom området torde föranleda dem att uppgöra sjukvårdsplaner. Statsbidragssakkunniga ha därför utgått ifrån att planer komma att uppgöras. En obligatorisk föreskrift i detta hänseende kan befaras leda till en viss stelhet och schablonmässighet. På grund därav vilja de sakkunniga icke föreslå någon obligatorisk skyldighet för huvudmännen att upprätta sjukvårdsplaner. Skyldighet att delgiva centrala sjukvårdsberedningen de sjukvårdsplaner, vilka upprättas för sjukvårds-

området, bör däremot stadfästas genom uttrycklig föreskrift i den blivande driftbidragskungörelsen.

Annorlunda ställer sig saken beträffande vårdgrenarna inom statsbidragssektorn. Då de sakkunniga ansett sig böra bibehålla statliga anläggningsbidrag inom en reducerad sektor och då förekomsten av statligt anläggningsbidrag ger staten ett särskilt intresse av att anläggningen kommer att rationellt passa in i en sjukvårdsplan, ha de sakkunniga icke ansett sig kunna föreslå att staten skulle avstå från kravet på sjukvårdsplaner för de specialiteter, till vilka anläggningsbidrag skola utgå. Men något krav på fastställelse av dessa planer bör ej uppställas utan planerna skola uppgöras på samma sätt som ovan skisserats. Den sålunda uppgjorda planen bör — efter behandlingen inom centrala sjukvårdsberedningen — följa statsbidragsärendet till medicinalstyrelsen, som i samband med prövningen av bidragsfrågan har att granska planen. Finner medicinalstyrelsen därvid, att planen i vad den avser en anläggning, vartill byggnadsbidrag äskas, ej är lämpligt utformad, har styrelsen möjlighet att framföra sina synpunkter härutinnan i sitt yttrande i bidragsfrågan till Kungl. Maj:t och i sista hand avstyrka anläggningsbidrag. Härigenom bringas planen automatiskt under Kungl. Maj:ts prövning.

Ett mera regelbundet utnyttjande av centrala sjukvårdsberedningen kommer måhända att medföra behov av personalförstärkning därstädes. Statsbidragssakkunniga ha emellertid ej ansett det erforderligt att från sina utgångspunkter taga ställning därtill utan förutsätta, att centrala sjukvårdsberedningen kommer att i samband med den sedvanliga remissbehandlingen av de sakkunnigas betänkande lämnas tillfälle att framföra eventuella äskanden.

De planer, som för *tuberkulosvårdens* del krävas, äro artschilda från dem, som i gällande kungörelse föreskrivas för kroniker- och förlossningsvårdens vidkommande. Som förutsättning för statsbidrag till B-anstalter inom tuberkulosvården stadgas blott, att en plan om *samverkan* mellan befintliga A- och B-anstalter skall vara av medicinalstyrelsen fastställd, däremot ej som för de andra vårdgrenarna, att vederbörande vårdplatser skola ingå i en av ämbetsverket fastställd plan. En förändring i platsantalet kräver därför ej en justering av samverkansplanen. Jämkningsarna ha varit förhållandevis få. För tuberkulosvårdens del ligger tyngdpunkten på samverkan mellan befintliga anstalter; syftet med planen är att samtliga tuberkulospatienter, som intagas på vårdanstalt, skola garanteras att bli delaktiga av A-anstalternas större resurser för diagnos och behandling av sjukdomen. Kravet på en organiserad samverkan uppställdes av statens sjukvårdskommitté i dess principbetänkande av år 1934 i samband med att B-anstalterna föreslogos bli statsbidragsberättigade. Kommittén pekade därvid på att för B-anstalterna ej funnos några fordringar uppställda angående utrustning för specialvård. För behörighet till läkarbefattning vid dessa anstalter erfordrades endast en tjänstgöring av två månader såsom underläkare vid sanatorium. När riksdagen år 1938 utsträckte statsbidragen till jämväl B-anstalterna, infördes förevarande villkor om samverkan.

Kravet på samverkan mellan olika anstaltstyper beröres visserligen av de mera allmänna planerna för sjukvårdens utbyggnad, som statsbidragssakkunniga i det föregående behandlat. Förevarande villkor tager emellertid närmast sikte på att garantera att samtliga tuberkulospatienter skola beredas möjlighet att erhålla kvalificerad vård. Det synes med andra ord vara ett standardkrav, vilket måste tillmätas viss betydelse. Vid sådant förhållande och då villkoret ej kan anses betungande för huvudmännen, ha statsbidragssakkunniga ansett sig böra bibehålla krav på sådan plan i sitt förslag till allmän driftbidragskungörelse, där det ingår som ett specialvillkor för tuberkulosvårdens del.

På förslag av 1941 års barnmorskeutredning infördes år 1943 i driftbidragskungörelsen för förlossningsvården en regel om skyldighet för ledningen för förlossningsanstalt att ställa sig till efterrättelse de föreskrifter om samverkan mellan sluten och öppen förlossningsvård samt de bestämmelser i övrigt, som kunde varda i vederbörlig ordning utfärdade. Denna bestämmelse åsyftade att möjliggöra ett intimare samarbete mellan öppen och sluten förlossningsvård; bland annat kunde distrikts- och reservbarnmorska få utnyttjas för tjänstgöring på anstalt under 3 månader per kalenderår utan avkortning av det till hennes lön utgående statsbidraget. Vid tjänstgöring därutöver nedsattes statsbidraget till hälften. Samtidigt infördes en anmälningsskyldighet till medicinalstyrelsen om dylika längre tjänstgöringar på förlossningsanstalt. Mot dessa stadganden korresponderande regler återfinnas i statsbidragskungörelsen för distriktsbarnmorskor, där dock någon föreskrift om skyldighet för barnmorskestyrelserna att samverka med förlossningsanstaltarnas ledning ej finnes.

Ehuru några bestämmelser om samverkan utöver planerna hitintills ej utfärdats, anse statsbidragssakkunniga likväl att i den allmänna driftbidragskungörelsen som ett särskilt villkor för förlossningsvårdens del ovan nämnda bestämmelse bör intagas.

Krav på viss standard i fråga om utrustning och personal m. m. I 7 § sjukhuslagen finnas följande regler, avseende standardkrav på utrustning och personal.

Vid sjukhus skall för dess behöriga skötande erforderlig personal finnas anställd. Personalen skall vara så talrik och hava sin tjänstgöring så ordnad, att nödig vila och ledighet kan beredas densamma.

Sjukhus skall vara försett med den utrustning, som med hänsyn till dess ändamål kan anses av behovet påkallad.

Sjukstuga må ej vara försedd med mer än trettio vårdplatser; dock må med medicinalstyrelsens medgivande ytterligare intill tjugo vårdplatser inrättas. Tuberkulosjukstuga må ej hava mer än fyrtio vårdplatser.

Sjukhus, som har mer än tjugofyra vårdplatser, skall för vård av sådana personer, som må å sjukhuset mottagas och på grund av smittsam sjukdom eller av annan anledning icke utan olägenhet kunna vårdas å allmän sal, vara försett med nödigt antal för sjuka å sådan sal avsedda särskilda rum.

Vid bestämmande jämlikt tredje och fjärde styckena av antalet vårdplatser skola platser å barnbördsavdelning medräknas allenast i den mån antalet sådana platser överstiger femton.

De tre sista styckena äro ej tillämpliga på kronikervård.

18 § epidemilagen innehåller därjämte följande särskilda regler.

Varje epidemidistrikt skall äga tillgång till erforderligt antal platser å epidemivårdanstalter, om vilka förmäles i lagen om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus. Minst en av distriktet driven epidemivårdanstalt skall vara så beskaffad, att den jämlikt samma lag är epidemisjukhus. Från vad sist stadgats må dock medicinalstyrelsen medgiva undantag i fråga om distrikt, vilket enligt avtal äger förfoga över tillräckligt antal platser å epidemisjukhus som drives av annat distrikt eller å epidemivårdanstalt som drives av staten.

Lasarettsläkare åligger att vaka över att skötseln av de sjuka ur medicinsk synpunkt är tillfredsställande. I kungl. kungörelsen den 17 december 1915 angående villkor för behörighet till vissa läkarbefattningar finnas också åtskilliga i förevarande sammanhang betydelsefulla regler om läkar-kompetensen. För lasarettsläkare gäller bland annat följande.

Vederbörande skall under minst tre år ha bestritt med rätt till tjänsteårsberäkning förenad befattning såsom läkare — därav minst två år såsom underordnad läkare — vid lasarett. Avses behörighet till befattning såsom lasarettsläkare vid kirurgisk avdelning, vid medicinsk avdelning eller specialavdelning — dock ej patologisk-bakteriologisk avdelning — eller vid motsvarande slag av lasarett skall tjänstgöringen vara fullgjord med minst två år vid avdelning av enahanda art som den avdelning eller det lasarett, dit den sökta tjänsten är förlagd, och minst ett år vid sådan avdelning eller vid annan sjukvårdsavdelning, vars verksamhet är av större betydelse för tjänsten, eller vid odelat lasarett.

Åtskilliga av de nuvarande statsbidragskungörelserna innehålla särskilda villkor i syfte att garantera en viss standard vad beträffar personal och utrustning.

I såväl anläggnings- som driftbidragskungörelserna för kroniker-, förlossnings-, medicinsk barnsjukvård och psykiatrisk lasarettsvård finnes en allmän bestämmelse om att anstalten eller avdelningen skall vara så anordnad (utrustad), att de sjuka där kunna erhålla en ur medicinsk synpunkt tillfredsställande vård. Likaledes stadga nyssnämnda kungörelser, att vårdpersonal skall vara anställd i tillräckligt antal och med erforderlig utbildning. För kronikervården föreskrives därjämte, att vården skall stå under tillsyn av särskilt förordnad läkare, vilken är bosatt i anstaltens närhet. Läkaren skall liksom när det gäller driftbidragskungörelsen för psykiatriska lasarettsavdelningar bl. a. vaka över att skötseln av de sjuka ur medicinsk synpunkt är tillfredsställande. Vid barnbördsavdelning vid lasarett eller därmed jämställd sjukvårdsinrättning skall minst en barnmorska beräknas kunna där erhålla tillräcklig sysselsättning i förlossningsvård; instruktion skall utfärdas av vederbörande huvudman, sedan förslag i ämnet underställts medicinalstyrelsen för godkännande.

Särskilda villkor om läkarkompetens stadgas i anläggningsbidragskungörelsen för medicinsk barnsjukvård — avdelningen skall förestås av lä-

kare med behörighet till lasarettsläkarbefattning vid medicinsk barnavdelning. I anläggningsbidragskungörelsen för psykiatriska lasarettssavdelningar föreskrives slutligen, att avdelningen skall förestås av läkare med sådan psykiatrisk och neurologisk utbildning, som godkännes av medicinalstyrelsen.

Då förevarande villkor i huvudsak återfinnas i den allmänna sjukhuslagstiftningen, ha statsbidragssakkunniga ej ansett det erforderligt föreslå några särskilda regler i dessa hänsenden i de blivande bidragskungörelserna. Det behov av särskilda bestämmelser, som kan föreligga för kroniker-vårdens vidkommande, synes kunna tillgodoses i samband med den inledningsvis omförmälda ändringen i sjukhuslagstiftningen. Genom att som därvid också förutsatts sjukhuslagen skulle tillämpas på förlossningsvården föreligger ej heller för denna specialgren något behov av särskilda villkor. Vad läkarkompetensen beträffar torde de allmänna kompetensföreskrifterna i behörighetskungörelsen för lasarettsläkare som regel vara tillfyllest. Några kompetensföreskrifter för psykiatriska lasarettsläkare ha ännu ej influiterats i behörighetskungörelsen, sammanhängande med att här är fråga om en ny vårdgren. Statsbidragssakkunniga utgå emellertid från att så kommer att ske. Det i nuvarande anläggningsbidragskungörelse för psykiatrisk lasarettsvård uppställda villkoret att avdelningen i fråga skall förestås av läkare med sådan psykiatrisk och neurologisk utbildning, som godkännes av medicinalstyrelsen, torde vid sådant förhållande ej behöva intagas i den blivande bidragskungörelsen.

Regler om överinseende och förvaltning. Sjukhuslagen och sjukhusstadgan innehålla liksom epidemilagen åtskilliga detaljstadganden rörande överinseendet över förvaltningen av sjukvårdsanstalterna. Dessa äro i huvudsak tillämpliga för all sluten kroppssjukvård.

Vad särskilt redovisningsförhållandena beträffar må erinras om skyldigheten för lasarettsläkare att föra journal över de sjuka. Vidare är styresman vid lasarett skyldig att varje år före april månads utgång till medicinalstyrelsen och sjukvårdsberedningen avlämna en enligt av medicinalstyrelsen anbefallda formulär och meddelade föreskrifter upprättad berättelse för nästföregående år samt låta i lasarettets arkiv förvara en avskrift av årsberättelsen.

Nyssnämnda bestämmelser avse jämväl sjukstugeläkare samt läkare vid tuberkulos-, epidemi- och kronikeranstalter.

I statsbidragskungörelserna finnas emot dessa regler korresponderande villkor. Epidemisjukhus skola förvaltas enligt epidemilagen. Om överinseende över kroniker- och förlossningsvård samt psykiatriska vårdavdelningar finnas särskilda regler. Skyldighet för läkare att föra journal finnes stadgad i de flesta kungörelserna. Vederbörande läkare skall också vad beträffar kroniker-, förlossnings- och barnsjukvård samt psykiatriska lasarettssavdelningar årligen inom mars månads utgång avlämna redogörelse för verksamheten till medicinalstyrelsen enligt av styrelsen fastställda formulär.

Då förevarande särskilda regler i statsbidragskungörelserna i huvudsak täckas av bestämmelserna i den allmänna sjukhuslagstiftningen, ha statsbidragssakkunniga ej ansett det erforderligt att annat än i undantagsfall behålla några särskilda regler i de blivande statsbidragskungörelserna. Några särskilda kommentarer därtill torde ej vara nödvändiga, utan de sakkunniga hänvisa till kungörelseförslagen.

Förbindelse att ej disponera anläggningen för främmande ändamål m. m.
I sjukhuslagen 19 § är dispositionen av sjukvårdsinrättningarna närmare angiven. Däri heter det.

1. Intagning å sjukhus må ej ske för annan vård än sådan, varför sjukhuset är inrättat; dock må å sjukhus, som är inrättat för allenast visst slag av vårdbehövan- de eller för allenast visst slag av behandling, intagning för annat i 1 § omförmält ändamål ske, där särskilt trängande omständigheter därtill föranleda.

Är någon, vilken lider av sjukdom, som avses i 2 § 1 eller 6 mom. eller 24 § epidemilagen, i behov av vård å annat sjukhus än epidemivårdanstalt, må han likväl icke intagas där, med mindre betryggande åtgärder mot smittans spridande vidtagits.

Intagning av den, som lider av kronisk kroppssjukdom eller av sinnessjukdom, må icke, ändå att fråga är om vård, som nyss sagts, äga rum, därest sjukdomen skulle medföra avsevärt obehag för andra sjuka.

Är sjukhus uppdelat på avdelningar med särskilda ansvariga läkare, skall vad ovan stadgats om sjukhus äga motsvarande tillämpning å sådan avdelning.

2. Jämte vad i 1 mom. stadgats skall beträffande intagning å sjukstugor, tuberkulossjukstugor och epidemisjukstugor gälla att å sådant sjukhus ej utan särskilda skäl må intagas annan vårdbehövande än sådan, som med hänsyn till sjukhusets utrustning och den för sjukvården ansvarige läkarens utbildning lämpligen kan där behandlas. Person, som lider av könssjukdom i smittsamt skede eller som av läkare förklarats böra intagas å sjukhus för undersökning, huruvida han är angripen av sådan sjukdom, må intagas å sjukstuga, tuberkulossjukstuga eller epidemisjukstuga endast om det kan ske utan olägenhet.

Från dessa bestämmelser äro undantagna kronikeranstalter.

Rörande tillfällig användning av epidemisjukhus för annat sjukvårds- ändamål gälla särskilda regler. Sålunda har Kungl. Maj:t i brev den 7 maj 1943 bemyndigat *dels* medicinalstyrelsen att, efter framställning av vederbörande epideminämnd, medgiva tillfällig användning under högst 6 månader av epidemisjukhus eller avdelning av sådant sjukhus för vård av lätt-skötta sinnessjuka, tuberkulossjuka eller andra av kronisk sjukdom lidande personer, *dels* epideminämnderna att efter samråd med vederbörande förste provinsialläkare eller i de städer, som utgöra egna epidemidistrikt, vederbörande förste stadsläkare medgiva tillfällig användning för viss tid av epidemisjukhus eller avdelning av sådant sjukhus för vård av akut sjuka med annan smittsam sjukdom än de i 2 § epidemilagen nämnda, av lindrigt men dock sjukhusvård behövande sjuka eller av konvalescenter. För dylik tillfällig användning gälla vissa villkor; bland annat utgår statsbi- drag till driften av epidemisjukhus ej under sådan beläggning.

Som komplettering till dessa regler ha särskilda bestämmelser införts i vissa statsbidragskungörelser i syfte att garantera, att den anstalt, vartill

staten lämnat bidrag, användes för det med bidraget avsedda ändamålet. För att förhindra en olämplig sammanblandning av vårdklientel stadgar sålunda driftbidragskungörelsen för kronikervården att vederbörande läkare skall tillse att å sjukplatser, för vilka statsbidrag beviljats, icke utan medicinalstyrelsens medgivande intagas andra än sådana sjuka som avses i statsbidragskungörelsen. Med hänsyn till svårigheterna att få en avgränsning av kronikerlientelet ter sig en sådan regel särskilt nödvändig. Liknande bestämmelser finnas i driftbidragskungörelserna för barnsjukvården och för psykiatriska lasaretsavdelningar.

I byggnadsbidragskungörelserna finnes i allmänhet föreskrivet, att vederbörande huvudman skall förbinda sig att ej utan Kungl. Maj:ts medgivande nedlägga eller använda anstalten eller avdelningen för annat än i vederbörande kungörelse avsedda ändamål. Skulle så ske, har huvudmannen att återbära uppburet statsbidrag eller så stor del därav, som av Kungl. Maj:t bestämmes. Vid beräkningen av återbäringen göras avdrag å det ursprungliga bidragsbeloppet med 2 % per år för trähus och 1 % för stenhus.

Vissa dispensmöjligheter finnas dock för tillfällig användning för annat ändamål. Som ovan framhållits ha särskilda regler härom utfärdats för epidemivården. Vad beträffar kronikervården är i övergångsbestämmelserna till de år 1945 beslutade ändringarna i bidragskungörelserna utsagt, att i den mån sjukplatser för kroniskt sjuka finnas lediga och icke erfordras för sitt egentliga ändamål, må sängliggande patient tillfälligtvis vårdas å sådan plats, varvid dock statsbidrag till driften ej må utgå. Denna dispens gäller till den 1 juli 1951.

Från huvudmannahåll ha invändningar rests mot bestämmelsen om ett fixerande av användningen av de vårdplatser, vartill anläggningsbidrag utgått, under förmenande att dispositionen av de tillgängliga vårdresurserna därigenom bundes på ett olämpligt sätt. Variationer i sjuklighet och ändrade vårdförhållanden kunde ofta nödvändiggöra ändrade dispositioner. Då statsbidragssakkunniga avsett att ersätta de speciella driftbidragen med ett generellt bidragssystem, där alla vårdgrenar skulle stå i paritet med varandra, synes det icke finnas anledning att i den blivande driftbidragskungörelsen stadga särskilda dispositionsregler för vissa vårdgrenar. Problemet kvarstår emellertid vad beträffar anläggningsbidragen, som alltjämt skulle utgå till speciella vårdgrenar.

Det torde få anses ligga i sakens natur, att med speciella anläggningsbidrag måste vara förenat ett villkor, att den bidragsunderstödda vårdplatsen utnyttjas för vederbörande specialitet. För att tillgodose såväl detta statsintresse som huvudmannens önskemål om möjligheter till ändrade dispositioner, ha statsbidragssakkunniga övervägt ett sådant system, att det till anläggningsbidraget knutna villkoret skulle så utformas, att under t. ex. en tioårsperiod patienter tillhörande den särskilda specialiteten skulle ha företräde vid beläggning av en ledig vårdplats. Funnes ej platsbehov för dylika fall, skulle annan patient kunna få belägga platsen, i den mån hinder härför ej mötte ur medicinska synpunkter. Efter periodens utgång skul-

le platsen få disponeras för vilken vårdgren som helst och företrädesrätten sålunda bortfalla.

De sakkunniga ha emellertid ansett en sådan lösning i praktiken svår genomförbar och i stället anknutit till det system som för närvarande gäller för epidemivården, varigenom reglerna om ändrade dispositioner få utformas olika allt eftersom det är fråga om tillfälligt utnyttjande eller varaktig omdisposition till annat sjukvårdsändamål. Lägges anstalten ned som sjukvårdsinrättning, skulle gälla särskilda bestämmelser.

Därest trängande omständigheter av tillfällig art föreligga, bör i anslutning till sjukhuslagens regler vederbörande läkare själv kunna besluta om beläggning för annat ändamål. Efter sjukvårdsberedningens medgivande böra därjämte platser, som tillfälligtvis äro lediga, kunna få disponeras för annat ändamål, i den mån hinder härför ej möter ur sjukvårdssynpunkt. Sådant medgivande bör dock vara tidsbegränsat. Olika tidsfrister kunna tänkas. För sin del vilja statsbidragssakkunniga föreslå, att sjukvårdsberedningen skall kunna besluta om tillfällig användning för annat sjukvårdsändamål av platser, för vilka statsbidrag utgått, dock högst för en tid av tre månader per kalenderår. För längre tid bör krävas medgivande av medicinalstyrelsen. Är avsikten att varaktigt omdisponera en statsbidragsunderstödd avdelning för annat sjukvårdsändamål, bör frågan avgöras av Kungl. Maj:t.

Vad slutligen beträffar ett nedläggande av sjukvårdsplats, vartill anläggningsbidrag utgått, synes det skäligt att huvudmannen återbär det erhållna bidraget efter avräkning för den tid anläggningarna varit i bruk. Avskrivningssatserna synas böra avvägas mot den sannolika livslängden av sjukvårdsanstalterna på så sätt att bidraget är helt avskrivet vid den tidpunkt, då anstalten normalt lägges ned.

De nu tillämpade avskrivningssatserna utgå från en sannolik varaktighetstid av 100 år för stenhus och 50 år för trähus. I sitt betänkande del I angående den förvaltningsekonomiska statistiken vid kroppssjukhusen (SOU 1944: 47) har statens sjukhusutredning räknat med ett sådant avskrivningsförfarande, att efter 50 år värdet av sjukhusanläggningarna skulle vara praktiskt taget helt avskrivet. Detta skulle enligt utredningens uppfattning enligt föreliggande erfarenhet motsvara det antal år, under vilka en sjukhusanläggning efter lämpliga moderniseringar har ansetts kunna fylla sin uppgift. Någon åtskillnad skulle därvid ej göras mellan trähus och stenhus. Statsbidragssakkunniga vilja i anslutning härtill förorda en generell avskrivningssats av 2 % per år på det ursprungliga anläggningsbidraget. Med hänsyn till möjligheten av att uppfattningen om varaktighetstiderna kunna förändras på grund av tekniska förhållanden m. m., synas dock procentsatserna ej böra fastslås i en blivande kungörelse. En konsekvens av dessa regler synes vara, att efter avskrivningstidernas utgång huvudmännen borde äga fritt disponera anläggningarna. Då denna tidpunkt i allmänhet ligger långt i framtiden, torde emellertid anledning icke finnas att nu närmare ingå härpå.

Granskning av ritningar, avsyning och inspektion m. m. I 9 § sjukhuslagen finnas åtskilliga regler om granskning av byggnadsritningar m. m. Där stadgas bland annat följande.

Anläggning av sjukhus må ej påbörjas, förrän medicinalstyrelsen efter inhämtande av byggnadsstyrelsens yttrande godkänt såväl den för sjukhuset avsedda tomten som byggnadsritningar för sjukhusanläggningen samt ritningar över uppvärmnings- och sanitärtekniska anordningar vid densamma.

Vad sålunda stadgats om anläggning av sjukhus skall i tillämpliga delar gälla i avseende å inrättande av sjukhus i byggnad, som tidigare uppförts för annat ändamål, så ock i fråga om avsevärd till- eller ombyggnad av befintligt sjukhus.

I anslutning därtill föreskriver 2 § sjukhusstadgan följande.

Den som jämlikt 9 § lagen om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus vill hos medicinalstyrelsen söka godkännande av tomt för eller ritningar rörande lasarett är pliktig att vid sin ansökning foga:

1) program för lasarettets verksamhet tillika med uppgift om antalet läkare ävensom rörande det antal vårdplatser, för vilket lasarettet är avsett;

2) beskrivning över det område, som avses för lasarettet, i vad rör storlek, läge, grannskap, markbeskaffenhet, vattentillgång och avloppsmöjligheter, åtföljd av tomt- och avvägningskarta med situationsplan samt karta över närmaste omgivning; samt

3) de ritningar, vilkas godkännande påkallas, jämte därtill hörande beskrivningar och kostnadsförslag.

Är fråga allenast om godkännande av till- eller ombyggnad, skola program och beskrivning jämte kartor bifogas endast i den mån till- eller ombyggnaden rör.

Nyssnämnda regler i sjukhuslag och sjukhusstadga äro tillämpliga även på sjukstugor, tuberkulos-, epidemi- och kronikeranstalter.

Några regler om avsyningstvång finnas ej i gällande sjukhuslagstiftning. Jämlikt 9 § sjukhuslagen skall emellertid då nytt sjukhus är färdigt att öppnas för begagnande sjukvårdsberedning göra anmälan därom hos medicinalstyrelsen. Detsamma gäller även avsevärd tillbyggnad av sjukhus, så ock då sjukhus efter större ombyggnad är färdigt att ånyo tagas i bruk.

Dessa regler avse all slutna kroppssjukvård.

