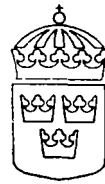


# Regeringens proposition

1985/86: 43

om avgifter för ålders- och  
förtidspensionärer vid sjukhusvård m. m.



Prop.  
1985/86: 43

---

Regeringen föreslår riksdagen att anta de förslag som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 24 oktober 1985.

På regeringens vägnar

*Ingvar Carlsson*

*G. Sigurdson*

## Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås att det nuvarande systemet med s. k. differentierade vårdavgifter för ålders- och förtidspensionärer vid sjukhusvård avskaffas.

Enligt en överenskommelse mellan företrädare för socialdepartementet och Landstingsförbundet skall i stället den 1 april 1986 ske en återgång till det tidigare systemet med fasta patientavgifter. Varje sjukvårdshuvudman fastställer avgiften som får vara högst 55 kr. per vård dag. Flertalet pensionärer får därmed en lägre vårdavgift jämfört med vad som f. n. tas ut inom det differentierade avgiftssystemet.

I enlighet med överenskommelsen förutsätts att sjukvårdshuvudmännen – liksom vid den tidigare tillämpningen av fasta avgifter – vid behov medger nedsättning av vårdavgiften.

I propositionen läggs fram det förslag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) som behövs för att det nya avgiftssystemet skall kunna genomföras. Förslaget innebär inte någon inskränkning i pensionärernas nuvarande rätt till avgiftsfri sjukhusvård under 365 dagar.

I propositionen lämnas också förslag om höjning av sjukpenningavdraget vid sjukhusvård från 45 kr. till 55 kr. per vård dag från den 1 januari 1986.

Vidare föreslås i propositionen att reglerna om prisnedsättning vid inköp av läkemedel ändras så att det högsta priset per inköp höjs från 50 kr. till 55 kr. från den 1 januari 1986.

Ersättning till vissa sjukvårdshuvudmän i samband med avskaffandet av de differentierade vårdavgifterna skall enligt överenskommelsen med

Prop. 1985/86: 43

Landstingsförbundet utges från sjukförsäkringen med 13 kr. per vård dag för s. k. utförsäkrade pensionärer fr. o. m. den 1 april 1986. Ersättningen beräknas totalt uppgå till ca 135 milj. kr. för perioden april–december 1986. Dessa kostnader för ersättning motsvaras av de besparingsförslag som läggs fram i propositionen och som avser sjukpenningavdraget vid sjukhusvård och priset vid läkemedelsinköp. I propositionen föreslås en särskild lag med bemyndigande för regeringen att fastställa grunderna för denna ersättning.

# I Förslag till Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763)

Härigenom föreskrivs att 17 § hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) skall ha följande lydelse.

## *Nuvarande lydelse*

## *Föreslagen lydelse*

### 17 §

Av patienterna får tas ut vårdavgifter enligt grunder som landstingskommunen bestämmer. i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstingskommunen skall därvid behandlas lika.

När sjukhusvård meddelas en pensionär i fall där rätten till ersättning för vården upphört enligt 2 kap. 12 § lagen (1962: 381) om allmän försäkring, skall vården vara avgiftsfri de första sex dagarna vid varje vårdtillfälle. Vårdavgiften för tid därefter får bestämmas med hänsyn till pensionärens betalningsförmåga. I sådant fall skall endast pensionärens egna inkomster efter skatt läggas till grund för avgiften. Vårdavgiften skall alltid bestämmas så att pensionären förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov. Regeringen meddelar ytterligare föreskrifter om sådana avgifter.

När sjukhusvård meddelas en pensionär i fall där rätten till ersättning för vården upphört enligt 2 kap. 12 § lagen (1962: 381) om allmän försäkring, får vårdavgiften bestämmas till högst 55 kronor per vård dag.

En fordran på vårdavgift preskriberas tre år efter tillkomsten. I övrigt gäller preskriptionslagen (1981: 130) i fråga om sådana fordringar.

Denna lag träder i kraft den 1 april 1986.

## 2 Förslag till

### Lag om ändring i lagen (1985: 87) om ändring i lagen (1962: 381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 4 § lagen (1962: 381) om allmän försäkring<sup>1</sup> i paragrafens lydelse enligt lagen (1985: 87) om ändring i nämnda lag skall ha följande lydelse.

#### *Nuvarande lydelse*

#### *Föreslagen lydelse*

3 kap.

4 §

Hel sjukpenning utgör för dag 90 procent av den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten, delad med 365. Sjukpenningen avrundas till närmaste hela kronor.