Därjämte skall medicinalstyrelsen enligt 1 § sjukhusstadgan med lämpliga mellantider verkställa inspektion av samtliga lasarett i riket, ävensom därjämte, då särskild anledning förekommer, inspektion å visst lasarett. Dessa regler äro tillämpliga på dels lasarett, dels sjukstuga med mer än 30 vårdplatser, dels ock tuberkulosanstalt (även tuberkulossjukstuga). För sjukstuga med högst 30 vårdplatser, liksom för epidemi- och kronikeranstalter skola de regelbundet återkommande inspektionerna verkställas av förste provinsialläkaren eller med honom jämställd stadsläkare. Slutligen åligger det medicinalstyrelsen att verkställa inspektion, då särskild anledning därtill förekommer.

I samtliga driftbidragskungörelser, fränsett den för epidemivården, föreskrives att ansökan om statsbidrag skall innehålla uppgift om antal vårdplatser och vårdavgiftens storlek. Där statsbidrag ej erhållits för anstaltens uppförande eller inrättande och statsbidrag till driftkostnaderna ej tidigare beviljats, skola även följande uppgifter lämnas:

a) kortfattad beskrivning över byggnadstomtens storlek, läge och beskaffenhet,

b) ritningar eller skiss över anstalten jämte kortfattad beskrivning över densamma och dess inredning.

Vid ansökan om anläggningsbidrag skola följande handlingar medfölja:

a) fullständiga ritningar för den tillämnade anstalten jämte uppgift å det avsedda antalet sjukplatser,

b) kostnadsförslag, ävensom beskrivning över de ingivna ritningarna samt över byggnadstomtens storlek, läge och beskaffenhet.

I driftbidragsgörelserna för lungtuberkulosvård och förlossningsvård stipuleras, att vederbörande anstalt skall vara avsynad av medicinalstyrelsen innan statsbidrag kan utgå. För anläggningsbidragen finnes ett generellt avsyningstvång.

Vad driftbidragen beträffar finna statsbidragssakkunniga det tillfyllest att för de sjukvårdsanstalter, som redan äro färdigställda och i bruk vid tidpunkten för de nya bidragsreglernas ikraftträdande, en förteckning däröver av vederbörande huvudman ingives till medicinalstyrelsen. Denna har att pröva, huruvida vederbörande anstalt kan anses vara berättigad för statsbidrag. Skulle ämbetsverket därvid finna att kompletterande uppgifter i vissa fall äro erforderliga, böra sådana själfvallet kunna rekvireras. Någon avsyning av anstalterna bör ej krävas, såvida ej i det särskilda fallet tveksamhet föreligger, om anstalten bör vara statsbidragsberättigad.

För nya inrättningar gälla sjukhuslagens allmänna regler om att uppgift om tomt och ritningar m. m. skola avgivas för varje nytt byggnadsföretag. Några särskilda bestämmelser om ingivande av dylika handlingar för erhållande av det generella driftbidraget torde därför ej behövas. Den anmälan, som enligt sjukhuslagen skall ingivas till medicinalstyrelsen om att ett nytt sjukhus är färdigt att öppnas m. m., torde vara tillfyllest för att grundlägga rätt till driftbidrag.

När statsbidragssakkunniga sålunda avstått från att föreslå ett avsynings-tvång för det generella driftbidraget, har det skett under hänvisning till att begränsningen i princip av statsbidraget till landstingen och icke-landstingsstäderna samt den allmänna inspektion medicinalstyrelsen har att företaga få anses vara en betryggande garanti.

För anläggningsbidragen ställer sig frågan annorlunda. Där torde det vara lämpligt att även fortsättningsvis upprätthålla kravet på att ritningar m. m. skola ingivas i samband med ansökan om anläggningsbidrag. Som tidigare anförts skulle därjämte krävas, att den uppgjorda planen i vad avser vederbörande specialitet åtföljer ärendet. Av denna plan skall framgå antalet vårdplatser inom den specialitet varom fråga är. Detta är särskilt angeläget, enär byggnadsbidragen skola beräknas efter antalet nytillskapade platser. Däremot torde vid den nya konstruktionen av bidragen med fasta belopp, oavsett huvudmännens faktiska kostnader, några kostnadsuppgifter ej vara erforderliga. Då statsverket kommer att lämna betydande bidrag till vissa vårdgrenar, som staten av olika anledningar vill särskilt understödja, och då det blir fråga om konkreta byggnadsföretag, synes staten genom avsy-

ning böra kontrollera, att de meddelade anslagen använts på lämpligt sätt. Avsyningstvånget synes därför böra bibehållas i anläggningsbidragskungörelsen.

Utanordningen av bidragen. Enligt gällande driftbidragskungörelser utbetalas bidragen halvårsvis i efterskott. Ansökan bör som regel ingivas till medicinalstyrelsen inom en månad efter halvårets utgång med uppgift om antalet underhållsdagar vid anstalten under den tid, rekvisitionen avser. Uppgifterna skola vara granskade av styresmannen eller vederbörande läkare.

I samtliga byggnadsbidragskungörelser stadgas, att utbetalning ej sker, förrän anstalten genom medicinalstyrelsens försorg avsynats och godkänts samt styrelsen granskat till riktigheten bestyrkta räkenskaper över byggnadskostnaden.

Vad till en början angår invånarbidraget, synes detta enligt statsbidrags-sakkunnigas uppfattning lämpligen kunna helårsvis i efterskott utanordnas av medicinalstyrelsen utan rekvisition, så snart uppgifterna om befolknings-siffrorna vid närmast föregående års slut föreligga. Det beräknas ske under påföljande vår. Utan rekvisition böra även tuberkulos- och epidemitilläggen utanordnas helårsvis i efterskott av medicinalstyrelsen så snart de här-för erforderliga uppgifterna föreligga.

Genom att det generella vårddagsbidraget skulle utgå för samtliga redovisade vårddagar utan hänsyn till beläggningen för varje dag möjliggöras i och för sig betydande förenklingar. De sakkunniga vilja dessutom förorda en ytterligare förenkling genom övergång från halvårs- till helårsredovisning i efterskott, varigenom åtskilligt arbete torde kunna besparas såväl huvudmännen som medicinalstyrelsen. Genom detta system vinnes även den fördelen, att samtliga driftbidrag, avseende ett år, kunna redovisas under ett och samma budgetår.

Vad själva utanordningen i övrigt beträffar må erinras om att styresman är skyldig att före april månads utgång inkomma med sedvanlig årsberättelse. Men därjämte skall enligt 18 § sjukhusstadgan före den 15 mars varje år vid sjukvårdsanstalt, för vars driftkostnad landsting i sista hand ansvarar, föregående års räkenskaper vara överlämnade till vederbörande av landstinget utsedda revisorer. De för rekvisition av statsbidragen erforderliga uppgifterna kunna sålunda förväntas föreligga i början av varje år, och rekvisition bör enligt statsbidragssakkunnigas mening ske före utgången av april månad.

Då det är önskvärt, att landstingets centrala organ får en överblick över rekvisitionen av statsbidragen, bör vederbörande landsting — under åberopande av uppgifterna från en var landstinget tillhörande anstalt — inkomma till medicinalstyrelsen med en enhetlig rekvisition för sina anstalter. Härigenom underlättas också arbetet för medicinalstyrelsen, som ej längre skulle behöva registrera förhållandena vid och göra utanordningar till en var anstalt utan i stället finge att göra allenast med de 31 sjukvårdsområdena. Förenklingen bleve avsevärd med hänsyn till att det finnes

inemot 600 sjukvårdsinrättningar, som kunna tänkas bli statsbidragsberättigade.

En dylik central rekvisition sker för övrigt för närvarande beträffande anläggningsbidragen. Någon ändring därutinnan föreslås ej.

Generella villkor. Statsbidragssakkunnigas ovan framlagda förslag innebär en avsevärd reduktion av statsbidragsvillkoren och en däremot svarande begränsning av statens möjlighet att ingripa reglerande. Samtidigt föreslås statens ekonomiska engagemang i sjukvården skola väsentligt utvidgas och statligt driftbidrag utgå för all slutna kroppssjukvård. Detta kan från statsmakternas synpunkt te sig som mindre adekvat. Erinras må emellertid om att huvudmannaskapet för den slutna sjukvården i princip anförtrots åt sådana offentlighetsrättsliga organ — landsting och städer utanför landsting — att behov av statligt ingripande ur driftsynpunkt endast undantagsvis torde uppstå. De sakkunniga ha emellertid ansett det vara i sin ordning, att möjlighet i formellt hänseende beredes medicinalstyrelsen att ingripa, därest en sådan situation skulle uppkomma att fortsatt ekonomiskt bidrag för en viss vårdanstalt kan ifrågasättas. I driftbidragskungörelsen bör i sådant syfte lämpligen stadgas, att då särskilda skäl så påkalla, må frågan om driftbidrag till viss anstalt av medicinalstyrelsen underställas Kungl. Maj:ts prövning.

I samband härmed må erinras om att i anläggningsbidragskungörelserna för förlossningsvården, barnsjukvården och den psykiatriska lasarettssjukvården skyldighet föreskrivits för huvudmännen att underkasta sig kungörelsernas regler ävensom de föreskrifter i övrigt, som i behörig ordning kunna bli utfärdade. En regel av sådan innebörd föreslå statsbidragssakkunniga böra inflyta i den generella kungörelsen om anläggningsbidrag.

Enligt statsbidragssakkunnigas uppfattning bör undvikas att införa särskilda statsbidrag för den slutna kroppssjukvården vid sidan om de sakkunnigas bidragssystem. Detta inbegriper också i det föregående redovisade förslaget till utvidgningar av gällande bidragssystem. Vad därvid angår förslaget om bidrag till särskilda sjukhuskuratorer, förutsätta de sakkunniga att sjukvårdens huvudmän, utan att det särskilt föreskrives i de nya bidragskungörelserna i mån av behov och personaltillgång anställa dylika kuratorer i erforderlig omfattning.

Kap. 14. Ikraftträdande och övergångsbestämmelser.

Statsbidragssakkunniga få för sin del förorda att deras förslag träder i kraft den 1 juli 1950.

Vid sin utformning av övergångsbestämmelserna ha statsbidragssakkunniga stannat för att när det gäller av landsting och stad utanför landsting driven anstalt (eller därmed jämställd inrättning) de nuvarande villkoren i de speciella driftbidragskungörelserna skola ersättas av de bestämmelser,

som intagas i den nya generella driftbidragskungörelsen. Denna skall sålunda utan begränsning tillämpas på ifrågavarande anstalter. Den bör även tillämpas för den av Örebro stad i egen regi drivna epidemivården, dock med den begränsningen, att denna stad ej blir berättigad till invånarbidrag. De statsbidragsberättigade anstalter, som drivas av andra huvudmän än landsting och städer utanför landsting, skola däremot i fortsättningen — för primärkommunernas del dock endast under en begränsad övergångstid och allenast såvitt avser kronikervård — åtnjuta driftbidrag efter nuvarande speciella bidragskungörelser. De särskilda villkor, som däri äro intagna, skola givetvis fortsättningsvis gälla.

För den av landsting och städer utanför landsting drivna sjukvården synas särskilda övergångsbestämmelser till driftbidragskungörelsen erfordras blott vad avser utanordning av driftbidragen. Enligt nuvarande speciella kungörelser utgå bidragen halvårsvis i efterskott. Statsbidragssakkunniga ha emellertid som ovan anförts förordat utanordning helårsvis i efterskott.

Träda de nya bestämmelserna i kraft den 1 juli 1950, bör det nya invånarbidraget utanordnas första gången under första halvåret 1951, avseende förhållandena den 31 december 1950. Med hänsyn till att de nya bestämmelserna då hunnit tillämpas blott under ett halvt kalenderår, bör blott ett halvt invånarbidrag då utanordnas. Först år 1952 kan helt invånarbidrag utgå, avseende förhållandena den 31 december 1951.

Det antal vård dagar, som registrerats före den 1 juli 1950, bör grundlägga bidragsrätt enligt de gamla bestämmelserna. Under andra halvåret 1950 skall sålunda utanordnas det vård dagsbidrag, som enligt de gamla reglerna intjänats under första halvåret 1950. Under första halvåret 1951 skall det nya generella vård dagsbidraget första gången utanordnas och då avse antalet vård dagar under andra halvåret 1950. År 1952 skall vård dagsbidrag utanordnas för totalantalet vård dagar under år 1951.

Vad beträffar tuberkulos- och epidemitilläggen bör det förstnämnda tillägget beräknas efter de nuvarande grunderna för antalet vård dagar under första halvåret 1950 och utanordnas under senare delen av nämnda år. Tuberkulosdödligheten bör därvid avse förhållandena under åren 1945—1949 och vård dagskostnaderna beräknas efter den för hela år 1949 registrerade siffran. Tuberkulostillägget efter de nya grunderna bör utgå för vård dagarna under andra halvåret 1950 och utanordnas under första delen av år 1951. Vård dagsantalet bör därvid i förenklingssyfte avse hälften av det under hela år 1950 registrerade antalet dagar och vård dagskostnaden genomsnittet för år 1950. Helt tuberkulostillägg efter de nya grunderna kan först utgå för år 1951 och utanordnas år 1952.

Det nya epidemitillägget bör utanordnas första gången under våren 1951 och då avse andra halvåret 1950. I förenklingssyfte synes man därvid kunna utgå från halva genomsnittliga antalet vård dagar under perioden 1946—1950 samt den genomsnittliga vård dagskostnaden för år 1950. År 1952 kan helt epidemitillägg för första gången utgå och då avse hela det genomsnittliga

vårdtagsantalet för åren 1947—1951 samt vårdtagskostnaden i medeltal för år 1951.

I fråga om anläggningsbidragen blir problemet däremot mera komplicerat bland annat genom att vissa vårdgrenar skola avföras från bidragssektorn.

Till en början må en redogörelse lämnas för övergångsreglerna i nuvarande bidragskungörelser:

1. *Tuberkulosvård:* Särskilda övergångsregler finnas ej.
2. *Epidemivård:* *Kung. utfärdades* $\frac{7}{10}$ 1920: Stad, som utgör eget epidemidistrikt, fick åtnjuta anläggningsbidrag, allenast om sjukhusets uppförande eller inrättande ägt rum efter den 1 januari 1920. För övriga huvudmän fanns icke någon dylik begränsningsregel.
3. *Kronikervård:* *Kung. utfärdades* $\frac{27}{100}$ 1927 och trädde i kraft $\frac{1}{7}$ 1927. Från statsbidrag uteslöts dels sådan anstalt, som av den, vilken använde eller ämnade använda densamma såsom hem för kroniskt sjuka, vid ingången av år 1927 brukades för sjukvård, även om sjukvården helt eller delvis avsåg vård av andra än kroniskt sjuka, dels ock anstalt, vars uppförande eller inrättande för ifrågavarande ändamål av den, som sökte statsbidraget, påbörjats före ingången av år 1927 eller som av sökanden för samma ändamål förvärvats före nämnda tidpunkt.
I samband med förhöjningen av anläggningsbidragen och höjningen av kvotsiffran år 1945 stadgades i *kung. den* $\frac{8}{100}$ 1945, vilken trädde i kraft den $\frac{1}{7}$ samma år, följande övergångsregler.
Hade landsting eller stad utanför landsting påbörjat uppförandet av nybyggnad eller om- och tillbyggnad av anstalt för kroniskt sjuka och byggnads- eller ändringsarbetena ej avslutats före den $\frac{1}{7}$ 1945, skulle bidrag utgå efter de nya grunderna under förutsättning att anstalten ingick som led i en av medicinalstyrelsen godkänd plan.
4. *Förlossningsvård:* *Kung. utfärdades* $\frac{21}{100}$ 1937 och trädde i kraft $\frac{1}{1}$ 1938. Hade landsting eller stad utanför landsting efter den $\frac{1}{7}$ 1935 påbörjat uppförande eller inrättande av barnbördsavdelning, kunde dock statsbidrag därför utgå om »synnerliga skäl därtill» förelågo.
I detta sammanhang må erinras om att 1941 års *befolkningsutredning* i sitt betänkande om förlossningsvården föreslagit, att de av utredningen förordade nya grunderna skulle träda i kraft den $\frac{1}{7}$ 1946 men även gälla för sådan förlossningsanstalt, vars uppförande eller inrättande påbörjats under tiden $\frac{1}{1}$ — $\frac{30}{100}$ 1946. Då 1946 års *riksdag* i likhet med departementschefen ansåg att med prövningen av befolkningsutredningens förslag skulle anstå, uttalades emellertid »att de nya grunder för slutliga byggnadsbidrag, som må komma att beslutas, böra få retroaktiv tillämpning å samtliga de byggnadsföretag, som igångsatts efter 1945 års utgång».
5. *Medicinsk barn-sjukvård.* *Kung. utfärdades* $\frac{20}{100}$ 1939 och trädde i kraft $\frac{1}{1}$ 1940. Hade landsting eller stad utanför landsting efter $\frac{1}{1}$ 1939 på-

- börjat uppförande eller inrättande av barnavdelning, finge bidrag ändock utgå där »synnerliga skäl» därtill förelågo.
6. *Psykiatriska lasarettssavdelningar.* Kung. utfärdades $\frac{2}{3}$ 1946 och trädde i kraft $\frac{1}{3}$ 1946. Några särskilda övergångsregler finnas ej. Däremot stadgas att från kungörelsens tillämpningsområde äro tills vidare undantagna psykiatriska avdelningar i Stockholm, Göteborg, Malmö, Uppsala och Lund.

Den nya anläggningsbidragskungörelsen bör givetvis gälla för sådana vårdplatser, vilkas anläggande påbörjats efter den nya kungörelsens ikraftträdande. För dessförinnan tillkomna platser inom förlossningsvården äro emellertid statsmakterna bundna genom ovannämnda riksdagsuttalande, enligt vilket de nya bidragsgrunderna ansågos böra tillämpas å samtliga byggnadsföretag inom förlossningsvården, vilka igångsatts efter 1945 års utgång. I direktiven för statsbidragssakkunniga framhöll också departementschefen, att »vid bidragssystemets utformning torde beaktas angelägenheten av att den successivt pågående planläggningen och utbyggnaden av den allmänna lasarettsvården icke hämmas i avvidan på statsbidragsfrågans lösning». Med hänsyn härtill och för vinnande av likformighet vilja statsbidragssakkunniga föreslå, att den retroaktiva bestämmelse, som statsmakterna redan bundit sig för i fråga om förlossningsvården, skall tillämpas för samtliga bidragsberättigade vårdgrenar. De föreslagna höjda bidragsbeloppen skola sålunda utgå för samtliga vårdplatser, vilkas anläggande påbörjats efter utgången av år 1945. En så långt gående retroaktivitet onödiggör den i flera nuvarande kungörelser intagna bestämmelsen om retroaktiv tillämpning, när synnerliga skäl därtill äro i det speciella fallet.

I viss utsträckning innebär statsbidragssakkunnigas förslag en begränsning av statsbidragsrätten. Då tuberkulos- och epidemivården skulle avföras från statsbidragssektorn, böra platser inom nämnda vårdgrenar ej erhålla anläggningsbidrag, om de påbörjas efter den 30 juni 1949. I den mån Kungl. Maj:t dessförinnan beviljat anläggningsbidrag enligt nuvarande kungörelser, böra dylika bidrag givetvis utgå oavsett tidpunkten för arbetenas igångsättande.

Vidare är att märka att enligt statsbidragssakkunnigas förslag anläggningsbidrag ej skall utgå för s. k. ersättningsplatser. Därest platsernas anläggande påbörjats före de nya bestämmelsernas ikraftträdande eller anläggningsbidrag dessförinnan beviljats, bör bidrag dock utgå i enlighet med nuvarande speciella kungörelser.

Vad nu sagts gäller bidragsbeloppen. I fråga om de särskilda statsbidragsvillkoren angående patientavgifter, normal beläggning o. s. v. ha de sakkunniga ansett, att sådana vårdplatser, vartill bidrag utgått enligt de speciella kungörelserna, skola betraktas som anläggningar, som erhållit bidrag enligt den nya generella anläggningsbidragskungörelsen.

Då den nya bidragskungörelsen ej skulle avse tuberkulos- och epidemivården, uppkommer frågan, huruvida de för dessa grenar i gällande kungörelser intagna villkoren även fortsättningsvis skola gälla eller om de nya uppmjukade villkoren ändock skola äga giltighet. Det villkor, varom här

närmast är fråga, avser dispositionen av vårdplatser för »främmande ändamål». Då förevarande vårdgrenar i huvudsak äro färdigutbyggda och staten därför skulle slopa dem från bidragssektorn, synes det skäligt att för dispositionen av de en gång understödda vårdplatserna ej skola tillämpas strängare regler än som skulle gälla för de bidragsberättigade vårdgrenarna. De nya dispositionsreglerna böra därför gälla för tbc- och epidemivården.

Den nya bidragskungörelsen innehåller emellertid såtillvida en skärpning som den kräver att för erhållande av anläggningsbidrag en plan för ifrågasvarande vårdgren föreligger, under det att varken tbc- eller epidemikungörelsen fordrar någon plan. Då några nya anläggningsbidrag för dessa ej skola ifrågakomma, aktualiseras emellertid ej frågan om någon plan härför.

De psykiatriska lasaretsavdelningarna, som drivas av de tre största städerna utanför landsting, äro för närvarande undantagna från statsbidrag,¹ sammanhängande med en oklarhet om innebörden av nämnda städers sinnessjukavtal. Då statsbidragssakkunniga ansett dessa avdelningar böra inefattas i det nya bidragssystemet, synes det skäligt att för vinnande av likställighet med andra huvudmän, anläggningsbidrag utgår för sådan avdelning, som påbörjats efter den 30 juni 1946.

¹ Även de psykiatriska klinikerna i Uppsala och Lund äro undantagna härifrån.

Avd. II. Statsbidragssystemet för den centraliserade vården.

Kap. 15. Översikt över den centraliserade vårdens organisation.

Inledning. I det föregående har behandlats den del av den slutna sjukvården, som för närvarande drives i länsregi och där varje sjukvårdsområde har eller i en nära framtid kan beräknas få tillgång till egen specialavdelning. Framställningen övergår nu till den centraliserade vården.

Inledningsvis må erinras om att för patienter från främmande sjukvårdsområden sjukvårdens huvudmän tillämpa en särskild s. k. utomlänsavgift, som icke obetydligt brukar överstiga taxan för de egna patienterna. Något rättsligt hinder för ett dylikt system finnes ej, utan såväl sjukhuslagen som nuvarande särskilda statsbidragskungörelser ha förutsatt, att dylika utomlänsavgifter skola kunna uttagas. I den mån patienten själv ej är i stånd att betala avgiften, uppkommer ett vanligt administrativt kravmål. Vid avräkningen mellan sjukvårdsområdet och patientens hemortskommun skall en särskild av Kungl. Maj:t utfärdad vårdtaxa tillämpas.

För att i ekonomiskt hänseende skapa lättnad för utomlänspatienterna ha i åtskilliga fall särskilda avtal mellan sjukvårdsområden träffats. En vanlig form är att hemortslandstinget svarar för skillnaden mellan utomlänsavgiften och den avgift patienten skulle ha erlagt vid vistelse å ett hemortssjukhus. När vid den centraliserade vården behov föreligger av varaktigt samarbete mellan flera sjukvårdsområden för uppförande och drift av s. k. centralanstalter, ha avtal om dylikt samarbete träffats mellan de intresserade parterna.

Frågan om avräkningen mellan de olika huvudmännen av kostnaderna för utomlänspatienter torde emellertid komma i ett delvis nytt läge vid den fria sjukhusvårdens genomförande. Därvid har bland annat förutsatts en särskild avräkning om erforderlig vård ej kunnat beredas en patient å dennes hemortssjukhus. Man har därvid haft i åtanke den specialiserade vården. Enligt det förslag till avräkning, som framfördes av den av socialdepartementet tillkallade sakkunnige hösten 1945, skulle utomlänsavgifterna

maximeras till självkostnaden vid det lasarett, som meddelat vården, varvid dock någon andel av kostnaderna för anläggningskapitalet ej skulle få inräknas. Någon förhöjning av den statliga gottgörelsen för dylika utomlänspatienter föreslogs ej.

Då centraliserad vård meddelas bland annat vid de statliga sjukvårdsinrättningarna Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet, må en kortfattad redogörelse lämnas för avräkningsförfarandet mellan dessa sjukhus och de sjukvårdsområden, som belägga platser å dessa sjukhus.

Stockholms stad och Stockholms läns landsting ha genom särskilda avtal rätt till ett antal platser på såväl Serafimerlasarettet som Karolinska sjukhuset. För dessa kontrakterade platser ha staden och länet lämnat ett *platskostnadsbidrag* — i princip svarande mot de faktiska anläggningskostnaderna exklusive kostnaderna för de särskilda undervisningsanordningarna — och betala, i den mån platserna beläggas, ett *driftkostnadsbidrag*. Detta utgör för Serafimerlasarettets del cirka 56 % av den för lasarettet redovisade vårdkostnaden efter avdrag för inflytande patientavgifter. För Karolinska sjukhusets del beräknas driftkostnadsbidraget efter den faktiska totalkostnaden för sjukhuset men är maximerat till den genomsnittliga vårdkostnaden för stadens respektive länets egna, på flera specialavdelningar uppdelade sjukvårdsinrättningar. Därest staden och länet uppvisa överbeläggning, utgår driftbidraget för det överskjutande antal dagar, som motsvara stadens och länets befolkningsmässiga andel i riksplatserna, efter allmänna salsavgiften på Karolinska sjukhuset, varvid staden och länet äga tillgodoräkna sig den avgift, som den sjuke själv kan ha erlagt. Vid ytterligare överbeläggning utgår med vissa modifikationer driftbidraget enligt reglerna för normal beläggning.

Övriga landsting och städer utanför landsting ha jämlikt Kungl. förordningen den 30 juni 1937 (SFS 655/1937) att för en var patient, som är boende inom respektive område, erlagga ett driftbidrag av kronor 2: 50 per vård dag under förutsättning antingen att patienten under vistelse inom Stockholms stad eller län insjuknat i den sjukdom vården avser, eller ock att patienten erhållit hänvisning till Karolinska sjukhuset eller Serafimerlasarettet för vård, som ej kan beredas å landstingets respektive stadens sjukvårdsinrättningar. Nämda bidrag skall avräknas å legosängsavgiften för att bereda patienterna lättnad. Vissa sjukvårdsområden torde emellertid därjämte lämna ytterligare bidrag för att reducera patientavgifterna.

Reumatikervården. Reumatiskt sjuka vårdas för närvarande i stor utsträckning på lasarettens och sjukstugornas allmänna avdelningar samt å vanförestalterna. Vid sidan härav ha genom pensionsstyrelsens försorg i anslutning till centrallasarett i Lund, Norrköping, Lidköping, Västerås och Umeå samt garnisonssjukhuset i Boden inrättats speciella avdelningar för vård av reumatiskt sjuka, omfattande sammanlagt 344 vårdplatser. Å dessa avdelningar mottagas endast patienter, som ditremitterats av pensionssty-

relsen. I Malmö och Vänersborg finnas avdelningar av motsvarande typ, ehuru de närmast tillkommit för vård av neurospatients. Pensionsstyrelsen disponerar för sitt reumatikerklintel även sammanlagt ett 60-tal vårdplatser å den ortopediska avdelningen vid Lunds lasarett samt å vanförestalten och Broströmska vårdanstalten för barn i Göteborg. Ett relativt stort antal reumatiskt sjuka mottages jämväl å pensionsstyrelsens fristående kuranstalter i Nynäshamn, Åre och Tranås, vilka anstalter inrymma omkring 550 vårdplatser. Dessa äro dock till väsentlig del avsedda för neurospatients samt vissa andra sjuka, för vilka tillfredsställande vårdmöjligheter icke kunna på annat sätt ordnas. Slutligen vårdas åtskilliga fall av reumatiskt sjuka å hem för kroniskt sjuka och enskilda sjukhem samt under sommarmånaderna å brunns- och badanstalter.

Till grund för de speciella reumatikeravdelningarna vid centrallasaretten — s. k. kuranstalter — vilka tillkommo under åren 1927—31, ligga särskilda avtal mellan pensionsstyrelsen och vederbörande huvudman, vilka innehålla i huvudsak följande.

1. Landstinget förbinder sig att uppföra och med erforderlig apparatur utrusta kuranstalten samt där intill det antal, som anstalten normalt rymmer, till undersökning, observation och vård emottaga patienter, vilka ditsändas enligt pensionsstyrelsens beslut eller i enlighet med av styrelsen lämnade föreskrifter.

2. Läkarvården å kuranstalten bestrides, därest ej annan överenskommelse träffas, av överläkaren å lasarettets medicinska avdelning med hjälp av en biträdande läkare i underläkares tjänsteställning. Före nytillsättning av någon av dessa befattningar skall styrelsen beredas tillfälle att yttra sig.

3. Pensionsstyrelsen förbinder sig att från pensionsförsäkringsfonden söka utverka, att landstinget beviljas två amorteringslån, det ena till belopp motsvarande kostnaderna för anstaltens uppförande samt dess beräknade andel i lasarettets gemensamma undersöknings-, behandlings-, bad- och ekonomilokaler jämte erforderliga personalbostäder, och det andra avsett för bestridande av kostnaderna för anstaltens möblering och utrustning. Båda lånen löpa i regel med 4,3 procent årlig ränta.

4. Pensionsstyrelsen betalar för vården av sina patienter dels en fastighetsavgift och dels en dagavgift.

Fastighetsavgiften utgår för år med den annuitet, som erfordras för att med tillämpning av i punkt 3 angivna räntefot under 50 år förränta och amortera nysnämnda fastighetskostnad.

Dagavgiften avser i första hand ersättning för undersökning, observation, behandling och annan vård, kost, värme, tvätt, belysning, betjäning, viss transport av patienterna och deras effekter samt andel i lasarettets centrala administrationskostnader. I dagavgiften inberäknas även kostnaden för underhåll av gård, parker och vägar. Till grund för dagavgiftens beräkning skall i princip läggas lasarettets självkostnad för styrelsens patienter. Som sådan självkostnad skall — om och i den mån icke annorledes överenskommes — anses lasarettets dagkostnad för lasarettets egna avdelningar och kuranstalten gemensamt, däri dock icke inbegripet kostnaderna för lasarettets, inklusive kuranstaltens, uppförande, underhåll och första uppsättning inventarier.

Under vart och ett av de femton första åren betalar pensionsstyrelsen därjämte ränta och amortering å den engångskostnad, landstinget iklätt sig för den första uppsättningen inventarier å kuranstalten. Denna kostnad lägges vanligen som en

del till dagavgiften. Vid kontraktets upphörande skall värdering äga rum av samtliga då befintliga inventarier i kuranstalten, varefter det belopp, som därvid fastställles, skall till styrelsen inbetalas.

5. Pensionsstyrelsen är berättigad att taga kännedom om förhållandena å kuranstalten och genom ombud taga del av lasarettets räkenskaper, när styrelsen så finner erforderligt. En av styrelsen utsedd representant skall ock äga rätt närvara vid lasarettsdirektionens sammanträden, då ärenden förekomma, som angå styrelsens patienter, och därvid delta i överläggningarna, men icke i besluten. Kallelse angående dylikt sammanträde skall delgivas styrelsen.

6. Avtalen gälla för en tid av femtio år. Pensionsstyrelsen är dock, om statsmakterna icke skulle bevilja densamma erforderliga medel för bedrivande av individuell sjukvårdsverksamhet, berättigad att tidigare uppsäga avtalet. Skulle avtalet till följd härav upphöra före avtalstidens utgång, skall räntan å fastighetslånet för den då återstående delen nedsättas till 3 procent. Styrelsen är ock berättigad att överlåta avtalet på annan statlig myndighet.

Landstinget äger rätt att efter tjugufem år uppsäga avtalet, i vilket fall då återstående belopp av fastighetslånet skall vara till betalning förfallet, därest pensionsstyrelsen så påfordrar.

7. Skulle mellan kontrahenterna uppstå meningsskiljaktighet rörande den vård och behandling, som styrelsens patienter erhålla, skall tvistefrågan hänskjutas till medicinalstyrelsens avgörande. Vid annan tvist rörande tolkningen eller tillämpningen av avtalen eller rörande förhållanden, som äga sammanhang med avtalen, hänskjutes frågan till en särskild nämnd, av vilken pensionsstyrelsen och landstingets förvaltningsutskott utse var sin ledamot och chefen för justitiedepartementet ordföranden. Beslut av denna nämnd är ovillkorligen bindande.

Pensionsstyrelsens fristående kuranstalter i Nynäshamn och Åre förvaltas av aktiebolaget Kurortsverksamhet, i vilket aktiemajoriteten äges av folkpensioneringsfonden. Anstalten i Tranås förvaltas av aktiebolaget Tranås kuranstalt, vars aktiekapital till större delen innehaves av aktiebolaget Kurortsverksamhet.

Den av pensionsstyrelsen bedrivna sjukvårdande verksamheten tager närmast sikte på att i folkpensioneringens intresse förebygga eller häva invaliditet och sålunda förhindra eller uppskjuta den tidpunkt, då rätt till invalidpension inträder. Med hänsyn härtill emottagas främst kroniskt sjuka, vilka eljest kunna befaras inom en nära framtid bliva invalider. Akut sjuka omhändertagas mera sällan, ej heller sjuka, vilka överskridit 60 års ålder eller vilkas sjukdom är svårartad eller långt framskriden, enär möjligheterna att förebygga eller häva arbetsoförmågan vanligen icke äro stora i dessa fall. Personer, som befinna sig i god ekonomisk ställning, kunna i allmänhet icke heller bli föremål för sjukvårdande åtgärder i förevarande ordning, även om alltför snäva gränser härvid icke tillämpats.

Beslut om sjukvårdande åtgärder i de individuella fallen fattas i regel efter ansökan, som vederbörande pensionsnämndsordförande insänt till pensionsstyrelsen. Emellertid förekommer i viss omfattning, att styrelsen i anledning av ingiven pensionsansökan själv tager initiativ till sådana åtgärder. Innan beslut om hjälp fattas, har styrelsen att taga under omprövning, huruvida icke bidrag bör kunna påräknas av kommun, sjukkassa eller enskild person och göras till villkor för pensionsstyrelsens ingripande. I regel

påkallas bidrag med viss del av kostnaden för sökandens uppehåll och behandling å anstalten, motsvarande lägst en avgift av kronor 2: 30 per dag. Alltefter patientens ekonomiska ställning kan avgiften höjas upp till kronor 7: 30 per dag. Återstående vårdkostnader bestridas av pensionsstyrelsen. I de fall då sökandens ekonomiska ställning är så god, att pensionsstyrelsen med hänsyn härtill icke anser sig kunna bestrida någon del av vårdkostnaden, kan sökanden beredas vård å styrelsens anstalter till självkostnadspris. Dessutom finnes för bemedlad patient möjlighet att erhålla vård å en särskild självbärande avdelning vid kuranstalten i Tranås.

Frågan om reumatikervårdens organisation och finansiering har varit föremål för flera utredningar.

Statens sjukvårdskommitté upptog sålunda frågan till behandling i sitt år 1934 avgivna principbetänkande. I anslutning därtill och med beaktande av vad vid nyssnämnda ärendes remissbehandling anförts verkställde *1936 års sakkunniga* för pensionsstyrelsens invaliditetsförebyggande verksamhet utredning och framlade förslag i ämnet (SOU 1937: 23). *1941 års reumatikervårdssakkunniga* ha i tvenne betänkanden behandlat frågan (SOU 1944: 28 och 1945: 41).

Beträffande organisationen av reumatikervården ha såväl statens sjukvårdskommitté som 1936 års sakkunniga och hörda remissinstanser i stort sett varit eniga om att de reumatiska ledfallen principiellt böra vårdas å avdelningar inom större sjukvårdsinrättningar, bl. a. med hänsyn till önskvärdheten att för konsultation ha tillgång till olika specialister. Ifråga om vårdens utbyggande i övrigt göra sig däremot olika meningar gällande, i det att några anse vården av de reumatiska sjukdomarna principiellt böra ankomma på de allmänna medicinska och kirurgiska (ortopediska) avdelningarna, medan andra förorda inrättande av särskilda avdelningar för ändamålet i anslutning till den praxis, som pensionsstyrelsen inlett, dock med den jämkningen att sådana avdelningar i större utsträckning än hittills böra förestås av egna överläkare eller av biträdande överläkare.

Reumatikervårdssakkunniga ansågo det vara en primär angelägenhet att tillse, att de akuta ledsjukdomarna och de initiala stadierna av de kroniska artriterna få tillräckligt tidig och tillräckligt långvarig vård. Denna vård borde företrädesvis äga rum på invärtesmedicinska avdelningar.

För att en av huvudmännen planerad utvidgning av den invärtesmedicinska vården i större utsträckning skulle komma reumatikervården till godo, föreslogo de sakkunniga, att särskilda delar av de utbyggda eller nybyggda invärtesmedicinska avdelningarna skulle reserveras för reumatikervård, huvudsakligen för artrit, och att för byggande av sådana reserverade vårdplatser skulle utgå statsbidrag. Dylika artritavdelningar kunde enligt de sakkunnigas mening förläggas även till andra invärtesmedicinska avdelningar än dem vid centrallasaretten.

Enligt av de sakkunniga verkställda beräkningar skulle cirka 550 vård-

platser på detta sätt kunna vinnas för reumatikerfallen. Därigenom skulle vårdplatsbehovet för alla akuta fall samt upp mot hälften av de kroniska artritfallen bli tillgodosett. Återstående platsbehov på ungefär 500 A-platser borde enligt de sakkunniga tillgodoses genom utbyggande av specialavdelningar.

Med specialavdelning avsågo de sakkunniga särskild sjukhusavdelning, helt avsedd för vården av reumatiska fall och i främsta rummet för långvariga och komplicerade fall av kroniska artriter, för vilkas behandling utom invärtesmedicinsk även viss ortopedisk utrustning och sakkunskap erfordras. Denna mellangrupp mellan sådana fall, som fordra en rent intern, och dem, som behöva en rent ortopedisk behandling, vore den grupp, som med nuvarande vårdmöjligheter hade svårast att erhålla en tillfredsställande vård.

De sakkunniga framlade en plan för specialvårdens utbyggande, innefattande åtta specialavdelningar med var sitt upptagningsområde.

Ifråga om finansieringen ansåg statens sjukvårdskommitté, att staten borde helt svara för kostnaderna för uppförande av speciella reumatikeravdelningar samt för driften därav — efter avdrag för inflytande patientavgifter. Kommittén ansåg nämligen här vara fråga om en vård, som icke lämpligen kunde ordnas länsvis. Därjämte anfördes, att då befintliga anstalter för reumatikervård (pensionsstyrelsens) inrättats utan större uppoffringar från respektive landstings och städers sida, även andra huvudmän kunde för sin medverkan till denna vårds utvidgning göra anspråk på liknande fördelar. Huvudmannaskapet för reumatikervården skulle likväl anförtros landsting och städer utanför landsting. Samma uppfattning om huvudmannaskapet hade 1936 års sakkunniga.

Då 1936 års sakkunniga framförde ett mera vittgående utbyggnadsprogram för reumatikervården, upptagande reumatikeravdelningar i så gott som varje län, ansågo dessa sakkunniga, att kostnaderna för reumatikeravdelningarna med tillämpning av sjukvårdskommitténs principer borde bäras av landstingen. Med hänsyn till statens ekonomiska intresse av reumatikervårdens invaliditetsförebyggande uppgift föreslogo de sakkunniga, att statsbidrag skulle utgå till byggnadskostnaderna för de föreslagna nya avdelningarna med halva beloppet, dock maximerat till 5 000 kronor för vårdplats, och att byggnadslånen för pensionsstyrelsens redan befintliga avdelningar skulle regleras så, att hälften av kvarvarande fastighetskostnader skulle bestridas av staten och hälften av landstingen.

Vad vårdkostnaden beträffar föreslogo 1936 års sakkunniga, som framlade förslag om avveckling av pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet och reumatikervårdens överförande på landstingen, att landstingen skulle svara för vårdkostnaden för reumatikerna mot åtnjutande av ett statsbidrag av 2 kronor per vård dag å reumatikeravdelning under förutsättning, att för patient å allmän sal uttoges en dagavgift av högst 1 krona 50 öre. För vård å invärtesmedicinsk avdelning föreslogs icke något statsbidrag.

I remissyttrandena över 1936 års sakkunnigas förslag hade från bl. a. vissa landstings och länsstyrelser sida gjorts starka invändningar mot den ekonomiska merbelastning av landstingen, som detta förslags genomförande skulle innebära. I vissa fall hade yrkats fasthållande vid sjukvårdskommitténs förslag, att kostnaderna för reumatikervården skulle bäras av staten. I några av de fall, där man biträtt förslaget att lägga denna uppgift på landstingen, hade påfordrats ökade statsbidrag till exempel med två tredjedelar eller tre fjärdedelar av byggnadskostnaderna och större driftbidrag. Även där hälftendelningsprincipen för byggnadskostnaderna godtagits, hade påpekats, att maximibeloppet 5 000 kronor hänförde sig till den byggnadskostnad av cirka 10 000 kronor per vårdplats, som gällde vid tiden för uppförande av pensionsstyrelsens lasarettssavdelningar, och att hänsyn till de verkliga kostnaderna (vid tidpunkten för remissyttrandenas avgivande) motiverade ett maximibelopp av 7 500 kronor. Slutligen hade från några håll framhållits, att med hänsyn till byggnadskostnadernas föränderlighet någon maximering överhuvudtaget icke borde ifrågakomma.

Reumatikervårdssakkunnigas förslag innebar i huvudsak följande.

De genom pensionsstyrelsens ingripande uppförda reumatikeravdelningarna i Lidköping, Lund, Norrköping, Umeå och Västerås skulle ej blott formellt utan också reellt överföras på vederbörande landsting respektive stad genom att nu gällande kontrakt mellan pensionsstyrelsen och vederbörande landsting respektive stad uppsades till viss tidpunkt och byggnadslånen hos folkpensioneringsfonden annullerades under förbehåll, att vederbörande huvudman förklarade sig villig medverka till den utvidgning av avdelningen, som kunde befinnas önskvärd för tillgodoseende av reumatikervårdens behov.

Till dessa avdelningars utvidgande liksom till nyanläggning av specialavdelning ävensom till vårdplatser, som inretts i direkt anslutning till invärtesmedicinska avdelningar och helt ställas till reumatikervårdens disposition, skulle utgå statligt byggnadsbidrag, i princip svarande mot hela kostnaden, dock att statens kostnad i allmänhet icke skulle beräknas överstiga för plats å specialavdelning 15 000 kronor och för plats å reumatikeravdelning, ansluten till invärtesmedicinsk avdelning, 10 000 kronor; Kungl. Maj:t obetaget att efter särskild prövning, där kostnaderna väsentligt överstege dessa belopp, medgiva högre bidrag.

Statligt driftbidrag skulle utgå till vård av reumatikerpatient, som vårdades på specialavdelning eller reserverad del av invärtesmedicinsk avdelning, ävensom till patient med reumatisk artrit, som vårdades å övrig del av invärtesmedicinsk avdelning eller vid odelat lasarett eller sjukstuga, med i allmänhet 3 kronor för vård dag, men för utomlänspatient, som vårdades å specialavdelning eller reserverad del av invärtesmedicinsk avdelning, med 4 kronor, allt under förutsättning att högre vårdavgift icke avkrävdes patienten än 2 kronor; för utomlänspatient skulle det landsting patienten tillhörde bidraga med lika stort belopp som statsbidraget.

Såsom villkor för byggnads- och driftbidrag till reumatikervården föreslogs, att huvudmannen uppgjort plan för reumatikervårdens ordnande, som blivit av medicinalstyrelsen godkänd.

Rörande formen för reumatikeranstalternas beläggande efter den 1 juli 1947, då pensionsstyrelsens ekonomiska understöd till reumatikervården borde upphöra, föreslog de sakkunniga bland annat, att beläggningen av pensionsstyrelsens fristående anstalter och, där så av geografiska skäl an-

såges önskvärt, av övriga rayonplatser borde ske centralt endast för sådana fall, som sökte pension hos pensionsstyrelsen och av denna befundes för observation eller vård böra intagas på anstalt, dock ej under längre tid än Kungl. Maj:t funne en sådan ordning behöfelig. Under en övergångstid, innan reumatikervården hunnit utbyggas och särskilt de kroniska artriterna kunde finna vård i tillräcklig utsträckning, borde de av pensionsstyrelsen tillämpade synpunkterna i fråga om företräde vid konkurrens om plats för personer, som syntes ha större utsikter att genom behandlingen återvinna arbetsförmåga, tillämpas vid perifer beläggning genom vederbörande överläkare för de med statligt understöd uppförda rayonplatserna efter av medicinalstyrelsen utfärdade anvisningar.

Pensionsstyrelsens fristående kuranstalter berördes av de sakkunnigas förslag, allenast i vad de mottoge reumatiskt sjuka. Med hänsyn till att dessa anstalter fortfarande till största delen skulle komma att vara belagda med annat klientel än reumatiskt sjuka, ansågo de sakkunniga, att någon ändring i dessa anstalters administrativa ställning i övrigt ej nu borde göras. Frågan om en fullständig avveckling av pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet borde enligt de sakkunniga göras till föremål för fortsatt utredning, eventuellt i samband med neurosvårdens ordnande i riket.

Nämnas må vidare, att sommarkuranstalter, som av pensionsstyrelsen anlitas för vård av dess klientel, föreslogos i fortsättningen skola efter prövning av medicinalstyrelsen erhålla statsbidrag efter vissa grunder.

I särskilda *reservationer* hade två sakkunniga förordat en utbyggnad i första hand av självständiga specialavdelningar för reumatikerfallen. En sakkunnig ansåg, att utbyggnaden av invärtesmedicinska avdelningar borde gå först och att med anordnandet av specialavdelningar, utom för undervisnings- och forskningsändamål, borde tills vidare anstå.

Vid *remissbehandlingen* av reumatikervårdssakkunnigas förslag ha starka meningsmotsättningar framkommit. Medicinalstyrelsen, pensionsstyrelsen, medicinska fakulteten i Lund, Karolinska institutets lärarkollegium, statens sjukhusutredning, svenska läkaresällskapet, landstings- och stadsförbunden samt sex av landstingens förvaltningsutskott ha i huvudsak förordat den s. k. internlinjen. Speciallinjen däremot tillstyrkes av medicinska fakulteten i Uppsala, centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund samt styrelsen för svenska lasarettsläkarföreningen och svenska provinsialläkarföreningen.

Beträffande sättet för reumatikervårdens finansiering ha åtskilliga kritiska synpunkter framkommit. En omprövning av statsbidragssystemet vore enligt många uppfattning nödvändig.

Reumatikervårdssakkunnigas förslag har varit föremål för riksdagens behandling. *Departementschefen* anförde i proposition nr 224 för år 1946 bland annat följande.

Vid överbäggande av vad i ärendet framkommit är jag för egen del icke beredd att nu taga ståndpunkt till de sakkunnigas förslag i vidare mån än att jag avsluter mig till uppfattningen, att de akuta fallen och vissa andra därför lämpade fall böra framdeles, liksom hittills, i största möjliga utsträckning emottagas för

vård å vanliga invärtesmedicinska lasarettssavdelningar. Däremot finner jag, i likhet med åtskilliga remissinstanser, det ur skilda synpunkter kunna starkt ifrågasättas, huruvida man genom statsunderstöd bör stimulera till att vissa delar av de invärtesmedicinska avdelningarna reserveras för reumatiker, däribland vissa fall av kronisk ledgångsreumatism. Innan ställning till denna fråga tages, torde det nuvarande statsbidragssystemet böra underkastas en översyn i syfte att åvägbringa enklare och mera rationella grunder för statens bidrag till kroppssjukvården, varvid även spörsmålet om bidragsverksamhetens totala omfattning bör uppmärksammas. För ett uppskov med prövningen av de sakkunnigas förslag talar även den omständigheten, att formerna för reumatikervårdens utbyggande, såvitt angår de kroniska fallen, nära sammanhänger med den även i övrigt aktuella frågan om ortopedvårdens framtida organisation.

Det är min avsikt att, så snart lämpligen kan ske, utverka Kungl. Maj:ts medgivande till igångsättande av utredningar i nu berörda hänseenden. Erfarenheten har emellertid visat vanskligheten av att på förhand beräkna tidpunkten för sakkunnigutredningars slutförande och omsättning i praktiken. Det synes mig därför angeläget att redan nu framhålla, att direktiven för utredningen rörande statsbidragsverksamheten böra så utformas, att den successivt pågående planläggningen och utbyggnaden av den allmänna lasarettsvården i länen icke hämmas i avbidan på statsbidragsfrågans lösning. Härjämte torde åtgärder böra vidtagas för att tillgodose det mest trängande platsbehovet inom reumatikervården, varvid givetvis bör beaktas, att ett föregripande av det slutliga ställningstagandet till vårdens allmänna utbyggnad i görligaste mån undviks.

I första hand synes böra ifrågakomma att inrätta självständiga specialavdelningar vid undervisningssjukhusen i Stockholm och Uppsala, en åtgärd, varom full enighet råder inom sakkunskapen. Jämsides härmed torde böra undersökas möjligheterna av att genom avtal mellan staten och vederbörande lokala huvudmän få till stånd ett mindre antal självständiga reumatikeravdelningar i anslutning till den plan, som framlagts i nu föreliggande betänkande, varvid av remissinstanserna framförda erinringar rörande planens närmare utformning torde böra skänkas beaktande. Antalet dylika avdelningar torde tills vidare böra begränsas till 2 å 3 med ett sammanlagt platsantal av högst 250. Ifrågavarande avdelningar torde ekonomiskt sett böra i huvudsak baseras på de principer, som tillämpats för gällande avtal angående pensionsstyrelsens reumatikeravdelningar. Detta innebär, att vederbörande huvudman erhåller lån från folkpensioneringsfonden för avdelningens inrättande och utrustning, vilka lån sedan återbetalas genom avgifter, som staten erlägger för vården av reumatikerpatienterna. Jag utgår härvid från att avdelningarnas storlek så tillmätas, att anställande av en särskild överläkare blir motiverat. Vidare förutsätter jag, att länen så avvägas, att statens ansvar för avdelningarnas inrättande, inklusive deras andel i sjukhusens gemensamma lokaler, begränsas till det av de sakkunniga föreslagna maximibeloppet, 15 000 kronor per plats. Möjligen torde härjämte avtalstiden, som för nuvarande avdelningar utgör 50 år, böra med hänsyn till omständigheterna förkortas, förslagsvis till 25 å 30 år, med rätt för vardera parten att dessförinnan uppsäga avtalet. Uppsäges avtalet från statens sida till följd av omläggning av reumatikervårdens organisation eller finansiering, bör huvudmannen givetvis icke försättas i sämre situation än huvudmän, som icke slutit liknande avtal. Avtalen böra ock, i likhet med de gällande kunna överlätas på annan statlig myndighet än den avtalsslutande.

I sak innebär den sålunda skisserade lösningen allenast en fortsättning på den väg, som redan beträffas av pensionsstyrelsen. Såvitt nu kan bedömas utgör den intet hinder för ett inordnande vid lämplig tidpunkt av reumatikervården i den allmänna lasarettsvården, därest detta sedermera skulle bli statsmakternas beslut. Skulle därvid de reumatologiska specialavdelningarna som sådana komma att upphöra, torde deras lokaler och inventarier utan större omändringar kunna användas för annat sjukvårdsändamål.

I princip delar jag de sakkunnigas uppfattning, att pensionsstyrelsens befattning med reumatikeravdelningarna vid lasaretten bör avvecklas. Tills vidare torde emellertid undersökningarna om reumatikervårdens utbyggande avtalsvägen böra anförtros åt pensionsstyrelsen, som dock därvid bör samråda med medicinalstyrelsen. Nya avtal böra underställas Kungl. Maj:t för prövning och godkännande. Samtliga avtal kunna sedermera vid önskad tidpunkt överflyttas på medicinalstyrelsen, därest icke beslut fattas om deras annullering i enlighet med de sakkunnigas förslag.

Beläggningen av reumatikeranstalterna torde tills vidare, liksom hittills, böra ske centralt genom pensionsstyrelsens försorg. Frågan om perifer beläggning av dessa anstalter torde få upptagas till omprövning i samband med det slutliga ställningstagandet till reumatikervårdens utbyggande.

I anslutning till vad departementschefen anfört beslöt 1946 års riksdag bemyndiga Kungl. Maj:t att låta träffa avtal angående inrättande vid därför lämpade sjukhus av ytterligare högst 250 vårdplatser för reumatiskt sjuka, dock att statens ekonomiska ansvar för vårdplatsernas inrättande och andel i vederbörande sjukhus' gemensamma lokaler icke skulle överstiga 15 000 kronor per plats. Något dylikt avtal har ännu icke träffats.