För varje dag då den försäkrade får sjukhusvård skall sjukpenningen minskas med 45 kronor, dock med högst en tredjedel av sjukpenningens belopp. Därvid skall det belopp varmed minskning sker avrundas till närmast lägre hela kronor.

För varje dag då den försäkrade får sjukhusvård skall sjukpenningen minskas med 55 kronor, dock med högst en tredjedel av sjukpenningens belopp. Därvid skall det belopp varmed minskning sker avrundas till närmast lägre hela kronor.

---

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1982: 120.

### 3 Förslag till Lag om ändring i lagen (1981: 49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.

Härigenom föreskrivs att 3 och 7 §§ lagen (1981: 49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m. skall ha följande lydelse.

#### *Nuvarande lydelse*

#### *Föreslagen lydelse*

#### 3 §<sup>1</sup>

I andra fall än som avses i 2 § skall det fastställda priset för samtidigt på grund av sjukdom förskrivna och inköpta läkemedel sättas ned med hälften av det belopp som överstiger 20 kronor och hela det belopp som överstiger 80 kronor. Om en förskrivning är avsedd att expedieras mer än en gång, gäller nedsättningen köpesumman vid varje avsett expeditionstillfälle. Vid beräkning av prisnedsättningen beaktas inte den avgift som kan ha uttagits för expedition av telefonförskrivna läkemedel.

Bestämmelserna i första stycket tillämpas även när skyddsläkemedel i annat fall än som avses i 2 § andra stycket förskrivs till havande eller ammande kvinna eller till barn.

Från prisnedsättning enligt denna paragraf kan regeringen undanta ett visst läkemedel eller en viss grupp av läkemedel som avses i första stycket.

#### 7 §

Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har *inköpt* prisnedsatta läkemedel som avses i 3 § eller har erlagt patientavgift för läkarvård som avses i 2 kap. 2 § lagen (1962: 381) om allmän försäkring, *för sjukvårdande behandling som avses i 2 kap. 6 § eller kostnader för motsvarande vård eller behandling som erhållits inom företagshälsovård som avses i 2 kap. 7 § andra stycket samma lag*, är han befriad från att därefter betala för utskrivna läkemedel. Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från det första vårdtillfället, behandlingstillfället eller läkemedelsinköpet.

För kostnadsbefrielse enligt första stycket fordras att prisnedsatta läkemedel har inköpts eller patientavgifter för läkarbesök erlagts vid samman-

I andra fall än som avses i 2 § skall det fastställda priset för samtidigt på grund av sjukdom förskrivna och inköpta läkemedel sättas ned med hälften av det belopp som överstiger 30 kronor och hela det belopp som överstiger 80 kronor. Om en förskrivning är avsedd att expedieras mer än en gång, gäller nedsättningen köpesumman vid varje avsett expeditionstillfälle. Vid beräkning av prisnedsättningen beaktas inte den avgift som kan ha uttagits för expedition av telefonförskrivna läkemedel.

Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har *köpt* prisnedsatta läkemedel som avses i 3 § eller har erlagt patientavgift för läkarvård *eller annan sjukvårdande behandling* som avses i 2 kap. 2 och 5 §§ lagen (1962: 381) om allmän försäkring *eller* för motsvarande vård eller behandling som erhållits inom företagshälsovård, *för vilken bidrag lämnas efter beslut av yrkesinspektionen*, är han befriad från att därefter betala för utskrivna läkemedel. Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från det första vårdtillfället, behandlingstillfället eller läkemedelsinköpet.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1983: 964.

lagt minst 15 tillfällen. Med ett sådant tillfälle likställs två tillfällen då patientavgift har erlagts för besök för sjukvårdande behandlingar eller för telefonrådförfrågningar som har skett hos läkare eller hos privatpraktiserande sjukgymnast.

Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 16 år i sin vård, får barnen gemensamt kostnadsbefrielse när antalet vårdtillfällen, behandlingstillfällen och läkemedelsinköp för barnen sammanlagt uppgår till vad som sägs i andra stycket.

Kostnadsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 16 år.

Med förälder avses även fosterförälder. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift eller har eller har haft barn med föräldern.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1986.

#### 4 Förslag till Lag om särskild ersättning för sjukhusvård

Härigenom föreskrivs följande.