Ortoped- och vanförevården. Ortoped- och vanförevården i riket ombesörjes dels vid fyra i enskild regi drivna fristående vanföreanstalter, förlagda till Stockholm, Göteborg, Hälsingborg och Härnösand, dels vid S:t Görans sjukhus i Stockholm och vid lasaretten i Malmö, Lund och Örebro.

De enskilda *vanföreanstalterna* lämna sjukvård och yrkesundervisning. I förevarande sammanhang kommer dock blott den sjukvårdande verksamheten att behandlas. Härtill lämnar staten enligt kungl. brev den 23 april 1937 bidrag med högst kronor 5: 50 per vård dag, under förutsättning av en maximal vård dagsavgift av 1 krona. Till poliklinikerna utgår ett bidrag av högst 1 250 kronor per anstalt och kvartal. Slutligen utgår bidrag med två tredjedelar av kostnaderna för erforderliga stödjebandage och proteser åt patient, som behandlas för vanförhet, på villkor att patienten beredes motsvarande förmån.

Statsbidragen utbetalas av medicinalstyrelsen, som därvid har att iakttaga, bland annat, att statsbidraget icke må för något år överstiga den enligt vederböriligen granskade räkenskaper funna skillnaden mellan de sammanlagda verkliga driftkostnaderna för anstalten, å ena, samt summan av dagavgifterna och andra från anstaltens drift inflytande inkomster, å andra sidan.

Jämlikt särskilt medgivande av 1939 års riksdag må Kungl. Maj:t, på framställning av vederbörande förening, bevilja erforderligt fyllnadsbidrag, om och i den mån summan av statsbidraget och patientavgifterna icke förslår till bestridande av de enligt vederböriligen granskade räkenskaper funna verkliga driftkostnaderna vid hithörande anstalter samt underskottet icke kan täckas med andra för ändamålet tillgängliga medel. Fyllnadsbidrag utgår dock endast under villkor, att anstaltens inkomst- och utgiftsstat för bidragsåret godkänts av medicinalstyrelsen.

Förutom bidrag till driften förekomma statsanslag till speciella ändamål, t. ex. för anordnande av vissa lokaler. Därjämte bidrager staten till resor för vanföra och kuratorsverksamhet vid vanförestaltnerna.

Svenska vanförestaltnernas centralkommitté har i sina petita för budgetåret 1947/48 hemställt, dels om ändrade grunder för bidrag till vanförestaltnerna, dels ock om höjning av bidraget till kuratorsverksamheten. Departementschefen avvisade emellertid i statsverkspropositionen 1947 (femte huvudtiteln, s. 252 och 257) dessa äskanden med hänvisning till pågående utredningar hos dels ortoped- och vanförevårdssakkunniga, dels statsbidrags-sakkunniga för hälso- och sjukvården.

För de *ortopediska lasarettssavdelningarna* lämnar staten tillskott allenast till stödjebandage och proteser. Bidraget utgår med två tredjedelar av kostnaderna härför under villkor, att patienten beredes motsvarande förmån. Dylikt bidrag må utgå jämväl till anstalt för kirurgisk tuberkulos för patient, som därstädes polikliniskt behandlas för vanförhet.

I detta sammanhang synes lämpligen kunna behandlas det s. k. *Eugeniahemmet* i Stockholm. Detta drives av sällskapet Eugeniahemmet, som har till uppgift att bereda bostad, vård och underhåll åt fattiga, obotligt sjuka och vanföra barn från hela landet. Inalles finnas 175 vårdplatser.

För hemmets drift utgår statsbidrag bl. a. för högst 35 vårdplatser å hemmets sjukavdelning med 5 kronor 50 öre per dag och patient under villkor att avgift icke uttages med högre belopp än 1 krona för dag och patient. Statsbidrag må icke utan särskilt medgivande av Kungl. Maj:t utgå för flera platser än medicinalstyrelsen fastställt såsom motsvarande normal beläggning av hemmet. Även för Eugeniahemmet kan särskilt fyllnadsbidrag utgå för uppkommet driftunderskott.

Statsbidrag utgår vidare för erforderliga stödjebandage och proteser åt patient, som vid hemmet behandlas för vanförhet, med två tredjedelar av kostnaderna, på villkor att patienten beredes motsvarande förmån. Bidragen utbetalas kvartalsvis i efterskott.

Frågan om huvudmannaskapet och kostnadsfördelningen för ortoped- och vanförevården har varit föremål för flera sakkunnigutredningar. Ämnet har sålunda behandlats av 1918 års *vanförevårdssakkunniga* och *statens sjukvårdskommitté* samt av 1946 års *ortoped- och vanförevårdssakkunniga* i ett under hösten 1948 avlämnat betänkande.

Sistnämnda sakkunniga föreslå att ortopediska kliniker skola inrättas vid länslasarettan och den ortopediska vården ingå i den vanliga länsvården. Varje klinik skulle omfatta minst 50 vårdplatser. Vid beräkningarna av vårdbehovet ha ortoped- och vanförevårdssakkunniga utgått från, att kustsanatoriernas verksamhet skall avvecklas och klientelet behandlas på ortopediska kliniker.

Kirurgisk tuberkulos. Vård av kirurgisk tuberkulos meddelas dels vid enskilda anstalter, dels vid landstings- och storstadsanstalter. Statsbidrag utgår för driften av dessa anstalter enligt kungörelse den 23 april 1937 (nr 209).

Enskilda anstalter äro Apelviken, Styrso, Solhem och Kronprinsessan Victorias kustsanatorium Barkåkra (samtliga A-anstalter) samt Guldbröllopsminnet, Nynäshamn (B-anstalt).

Landstings- och storstadsanstalter finnas vid S:t Görans sjukhus och Barnsjukhuset i Göteborg (A-anstalter) samt Göteborgs kustsjukhus å Anundön (B-anstalt).

Bidragsgrunderna äro följande.

Statsbidrag utgår till av förening eller stiftelse drivna anstalter med 3 kronor 25 öre för A-platser och 2 kronor för B-platser samt till landstings- och storstadsanstalter med 1 krona 50 öre för A-platser och 1 krona för B-platser. Bidrag utgår endast för vårdplats, som är öppen under hela året och för vilken icke uttages högre avgift än 1 krona per dag och patient. Driftbidraget till enskild anstalt må i intet fall utgå med högre belopp per år än skillnaden mellan anstaltens verkliga driftkostnader och summan av patientavgifterna och andra från anstaltens drift härflytande inkomster. Vid sidan härav må till A-anstalt utgå statsbidrag med två tredjedelar av kostnaderna för erforderliga stödjebandage av mera permanent karaktär åt patient, som behandlas vid anstalten, på villkor att patienten beredes motsvarande förman.

Jämlikt särskilt medgivande av riksdagen må Kungl. Maj:t, på framställning av vederbörande huvudman, bevilja erforderligt fyllnadsbidrag, i den mån summan av statsbidraget och patientavgifterna icke förslår till bestridande av de enligt vederbörigen granskade räkenskaper funna verkliga driftkostnaderna vid hithörande enskilda anstalter samt underskottet icke kan täckas med andra för ändamålet tillgängliga medel. Såsom villkor för rätt för anstalt att komma i åtnjutande av fyllnadsbidrag gäller, att anstaltens inkomst- och utgiftsstat för bidragsåret skall ha godkänts av medicinalstyrelsen.

Anläggningsbidrag till anstalter för kirurgisk tuberkulos har ursprungligen förutsatts skola utgå efter samma grunder, som gälla för uppförande av tuberkulossjukvårdsanstalter men med hänsyn till de enskilda huvudmännens ekonomiska situation har bidraget för deras del på senare tid utgått med praktiskt taget hela kostnaden.

Nu gällande statsbidragsregler ha tillkommit i huvudsak i enlighet med ett av statens sjukvårdskommitté framfört förslag. Även denna vårdgren ingår emellertid i det problemkomplex, som 1946 års *ortoped- och vanförevårdssakkunniga* haft att utreda.

Centralanstalter för radioterapi. För radioterapi finnas tre centralanstalter, vilka upprättats med bidrag av medel ur Konung Gustav V:s jubileumsfond.

En av anstalterna är ansluten till Karolinska sjukhuset i Stockholm och drives som en del av detta sjukhus. De två övriga centralanstalterna äro anslutna till lasarettet i Lund och till Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.

Lundaanstalten betjänar de sydligaste länen och drives genom avtal mellan förvaltaren, Malmöhus läns landsting, och städerna Malmö och Hälsingborg samt landstingen i Kristianstads, Hallands, Kronobergs, Kalmar norra och södra och Blekinge län. Till anläggningskostnaderna har staten jämte jubileumsfonden lämnat ett anslag å 1,1 mkr, under det att nyssnämnda landsting, som förvärvat vissa vårdplatser, bidragit med tillhopa 362 000 kronor.

Göteborgsanstalten har sydvästra Sverige till upptagningsområde. Förutom Göteborgs stad, som är huvudman för kliniken, ha landstingen i Göteborgs och Bohus, Hallands, Älvsborgs, Skaraborgs och Värmlands län genom en total kapitalinsats av 1,2 mkr skaffat sig ett antal vårdplatser. Statens totala anläggningsbidrag har varit 0,8 mkr.

De båda anstalterna förvaltas på samma sätt som motsvarande modersjukhus, dock att Kungl. Maj:t äger utse en revisor att deltaga i granskningen av de räkenskaper, som skola ligga till grund för beräkningen av utgående statsbidrag.

Driftkostnaderna vid de båda anstalterna skola fördelas mellan de olika parterna på följande sätt.

1. För patient erlägges legosängsavgift med det belopp, som utgår å däremot svarande vårdplats å lasarettet i Lund respektive Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg för patient med hemvist inom Malmöhus läns landstingsområde respektive Göteborgs stad.

Landsting eller stad, som icke deltagar i landsting, skall för varje patient, som intages å ifrågavarande centralanstalter och som vid intagningen är bosatt eller — där legosängsavgiften jämlikt lagen om fattigvården eller lagen om samhällets barnavård erlägges av fattigvårdssamhälle eller kommun — äger hemortsrätt inom vederbörande landstings område eller i stad, som nu sagts, bidraga till bestridandet av vårdkostnaderna dels med ett belopp för underhållsdag av 2 kronor 50 öre å centralanstalten i Lund och 3 kronor å centralanstalten i Göteborg dels ock, därest legosängsavgiften för dag och patient utgått med belopp understigande de för respektive anstalter sålunda angivna bidragsbeloppen, med ett belopp motsvarande skillnaden mellan å ena sidan vid förstnämnda anstalt 2 kronor 50 öre och vid sistnämnda anstalt 3 kronor och andra sidan den vid anstalten uttagna genomsnittliga legosängsavgiften.

Den del av dagkostnaden, som icke täckes genom legosängsavgiften och landstingets eller stadens bidrag, gäldas av statsmedel, beträffande centralanstalten i Lund helt intill ett belopp av 2 kronor 50 öre för underhållsdag samt beträffande centralanstalten i Göteborg helt intill ett belopp av 3 kronor för underhållsdag. Härutöver gäldas av statsmedel hälften av den dagkostnad, som återstår ogulden, dock högst intill ett belopp av 3 kronor för underhållsdag.

Dagkostnaden skall uträknas för kalenderår enligt formeln $\frac{a-b}{n}$. Härvid betecknas med *a* samtliga driftkostnader vid lasarettet i Lund respektive Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg enligt av medicinalstyrelsen bestämd uppställning, med *b* kostnaden för röntgenbehandling och radiumapplikation i vederbörande centralanstalts behandlingsinstitut beträffande de å centralanstaltens vårdavdelningar intagna patienterna och med *n* hela antalet underhållsdagar vid sjukhuset.

2. Hela kostnaden för röntgenbehandling och radiumapplikation i centralanstaltens behandlingsinstitut av å anstalterna intagna patienter bestridas av statsmedel.

Vid beräkningen av nyssberörda kostnad skall gälla, att statsbidrag utgår till kostnaderna för behandlingen å institutet med så stor del av de i vederbörlig ordning uträknade sammanlagda kostnaderna för institutets verksamhet, som antalet behandlingar för vederbörande centralanstalts klinikpatienter utgör av hela antalet behandlingar.

I fråga om kostnadsfördelningen fann *statens sjukvårdskommitté*, att här vore »fråga om en starkt centraliserad vård, för vars administration — med vissa undantag — landstingens respektive icke-landstingsstädernas medverkan icke är påkallad eller ens lämpad, medan en överflyttning av landstingens bidrag till staten skulle vara ägnad att i icke ringa mån verka skatteutjämning».

Centralanstalternas huvudmän ha i framställningar under år 1946 hemställt om förhöjda driftbidrag. *Medicinalstyrelsen* ansåg i yttrande däröver det skäligt, att staten skulle påtaga sig ytterligare kostnader för driften av nu ifrågavarande anstalter men föreslog, att det nuvarande systemet skulle slopas och i stället bidraget skulle utgå med ett enhetsbelopp av 6 kronor per underhållsdag i enlighet med vad som gäller för den neurokirurgiska kliniken i Lund.

I statsverkspropositionen till 1947 års riksdag (femte huvudtiteln s. 246) behandlades detta ärende. *Departementschefen* förordade en provisorisk höjning av det rörliga driftbidraget för Lundaanstaltens del med 50 öre per vård dag. Däremot avvisades en omläggning av bidragssystemet i övrigt, varvid framhölls följande.

För egen del vill jag icke förneka, att de för närvarande gällande bestämmelserna om statsbidrag till centralanstalterna för radioterapi erbjuda vissa svårigheter vid tillämpningen och att ett enklare statsbidragssystem därför vore önskvärt. Det oaktat anser jag mig icke för närvarande kunna förorda den av medicinalstyrelsen ifrågasatta omläggningen av statsbidragssystemet. Den närmaste anledningen härtill är, att de särskilda sakkunniga, som inom socialdepartementet tillkallats för att verkställa översyn av grunderna och villkoren för statens bidrag till hälso- och sjukvården, torde komma att till omprövning upptaga även frågan om statsbidragen till nu ifrågavarande anstalter och att det därför knappast kan anses lämpligt att genom en sådan omläggning, som medicinalstyrelsen ifrågasatt, föregripa de resultat, vartill nämnda omprövning kan komma att föranleda.

Neurokirurgi. För neurokirurgi finnas riksavdelningar vid Serafimerlasarettet i Stockholm och vid lasarettet i Lund. Därjämte finns en neurokirurgisk avdelning vid lasarett i Stockholm samt planeras sådana avdelningar i Göteborg och Örebro.

Avdelningen i Lund utgör centralanstalt för de södra delarna av Sverige. Malmöhus läns landsting står som huvudman, men särskilda avtal om samarbete ha träffats med städerna Malmö och Hälsingborg samt landstingen i Kristianstads, Hallands, Kronobergs, Blekinge, Kalmar norra och södra samt Jönköpings län. Dessa områden ha att för sina patienter erlägga dels en platskostnadsavgift, motsvarande ränte- och amorteringskostnaderna, dels ock ett driftkostnadsbidrag. Staten lämnar bidrag till driftkostnaderna

men ej till anläggningskostnaderna. Reglerna om driftkostnadernas fördelning återfinnas i kungl. brev 31 maj 1946, som därom innehåller följande.

1. Statsbidrag utgår med ett belopp av 6 kronor för underhållsdag vid avdelningen.

2. Av patient, som intages å avdelningen, må, oavsett var han är hemmahörande, uttagas en legosängsavgift vid vård å allmän sal eller därmed likställt rum av högst 2 kronor 50 öre per dag.

3. Av landsting eller stad, som icke deltagar i landsting, må för varje patient, som intages å ifrågavarande avdelning och som vid intagningen är bosatt eller — där legosängsavgiften jämlikt lagen om fattigvården eller lagen om samhällets barnavård erlägges av fattigvårdssamhälle eller kommun — äger hemortsrätt inom vederbörande landstings område eller i stad, som nu sagts, såsom bidrag till bestridandet av vårdkostnaderna uttagas dels ett belopp av 2 kronor 50 öre för underhållsdag, dels ock ett belopp motsvarande högst skillnaden mellan å ena sidan verkliga dagkostnaden vid lasarettet i dess helhet och å andra sidan summan av legosängsavgiften samt statens och vederbörande huvudmans fasta bidrag per underhållsdag.

Statens sjukvårdskommitté ansåg beträffande kostnaderna för den neurokirurgiska vården, att staten borde helt bestrida desamma, i den mån influtna patientavgifter och avkastningen från för ändamålet icke tillgängliga fonder förslå. Denna fördelningsgrund förordades också av *Malmöhus läns landsting*, som emellertid alternativt framförde en lösning om samma kostnadsfördelningsprincip, som gäller för radioterapi. På förslag av departementschefen avböjde emellertid 1946 års riksdag även detta alternativ.

Vid framräkningen av statsbidraget utgick departementschefen (femte huvudtiteln, s. 275) i stället från att den neurokirurgiska avdelningen skulle bli omkring 50 % dyrare i drift än lasarettets övriga avdelningar. Vårdkostnaden för neurokirurgiska avdelningen angavs till 18 kronor per vård dag. Nyssnämnda beräkningsmetod innebar i viss mån en nyhet. Departementschefen betonade, att det låge »i sakens natur att framtida erfarenhet kan giva vid handen, att de ifrågasatta enskildheterna i villkoren i ett eller annat avseende böra ändras. Även förändringar i penningvärdet kunna tänkas göra jämkningar påkallade. I dylik händelse får givetvis frågan upptagas till vederbörlig omprövning».

Thorax-kirurgi.¹ Ett konkret förslag till organisation av lungtuberkulosens kirurgiska behandling framlades år 1943 av en *kommitté* inom Svenska Nationalföreningen mot tuberkulos, bestående av professorerna E. Key och Gunnar Nyström, docenten Alf Westergren och med. d:r John Lundquist. Förslaget innebar i huvudsak följande.

Efter att hava framhållit angelägenheten av att operationer av lungtuberkulos utföras av kompetent, på detta område väl utbildad kirurg, liksom också att varje kirurg, som sysslar med dylika operationer, har ett tillräckligt stort material till sitt förfogande samt att ett intimt samarbete mellan tuberkulosläkare äger rum, ha kommitterade framfört förslag om en centralisering av den kirurgiska be-

¹ Thorax-kirurgi = kirurgisk behandling av bröstorganens sjukdomar för dels lungtuberkulos, dels icke tuberkulösa sjukdomar.

handlingen av tuberkulos. Enligt kommitterades mening borde dylika centralanstalter i första hand knytas till universitetsklinikerna i Uppsala och Lund samt till Karolinska sjukhuset. På längre sikt vore emellertid ytterligare centralanstalter troligen erforderliga. I andra hand borde därför sådana anstalter inrättas i Göteborg samt i övre Norrland, förslagsvis i Boden. Kommitterade ansågo sig emellertid icke kunna förorda en koncentration av den kirurgiska lungtuberkulosbehandlingens enbart till centralanstalter, bland annat på grund av att en dylik organisation skulle medföra krav på anstalter av sådan storlek, att byggnadsbidrag härför knappast kunde påräknas. Vid flera lasarett utföras för närvarande operationer för lungtuberkulos med god framgång av en del lasarettsläkare, som ha speciellt intresse av denna del av kirurgien. En förutsättning syntes emellertid vara att — för bibehållande och utveckling av kirurgens tekniska färdighet — mer krävande kirurgiska ingrepp utföras på minst 25 sjukdomsfall per år. Kommitterade skisserade slutligen som ett framtida program inrättande av specialavdelningar för all thoraxkirurgi. I dessa borde vårdavdelningarna för kirurgisk behandling av lungtuberkulos ingå som en väsentlig del.

I fråga om anläggningskostnaderna föreslog kommitterade, att uppförandet av ifrågavarande centralanstalter skulle helt ankomma på staten. Driftkostnaderna däremot skulle täckas såväl genom legosängsavgifter från patienterna som genom avgifter från landstingen och statsbidrag. Patienterna borde i minsta möjliga grad belastas med legosängsavgift. Landstingens bidrag borde ej utgå med högre belopp än som svarar mot vårdkostnaden vid deras egna lasarett med kirurgisk avdelning. Slutligen borde statsbidrag i första hand utgå såsom för patient vid Aanstalt för lungtuberkulos. Staten skulle därutöver bestrida de driftkostnader, som ej på ovan angivet sätt blivit täckta. Som förebild vid avgiftsberäkningen borde tagas Karolinska sjukhusets riksplatser. Med hänsyn till sjukdomens långvariga natur borde emellertid den avgift, som patienten själv skall erlägga, sättas lägre, t. ex. till 2 kronor, och landstingets bidrag sålunda komma att utgöra skillnaden mellan avgiften i allmän sal på Karolinska sjukhuset och 2 kronor. Detta förslag uteslöte dock icke, att landstingen skulle äga rätt att för patienter från eget län själva bestämma patientens del av avgiften, varigenom landstingets eget bidrag borde höjas eller sänkas i motsvarande mån. Återstående driftkostnader skulle helt ankomma på staten.

Med hänsyn till begränsningen av centralanstalterna till Uppsala, Lund och Stockholm borde varje anstalt erhålla sitt upptagningsområde.

I anslutning till förenämnda utredning har *kommissionen för förhandlingar om Karolinska sjukhusets fortsatta utbyggande* utrett möjligheterna att staten i samverkan med Stockholms stad och län skulle vid Karolinska sjukhuset uppföra en thoraxkirurgisk avdelning för såväl lungtuberkulösa som icke tuberkulösa fall.

I enlighet med denna utredning har 1946 års riksdag på förslag av Kungl. Maj:t (prop. 101/1946) godkänt ett förslag om samarbete mellan staten, staden och länet för bland annat en thoraxkirurgisk klinik vid Karolinska sjukhuset å inalles 100 platser, varav 80 skulle vara riksplatser.

Kostnaderna fördelas mellan parterna efter samma regler som gälla för Karolinska sjukhuset i övrigt.

Welanderhem. För vård av barn med medfödd eller i späda ålder ådragen syfilis ha inrättats s. k. Welanderhem, uppkallade efter professorn Edvard Welander. Tre hem, tillkomna efter privata initiativ men med bidrag från

det allmänna, ha funnits med förläggning till Stockholm, Göteborg och Mölndal. I samband med andra världskriget ha de två sistnämnda anstalterna nedlagts. Som riksanstalt kvarstår därför numera endast det i Stockholm belägna Lilla hemmet, som har en medelbeläggning av runt 30 barn.

Lilla hemmet står under förvaltning av en särskild styrelse. Hemmet förfogar över vissa donationsmedel. Avkastningen därav är emellertid icke tillräcklig för att täcka driftunderskottet, utan statsverket har sedan åtskillig tid lämnat bidrag till driften. Som villkor för bidraget gäller, att vården är avgiftsfri.

Vården av patienter med medfödda läpp- och gommissbildningar. Det beräknas, att årligen cirka 200 barn med läpp- och gommissbildningar födas i Sverige. De flesta av dessa barn opereras för närvarande vid Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt och Göteborgs barnsjukhus, ett mindre antal vid Serafimerlasarettets plastikkirurgiska avdelning samt enstaka fall av kirurger i landsorten. Efterbehandlingen — protes- och talbehandling — sker hos specialutbildade tallärare, framför allt vid Karolinska sjukhusets foniatriska poliklinik, samt vid ett å Lidingö befintligt hem för talundervisning åt barn med gomdefekter.

Kostnaderna för operation av barn med kluvna läppar eller gommar bestridas för närvarande av huvudmannen för vederbörande sjukhus, dock med bidrag från pensionsstyrelsen. Sistnämnda bidrag utgår i regel med $\frac{2}{3}$ av kostnaderna för barnets vård å allmän sal, dock med högst 4 kronor per vård dag och med sammanlagt högst 200 kronor. Gomhemmet i Lidingö drives av Röda Korset med bidrag likaledes av pensionsstyrelsen. Detta bidrag utgår för barn från mindre bemedlade hem med $\frac{2}{3}$ av kostnaderna, dock med högst 150 kronor per månad under som regel 4 månader.

Statens sjukvårdskommitté behandlade förevarande fråga i sitt principbetänkande. Kommittén ansåg, att då här gällde en stark centraliserad vård, staten borde hjälpare träd emellan, förslagsvis efter samma grunder, som tillämpades för den radioterapeutiska Lunda-anstalten. Vården borde tills vidare meddelas i Stockholm och Göteborg.

Medicinalstyrelsen har i en den 20 juni 1946 dagtecknad utredning ansett det påkallat, att från statens sida åtgärder vidtagas i syfte att garantera, dels att alla barn med invalidiserande missbildning, som kunna bli föremål för korrigerande behandling, erbjudas tillfälle härtill vid lämplig tidpunkt, dels ock att sjukvårdens resurser att mottaga dem till behandling bli tillräckliga. Förslaget innebär i huvudsak följande.

En anmälningsplikt skulle införas för läkare eller barnmorska, som biträder vid förlossning och därvid finner, att barn är behäftat med missbildning. Därjämte skulle föreskrivas skyldighet för barnets föräldrar eller vårdare, att låta barnet undergå erforderlig behandling för att häva eller i möjligaste mån minska lytet. Staten skulle bestrida kostnaderna för alla med erforderlig kirurgisk behandling, foniatrisk undervisning, protesbehandling och tandregleringsbehandling av ifrågavarande barn förenade utgifter ävensom för de resor, såväl för barnen som deras vårdare, vilka erfordras för erhållande av denna behandling och undervisning.

Samtliga barn, som äro i behov av vård för läpp- och gomdefekter, kunde beredas rum å nu befintliga vårdplatser. Allteftersom mindre antal vårdplatser å Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt skulle kunna disponeras för vård av barn med medfödda läpp- och gomdefekter, borde desamma överföras till den av styrelsen förordade kirurgiska avdelningen å pediatrika kliniken vid Karolinska sjukhuset. I den mån behandlingen skulle komma att äga rum på icke statliga sjukhus skulle statsverket för samtliga vårdade patienter lämna sjukhuset full ersättning, täckande såväl drift- som platskostnaden.

För efterbehandlingen behöfde ytterligare inrättas ett hem för foniatrisk behandling och protesbehandling av gomdefekta barn (gomhem) i Göteborg. Såväl detta hem som det befintliga gomhemmet i Lidingö skulle enligt styrelsens förslag drivas i statlig regi.

De tandregleringar, som erfordras å barn med medfödda gomdefekter, skulle i första hand utföras å folktandvårdens centralpolikliniker. I avvaktan på folktandvårdens ordnande skulle för ändamålet särskilda ortodonter i Stockholm och Göteborg anställas av medicinalsstyrelsen och avlönas av statsmedel.

Statsmakterna ha ännu ej tagit ställning till förevarande förslag.

Kap. 16. Överväganden och förslag rörande statsbidragssystemet för den centraliserade vården.

Inledande synpunkter. Beteckningen centraliserad vård utgör ej något entydigt eller en gång för alla till sin omfattning bestämt avgränsat begrepp. Detta sammanhänger främst därmed, att uppkomsten av nya specialiteter inom den slutna sjukvården oftast sker etappvis. Vårdbehovet inom den nya specialiteten tillgodoses vanligen i början vid en central anstalt för hela riket eller en större del därav. Behovet av vårdplatser ökas så småningom, och de större och ekonomiskt mer bärkraftiga sjukvårdsområdena finna med sin fördel förenligt att inrätta avdelningar uteslutande för sitt eget behov. Vården inom specialiteten befinner sig med andra ord på väg att utvecklas till länsvård. Efter ytterligare ett antal år föreligger behov av specialavdelning för praktiskt taget vart och ett av sjukvårdsområdena. Som ett konkret exempel på utvecklingens gång kan nämnas vården av ögonsjukdomarna. Statens sjukvårdskommitté diskuterade i sitt år 1934 avgivna betänkande frågan, hur denna vård skulle lämpligast kunna genom centralanstalter ordnas på sådant sätt, att de olika sjukvårdsområdena skulle få tillgång till ögonavdelningar på rimligt avstånd. Tio år senare saknade blott fyra av rikets trettioen huvudmän egna ögonavdelningar. En avgränsning av den centraliserade vården från den länsvis organiserade får därför i många fall blott tidsbegränsad giltighet.

På grund av vad nu sagts bör man enligt de sakkunnigas mening söka åvägbringa sådana bidragsregler i fråga om den centraliserade vården, att en övergång från centraliserad vård till länsvård ej försvåras eller förhindras.

Vid utformningen av bidragsreglerna för den centraliserade vården är man — på ett helt annat sätt än när det gäller den länsvis organiserade vården — beroende av de organisatoriska och ekonomiska former, som hittills varit gällande. Då dessa — såsom av den i det föregående lämnade redogörelsen torde framgå — väsentligt skilja sig från vad som gäller inom länsvården, är en följd därav ock, att landstingens känsla av delaktighet och medansvarighet icke är lika djupt rotad som när det gäller vårdgrenar, om vilka de sedan lång tid tillbaka dragit försorg. Vål ha de sakkunniga ej att taga ställning till frågan om sjukvårdens organisation, men dess utformning sammanhänger ofta nära med bidragsfrågan. De sakkunniga ha därför sökt beakta intresset av att specialiseringen inom den slutna sjukvården icke hämmas vare sig genom avsaknaden av initiativtagande organ eller till följd av de finansiella svårigheter, som specialiseringens fullföljande fört med sig.

Huvudmannaskapet. De sakkunniga ha tidigare återgivit ett uttalande av statens sjukvårdskommitté rörande huvudmannaskapet för den slutna kroppssjukvården i riket. Innebörden därav var, att landstingen — liksom städerna utanför landsting — borde handhava och, delvis med bidrag från staten, bekosta den vård, som lämpligen ordnades länsvis eller genom ett samarbete mellan angränsande län, medan staten borde handhava och bekosta eller ock kraftigt understödja den vård, som krävde anstalter, avsedda för riket i dess helhet eller för ett flertal sjukvårdsområden, ävensom annan vård, i den mån icke administrativa synpunkter eller sparsamhetsskäl nödvändiggjorde att anstalterna handhades kommunalt eller med kommunal bidragsskyldighet. Sjukvårdskommittén syftade sålunda till ett i princip delat huvudmannaskap med landstingen och icke-landstingsstäder såsom huvudmän för den länsvis organiserade vården och staten såsom huvudman för den centraliserade vården.

Uppenbarligen kunna vägande skäl anföras för en begränsning av det landstingskommunala huvudmannaskapet till sådana vårdformer, för vilka det egna sjukvårdsområdet kan bilda underlag. Det är lättare att vinna de bestämmande kommunala instansernas gehör för kostnadskrävande utbyggnadsförslag, om dessa tillgodose behovet endast för det egna områdets invånare än om de äro avsedda som centrala anstalter för ett större upptagningsområde. Detta torde i viss mån gälla även under den förutsättningen att i senare fallet full ekonomisk gottgörelse erhålles för vårdkostnaderna i fråga om patienter från andra sjukvårdsområden. I den mån centralanstalter i kommunal regi för sin tillkomst förutsätta kommunalt initiativ föreligger en viss risk för att detta initiativ låter vänta på sig, när icke någon av de kommunala huvudmännen anser sig framför de andra pliktig att aktualisera frågan eller därför att enighet ej kan nås vid de för ett samgående erforderliga förhandlingarna. Att de hittills mest betydelsefulla grenarna inom den centraliserade vården bedrivits med andra än landstingen såsom huvudmän är slutligen också en faktor av betydelse i detta sammanhang.

Att på föreslaget sätt begränsa det landstingskommunala huvudmannaskapet stöter å andra sidan på åtskilliga svårigheter, vilka med den utveckling sjukvården genomgått torde framträda starkare nu än vid den tidpunkt sjukvårdskommitténs uttalande tillkom.

Utvecklingen hän mot länsvård beträffande grenar som förut ansetts tillhöra centraliserad vård har förut berörts. Ett beaktande av denna utveckling betyder att man i detta sammanhang måste undvika ett statiskt betraktelsesätt och i stället räkna med en successiv övergång till länsvård. Att ett delat huvudmannaskap lägger hinder i vägen för en dylik övergång ligger i öppen dag. Man måste räkna med att svårigheter komma att uppstå, om landstingen skola taga sig an vårdgrenar, för vilka staten en gång förklarat sig skola taga ansvaret. Det kunde sålunda befaras, att huvudmannaskapet beträffande den slutna kroppssjukvården bleve delat mellan staten och landstingen sålunda, att staten droge försorg om all sådan vård, som vid en viss given tidpunkt ansetts utgöra centraliserad vård, även i den mån senare uppkomna behov givit den till övervägande delen karaktären av länsvård, och landstingen svarade för den vård som vid samma tidpunkt ansetts böra ordnas länsvis. En sådan uppdelning skulle ej vara rationell.

Den fortgående specialiseringen inom sjukvården sker regelmässigt omkring ett centrallasarett som kärna. Utom av driftekonomiska synpunkter betingas detta förhållande av de därmed följande ökade möjligheterna till samråd och samarbete olika avdelningar emellan och till patientöverflyttningar. Vårdgrenarna inom den centraliserade vården äro lika litet som andra specialiteter fristående från annan sjukvård, och man har därför anledning antaga, att sakliga skäl tala för att blivande centralanstalter komma att anslutas till centrallasarett. Ett statligt huvudmannaskap för specialavdelningar, förlagda i anslutning till landstingslasarett, skulle emellertid utgöra en ur olika synpunkter föga önskvärd driftsform.

De sakkunniga ha efter avvägning av olika synpunkter kommit till den uppfattningen, att ett landstingskommunalt huvudmannaskap för all sluten kroppssjukvård på längre sikt vore sjukvården till det största gagnet. De sakkunniga bortse härvid från sådant statligt huvudmannaskap, som motiveras av undervisningens krav.

Planlägningsfrågor. När de sakkunniga stannat för landstingskommunalt huvudmannaskap för all sluten kroppssjukvård utanför undervisningssjukhusen, ha de icke förbisett, att särskilda åtgärder kunna bli erforderliga för att befrämja initiativ till utbyggande inom den centraliserade vården. Man torde icke kunna bortse från att man här har att göra med vårdgrenar, för vilka landstingen hittills icke behövt taga något primärt ansvar, och att viss tid kan förflyta, innan huvudmännens medvetande om sina förpliktelser härvidlag tager sig praktiskt uttryck.

Härtill kommer att de vårdformer, varom här är fråga, i allmänhet torde befinna sig i en första utvecklingsfas med vårdplatsbehovet och vårdens inriktning ännu ej fullt preciserade samt med en utpräglad brist på läkare

inom de nya specialiteterna. Man kan under dylika förhållanden knappast förutsätta, att var och en av de kommunala huvudmännen skall äga för planlägningsarbetet erforderlig överblick och specialkännedom om vårdbehov samt personal- och utrustningskrav inom de olika grenarna av den centraliserade vården. En central rådgivning bör därför vara ett värdefullt stöd och torde av huvudmännen mötas med förståelse. Något intrång på den kommunala självbestämningsrätten åsyftas ej av de sakkunniga, och några prejudicerande verkningar beträffande motsvarande problem inom länsvården behöva ej uppkomma, då läget härvidlag är ett helt annat.

Enligt de sakkunnigas mening bör därför medicinalstyrelsen i samarbete med centrala sjukvårdsberedningen, då utvecklingen så gör det påkallat, upptaga frågan om planläggningen inom den centraliserade vården, taga kontakt med de olika huvudmännen och söka intressera dem att aktualisera de olika frågorna inom sjukvårdsområdenas beredande organ. Då för tillkomsten av en centralanstalt fordras samarbete mellan flera områden, torde — med hänsyn till de förhandlingssvårigheter som ofta uppkomma då avtal mellan flera kommunala huvudmän skall slutas om dylikt samarbete — medicinalstyrelsen böra såsom förmedlande organ taga upp förhandlingar med de olika huvudmännen för att få till stånd enighet rörande formerna för tillskapandet av en för de berörda områdena avsedd centralanstalt. Vid den omorganisation som medicinalstyrelsen nyligen undergått, har också förutsatts, att styrelsen skulle kunna fullgöra en sådan uppgift. De närmare detaljerna i fråga om denna medicinalstyrelsens verksamhet torde böra överlåtas åt styrelsen att efter omständigheterna i de särskilda fallen bestämma.

Det sjukvårdsområde, inom vilket centralanstalt förlägges, bör stå som huvudman och förvaltare av densamma. Övriga intressenter torde ej böra ha någon medbestämmanderätt beträffande anstaltens förvaltning. Däremot böra de få tillfälle att genom särskild revisor taga del av räkenskaperna i den mån de beröras därav.

Finansiering. På samma sätt som skett i fråga om den länsvis organiserade vården torde man i fråga om finansieringen av den centraliserade vården böra behandla anläggnings- och driftkostnaderna var för sig.

Vad först anläggningskostnaderna beträffar måste å ena sidan beaktas, att det landsting, inom vars område en centralanstalt är belägen, knappast kan beräknas vara villigt till något större mått av ekonomisk uppoffring för att möjliggöra tillkomsten av andra platser än dem, vilka betingas av det egna sjukvårdsområdets behov. I fråga om de övriga landsting, som skola belägga platser å centralanstalten, kommer sannolikt den omständigheten att utöva en hämmande inverkan på deras intresse för deltagande i anläggningskostnaderna för centralanstalten att densamma är belägen utanför deras sjukvårdsområde och att de ej få något omedelbart inflytande på anstaltens förvaltning. Man måste vidare räkna med en viss betänksamhet hos landstingen mot att engagera sig för kapitalinvesteringar i fråga om vårdgrenar, vilka hittills legat utanför deras intressesfär. Men å

andra sidan måste hänsyn ock tagas till de prejudicerande verkningar ett statligt stöd utöver det normala lätt utövar på andra vårdgrenar. Den flytande gränsen mellan centraliserad vård och länsvård samt utvecklingen från det förra till det senare slaget äro härvidlag av betydelse.

Vid avvägningen av nu anförda synpunkter ha de sakkunniga stannat för ett kombinerat bidrags- och lånesystem.

Anläggningsbidrag bör enligt de sakkunnigas mening utgå med 6 000 kronor för varje vårdplats eller samma belopp som föreslagits för flertalet av de grenar av den länsvis organiserade vården, för vilka anläggningsbidrag avsetts skola utgå. Bidraget skall tillkomma det landsting, som anordnar anstalten, och utgå för dennas samtliga vårdplatser. Beträffande detta bidrag böra gälla samma villkor i fråga om disposition för främmande ändamål som föreslagits beträffande anläggningsbidragen inom den länsvis organiserade vården.

Till bestridande av den del av anläggningskostnaderna, som icke täckes av nyssnämnda anläggningsbidrag, föreslå de sakkunniga, att staten lämna ett ränte- och amorteringsfritt lån. De sakkunniga föreslå vidare, att staten lämna ett ränte- och amorteringsfritt lån till bestridande av kostnaderna för den första uppsättningen av centralanstaltens inventarier. Det egna landstingets ekonomiska insats vid inrättandet av en centralanstalt skulle sålunda inskränka sig till tomtkostnaden.

Vårdplatserna å en centralanstalt äro icke avsedda att tillhöra eller reserveras för viss huvudman utan i stället att fungera såsom rayonplatser för ett visst upptagningsområde. De landsting och icke-landstingsstäder som ingå i upptagningsområdet äga således i mån av behov och i inbördes konkurrens belägga anstalten. De sakkunniga förutsätta därvid, att utnyttjandet av anstalten verkligen sker efter hela rayonens behov och att det egna sjukvårdsområdets invånare ej gynnas på de andra sjukvårdsområdenas bekostnad.

På grund av den förut berörda utvecklingstendensen hos centraliserad vård hän mot länsvård kan den situationen omsider inträffa, att ett eller flera av de sjukvårdsområden, som belägga platser å centralanstalten, draga sig tillbaka från samarbetet och i stället ombesörja vården på egen anstalt. Vidare bör det godkännande från medicinalstyrelsens sida av anstalten såsom centralanstalt, vilket bör utgöra en förutsättning för beviljande av lån, av styrelsen kunna återkallas på grund därav att utvecklingen inom vederbörande specialitet kräver, att vården inom densamma fortsättningsvis ombesörjes länsvis. I båda nu nämnda fall måste en sådan förändring i fråga om förutsättningarna för lånets beviljande anses ha inträtt, att densamma bör uppsägas till återbetalning och räntefriheten upphöra. Därest i förra fallet anstalten trots tillbakaträdande av en intressent kvarstår såsom gemensam för två eller flera sjukvårdsområden, bör återbetalning dock ske allenast under förutsättning att de kvarstående sjukvårdsområdena icke ha behov av att belägga de ledigblivna platserna för vårdgrenen i fråga och i så fall endast med den del av lånet, som efter antalet platser i förhållande till

folkmängden belöper på det eller de sjukvårdsområden, som dragit sig tillbaka från samarbetet.

Lånen böra löpa tills vidare, men staten bör, som antytts, ha uppsägningsrätt för att kunna ompröva, i vad mån en anstalt även fortsättningsvis bör fungera som centralanstalt. En sådan omprövning föreslås ske senast efter 30 år. Anses därvid lånet böra sägas upp, torde av lånet böra efterskänkas så stor del som motsvarar anläggningarnas förslitning. När det gäller återbetalning av uppburet statsbidrag ha de sakkunniga i fråga om länsvården föreslagit, att avdrag skall göras med 2 % per år för stenhus. Motsvarande avskrivningssats torde även böra tillämpas för nu ifrågasatta byggnadslån. Vid återbetalning av inventarielån föreslås avskrivning ske med $\frac{1}{15}$ av lånet per år.

Det sålunda skisserade låne- och bidragssystemet innebär, att staten helt svarar för den kapitalinsats som erfordras för tillkomsten av en centralanstalt. Då betänksamheten å landstingshåll mot att åtaga sig ett huvudmannaskap för den centraliserade vården främst torde hänföra sig till kapitalutgifterna för tillskapandet av centralanstalter, anse sig de sakkunniga kunna räkna med att möjligheterna till utbyggnad av dylik vård i landstingsregi härigenom skola ha betydligt underlättats. Att huvuddelen av det statliga stödet lagts på lånelinjen sammanhänger därmed att de ursprungliga förutsättningarna för centralanstaltens tillkomst kunna ändras och att ett hundraprocentigt bidrag under sådana förhållanden skulle innebära ett gynnande av den centraliserade vården, för vilket tillräckliga motiv icke kunna anses föreligga, sedan dess ombesörjande godtagits såsom en landstingens angelägenhet och man kan räkna med dess successiva övergång till länsvård. Lånelinjen kan i princip betecknas såsom ett förskotterande av anläggningskostnaderna för en centralanstalt — i avvaktan på den tidpunkt, då centralanstalten av ägaren användes uteslutande för hans eget behov.

Vid ett godtagande av de sakkunnigas förslag till bidrag och lån för anläggningskostnaderna för den centraliserade vården saknas enligt de sakkunnigas mening anledning att såvitt avser driftkostnaderna tillämpa andra regler för den centraliserade vården än för den länsvis ordnade vården. Statens bidrag till driften av den slutna kroppssjukvården bör sålunda utgå efter likartade grunder för all kroppssjukvård. Härigenom undvikas de svårigheter, som, därest för den centraliserade vården gällde ett speciellt driftbidragssystem med kraftigare utmätt statligt stöd än i fråga om länsvården, skulle uppstå vid övergång från vård vid centralanstalter till länsvård. I det antal vårddagar, för vilket det enhetliga vårddagsbidraget skall utgå, böra även vårddagarna inom den centraliserade vården inbegripas. Landsting (stad), som belägger platser på en centralanstalt, tillhörig annat landsting (stad), bör härför till sistnämnda landsting (stad) erlægga gottgörelse. Denna bör utgå vid beläggning av såväl allmän-salsavdelningar som hel- och halvenskilda rum, då ju staten skulle lämna driftbidrag till all vård, och bör beräknas efter den genomsnittliga driftkostnaden för det lasarett, vari centralanstalten ingår, eller om det är en helt fristående centralanstalt,

efter anstaltens driftkostnader. Vid framräkningen av detta driftkostnadsbidrag bör hänsyn tagas till anstaltens inkomster av dels det statliga vård-dagsbidraget, dels inflytande patientavgifter eller statlig gottgörelse härför, dels ock poliklinikavgifter och andra ersättningar. I speciella fall kan det tänkas, att driftkostnaderna för en viss centralanstalt äro avsevärt högre än den genomsnittliga kostnaden för det lasarett, vartill anstalten är knuten. I sådant fall torde ersättningen böra beräknas efter en högre norm än genomsnittskostnaden. Till undvikande av tvistigheter de olika intressenterna emellan synes det lämpligt, att medicinalstyrelsen på basis av ovan angivna synpunkter fastställer de belopp, som skola uttagas för den centraliserade vården.

Nu angivna grunder synas även böra tillämpas för de centralanstalter, som ägas och förvaltas av särskilda stiftelser. Varje sjukvårdsområde, som belägger platser på en dylik centralanstalt, bör följaktligen för sina egna patienter svara för anstaltens driftunderskott. Då dessa centralanstalter ofta ha likviditetsbesvär, vilja statsbidragssakkunniga ifrågasätta, huruvida ej statsverket även fortsättningsvis kunde låta redan lämnade förskott tills vidare stå kvar, så att anstalterna kunde ha medel att röra sig med i avvaktan på att landstingens och städernas driftbidrag inflyta.

Då centraliserad vård lämnas även på de statliga undervisningssjukhusen Serafimerlasarettet och Karolinska sjukhuset, böra landstingen och städerna utanför landsting även för dylika patienter på såväl allmän-salsavdelningar som hel- och halvenskilda rum erlægga ett driftkostnadsbidrag, beräknat efter i huvudsak samma grunder som vid annan centraliserad vård. Erfarenhetsmässigt föranleder emellertid den medicinska undervisningen vissa merkostnader. I vissa avtal rörande driften av undervisningssjukhus har denna merkostnad beräknats till 10 % av bruttokostnaderna för driften. Statsbidragssakkunniga föreslå därför att, när det gäller Serafimerlasarettet och Karolinska sjukhuset, landstingens bidrag reduceras med 10 % av driftkostnaderna, vilket belopp bör stanna på staten såsom undervisningskostnad. Principen om ett dylikt landstingsbidrag till Serafimerlasarettet och Karolinska sjukhuset har stadfästs genom 1937 års förordning; nu skulle blott bidragsbeloppen höjas. Då landstingen och städerna för närvarande lämna bidrag för såväl remisspatienter som patienter, vilka insjuknat i Stockholms stad eller län utan att vara där mantalsskrivna, finns ej anledning att göra någon ändring härutinnan, utan bidragsskyldigheten bör avse båda kategorierna. Däremot böra liksom för närvarande patienter på allmän sal från Stockholms stad och län undantagas med hänsyn till att de falla under särskilda avtal.

Slutligen må framhållas att statsbidragssakkunnigas förslag rörande driftbidragen i fråga om den centraliserade vården ej tillkommit i syfte att åvägabrunga en avlyftning av den statliga insatsen på detta område. Enligt de sakkunnigas mening böra därför huvudmännen beredas skälig kompensation genom en höjning av det generella driftbidraget i den mån staten avlyftes kostnader för den centraliserade vården.

Statsbidragssakkunniga anse det ej ankomma på dem att taga ställning till frågan vilka vårdgrenar och vårdanstalter som skola falla under bidragssystemet för den centraliserade vården. Detta måste bedömas från sjukvårdssynpunkt och kan ej betraktas som en bidragsfråga. Det torde böra ankomma på den medicinska sakkunskapen — närmast medicinalstyrelsen — att pröva, huruvida en viss anstalt bör fungera som centralanstalt.

Den omständigheten att anläggningsbidrag utgår för en centralanstalt inom en viss vårdgren bör enligt de sakkunnigas mening ej utan vidare medföra, att sådant bidrag skall utgå för sådana vårdplatser inom samma vårdgren, som reserverats för ett enda sjukvårdsområde. I fråga om två vårdgrenar, nämligen reumatikervården samt ortoped- och vanförevården, framlägga de sakkunniga i det följande, med stöd av de särskilda utredningar som verkställt rörande dessa vårdgrenar, förslag om anläggningsbidrag till deras ordnande länsvis. I övrigt får framdeles i varje särskilt fall, då vården nått den utveckling att dess ordnande länsvis börjar bli aktuell, ståndpunkt tagas till frågan huruvida statligt stöd i form av anläggningsbidrag bör utgå. Den invändningen ligger vid sådant förhållande nära till hands, att de sakkunnigas förslag om anläggningsbidrag till centraliserad vård innebär ett föregripande av frågan om dylika bidrag till vård, som framdeles från den centraliserade vårdformen utvecklar sig till länsvård. Den benägenhet att med anläggningsbidrag stödja framväxande vårdgrenar som statsmakterna visat ger dock övervägande sannolikhet åt det antagandet att om anläggningsbidrag ej utginge till centraliserad vård denna därigenom i flertalet fall komme att missgynnas i förhållande till länsvården.

Ovan framlagda förslag till bidragssystem för den centraliserade vården torde för den närmaste framtiden bli tillämpligt å följande vårdgrenar, nämligen reumatikervården, ortoped- och vanförevården, vården av kirurgisk tuberkulos, radiologien, neurokirurgien, neurologien, plastikkirurgien, thoraxkirurgien, behandlingen av läpp- och gommissbildningar samt vården av barn med medfödd eller i späd ålder ådragen syfilis (vård å Welandershem). Därjämte skulle driftbidragsbestämmelserna komma att tillämpas för vården å Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet, dock ej för patienter på allmän sal från Stockholms stad och län.

Emellertid måste man vid tillämpningen av de sakkunnigas förslag å reumatikervården, ortoped- och vanförevården, vården av kirurgisk tuberkulos och vården å Welandershem taga hänsyn till inom dessa vårdgrenar föreliggande speciella faktorer, som kunna göra vissa särbestämmelser erforderliga.

Särbestämmelser för vissa vårdgrenar. Organisationen av reumatikervården är ett komplicerat problem, som trots flera sakkunnigutredningar ej stått att mera definitivt lösa. Meningarna ha gått isär beträffande såväl vårdens utformning som dess finansiering. Till följd av det ovissa

läget har utbyggnaden av reumatikervården i viss utsträckning fördröjts, vartill även bristen på specialläkare bidragit. Ett stort platsbehov för reumatiskt sjuka har av samtliga sakkunniga redovisats, och planer ha framlagts för vårdbehovets tillgodoseende. Blott i mindre utsträckning kan vårdbehovet tillgodoses genom pensionsstyrelsens försorg. Övrig reumatikervård torde, i den mån så icke redan är fallet, få ombesörjas av de kommunala huvudmännen.

1936 års sakkunniga föreslago, att vården skulle utbyggas länsvis, under det att 1941 års reumatikervårdssakkunniga ansågo det lämpligt med såväl länsavdelningar som vissa centralanstalter.

Statsbidragssakkunniga, som det icke tillkommer att taga ställning till frågan om reumatikervårdens organisation, vilja för sin del blott understryka angelägenheten av att staten lämnar reumatikervårdens utbyggnad sitt stöd. I den mån centralanstalter för denna vård tillskapas, bör det för centraliserad vård föreslagna låne- och bidragssystemet tillämpas. I den mån åter reumatikervården utbygges länsvis, bör samma anläggningsbidrag utgå som för vissa andra specialgrenar inom länsvården. Detta bidrag bör alltså sättas till 6 000 kronor per vårdplats inom A-vård. Då staten hittills med anläggningsbidrag allenast velat befrämja tillkomsten av självständiga specialavdelningar och då, som statsbidragssakkunniga i sin kritik av statsbidragssystemet framhållit, en utvidgning av bidragsrätten till andra platser än på specialavdelningar skulle komplicera bidragssystemet, ha de sakkunniga ansett, att ifrågavarande bidrag bör förbehållas för reumatiskt sjuka avsedda specialavdelningar med egen överläkare och ej utgå för sådana vårdplatser, som reserverats för reumatiskt sjuka inom de vanliga medicinavdelningarna.

I driftbidragshänseende bör för all reumatikervård — oavsett om den lämnas på centralanstalter, specialavdelningar vid lasaretten eller på andra avdelningar — samma vård dagsbidrag utgå som för övrig sjukvård.