Enligt 2 kap. 4 § lagen (1962: 381) om allmän försäkring utges ersättning för sjukhusvård enligt grunder som fastställs av regeringen. I fall då rätten till ersättning för sjukhusvård upphört enligt 2 kap. 12 § samma lag skall från och med april 1986 utges särskild ersättning för sjukhusvård från den allmänna försäkringen. Bestämmelserna i lagen om allmän försäkring skall i övrigt tillämpas på den särskilda ersättningen. Regeringen fastställer grunderna för ersättningen.

---

Denna lag träder i kraft den 1 april 1986.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 24 oktober 1985

Närvarande: statsrådet I. Carlsson, ordförande, och statsråden Lundkvist, Sigurdson, Gustafsson, Leijon, Hjelm-Wallén, Peterson, Andersson, Bodström, Göransson, R. Carlsson, Holmberg, Hellström, Wickbom, Johansson, Hulterström, Lindqvist

Föredragande: statsrådet Sigurdson

---

## Proposition om avgifter för ålders- och förtidspensionärer vid sjukhusvård m. m.

### 1 Inledning

Den 1 januari 1982 gavs sjukvårdshuvudmännen möjlighet att ta ut inkomstrelaterade (differentierade) avgifter i stället för fasta avgifter av pensionärer som vårdas på sjukhus i fall då ersättning för vården inte utges från den allmänna försäkringen (prop. 1981/82: 22, SoU 12, rskr 57).

Under riksdagsbehandlingen av förslaget till de nya avgiftsreglerna förutsatte socialutskottet att tillämpningen av reglerna skulle följas upp och i lämpligt sammanhang redovisas för riksdagen (SoU 1981/82: 12 s. 5).

Efter samråd med Landstingsförbundet tillkallade jag i början av år 1983 en arbetsgrupp med uppgift att följa upp tillämpningen av differentierade vårdavgifter vid sjukhusvård särskilt i de avscenden som hade uppmärksamats i propositionen och av socialutskottet vid reglernas tillkomst. Uppdraget utvidgades sedermera till att även ta upp och belysa olika möjligheter till lösningar i avgiftsfrågan (jfr SoU 1982/83: 34 s. 12).

I en delrapport (Ds S 1983: 13) har arbetsgruppen redovisat en kartläggning av tillämpningen av differentierade vårdavgifter vid sjukhusvård. I en slutrapport (Ds S 1984: 10) har arbetsgruppen belyst alternativ till och tänkbara modifieringar av det nuvarande systemet med differentierade sjukhusvårdsavgifter.

Gruppen, som inte har lämnat förslag till ställningstaganden i avgiftsfrågan, presenterar två alternativ till dagens system, ett system med fasta avgifter och ett system med en modifiering av nuvarande regler. Därutöver belyses en avgiftsmodell som motsvarar den som gäller vid sjukhusvård för dem som uppstår sjukpenning.

En sammanfattning av arbetsgruppens rapporter bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 1*.

Rapporterna har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna och en sammanställning över remissyttrandena bör fogas till protokollet som *bilaga 2*.

Remissopinionen visar en klart negativ inställning till att bevara det nuvarande systemet med differentierade vårdavgifter. En återgång till det

system med fasta vårdavgifter som tidigare gällde förordas. Det fåtal remissinstanser som förordar ett fortsatt differentierat avgiftssystem anser att det i så fall bör modifieras.

Den kritik som har framförts mot systemet med de differentierade sjukhusvårdsavgifterna innefattar olika invändningar. De som kritiserar systemet pekar bl. a. på att avgiftssystemet innebär ett avsteg från den generella huvudlinjen i svensk socialpolitik som bygger på likabehandling. Under den tid som avgiftssystemet varit i bruk har i ett flertal riksdagsmotioner uttryckts kritik mot principen att differentierade vårdavgifter över huvud taget får tas ut i sjukvården. Synpunkter har också förts fram på det sätt varpå avgifterna har bestämts i enskilda fall.

När möjligheten infördes att ta ut differentierade avgifter vid sjukhusvård åberopades bl. a. att det var skäligen att pensionärerna efter förmåga medverkade till att täcka kostnaderna när samhället genom att svara för långvarig sjukvård tar över försörjningen. Det pekades även på att en låg enhetlig avgift kunde medföra betydande överskott på pensionen som pensionären inte själv tillgodogör sig.

När det gäller synpunkten att låga enhetliga avgifter kan ge pensionären ett överskott, som denne inte tillgodogör sig, har det i kritiken särskilt från handikapporganisationer ansetts att man i första hand bör underlätta för patienten att i möjlig mån använda dessa medel för bl. a. rehabilitering.