Såsom i det föregående angivits finnas särskilda reumatikeravdelningar, inrättade genom pensionsstyrelsens försorg, vid centrallasaretten i Lund, Norrköping, Lidköping, Västerås och Umeå samt garnisonssjukhuset i Boden, omfattande sammanlagt 344 vårdplatser, varjämte pensionsstyrelsen förfogar över vissa avdelningar för blandat reumatiker- och neurosklientel vid lasaretten i Malmö och Vänersborg. För samtliga dessa ha särskilda avtal träffats.

Ett fullföljande av de sakkunnigas riktlinjer i fråga om huvudmannaskapet för anstalter, som avse centraliserad vård, borde logiskt leda till att de mellan pensionsstyrelsen och vederbörande huvudmän slutna avtalen rörande dessa avdelningar upphörde att gälla och att avdelningarna fortsättningsvis komme att med vederbörande landsting såsom huvudman tjäna antingen såsom reumatikeravdelningar för det egna sjukvårdsområdet eller — i den mån de vore för stort tilltagna härför och reumatikervården inom angränsande sjukvårdsområden icke vore ordnad — såsom centralanstalter för reumatikervården inom två eller flera sjukvårdsområden. Att

i så fall den nuvarande, av folkpensioneringens intresse bestämda beläggningsprincipen icke skulle bli den enda utslagsgivande skulle i och för sig ej behöva föranleda de sakkunniga att föreslå några särregler för pensionsstyrelseavdelningarnas vidkommande; de sakkunniga finna nämligen ej anledning antaga annat än att, om vederbörande sjukhusläkare hade ansvaret för intagningarna å avdelningen, vid konkurrens olika vårdfall emellan graden av behov av sluten vård finge fälla utslaget i dessa som i andra fall och att sålunda tillbörlig hänsyn komme att tagas till fall av sådana kroniskt sjuka, vilka kunde befaras inom en nära framtid bli invalider.

Det är i stället en annan faktor, som de sakkunniga ansett sig icke kunna se bort ifrån. Om landstingen genom att avtalen med pensionsstyrelsen upphöra att gälla erhålla rådigheten över de byggnader, som inrymma de nuvarande pensionsstyrelseavdelningarna, kan man ej utesluta den möjligheten att sjukvårdsområden, som ej hysa någon av de nuvarande pensionsstyrelseavdelningarna, under en mellantid, som med nuvarande svårigheter i fråga om byggnad och arbetskraft ej kan antagas bli så kortvarig, komma att gå miste om sina nuvarande vårdresurser för pensionsstyrelse-klientelet. De sakkunniga vilja med hänsyn till läget inom denna vårdgren icke förorda någon åtgärd, med vilken en dylik risk kan vara förenad.

De sakkunniga utgå därför från att pensionsstyrelsens nuvarande avdelningar skola, så länge avtalen gälla, bestå under samma driftformer och med samma beläggningsprinciper som hittills. Det av 1946 års riksdag lämnade bemyndigandet att utvidga pensionsstyrelsens ifrågavarande verksamhet bör däremot icke tagas i anspråk, utan den fortsatta utbyggnaden av reumatikervården bör ske med landstingen såsom huvudmän i form av antingen länsvård eller centraliserad vård, i båda fallen enligt de i det föregående härför givna reglerna. Vid en sjukvårdsanstalt med pensionsstyrelseavdelning kan sålunda komma att inträffa, att anstaltslandstinget anordnar reumatikerplatser för eget behov eller såsom centralanstalt för flera områdens behov med intagning av sjuka, oberoende av pensionsstyrelsen. De sakkunniga föreställa sig emellertid, att därigenom icke skola behöva uppkomma några för sjukvårdens bedrivande menliga administrativa eller organisatoriska konsekvenser.

Några ändrade grunder för finansieringen av pensionsstyrelsens fristående kuranstalter i Nynäshamn, Åre och Tranås föreslås ej av de sakkunniga.

Organisationsfrågan för ortoped- och vanförevården ligger för närvarande i stöpsleven. Med hänsyn till den vikt 1946 års ortoped- och vanförevårdssakkunniga lägga vid tillkomsten av avdelningar härför vid landstingens och icke-landstingsstädernas lasarett bör enligt statsbidrags-sakkunnigas uppfattning ortoped- och vanförevården, i den mån den utbygges länsvis, få tillgodonjuta anläggningsbidrag med samma belopp som för övrig A-vård inom statsbidragssektorn, d. v. s. med 6 000 kronor per vårdplats. Till driften bör det sedvanliga vård dagsbidraget utgå.

Ortoped- och vanförevårdssakkunniga anse, att de nuvarande enskilda

vanförestalterna och Eugeniahemmet — i avvaktan på ortopedvårdens utbyggnad — komma att behövas som centralanstalter. De sakkunniga räkna därvid ej med någon förändring i huvudmannaskapet för anstalterna men det allmänna skulle få ökad representation i anstalternas styrelser.

Statsbidragssakkunniga vilja i finansieringsfrågan föreslå, att driftskostnaderna för dessa anstalter fördelas efter samma grunder som för annan centraliserad vård, d. v. s. att varje sjukvårdsområde till anstalten erlägger ett driftskostnadsbidrag, motsvarande nettokostnaden, under det att från staten utgår det föreslagna vårddagsbidraget till anstalten. Någon ändring beträffande bestridandet av kapitalkostnaderna synes däremot ej böra ske, utan staten bör liksom hittills svara för de lån, som utlämnats till anstalterna i fråga. Därest det skulle bli fråga om nya kapitalinvesteringar, torde staten — i den mån anstalterna komma att tjäna som centralanstalter — böra ställa särskilda medel till förfogande.

Rent principiellt kan ifrågasättas, huruvida icke förevarande finansieringssystem borde leda till att det allmänna också övertog huvudmannaskapet för anstalterna i fråga. Ändringarna i bidragssystemet synas dock ej vara av sådan art att en omläggning av huvudmannaskapet kan anses ofrånkomlig; för närvarande bestrider staten restkostnaderna, under det att vid det nya systemet landstingen skulle svara härför. I de enskilda föreningarnas regi torde också förvaltningen vara mindre formbunden, vilket med hänsyn till vårdens sociala aspekter måste vara en fördel. Förekomsten av betydande donationer, givna under särskilda villkor, komplicerar också frågan. Vid sådant förhållande anse statsbidragssakkunniga sig ej heller böra påkalla någon ändring av huvudmannaskapet.

Under hänvisning till 1946 års ortoped- och vanförevårdssakkunnigas utredning rörande den kirurgiska tuberkulosen vilja statsbidragssakkunniga föreslå, att nuvarande speciella statsbidragsregler avskaffas i den mån dessa avse särskilda lasaretsavdelningar för sådan vård. Dessa avdelningar böra i driftsbidragshänseende behandlas på samma sätt som övrig länsvis ordnad vård. Något anläggningsbidrag bör ej komma i fråga med hänsyn till att behovet av dylika platser minskas.

Så länge de nuvarande enskilda anstalterna för kirurgisk tuberkulos drivas som centralanstalter, böra de regler tillämpas, som statsbidragssakkunniga föreslå skola gälla för de enskilda vanförestalterna.

För Welanderhemmet i Stockholm, det enda i sitt slag, anse statsbidragssakkunniga tillräcklig anledning icke föreligga att föreslå någon ändring i nuvarande finansieringssystem.

Kostnadsberäkningar. Vad gäller anläggningsbidragen är det omöjligt att nu precisera statsverkets kostnader, då utbyggnadsprogrammet svårigen kan fastställas.

Till den centraliserade vården lämnar statsverket nu betydande årliga driftbidrag, vartill hänsyn skulle tagas vid bedömande av storleken av det av statsbidragssakkunniga föreslagna enhetliga driftbidraget. För Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet har som centraliserad vård i före-

varande hänseende betraktats sådan vård för de patienter från andra områden än Stockholms stad och län, för vilka vederbörande landsting — stad utanför landsting — enligt 1937 års kungörelse lämnar ett bidrag av kr 2: 50 per vård dag. Till detta vård dagsantal har lagts ett uppskattat antal vård dagar på hel- och halv enskilda rum, för vilket landstingen och städerna enligt statsbidragssakkunnigas förslag skulle lämna driftkostnadsbidrag. För budgetåret 1946/47 kan antalet dylika vård dagar beräknas till cirka 92 000 på Karolinska sjukhuset och 38 000 på Serafimerlasarettet.

För budgetåret 1948/49 beräknas de totala vård dagskostnaderna vid förevarande sjukhus till kr. 34: 69 resp. 34: 90. Efter avdrag för 10 %, som avses motsvara merkostnaden för undervisningen, skulle återstå en dagkostnad av ungefär 30 kronor. I patientavgifter och landstingstillskott kan beräknas inflyta 9 kronor per vård dag vid Karolinska sjukhuset och 7 kronor per vård dag vid Serafimerlasarettet. Statens nettobidrag för sjukvården skulle följaktligen bli 21 resp. 23 kronor per vård dag. Under antagande av ungefär oförändrat antal vård dagar skulle statens bidrag för år 1948/49 till den centraliserade sjukvården vid Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet komma att uppgå till 1 900 000 kronor resp. 900 000 kronor.

Till vanförestalternas kliniker lämnar staten förutom ett fast driftbidrag även betydande belopp för täckande av uppkommande underskott. Vid ett beräknat vård dagsantal för budgetåret 1948/49 å 163 500 har det fasta statsanslaget upptagits till 900 000 kronor. Bidraget till täckande av motsvarande underskott kan beräknas till 1 650 000 kronor. Det sammanlagda statsbidraget blir sålunda 2 550 000 kronor. För Eugeniahemmets sjukavdelning med 10 500 vård dagar kan statens bidrag för budgetåret 1948/49 beräknas till 90 000 kronor.

De enskilda kustsanatorierna kunna för budgetåret 1948/49 beräknas få 270 000 vård dagar. Det fasta driftbidraget har upptagits till 700 000 kronor och bidraget till täckande av driftunderskott till 1 450 000 kronor. Statens totala bidrag skulle sålunda bli 2 150 000 kronor.

För driftkostnaderna för radioterapi och neurokirurgi beräknas statens kostnader för budgetåret 1948/49 till 300 000 resp. 40 000 kronor, avseende 51 800 resp. 8 200 vård dagar. I förenklingssyfte torde statens särskilda bidrag till radiumapplikationer och röntgenundersökningar inräknas i den summa staten ställer till förfogande för driftbidrag till den slutna kroppssjukvården och ej upptagas som ett särskilt anslag. F. n. är härför upptaget ett anslag på 300 000 kronor.

Man kommer sålunda fram till följande kalkyl avseende budgetåret 1948/49:

	Antal vård dagar	Statens bidrag kronor
Centraliserad vård vid		
Karolinska sjukhuset	92 000	1 900 000
Serafimerlasarettet	38 000	900 000
Vanförestalterna	163 500	2 550 000

	Antal vårddagar	Statens bidrag kronor
Eugeniahemmet	10 500	90 000
Kustsanatorierna	270 000	2 150 000
Centralanstalter för		
radioterapi	51 800	300 000
neurokirurgi	8 200	40 000
Radiumapplikationer m. m.	—	300 000
	Summa 634 000	8 230 000

Det belopp, som skall evalveras i vårddags- och invånarbidrag för att bereda sjukvårdens huvudmän kompensation för bortfallna statsbidrag till den centraliserade vården, uppgår sålunda enligt ovanstående kalkyl till 8 230 000 kronor.

I sistnämnda belopp ingår statligt tillskott till kustsanatorierna med 2 150 000 kronor. Vården å kustsanatorier av kirurgisk tuberkulos befinner sig emellertid i avtagande. Ortoped- och vanförevårdssakkunniga anse övervägande skäl tala för ett successivt överflyttande av ben- och ledtuberkulosvården från kustsanatorierna till de blivande ortopediska klinikerna vid centrallasaretten. Då de belopp, med vilka vårddags- och invånarbidragen komma att höjas genom den föreslagna evalveringen, sannolikt komma att för avsevärd tid framåt obeskurna ingå i nämnda bidrag, skulle huvudmännen så småningom bli överkompenserade, om det statliga tillskottet till kustsanatorierna oreducerat inginge i evalveringen. De sakkunniga finna det därför rimligt att i fråga om kustsanatorierna evalveringen begränsas till halva det för innevarande budgetår beräknade statliga tillskottet.

I fråga om den länsvis organiserade vården togo de sakkunniga vid bestämmande av vårddags- och invånarbidragen viss hänsyn till föreliggande men ej förverkligade förslag till ytterligare statsbidrag. Den centraliserade vården berörande dylika förslag böra enligt de sakkunnigas mening även beaktas. Härutinnan kommer sålunda i betraktande reumatikervårdssakkunnigas förslag om införande för reumatikervården av statsbidrag. Dessa skulle vad beträffar A-vården vid full utbyggnad utgå för 1 300 platser på invärtes-medicinska avdelningar m. m., 448 specialplatser, 143 platser på undervisningskliniker och 64 på Södersjukhusets reumatologiska avdelning. Härjämte skulle driftbidrag utgå till pensionsstyrelsens lasaretsavdelningar. Frånsett dessa sistnämnda skulle statens årliga driftbidrag vid full utbyggnad och med varje plats belagd under 330 dagar om året uppgå till 2,3 miljoner kronor. För vården av gom- och läppmissbildningar skulle vidare enligt medicinalstyrelsens därom avgivna förslag statligt driftbidrag utgå med ett belopp av 0,2 miljoner kronor per år. Nyssnämnda båda förslag skulle följaktligen innebära en utökning av statens årliga bidrag med 2,5 miljoner kronor.

Det torde emellertid komma att dröja avsevärd tid innan en utbyggnad i den omfattning reumatikervårdssakkunnigas förslag förutsätter kommer till

stånd. Det är vidare här fråga om förslag, som icke blivit föremål för statsmakternas prövning med hänsyn vare sig till vårdens organisation och utbyggnadsgrad eller till fördelningen mellan staten och huvudmännen av kostnaderna för densamma. På grund av nu nämnda omständigheter bör den ifrågasatta kompensationen icke avse hela det belopp, till vilket statsbidragen enligt förslagen beräknats skola uppgå. En reduktion till halva beloppet synes de sakkunniga även i detta fall skälig.

Statens bidrag till den centraliserade vården — inberäknat bidragen enligt föreliggande men ej förverkligade förslag — skulle jämlikt de nu gjorda beräkningarna och efter de reduktioner som ovan föreslagits kunna uppskattas till 8 400 000 kronor. Lägges detta belopp till den i kap. 9 omnämnda bidragssumman för länsvården å 27 456 000 kronor, erhålles en totalsumma av 35 856 000 kronor. Vid fördelningen av detta belopp bör emellertid hänsyn tagas till det antal vårddagar, som representeras av den centraliserade vården, inberäknat förenämnda ej förverkligade förslag, därvid motsvarande reduktioner böra ske som vid kompensationsbeloppens fastställande. För den centraliserade vården kommer man därvid fram till 840 000 vårddagar. En beräkning av bidragsbeloppen per vårddag och invånare från dessa utgångspunkter skulle giva som resultat ett vårddagsbidrag av kronor 1:27 och ett invånarbidrag av kronor 2:54, vilka belopp dock av praktiska skäl böra avrundas till kronor 1:25 respektive kronor 2:50.

Statsbidragssakkunniga föreslå i enlighet härmed, att vårddagsbidraget bestämmes till kronor 1:25 och invånarbidraget till kronor 2:50. Totalkostnaden härför blir 35 370 000 kronor.

Till nyssnämnda summa komma statens utgifter för tuberkulos- och epidemitilläggen, enligt de sakkunnigas beräkningar uppgående till 1 125 000 kronor. Statens totala engagemang uppgår därigenom till 36 495 000 kronor mot 18 660 000 kronor enligt nuvarande grunder. Merkostnaden för statsverket blir följaktligen 17 835 000 kronor.

Övergångsbestämmelser m. m. Statsbidragssakkunniga förutsätta samma övergångsbestämmelser för den centraliserade vården som för den vård, som organiseras länsvis. Sålunda beräknas de nya reglerna träda i kraft den 1 juli 1950, varvid dock anläggningsbidrag enligt den nya kungörelsen bör utgå för vårdplats som påbörjats efter den 31 december 1945. Lån bör där emot ej utgå retroaktivt.

Kap. 17. Specialmotivering till kungörelseförslagen.

Utöver vad som i tidigare kapitel anförts må följande specialmotivering lämnas till vissa bestämmelser i de sakkunnigas förslag till bidragskungörelser.

Driftbidragskungörelsen.

1 §.

1941 års befolkningsutredning har föreslagit, att statsbidrag skulle utgå till väntehem icke blott som för närvarande i ödemarksområdena utan även i riket i övrigt, därest barnaföderskan bor på mer än 4 mils avstånd till närmaste förlossningsanstalt. Därjämte skulle statsbidrag utgå för s. k. inackorderingshem, d. v. s. i närheten av förlossningsanstalt beläget, för hvarande kvinnor upplåtet rum å sådan ort, där väntehem icke finnes eller ej inrymmer erforderligt antal platser. Vidare föreslog befolkningsutredningen, att den nuvarande tidsbegränsningen till 15 dagar för statsbidraget till väntehemmen skulle slopas och någon tidsgräns för inackorderingshemmen ej införas. Därest detta förslag, som ännu ej varit föremål för riksdagens prövning, skulle vinna statsmakternas bifall, förutsätta statsbidragssakkunniga, att vänte- och inackorderingshemmen skola omfattas av förevarande bidragssystem. Vissa bestämmelser om tillsyn m. m. av dessa hem bli då erforderliga.

10 §.

Som en särbestämmelse för den vid lasaretten meddelade kirurgiska tuberkulosvården har införts den i nuvarande kungörelse om statsbidrag till driftkostnaderna m. m. vid anstalter för kirurgisk tuberkulos intagna bestämmelsen om statsbidrag till stödjebandage åt patient, som behandlas vid avdelningen i fråga. Vissa nu stadgade kontrollregler i fråga om rekvisition av bidragen ha därvid ansetts kunna slopas.

Anläggningsbidragskungörelsen.

§ 1.

Till väntehem och inackorderingshem böra anläggningsbidrag ej utgå.

§§ 4—6 och 11.

Ytterligare detaljbestämmelser angående lån till den centraliserade vården ha icke ansetts erforderliga, utan det torde ankomma på medicinalstyrelsen att utfärda närmare föreskrifter härom i förekommande fall.

§ 8.

Någon granskning från byggnadsstyrelsens sida av ritningar för sjukhus m. m. har ej längre ansetts erforderlig.

Fastställandet av högsta antalet platser har avseende endast för beräkningen av det antal vårdplatser, för vilket statsbidrag skall utgå.

Förordningen angående landstingens bidrag till centraliserad vård.

1937 års förordning om landstingens bidrag till vissa patienter å Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet föreslås bli ersatt av en ny förordning avseende landstingsbidrag för all centraliserad vård.

Den nuvarande förordningen avser uteslutande vård å allmän sal på Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet. Landstingens driftkostnadsbidrag skulle emellertid — liksom det statliga vårddagsbidraget — utgå jämväl för vård å hel- och halvanskilda rum; den nya förordningen inbegriper därför även sådan vård.

Gällande avtal om samverkan mellan staten, å ena, och Stockholms stad och Stockholms läns landsting å andra sidan rörande Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet omfattar blott vård å allmän sal, under det att vården å hel- och halvanskilda rum lämnats utanför. Någon ändring i dessa grundprinciper skulle ej göras. För vinnande av likformighet mellan samtliga kommunala huvudmän föreslå de sakkunniga, att den nya förordningen om landstingsbidrag skall gälla hel- och halvanskilda rum, som av staden och länet utnyttjas på ifrågavarande tvenne sjukhus.

Sammanfattning.

I förevarande betänkande ha 1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården framlagt förslag till nytt statsbidragssystem för den slutna kroppssjukvården. I sin utredning ha de sakkunniga skilt mellan sådana vård, som lämpligen kan organiseras länsvis eller genom samverkan mellan ett par angränsande områden, och sådan vård, som är avsedd att tjäna flera sjukvårdsområden, s. k. centraliserad vård. I betänkandets första avdelning behandlas den länsvis organiserade vården.

Statsbidragssystemet för den länsvis organiserade sjukvården.

I sin kritik av nuvarande statsbidragssystem ha statsbidragssakkunniga uttalat, att det nuvarande systemet ur synpunkten att stimulera till utbyggnad av en viss vårdgren icke har samma effekt som tidigare. Den del av den landstingskommunala slutna sjukvården, för vilken statsbidrag nu utgår, omfattar ungefär hälften av nämnda sjukvård och kan om ungefär tio år beräknas till sextio procent av vården. Ju större statsbidragssektorn blir dess mer oberäkneliga bli verkningarna av att en ny vårdgren tillföres statsbidragssektorn. Den bristande enhetligheten de speciella statsbidragsreglerna emellan är vidare oläglig för dem, som skola handhåva tillämpningen av reglerna. Även i övrigt är det nuvarande systemet förenat med brister, vilkas avhjälpare skulle vara tacknämligt för sjukvårdens huvudmän. Bristerna äro emellertid av den art, att tillräckligt hänsynstagande till desamma icke torde kunna ske allenast genom vissa justeringar av de nuvarande statsbidragsreglerna. De sakkunniga ha därför ansett att de nuvarande statsbidragsreglerna böra ersättas med ett enhetligt, efter principiellt andra grunder uppbyggt statsbidragssystem.

Anledning synes de sakkunniga ej föreligga att begränsa bidraget till speciella vårdformer. Tvärtom torde ej minst ur administrativ synpunkt påtagliga fördelar vara att vinna med bidrag utan dylik begränsning. De sakkunniga föreslå därför att det nya bidragssystemet utsträcker till samtliga vårdgrenar. Nu anförda synpunkter ha i huvudsak avseende på driftbidra-

gen. För anläggningsbidragens del tillkomma vissa särskilda synpunkter, och de sakkunniga ha därför i fortsättningen skilt mellan behandlingen av driftbidrag och anläggningsbidrag.

De sakkunniga ha till diskussion upptagit frågan om en differentiering av driftbidraget efter skattekraft, sjukvårdsbehov m. m. Till en början har ett försök gjorts att gruppera sjukvårdsområdena med beaktande av olika på sjukvårdskostnaderna influerande faktorer, såsom antalet skattekronor, tuberkulosdödlighet, folktäthet och befolkningens åldersfördelning. Enligt vad de sakkunniga emellertid funnit skulle det ej finnas några sinsemellan klart avgränsade grupper, som skulle kunna bilda underlag för en differentiering av statsbidraget. De sakkunniga ha därför övergivit detta system. De ha ej heller ansett sig böra föreslå att — efter en på grundval av fastställda objektiva normer gjord gruppering av sjukvårdsområdena — Kungl. Maj:t skulle avgöra, om och i vad mån vissa områden på grund av deras allmänna struktur skulle få ett särskilt tillägg. De sakkunniga ha emellertid funnit, att Gotlands läns landsting i olika hänseenden intager en särställning. Befolkningsunderlagets ringa storlek och landstingets insulära läge motivera, att de organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna för en efter nutida anspråk utbyggd sjukvård på Gotland göras till föremål för särskild utredning.

En undersökning har också gjorts rörande möjligheterna att differentiera driftbidraget uteslutande med hänsyn till skattekraften, liksom att införa särskilda skattekraftstillägg. Vissa praktiska och administrativa komplikationer tillstöta emellertid, varför de sakkunniga ansett sig böra undersöka, huruvida icke de synpunkter, som kunna anföras till fördel för en dylik differentiering, på ett annat och bättre sätt kunna tillgodoses. Statsbidragssakkunniga ha i sådant syfte övervägt alternativa utformningar av ett generellt, ej graderat bidragssystem och därvid diskuterat möjligheten av att låta statsbidraget utgå med viss procent av varje landstings kostnader för den slutna sjukvården. Vidare ha diskuterats möjligheterna av att införa ett bidrag, utgående enbart efter antalet vård dagar eller efter ett fast bidrag per invånare.

De sakkunniga ha stannat för att förorda en kombination av invånar- och vård dagsbidrag. Genom ett fast standardbelopp, utgående efter invånarantalet, skulle en viss minimistandard garanteras. Vidare skulle genom en rörlig del med ett bidrag per vård dag huvudmännen få ett ökat statligt stöd i den mån vården utbygges. Detta system synes väl lämpa sig som norm för statens ekonomiska engagemang i den slutna kroppssjukvården. Genom sin elastiska utformning anpassar sig systemet till sjukvårdens utbyggnad sedan en minimistandard uppnåtts. De i ekonomiskt hänseende mindre gynnsamt ställda sjukvårdsområdena finge också relativt större möjligheter till upprätthållande av en godtagbar standard. Genom detta system skulle man också kunna undvika en alltför stor omfördelning huvudmännen emellan av statens totala bidrag till sjukvården. Med hänsyn till att vård-

dagsantalet per år och invånare för närvarande håller sig vid siffran 2, synes bidragsbeloppet böra avvägas så att beloppet per invånare väger dubbelt mot beloppet per vård dag.

Vissa särskilda driftbidragstillägg föreslås för tuberkulosvården och epidemivården. Det nuvarande tuberkulostillägget bibehålles, men beräkningsmetoden förändras på så sätt, att bidraget beräknas efter antalet vård dagar och ej efter tuberkulosdödligheten. Vissa områden ha praktiskt taget städse hög epidemifrekvens, vilket motiverar, att ett särskilt epidemitillägg införes. Samtidigt onödiggör dessa bidrag det nuvarande barnsjukvårdstillägget, som blott uppgår till några få tusental kronor per år och landsting.

Under år 1944 uppgick det totala statliga driftbidraget för den sekundärkommunala vården till 10,4 mkr — med avdrag för tuberkulostillägget 9,8 mkr. Den största posten utgjordes av bidrag till tuberkulosvården 5,0 mkr. För epidemivården uppgick bidraget till 2,1 mkr, för kronikervården till 0,7 mkr, för förlossningsvården till 2,2 mkr och för barnsjukvården till 0,4 mkr; härvid har emellertid för eliminerande av tillfälligheter i fråga om epidemivården räknats med det genomsnittliga beloppet för 10-årsperioden 1935—1944.

Skulle nyssnämnda totalbelopp fördelas efter den av de sakkunniga föreslagna principen, att bidraget per invånare borde väga dubbelt mot bidraget per vård dag, skulle man komma fram till ett belopp av 72 öre per invånare och 36 öre per vård dag. De sakkunniga ha undersökt, vilka kostnader som skulle uppkomma för statsverket och till vilka belopp invånar- och vård dagsbidragen skulle uppgå å ena sidan om man till 1944 års driftbidrag lade i huvudsak kostnaderna för förverkligande av föreliggande förslag till nya driftbidrag samt den efter nämnda år uppkomna kostnadsökningen och fördelade bidragssumman å hela den slutna sjukvården samt å andra sidan om det fördelade beloppet utgjordes av den bidragssumma som framkommer om de nuvarande bidragen till speciella vårdgrenar — med hänsyn till att de speciella driftbidragen från början antagits skola motsvara hälften av nettokostnaderna inom respektive vårdgren — uppräknades till halva nettokostnaden enligt nuvarande kostnadsnivå. I förra fallet skulle framkomma ett totalt driftbidragsbelopp av 23,5 mkr. eller kr. 1: 72 per invånare och kr. 0: 86 per vård dag och i senare fallet ett totalbelopp av 43 mkr. motsvarande kr. 3: 20 per invånare och kr. 1: 60 per vård dag.

De sakkunniga ha för egen del ansett sig böra föreslå ett driftbidrag av 2 kronor per invånare och 1 krona per vård dag. Det totala statliga engagemanget för de generella driftbidragen skulle vid 1944 års vård dags- och invånarantal bli 27 456 000 kronor. Nu angivna bidragsbelopp och kostnadssummor avse endast länsvården. De sakkunniga ha emellertid framhållit att bidragsbeloppen tid efter annan böra göras till föremål för översyn med beaktande av mera varaktiga förändringar i fråga om penningvärde samt sjukvårdens standard och inriktning.

Statens engagemang för tuberkulostillägget skulle genom statsbidragssakkunnigas förslag stiga med ungefär 200 000 kronor till 750 000 kronor. Kostnaderna för epidemitillägget ha beräknats till 380 000 kronor.

Statens totala engagemang skulle följaktligen stiga från 10 430 000 kronor till 28 580 000 kronor.

För ett ställningstagande till frågan om och i vad mån anläggningsbidragssystemet bör revideras ha statsbidragssakkunniga gjort en rundförfrågan till huvudmännen med anhållan om uppgift om planerade anläggningar. Inalles planeras cirka 19 000 nya vårdplatser med en total anläggningskostnad av 350 mkr. Av dessa 19 000 platser falla 6 600 utanför den nuvarande statsbidragssektorn. Utbyggnadsplanerna variera mycket mellan de olika områdena. Statsbidragssakkunniga konstatera, att ett bibehållande av nuvarande regler rörande anläggningsbidrag ej är påkallat av rättviseskäl, om därmed avses att förhjälpa de sämst ställda landstingen till ungefärlig jämställdhet med övriga sjukvårdsområden. I stället skulle resultatet därav i viss utsträckning bli att de områden, som minst behövde statligt stöd, skulle få ett större bidrag än de andra huvudmännen.

Statsbidragssakkunniga ha stannat för ett bibehållande av anläggningsbidragen men inom en begränsad sektor. Därvid ha olika begränsningsregler för sektorn övervägts, såsom en tidsgräns eller ett kvottal, motsvarande det s. k. normalbehovet av vårdplats i förhållande till folkmängden. De sakkunniga föreslå för egen del, att statsbidraget begränsas till anläggningar, som innebära platstillskott. Därigenom åvägabringas automatiskt bidragens avveckling vårdgren efter vårdgren i den mån det ej längre blir fråga om ett platstillskott utan blott om ersättningsplatser, det s. k. första generationssystemet. I enlighet med denna princip föreslå de sakkunniga, att anläggningsbidrag ej längre skall utgå för tuberkulos- eller epidemivården, där nu nytillskapade vårdplatser i regel avse ersättningsplatser. Däremot bör bidragssektorn när det gäller den nu befintliga länsvården omfatta kroniker-vård, förlossningsvård, barnsjukvård och den psykiatriska lasarettsvården.

De sakkunniga ha vid konstruktionen av bidragen övergivit nuvarande hälftenprincip — som innebär att bidragen utgå med högst hälften av de faktiska byggnadskostnaderna men tillika maximerats till vissa belopp per vårdplats. De sakkunniga ha istället stannat för fasta bidragsbelopp per nyanskaffad vårdplats, och detta oavsett om fråga är om nybyggnad, ombyggnad eller tillbyggnad. Detta enhetsbelopp har på grundval av visst siffermaterial satts till 6 000 kronor per vårdplats för A-vården och till 4 000 kronor per vårdplats för kroniker- och annan B-vård. De sakkunniga ha dock räknat med att Kungl. Maj:t i speciella fall skulle kunna bevilja högre bidrag. Även anläggningsbidragsbeloppen böra tid efter annan göras till föremål för omprövning.

Ett realiserande av huvudmännens planer under den närmaste 10-årsperioden skulle medföra en årlig utgift för staten på 4,4 mkr mot 2,8 mkr vid nuvarande system.

Huvudparten av all sjukvård ombesörjes av landsting och städer utanför landsting. Kronikervården intager dock en särställning, enär år 1944 ungefär en tredjedel av antalet platser förvaltades av andra organ. De sakkunniga ha för egen del räknat med att invånarbidraget förbehålles landsting och städer utanför landsting. Vårddagsbidrag bör först och främst utgå till av dessa huvudmän i egen regi drivna anstalter men ävens till sådana sjukvårdsinrättningar, beträffande vilka landstingen och städerna utan att vara ägare helt eller till viss kvotdel i sista hand ansvara för driftkostnaden. Vårddagsbidraget föreslås utgå för all sjukvård och såhunda även för hel- och halvskilda rum.

När det gäller av andra huvudmän meddelad sjukvård ha de sakkunniga ansett, att av dessa organ hädanefter nyinrättade anläggningar ej skola bli berättigade till statsbidrag. För redan befintliga anläggningar böra de i landsting deltagande primärkommunerna och kommunalförbunden i största möjliga utsträckning avkopplas från handhavandet av och utgifter för sluten sjukvård. I enlighet härmed och då tuberkulosen numera så starkt avtagit, att vårdbehövet kan tillgodoses på landstingens sjukvårdsinrättningar, föreslå de sakkunniga, att primärkommunerna ej längre skola vara bidragsberättigade till av dem anordnad tuberkulovård. När det gäller kronikervården ha de sakkunniga tänkt sig att efter en övergångstid av fem år blott sekundärkommunalt driven kronikervård skulle vara berättigad till driftbidrag och efter nämnda övergångstid de primärkommunalt drivna kronikerhemmen avkopplas från bidrag. De sjukvårdsanstalter, som drivas av förening, stiftelse, bolag eller enskild och som för närvarande uppbära driftbidrag, skola även fortsättningsvis bibehållas vid nuvarande driftbidrag.

I fråga om statsbidragsvillkoren ha statsbidragssakkunniga ej ansett några bestämmelser angående maximala patientavgifter erforderliga med hänsyn till det förestående genomförandet av den fria sjukvården. Begränsningen av driftbidragen till s. k. normal beläggning har ej heller ansetts böra bibehållas. Kvotreglerna skola i princip upphävas, men för kronikervården förordas i enlighet med statens sjukhusutrednings förslag en kvotregel ifråga om anläggningsbidragen till i princip $2\frac{1}{2}$ plats per 1 000 invånare, med möjlighet för Kungl. Maj:t att bevilja bidrag intill $3\frac{1}{2}$ plats per 1 000 invånare.

Nuvarande bestämmelser angående fastställande av planer för vissa sjukvårdsgrenar ha de sakkunniga ansett sig böra omarbета. I den mån huvudmännen uppgöra mera allmänna sjukvårdsplaner, skola dessa anmälas hos centrala sjukvårdsberedningen. För de vårdgrenar, till vilka anläggningsbidrag skulle utgå, ha de sakkunniga dock ansett rimligt att en plan allttjämt skall underställas medicinalstyrelsens prövning. Kravet på planer för tuberkulovården om samverkan mellan A- och B-platser liksom när det gäller samverkan mellan öppen och sluten förlossningsvård förutsättes likaledes skola bibehållas.

De i nuvarande bidragskungörelser intagna bestämmelserna med krav på viss standard ifråga om utrustning och personal m. m., liksom reglerna

om överinseende och förvaltning ha i huvudsak ansetts obehövliga med hänsyn till sjukhuslagens och sjukhusstadgans föreskrifter. När det gäller frågan om rätten att disponera anläggning, till vilken anläggningsbidrag utgått, för annat ändamål, föreslås vissa ändrade bestämmelser.

Invånarbidraget skall utanordnas helårsvis i efterskott och vårddagsbidraget likaledes helårsvis i efterskott. Rekvisition av sistnämnda bidrag skall göras av de 31 sjukvårdsområdena; för närvarande göres rekvisition av ungefär 600 sjukvårdsinrättningar två gånger per år.

Statsbidragssystemet för den centraliserade vården.

Statsbidragssakkunnigas bidragssystem för den centraliserade vården bygger på den grundsatsen, att landstingen liksom städerna utanför landsting i princip böra omhändervard den centraliserade vården. Ett enhetligt landstingskommunalt huvudmannaskap för all sluten kroppssjukvård är enligt de sakkunnigas mening på längre sikt till det största gagnet för sjukvården. Särskilda åtgärder kunna dock bli erforderliga för att befrämja initiativ till utbyggande av den centraliserade vården. Ett stöd i form av en central rådgivning bör därför komma till stånd i samarbete mellan huvudmännen, medicinalstyrelsen och centrala sjukvårdsberedningen.

I finansieringsfrågan ha statsbidragssakkunniga beträffande anläggningskostnaderna stannat för ett kombinerat bidrags- och lånesystem, vilket innebär att anläggningsbidrag skall utgå med 6 000 kronor för varje vårdplats eller samma belopp som föreslagits för flertalet av de grenar av den länsvis organiserade vården, för vilka anläggningsbidrag skola utgå. Till bestridande av den del av anläggningskostnaderna, som icke täckes av nyssnämnda anläggningsbidrag, skall staten lämna ett ränte- och amorteringsfritt lån, vilket skall avse även centralanstaltens inventarier. Vårdplatserna å en centralanstalt skola icke tillhöra eller reserveras för viss huvudman utan i stället fungera såsom rayonplatser för ett visst upptagningsområde. Med hänsyn till utvecklingstendensen hos den centraliserade vården hän mot länsvård och andra omständigheter bör staten kunna uppsäga lånet till återbetalning och räntefriheten upphöra. Viss avräkning skall därvid ske mellan staten och centralanstaltens huvudman med hänsyn till den tid anstalten varit i bruk.

Vid ett godtagande av ovannämnda förslag till bidrag och lån för anläggningskostnaderna för den centraliserade vården ha de sakkunniga, när det gäller driftkostnaderna, icke funnit skäl tillämpa andra regler än som förordats för den länsvis ordnade vården. I det antal vårddagar, för vilket det enhetliga vårddagsbidraget skall utgå, inbegripas även vårddagarna inom den centraliserade vården. Landsting (stad) som belägger platser på centralanstalt, tillhörig annan huvudman, bör till sistnämnda huvudman erlægga ett driftkostnadsbidrag, beräknat efter den genomsnittliga vårddagskostnaden för det lasarett, vari centralanstalten ingår, eller om det är en

helt fristående centralanstalt efter dennas driftkostnader. Avdrag skall därvid ske för det statliga vårddagsbidraget, patient- och poliklinikavgifter m. m. Medicinalstyrelsen skall fastställa nyssnämnda bidragsbelopp. Dylikt driftkostnadsbidrag skall liksom statens vårddagsbidrag utgå för beläggning på såväl allmän sal som hel- och halvenskilda rum.

Statsverket lämnar för närvarande betyddande driftbidrag till den centraliserade vården. Avsikten med förevarande förslag är emellertid ej att åvägabringa en avlyftning av den statliga insatsen på detta område utan huvudmännen böra beredas kompensation genom likvärdig höjning av det generella driftbidraget.

De vårdgrenar, för vilka de sakkunnigas ovan framlagda förslag för den centraliserade vården skulle bli tillämpligt, torde för den närmaste framtiden bli reumatikervården, ortoped- och vanförevården, vården av kirurgisk tuberkulos, radiologien, neurokirurgien, neurologien, plastikkirurgien, thoraxkirurgien, behandlingen av läpp- och gommissbildningar samt vården av barn med medfödd eller i späda åldern ådragen syfilis (vård å Welanderhem). Därjämte skulle driftbidragsbestämmelserna komma att tillämpas för vården å Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet, dock ej för patienter på allmän sal från Stockholms stad och län.

Emellertid bli vissa särbestämmelser erforderliga för reumatikervården, ortoped- och vanförevården, vården av kirurgisk tuberkulos och vården å Welanderhem.

I fråga om reumatikervården förorda statsbidragssakkunniga — utan ställningstagande till sättet för denna vårdforms utbyggande — att i den mån centralanstalter tillskapas bör det för den centraliserade vården föreslagna låne- och bidragssystemet gälla. I den mån vården utbygges länsvis bör ett anläggningsbidrag på 6 000 kronor per vårdplats utgå. I driftbidragshänseende bör för all reumatikervård samma vårddagsbidrag utgå som för övrig sjukvård. De sakkunniga förutsätta, att någon ändring ej skall ske i nuvarande avtal rörande pensionsstyrelsens reumatikeravdelningar.

För ortoped- och vanförevården hänvisa statsbidragssakkunniga till 1946 års ortoped- och vanförevårdssakkunnigas utredningar samt föreslå, att i den mån denna vård utbygges länsvis ett vårddagsbidrag på 6 000 kronor per plats skall utgå. Till driften bör det sedvanliga vårddagsbidraget utgå. För de nuvarande enskilda vanföreanstalterna liksom Eugeniahemmet föreslå statsbidragssakkunniga samma fördelning av driftkostnaderna som för annan centraliserad vård. Enahanda skall gälla de nuvarande kustsanatorierna. För den kirurgiska tuberkulosen i övrigt föreslås, att nuvarande speciella statsbidragsregler för särskilda lasarettavdelningar avskaffas.

För Welanderhemmen föreslås ingen ändring av nuvarande finansieringssystem.

Statsbidragssakkunniga ha ej ansett det möjligt att framlägga några kostnadsberäkningar för anläggningsbidragen till den centraliserade vården.

Däremot ha de sakkunniga framräknat statens driftbidrag för budgetåret 1948/49 till den centraliserade vården. Detta utgör 8 230 000 kronor, avseende 634 000 vård dagar. Läggas nyssnämnda belopp till tidigare angivna totalkostnader och beaktas föreliggande förslag om utbyggnad av reumatiker-vården m. m. ha de sakkunniga kommit fram till ett invånarbidrag av kronor 2:50 och ett vård dagsbidrag av kronor 1:25. Statsverkets totala kostnad blir därigenom 35,4 mkr.

Läggas till nyssnämnda summa statens utgifter för tuberkulos- och epidemitilläggen, 1,1 mkr, skulle statens totala engagemang uppgå till 36,5 mkr mot f. n. 18,6 mkr. Statsverkets merkostnad blir följaktligen 17,8 mkr.

De nya bidragsreglerna skola träda i kraft den 1 juli 1950, varvid dock anläggningsbidrag enligt den nya kungörelsen bör utgå för vårdplats, som påbörjats efter den 31 december 1945.

Förteckning över gällande statsbidragskungörelser för den slutna kroppssjukvården.

Tuberkulosvården.

Kungörelse angående statsbidrag för uppförande eller inrättande av tuberkulossjukvårdsanstalter m. m. den 27 juni 1914 (nr 292), ändrad genom kungörelser nr 385/1921, 304/1928 och 207/1937.

Kungörelse angående statsbidrag till driften av anstalter för kirurgisk tuberkulos m. m. den 23 april 1937 (nr 209), ändrad genom kungörelser nr 404/1938 och 295/1943.

Kungörelse angående statsbidrag till driften av anstalter för lungtuberkulos den 22 juni 1939 (nr 480).

Epidemivården.

Kungörelse angående statsbidrag till uppförande, inrättande och inlösen av epidemisjukhus den 7 september 1920 (nr 667), ändrad genom kungörelse nr 257/1927.

Kungörelse angående statsbidrag för uppförande av epidemisjukstugor m. m. den 31 oktober 1947 (nr 800).

Kungörelse angående statsbidrag till driften av epidemisjukhus den 5 maj 1939 (nr 261), ändrad genom kungörelse nr 1050/1940.

Kronikervården.

Kungörelse angående statsbidrag till uppförande m. m. av hem för kroniskt sjuka den 27 juni 1927 (nr 245), ändrad genom kungörelser nr 83/1929 och 335/1945.

Kungörelse angående statsbidrag till driften av hem för kroniskt sjuka den 27 juni 1927 (nr 246), ändrad genom kungörelser nr 406/1938 och 336/1945).

Förlossningsvården.

Kungörelse angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av förlossningsanstalter den 21 juli 1937 (nr 742).

Kungörelse angående statsbidrag till driften av förlossningsanstalter och väntehem m. m. den 21 juli 1937 (nr 743), ändrad genom kungörelser nr 262/1939, 384/1941 och 571/1943.

Medicinsk barnsjukvård.

Kungörelse angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av barnavdelningar vid lasarett m. m. den 20 juli 1939 (nr 537), ändrad genom kungörelser nr 271/1942 och 229/1946.

Kungörelse angående statsbidrag till driften av barnavdelningar vid lasarett m. m. den 20 juli 1939 (nr 538), ändrad genom kungörelser nr 385/1940, 272/1942 och 230/1946.

Psykiatrisk lasarettssjukvård. Kungörelse angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av psykiatriska avdelningar vid eller i anslutning till lasarett den 21 juni 1946 (nr 421).
Kungörelse angående statsbidrag till driften av psykiatriska avdelningar vid eller i anslutning till lasarett den 21 juni 1946 (nr 422).

Därjämte återfinnas vissa bestämmelser rörande speciella bidrag i kungörelse den 15 juni 1923 (nr 227) angående statsbidrag till åtgärder för åstadkommande av förbättrad sjukvård inom rikets ödemarksområden, ändrad genom kungörelser nr 284/1926, 146/1932, 574/1943 och 434/1947.

F ö r s l a g

till

Kungörelse angående driftbidrag av statsmedel till anstalter för kroppssjukvård.

Kungl. Maj:t har, i överensstämmelse med riksdagens beslut, funnit gott förordna som följer.

1 §.

Landsting, så ock stad, som ej deltagar i landsting, äga i enlighet med bestämmelserna i denna kungörelse erhålla statsbidrag till driften av anstalter för kroppssjukvård, i den mån landstinget eller staden helt eller till viss kvotdel i sista hand ansvarar för driftkostnaden.

2 §.

Statsbidrag utgår i form av *invånarbidrag*, *vårdtagsbidrag*, *tuberkulostillägg* och *epidemitillägg*.

3 §.

Invånarbidraget beräknas efter antalet invånare inom sjukvårdsområdet och utgår med två kronor 50 öre för invånare och år.

4 §.

Vårdtagsbidraget beräknas efter antalet vård dagar å anstalt, som avses i 1 §, och utgår med en krona 25 öre för dag och patient.

5 §.

Tuberkulostillägg utgår i fall, där i visst sjukvårdsområde bosatta personer under ett år genom landstings eller stads försorg beretts anstaltsvård för lungtuberkulos under ett antal dagar, som i förhållande till områdets invånare med mer än 25 procent överstiger det genomsnittliga antalet vård dagar per invånare i riket inom samma vårdgren.

Landsting eller stad, som ej deltagar i landsting, uppbär för det överskjutande antalet vård dagar full ersättning beräknad på grundval av vårdtagskostnaden för sjukvårdsområdets fristående tuberkulossjukvårdsanstalter för samma år med avdrag för dels patientavgifter eller statlig gottgörelse för uteblivna sådana avgifter, dels vårdtagsbidraget.

6 §.

Epidemitillägg utgår i fall, där för vård, i fråga om vilken bestämmelserna i epidemilagen äga tillämpning, antalet vård dagar per invånare å anstalter inom landstingsområde eller stad, som ej deltagar i landsting, under den senaste femårsperioden med mer än 25 procent överstiger det genomsnittliga antalet vård dagar per invånare i riket för epidemivård under samma period. Vårdas å anstalt inom visst sjukvårdsområde patienter från annat område, som enligt avtal svarar för kostnaden härför, skola vid beräkningen av epidemitillägg nämnda patienter tillföras sistnämnda sjukvårdsområde.

Landstinget eller staden uppbär för det överskjutande antalet vård dagar full ersättning, beräknad på grundval av vård dagskostnaden för sjukvårdsområdet samtliga fristående epidemivårdsanstalter för det år vården åtnjuts med avdrag för dels patientavgifter eller statlig gottgörelse för uteblivna sådana avgifter, dels vård dagsbidraget.

7 §.

Vård dagsbidraget utbetalas av medicinalstyrelsen helårsvis i efterskott. Rekvisition bör göras hos medicinalstyrelsen före april månads utgång.

Medicinalstyrelsen utanordnar utan särskild rekvisition till landsting och stad, som ej deltagar i landsting, före juni månads utgång hela invånarbidraget, beräknat på folkmängdssiffrorna vid nästföregående års slut, ävensom tuberkulos- och epidemitilläggen för nästföregående år.

8 §.

Medicinalstyrelsen skall godkänna och i särskild förteckning upptaga de anstalter, till vilka vård dagsbidrag skall utgå.

Då särskilda skäl så påkalla, må frågan om bidrag till viss anstalt av medicinalstyrelsen underställas Kungl. Maj:ts prövning.

9 §.

Landsting eller stad åligger att, innan landstinget eller staden fastställer plan för tillgodoseende av sjukvården inom vårdgren, för vilken vård dagsbidrag utgår, hos centrala sjukvårdsberedningen för granskning anmäla upprättat förslag till dylik plan.

10 §.

För nedannämnda vårdgrenar gälla följande särskilda bestämmelser.

a) Tuberkulosvården: Statsbidrag till driften av B-anstalt må erhållas endast om plan för organiserad samverkan mellan befintliga A- och B-platser för lungtuberkulos inom sjukvårdsområdet uppgjorts och delgivits medicinalstyrelsen.

Till A-anstalt för kirurgisk tuberkulos, som åtnjuter driftbidrag, må statsbidrag utgå jämväl med två tredjedelar av kostnaderna för erforderliga *stödjebandage* av mera permanent karaktär åt patient, som behandlas vid anstalten, på villkor att patienten beredes motsvarande förmån. Sådant statsbidrag skall efter rekvisition av vederbörande anstalts ledning av medicinalstyrelsen utbetalas kvartalsvis efter utgången av september, december, mars och juni månader.

b) Epidemivården: Statsbidrag utgår även för sådana tillfälliga sjukvårdslokaler, som avses i epidemilagen och som för ändamålet godkänts av förste provinsialläkaren eller i städer, där tillsynen över epidemivården författningsenligt tillkommer med förste provinsialläkare jämställd stadsläkare, av medicinalstyrelsen.

Till epidemivård, som anordnas av stad inom landsting må, utan hinder av vad i 1 § sägs, vård dagsbidrag utgå i enlighet med bestämmelserna i denna kungörelse.

c) Kronikervården: Bidrag utgår till anstalt för kronisk vård endast i den mån anstalten står under sjukvårdsberednings ledning.

d) Förlossningsvården: Förlossningsanstalt, som är anordnad vid lasarett eller därmed jämställd sjukvårdsinrättning eller sjukstuga, skall stå under samma tillsyn som vederbörande sjukvårdsinrättning i övrigt. Annan förlossningsanstalt skall stå under tillsyn av vederbörande förste provinsialläkare eller med sådan läkare jämställd stadsläkare. Vid förlossningshem skall vården stå under tillsyn av särskilt förordnad läkare.

Ledningen för förlossningsanstalt skall vara skyldig att ställa sig till efterrättelse de föreskrifter om samverkan mellan slutet och öppen förlossningsvård som må varda i vederbörlig ordning utfärdade.

e) Medicinska barnavdelningar: Statsbidrag må utgå endast till avdelningar vid eller i anslutning till lasarett eller därmed jämställd sjukvårdsinrättning; dylikt bidrag må dock utgå jämväl till avdelning vid redan befintligt fristående barnsjukhus.

f) Psykiatriska lasarettavdelningar: Från förevarande kungörelses tillämplighetsområde äro undantagna de psykiatriska undervisningskliniker i Uppsala och Lund.

g) Centraliserad vård: I fråga om enskild anstalt för sådan vård, som lämpligen bör bedrivas med flera sjukvårdsområden som underlag, äger anstaltens huvudman erhålla vårddagsbidrag.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 juli 1950.

Under första halvåret 1951 skall utanordnas invånarbidrag efter hälften av invånarantalet den 31 december 1950, vårddagsbidrag efter antalet vårddagar under andra halvåret 1950 tuberkulostillägg efter halva antalet vårddagar under år 1950 samt epidemitillägg efter halva antalet vårddagar i medeltal under åren 1946—1950, därvid vårddagskostnaderna för beräkning av tuberkulos- och epidemitilläggen skola grundas på förhållandena under hela år 1950.

Genom denna kungörelse upphävas — med undantag som nedan sägs — kungörelsen angående statsbidrag till driften av anstalter för lungtuberkulos den 22 juni 1939 (nr 480);

kungörelsen angående statsbidrag till driften av epidemisjukhus den 5 maj 1939 (nr 261);

kungörelsen angående statsbidrag till driften av hem för kroniskt sjuka den 27 juni 1927 (nr 246);

kungörelsen angående statsbidrag till driften av förlossningsanstalter och vän-tehem m. m. den 21 juli 1937 (nr 743);

kungörelsen angående statsbidrag till driften av barnavdelningar vid lasarett m. m. den 20 juli 1939 (nr 538);

kungörelsen angående statsbidrag till driften av psykiatriska avdelningar vid eller i anslutning till lasarett den 21 juni 1946 (nr 422); samt

kungörelsen angående statsbidrag till driftkostnaderna m. m. vid anstalter för kirurgisk tuberkulos den 23 april 1937 (nr 209).

Annan huvudman än landsting, stad utanför landsting, primärkommun och kommunalförbund må åtnjuta driftbidrag enligt ovannämnda kungörelser, därest driftbidrag utgick den 30 juni 1950.

Kungörelsen angående statsbidrag till driften av hem för kroniskt sjuka den 27 juni 1927 (nr 246) skall intill den 1 juli 1954 gälla för sådan av primärkommun eller kommunalförbund driven anstalt, till vilken driftbidrag för närvarande utgår.