Kritiker av systemet med differentierade vårdavgifter anför också att om det anses vara ett problem att patienter sparar pengar som endast kommer arvsberättigade till godo, detta bör lösas genom förändringar i arvs- och/eller skatterätten.

Motivet att samhället inte bör både betala ut pension och svara för försörjningen genom att stå för kostnaderna för långvarig sjukvård har föranlett kritiken att de differentierade vårdavgifterna beräknas inte endast efter pensionsinkomster utan även på alla andra inkomster, t. ex. på inkomster av vad en folkpensionär har sparat ihop för att få en tryggare ålderdom för egen del och för sina anhöriga.

Vidare har i det nuvarande systemet särskilt uppgiftslämnandet från den enskilde vårdtagaren och granskningen av hans eller hennes ekonomiska förhållanden väckt reaktioner. Individuell avgiftsprövning med prövning av behovet av medel upplevs också ofta som kränkande för den enskilde individen. Kritikerna menar att den inkräktar på patientens integritet och skapar oro hos såväl patienterna som deras anhöriga.

När det gäller kritiken mot själva tillämpningen anføres att denna inte står i överensstämmelse med de uttalanden om varsamhet och generositet som gjordes av riksdagen vid reglernas tillkomst. Flera remissinstanser har påpekat att det är otillfredsställande att tillämpningsreglerna och därmed de ekonomiska konsekvenserna för de enskilda patienterna varierar kraftigt från en sjukvårdshuvudman till en annan.

Från såväl pensionärs- och handikapporganisationer som fackliga organisationer samt enskilda har krav rests att de differentierade vårdavgifterna skall ersättas med ett system med fasta avgifter och med samma möjligheter som i dag till nedsättning av avgifterna för pensionärer och handikappade med låg pension.

I åtskilliga remissvar understryks att det nuvarande avgiftssystemet motverkar rehabiliteringsinsatser och därmed en återgång till ett liv utanför institution.

I en nyligen träffad överenskommelse mellan företrädare för socialdepartementet och Landstingsförbundet förutsätts i fråga om pensionärernas avgifter för sjukhusvård en återgång till ett system med fasta avgifter. Vidare förutsätts en särskild ersättning för sjukhusvård från sjukförsäkringen till vissa sjukvårdshuvudmän. Överenskommelsen bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 3*.

Jag tar nu upp de frågor som avhandlats i överenskommelsen. Vidare behandlar jag storleken av sjukpenningavdraget vid sjukhusvård och prisnedsättningens storlek vid läkemedelsköp.

## 2 Nuvarande ordning

Ersättning för sjukhusvård utges från den allmänna försäkringen till dem som driver sjukhusen (landstingskommunerna och de kommuner som är sjukvårdshuvudmän). Regeringen fastställer med stöd av 2 kap. 4 § lagen (1962: 381) om allmän försäkring (AFL) grunderna för ersättningen. Grunderna bygger på överenskommelser som regelbundet träffas med Landstingsförbundet. Sedan den 1 januari 1982 erhåller sjukvårdshuvudmännen 45 kr. per vårdtagare från den allmänna försäkringen för vårdtagare som omfattas av sjukförsäkringen (1 § förordningen (1979: 849) om ersättning för sjukhusvård m. m.). För den som är sjukpenningförsäkrad görs samtidigt ett avdrag på sjukpenningen för varje dag som den försäkrade vistas på sjukhuset (f. n. 45 kr.) (3 kap. 4 § andra stycket AFL). Avdraget får dock enligt samma lagrum uppgå till högst en tredjedel av sjukpenningens belopp. Det är förutsatt att sjukvårdshuvudmannen inte tar ut någon avgift från vårdtagaren för sjukhusvården när denna ersätts från försäkringen.

För pensionärer som har hel ålderspension eller hel förtidspension utges enligt 2 kap. 12 § AFL ersättning från den allmänna försäkringen för sammanlagt högst 365 dagars sjukhusvård. Då dessa personer i allmänhet inte uppbär någon sjukpenning kan något sjukpenningavdrag inte göras. Inte heller görs något avdrag från pensionen. Det innebär att pensionären – till skillnad från personer med förvärvsinkomst – åtnjuter helt kostnadsfri sjukhusvård under sammanlagt 365 dagar (det s. k. avgiftsfria året). Sedan denna förmån har utnyttjats helt – det kan ske under en sammanhängande vårdperiod eller vid flera kortare vårdtillfällen – är pensionären "utförsäkrad". När en pensionär har utförsäkrats utges inte någon försäkringsersättning till sjukvårdshuvudmannen för sjukhusvård av pensionären. Dessa pensionärer omfattas således inte av AFL:s regler om ersättning från sjukförsäkringen till huvudmännen för sjukhusvård.