Förslag

till

Kungörelse angående bidrag och lån av statsmedel till inrättande av vissa anstalter och avdelningar för kroppssjukvård.

Kungl. Maj:t har, i överensstämmelse med riksdagens beslut, funnit gott förordna som följer.

1 §.

Landsting, så ock stad, som ej deltagar i landsting, äga i enlighet med bestämmelserna i denna kungörelse av statsmedel erhålla bidrag till inrättande av följande slag av anstalter och avdelningar för kroppssjukvård:

- 1) anstalter eller avdelningar för kroniskt sjuka,
- 2) barnbördshus, barnbördsavdelningar, förlossningshem,
- 3) medicinska barnavdelningar vid lasarett,
- 4) psykiatriska specialavdelningar vid lasarett,
- 5) reumatiska specialavdelningar vid lasarett,
- 6) ortopediska specialavdelningar vid lasarett,
- 7) anstalter eller avdelningar för sådan vård, som lämpligen bör bedrivas med flera sjukvårdsområden som underlag (centraliserad vård),
- 8) B-vård för de i 2)—7) omnämnda specialiteterna.

2 §.

Statsbidrag utgår med 6 000 kronor för varje vårdplats, dock med allenast 4 000 kronor per vårdplats i fråga om anstalt eller avdelning för kroniskt sjuka eller för annan B-vård.

Därest i visst fall Kungl. Maj:t med hänsyn till särskilda omständigheter så prövar skäligt, må bidraget dock kunna utgå med högre belopp per vårdplats än nyss nämnts.

3 §.

Statsbidrag utgår allenast under förutsättning dels att vårdplatsen ej är avsedd att ersätta redan befintlig vårdplats inom vårdgrenen, dels ock att vederbörande huvudman för den vårdgren, varom fråga är, uppgjort plan, vari upptagits den vårdplats, för vilken statsbidrag sökes.

4 §.

Till inrättande av anstalt eller avdelning för centraliserad vård må utöver bidrag, som avses i 2 §, utgå ett ränte- och amorteringsfritt lån högst motsvarande kostnaderna för anstaltens inrättande och förseende med första uppsättning av inventarier med avdrag för dels erhållet byggnadsbidrag, dels kostnaderna för anskaffande av tomt.

5 §.

Lån utgår allenast därest medicinalstyrelsen godkänt att anstalten eller avdelningen inrättas för beredande av centraliserad vård inom vissa angivna sjukvårdsområden.

6 §.

Finnes anstalten ej längre böra tjäna såsom centralanstalt för de vid godkännandet angivna sjukvårdsområdena, skall medicinalstyrelsen anmäla förhållandet till Kungl. Maj:t, som prövar i vad mån lånet skall vara till betalning förfallet.

7 §.

Ansökan om bidrag eller lån skall, ställd till Kungl. Maj:t, ingivas till medicinalstyrelsen samt vara åtföljd av följande handlingar:

- a) den i 3 § angivna planen;
- b) beskrivning över byggnadstomtens storlek, läge och beskaffenhet;
- c) fullständiga ritningar för anstalten eller avdelningen jämte beskrivning över ritningarna samt uppgift å det avsedda antalet vårdplatser;
- d) förbindelse av vederbörande att, om bestämmelserna i denna kungörelse eller de föreskrifter i övrigt, som må bliva i behörig ordning meddelade, icke fullgöras, återbära uppburet statsbidrag eller så stor del därav, som av Kungl. Maj:t bestämmes.

8 §.

Sedan medicinalstyrelsen, efter centrala sjukvårdsberedningens hörande, granskat de ingivna handlingarna, har styrelsen att till Kungl. Maj:t insända ansökaningen ävensom eget yttrande, vilket tillika skall innehålla uppgift om det högsta antal platser, som anstalten eller avdelningen efter medicinalstyrelsens bedömande kan med normal beläggning inrymma.

9 §.

Beviljat bidrag må ej utbetalas, förrän anstalten eller avdelningen blivit genom medicinalstyrelsens försorg avsynad och godkänd.

10 §.

För dispositionen av vårdplats, till vars inrättande statsbidrag utgått, gälla följande bestämmelser i fråga om beläggning med patient, som lider av annan sjukdom än den för vilken vårdplatsen är avsedd:

- a) där trängande omständigheter av tillfällig art föreligga, äger vederbörande läkare besluta om sådan användning för kortare tid;
- b) där vårdplatserna ej erfordras för det avsedda ändamålet, äger sjukvårdsberedning för en tid av högst tre månader per kalenderår och medicinalstyrelsen då fråga är om längre tid besluta om sådan användning;
- c) är avsikten att varaktigt omdisponera en anstalt eller avdelning för annat sjukvårdsändamål, skall frågan hänskjutas till Kungl. Maj:t för avgörande.

11 §.

För nedannämnda vårdgrenar gälla följande särskilda bestämmelser:

- a) Kronikervården: Med anstalt för kroniskt sjuka avses sådan anstalt, som anordnats uteslutande eller till huvudsaklig del för vård av långvarigt kroppssjuka, vilka äro i behov av sjukhusvård främst i form av personlig skötsel men vilka icke lida av tuberkulos;

Statsbidrag må icke sammanlagt utgå för flera sjukplatser än två och en halv vårdplats för varje tal av 1 000 av sjukvårdsområdets invånare, Kungl. Maj:t dock obetaget att om särskilda skäl därtill äro, medgiva bidrag till högst tre och en halv plats för varje tusental av områdets invånare.

- b) Förlossningsvården: Förlossningsanstalt, som är anordnad vid lasarett eller därmed jämställd sjukvårdsinrättning eller sjukstuga, skall stå under samma tillsyn, som vederbörande sjukvårdsinrättning i övrigt. Annan förlossningsanstalt,

för vilken statsbidrag beviljats, skall stå under tillsyn av vederbörande förste provinsialläkare eller med sådan läkare likställd stadsläkare. Vid förlossningshem skall vårderna stå under tillsyn av särskilt förordnad läkare.

c) Psykiatriska lasarettssavdelningar: Från kungörelsens tillämpningsområde äro undantagna de psykiatriska undervisningsklinikerna i Uppsala och Lund.

d) Centraliserad vård: Medicinalstyrelsen äger utfärda närmare föreskrifter rörande villkoren för åtnjutande av lån.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 juli 1950. För vårdplats, vars uppförande eller inrättande påbörjats efter den 31 december 1945, skall dock bidrag utgå med belopp enligt denna kungörelse.

Genom denna kungörelse upphävas

kungörelsen den 27 juni 1914 (nr 292) angående statsbidrag för uppförande eller inrättande av tuberkulossjukvårdsanstalter m. m.;

kungörelsen angående statsbidrag till uppförande, inrättande och inlösen av epidemisjukhus den 7 september 1920 (nr 667);

kungörelsen angående statsbidrag för uppförande av epidemisjukstugor m. m. den 31 oktober 1947 (nr 800);

kungörelsen angående statsbidrag till uppförande m. m. av hem för kroniskt sjuka den 27 juni 1927 (nr 245);

kungörelsen angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av förlossningsanstalter den 21 juli 1937 (nr 742);

kungörelsen angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av barnavdelningar vid lasarett m. m. den 20 juli 1939 (nr 537);

kungörelsen angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av psykiatriska avdelningar vid eller i anslutning till lasarett den 21 juni 1946 (nr 421).

Beträffande villkoren för åtnjutande av bidrag, som utgått enligt sistnämnda fyra kungörelser, skall i och med ikraftträdandet av denna kungörelse vad däri föreskrives i stället lända till efterrättelse. Vad i 10 § denna kungörelse stadgas skall gälla jämväl i fråga om tuberkulossjukvårdsanstalter och epidemisjukhus och epidemisjukstugor, till vilkas inrättande bidrag utgått enligt förut gällande kungörelser.

Förslag

till

Förordning angående bidrag från landsting och städer, som ej deltaga i landsting, till bestridande av kostnaderna för sjukvård i vissa fall å centralanstalter eller Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet.

Kungl. Maj:t har, i överensstämmelse med riksdagens beslut, funnit gott förordna som följer:

1 §.

Då någon för vård, som avses i 1 § lagen om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus, intages å Serafimerlasarettet, Karolinska sjukhuset eller sådan anstalt för centraliserad vård, som av medicinalstyrelsen förklarats för centralanstalt, har det landsting, inom vars område han är bosatt, att till anstaltens huvudman erlægga ett driftkostnadsbidrag, motsvarande den av medicinalstyrelsen för anstalten senast fastställda nettokostnaden för sjukvården per vård dag, under förutsättning att patienten erhållit hänvisning till sjukhuset för vård, som ej kan beredas å landstingets sjukvårdsinrättningar, eller ock, i fråga om Serafimerlasarettet och Karolinska sjukhuset, att patienten under vistelse inom Stockholms stad eller Stockholms län insjuknat i den sjukdom vården avser. Hänvisning som nyss nämnts skall ske skriftligen och må meddelas av lasarets-, sjukstuge-, sanatorie- eller tuberkulossjukstugeläkare vid inrättning, som drives av landstinget, så ock av vederbörande tjänsteläkare. Med lasaretsläkare som nyss sagts skall i förevarande hänseende jämsställas överläkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Vad i första stycket stadgas om landsting skall i tillämpliga delar gälla stad, som ej deltagar i landsting.

2 §.

Bidrag, som avses i 1 §, utgår icke,

a) om fall, som avses i 4 § lagen angående åtgärder mot utbredning av könsjukdomar, är förhanden, eller

b) om den intagne åtnjuter fattigvård enligt 1 § lagen om fattigvården, eller

c) om den intagne är utländsk medborgare, som ej är mantalsskriven i riket, samt ej heller

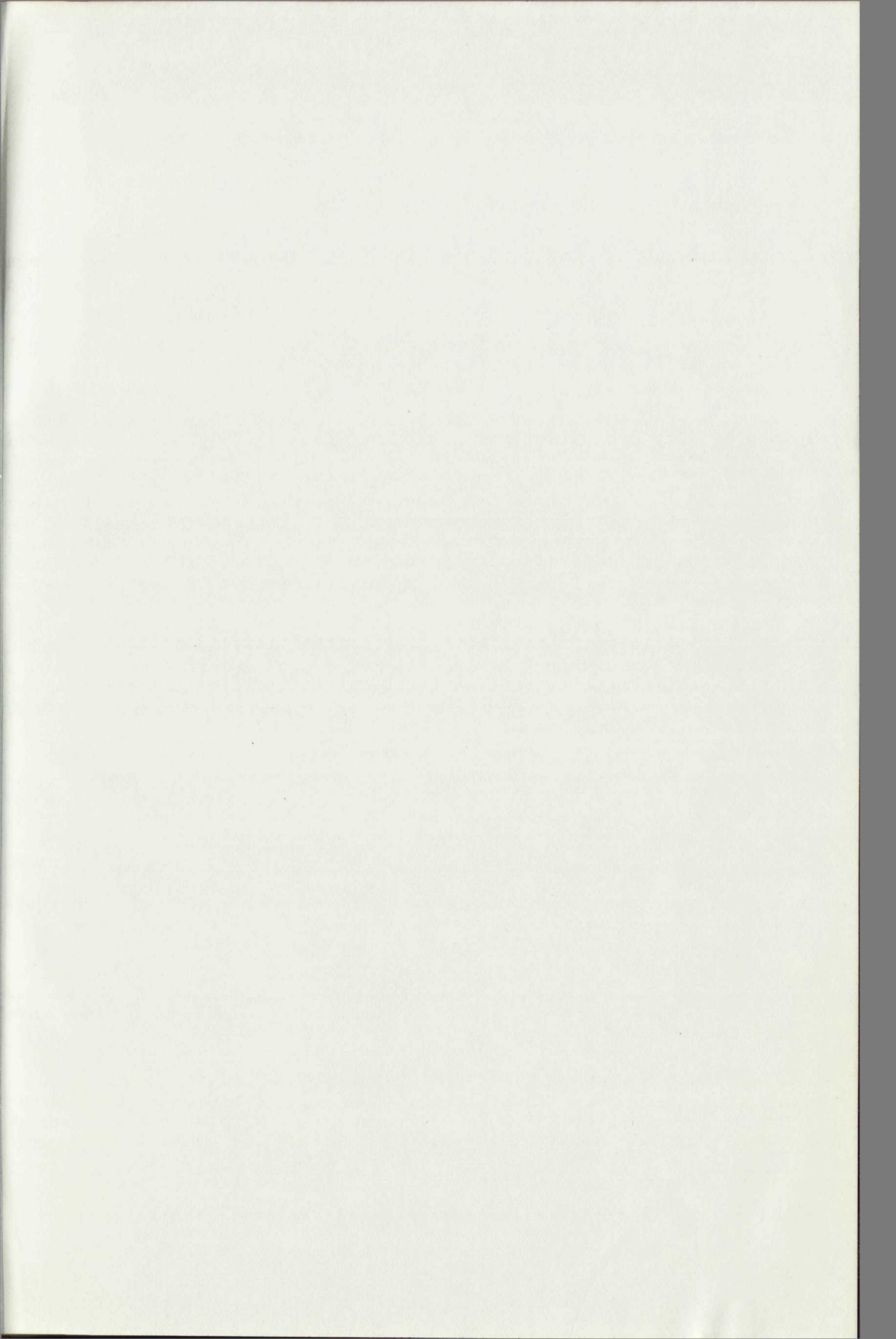
d) beträffande försvarsväsendet tillhörande personal, som åtnjuter fri sjukhusvård.

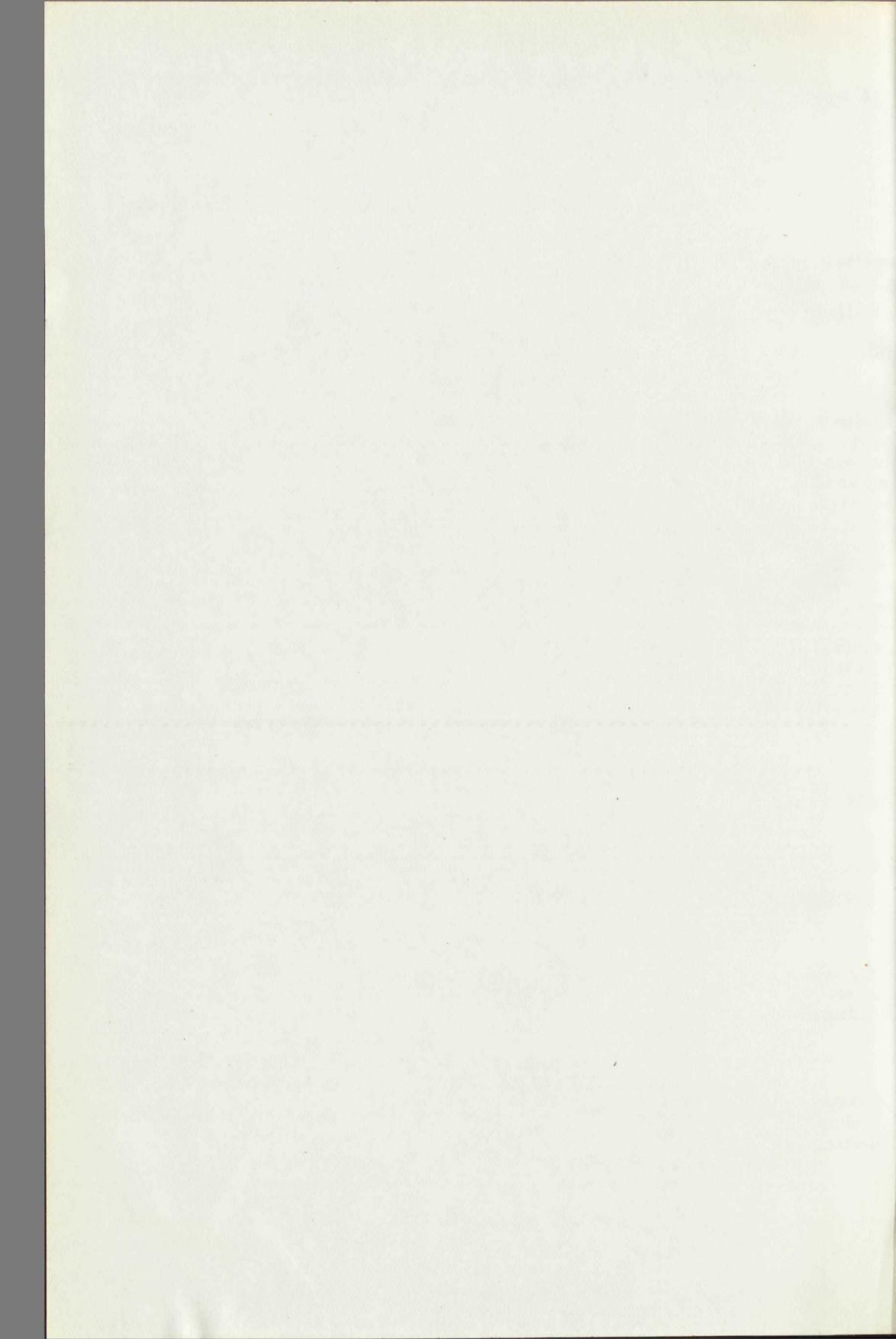
3 §.

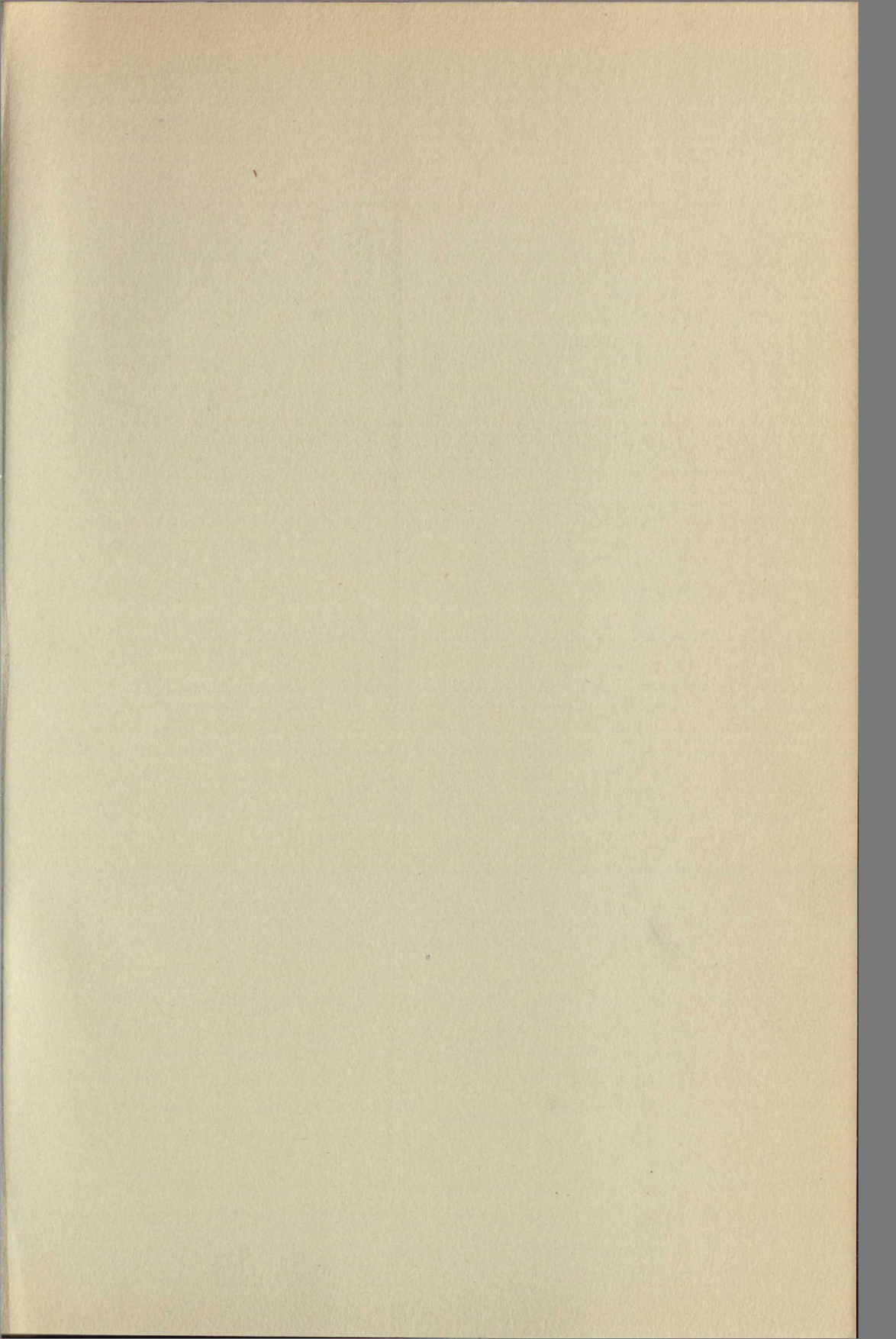
Därest sjuk från Stockholms stad eller Stockholms län vårdas å allmän sal å Serafimerlasarettet eller Karolinska sjukhuset gäller i stället för vad i 1 § stadgas det avtal som i fråga om sådan vård träffats mellan staten och staden respektive Stockholms läns landsting.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 1950.

Genom denna förordning upphäves förordningen den 30 juni 1937 angående bidrag från landsting och städer, som ej deltaga i landsting, till bestridande av kostnaderna för vård i vissa fall å Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet (nr 655).







Statens offentliga utredningar 1948

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.)

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvärd.

Betänkande med förslag till ändrad butikstängningslagstiftning. [3]
Markutredningen. 1. Betänkande med förslag till vissa ändringar i expropriationslagstiftningen. [4]
Strafflagberedningens promemoria med förslag till lagstiftning om domstols rätt att nedsätta eller eftergiva påföljd för brott samt om eftergift av åtal. [40]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Kommunalförvaltning.

Statens och kommunernas finansväsen.

1944 års allmänna skattekommitté. 2. Betänkande med förslag till ändrade bestämmelser ang. beskattning av livförsäkringsanstalter och livförsäkringstagare m. m. [22]

Politi.

Parlamentariska undersökningskommissionen ang. flyktiggöranden och säkerhetstjänst. 3. Betänkande ang. säkerhetstjänstens verksamhet. [7]

Nationalekonomi och socialpolitik.

Kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande. 4. Förslag ang. partiellt arbetsföras anställning i allmän tjänst. [11]
Förslag till sjuarbetstidslag. [16]
Betänkande med förslag till lag om nykterhetsvård m. m. [23]
Statsmakterna och folkhushållningen under den till följd av stormaktskriget 1939 inträdda krisen. Del 8. Tiden juli 1946—juni 1947. [26]
Socialvårdskommitténs betänkande. 16. Utredning och förslag ang. lag om obligatorisk arbetslöshetsförsäkring. [39]
Svenskt långtidsprogram 1947—1952/53. [45]

Hälsa- och sjukvård.

Den öppna läkarvården i riket. [14] Bilagor. [24]
1943 års sockersjukutrednings betänkande ang. sockersjukvården i riket. [33]
Statens sjukhusutredning av år 1943. 4. Synpunkter och förslag rörande sinnessjukvården. [37]
Betänkande med utredning och förslag rörande ortoped- och vanförevårdens organisation. [41]
Betänkande ang. statsbidragssystemet för den slutna kroppssjukvården. [48]

Allmänt näringsväsen.

Elkraftutredningens redogörelse nr 2:6—7. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Jönköpings län och Kronobergs län. [6] 2:16. Skaraborgs län. [15] 2:5. Östergötlands län. [25]
Den svenska spritfabrikationen och dess avsättningsförhållanden. [19]

Fast egendom. Jordbruk med binärningar.

Betänkande med förslag rörande organisation och avlöningsförhållanden m. m. vid lantmäteristyrelsen och länslantmäterikontoren. [1]
Betänkande med utredning och förslag rörande organisationen av verksamheten för jordbrukets yttre och inre rationalisering. [2]
Betänkande med förslag ang. artificiell inseminationsverksamhet bland nötkreatur. [36]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Utredning rörande skogstillgångarna och skogsindustriernas råvaruförsörjning i övre och mellersta Norrland m. m. [32]

Industri.

Handel och sjöfart.

Betänkande med förslag till ny Kungl. Maj:ts förordning ang. explosiva varor m. m. [8]
Betänkande rörande vissa utrikeshandelsfrämjande åtgärder. [29]
Betänkande med förslag ang. isbrytningens ordnande längs Norrlandskusten m. m. [31]

Kommunikationsväsen.

Betänkande rörande Sveriges smalspåriga järnvägar. Del 3. Smalspåriga järnvägar i Östra Småland och Östergötland. [9]
Betänkande ang. skärpårdsrafiken m. m. [10]
Betänkande ang. statens järnvägars organisation. Del 1. Den centrala ledningen. [13]
Betänkande rörande vägnämndernas och länsvägnämndernas arbetsuppgifter m. m. [18]
Betänkande med förslag till åtgärder för höjande av trafiksäkerheten. [20]
Betänkande med förslag till vägtrafikförordning m. m. [34]
Förslag rörande förbättring av statens järnvägars bestånd. [35]

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Betänkande med förslag ang. pensionering genom statens pensionsanstalt av vissa icke-statliga befattningshavare. [47]

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen.

Andlig odling i övrigt.

Trädgårdsundervisningen. [5]
Statens trädgårdsförsök. [12]
Betänkande ang. utbildning av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal. [17]
Ungdomen och arbetet. Ungdomsvårdskommitténs betänkande del 6. [21]
1946 års skolkommissions betänkande med förslag till riktlinjer för det svenska skolväsendets utveckling. [27]
Betänkande med förslag till nya mellaninstanser för folkskolväsendet. [28]
Betänkande och förslag ang. det fria och frivilliga folkbildningsarbetet. Del 2. Estetiskt folkbildningsarbete. [30]
Betänkande med förslag till förordning ang. kollektor. [3]
Betänkande och förslag ang. studentsociala stödåtgärder. [42]
Betänkande med förslag till nya grunder för avlöning av präster m. m. Del 1. [44]
Utredning och förslag rörande organisationen av den farmaceutiska undervisningen och därmed sammanhängande frågor. [46]

Försvarsväsen.

Biltrakto. En undersökning rörande ett för jordbruk och försvaret gemensamt drag-, last- och personfordon. Del 1. [43]

Utrikes ärenden. Internationell rätt.