I dessa fall är sjukvårdshuvudmannen i stället hänvisad till att själv ta ut vårdavgift av pensionären med stöd av 17 § hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763), HSL. Enligt lagrummets första stycke bestämmer sjukvårdshuvudmannen grunderna för vårdavgifter. När det gäller sjukhusvård av en utförsäkrad pensionär föreskrivs i andra stycket att vården skall vara

avgiftsfri de första sex dagarna vid varje vårdtillfälle. För tid därefter kan vårdavgift tas ut antingen som en fast avgift i princip lika för alla eller med belopp som i det enskilda fallet bestäms med hänsyn till pensionärens betalningsförmåga (differentierad avgift). Frågan om differentiering eller ej avgörs naturligtvis generellt när det bestäms vilka grunder som skall tillämpas och inte i det enskilda fallet. Om en differentiering sker skall den grundas på pensionärens inkomster efter skatt.

Oavsett om sjukvårdshuvudmannen tar ut differentierade avgifter eller fasta avgifter skall pensionären alltid förbehållas tillräckliga medel för sina personliga behov. Regeringen har med stöd av 17 § andra stycket HSL meddelat föreskrifter om det minsta belopp som skall förbehållas pensionären (förbehållsbelopp). Föreskrifterna återfinns i förordningen (1981:1177) om vissa avgifter vid sjukhusvård (ändrad senast 1982:874). I förordningen föreskrivs också om jämkning av avgiften. Om någon annan person är beroende av vårdtagaren för sitt uppehälle, skall skäligen hänsyn tas till det när avgiften bestäms. Om det är skäligt att vårdtagaren behåller sin bostad under vårdtiden, skall hänsyn tas till vårdtagarens bostadskostnad. Avgiften skall även sättas ned om vårdtagaren behöver medel för sin rehabilitering eller om det finns andra särskilda skäl. Förbehållsbeloppet skall enligt förordningen bestämmas på det sätt som anges i 47 och 48 §§ socialtjänstförordningen (1981:750) dvs. på samma sätt som vid helinackordering i servicehus för äldre människor (boende i åldersdomshem).

Förbehållsbeloppet, som alltså är det minsta belopp som skall förbehållas samtliga pensionärer vid sjukhusvård, skall motsvara 30 procent av folkpensionen för en ogift ålderspensionär enligt 6 kap. 2 § första stycket AFL jämte pensionstillskott enligt 2 § första och andra styckena lagen (1969:205) om pensionstillskott. Ett på detta sätt beräknat lägsta förbehållsbelopp är f. n. 9 417 kr./år eller 26 kr./dag. Om vårdtagaren har större inkomster än de nyss angivna folkpensionsbeloppen skall förbehållsbeloppet höjas med ett tilläggsbelopp som är 20 procent av överskjutande nettoinkomster t. ex. allmän tilläggspension, ATP.

Om den folkpension som vårdtagaren uppbär enligt 6 kap. 2 § första stycket eller 7 kap. 4 § första stycket AFL är beräknad till det lägre belopp som följer av att även maken har rätt till ålderspension eller uppbär hel förtidspension är tilläggsbeloppet i stället 20 procent av nettoinkomsten över folkpensionen inklusive pensionstillskott för en gift ålderspensionär.

När höjningen av förbehållsbeloppet beräknas skall inkomsterna bestämmas enligt de regler som gäller för att beräkna sammanräknad nettoinkomst vid taxering till statlig inkomstskatt.

Innan reglerna om differentierade avgifter infördes den 1 januari 1982 var ett system med fasta avgifter det rådande. F. n. tillämpar 18 av 26 sjukvårdshuvudmän differentierade avgifter. Alla tar dock alltså ut fasta avgifter för kortare vård, vanligen för vård som understiger 30–60 dagar. Den genomsnittliga differentierade vårdavgiften för år 1985 uppskattas till drygt 64 kr. per vård dag. Övriga åtta sjukvårdshuvudmän (Uppsala, Östergötlands, Blekinge, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Kopparbergs, Gävleborgs samt Västernorrlands läns landsting) tillämpar uteslutande fasta avgifter som år 1985 varierar från 40 till 60 kr. per vård dag.

### 3 Föredragandens överväganden

#### 3.1 Fasta vårdavgifter för ålders- och förtidspensionärer vid sjukhusvård

*Mitt förslag:* Det nuvarande systemet med differentierade vårdavgifter för ålders- och förtidspensionärer vid sjukhusvård avskaffas fr. o. m. den 1 april 1986. För de pensionärer som själva har att betala patientavgifter återinförs i stället fasta avgifter från denna tidpunkt. Den fasta patientavgiften som fastställs av varje sjukvårdshuvudman får uppgå till högst 55 kr. per vård dag. Det förutsätts att huvudmännen liksom vid den tidigare tillämpningen av fasta vårdavgifter vid behov medger avgiftsnedläggning.

*Arbetsgruppens redovisning:* Arbetsgruppen belyser två grundalternativ för avgifter vid sjukhusvård för pensionärer; ett system med fasta avgifter och ett system med differentierade vårdavgifter enligt modifierade regler. Därutöver har en avgiftsmodell som motsvarar den som gäller vid sjukhusvård för dem som uppbär sjukpenning belysts.

*Remissinstanserna:* Ingen remissinstans anser att det nuvarande differentierade avgiftssystemet bör behållas helt oförändrat. *Svenska kommunförbundet* och *Landstingsförbundet* – som förordar ett bibehållande av differentierade vårdavgifter – anser att de rekommendationer som nu gäller bör revideras så att större enhetlighet i tillämpningen kan uppnås. *Riksförsäkringsverket* förordar en kombination; fasta avgifter vid tillfällig vård, dvs. vårdtagaren beräknas bli utskrivna efter en tid, och differentierade vårdavgifter vid stadigvarande vård. Det övervägande flertalet av remissinstanserna förordar emellertid en återgång till fasta vårdavgifter.

*Skälen för mitt förslag:* Jag har tidigare redogjort för den massiva kritik som har framförts mot det nuvarande differentierade avgiftssystemet för s. k. utförsäkrade.

Ett viktigt skäl mot ett bibehållande av systemet med de differentierade avgifterna är enligt min uppfattning att sjukvården skall ges på lika villkor till hela befolkningen. Detta hänger samman med en grundläggande socialpolitisk målsättning om att skapa lika medborgerliga sociala rättigheter. Det innebär att enhetliga taxor för jämförbar vård inom olika delar av landet måste eftersträvas. Eftersom det nuvarande inkomstrelaterade avgiftssystemet kan sägas strida mot denna viktiga socialpolitiska grundsyn och med beaktande av de negativa effekter som det anses ha medfört bör det upphöra.

Arbetsgruppen har belyst ett alternativt avgiftssystem som skulle motsvara det som gäller för sjukpenningförsäkrade. Principen skulle vara en ersättning från den allmänna försäkringen till sjukvårdshuvudmännen även för de hittills utförsäkrade pensionärer som vårdas på sjukhus och ett avdrag på den utgående pensionen. Om ett sådant avdragssystem skulle konstrueras som sjukpenningavdraget för förvärvsarbete skulle det enligt arbetsgruppen bli orättvist olika pensionärer emellan samt medföra otillfredsställande marginaleffekter. Ingen av remissinstanserna har till-

styrkt ett sådant system. Det stora flertalet remissinstanser har i stället förordat en återgång till det system med fasta vårdavgifter som tidigare gällde.

Även jag förordar en återgång till ett system med fasta avgifter för utförsäkrade pensionärer. En fast avgift bör fastställas av varje sjukvårdshuvudman. I hälso- och sjukvårdslagen bör dock föreskrivas det högsta belopp som den fasta avgiften får uppgå till.

Det högsta beloppet bör ligga på en sådan nivå att de allra flesta patienterna betalar den fasta avgiften utan någon särskild nedsättning av avgiften i det enskilda fallet. Vid valet av högsta nivå bör vidare göras jämförelser med avgiftsnivåerna för andra kategorier av vårdtagare och med de sjukvårdsavgifter som pensionärerna betalar enligt dagens system.

Med sådana utgångspunkter har arbetsgruppen funnit att en fast avgift kunde bestämmas till 50–55 kr. per vård dag för år 1984.

För egen del förordar jag att det högsta beloppet för den fasta avgiften bestäms till 55 kr. per vård dag såsom har överenskommit med Landstingsförbundet.

Även vid fasta avgifter kan frågan uppkomma om nedsättning av avgiften i det enskilda fallet. Arbetsgruppen har behandlat denna fråga.

Avgiftspliktiga är pensionärer som har hel folkpension och som förbrukat förmånen av 365 dagars fri vård. Hel folkpension för en ogift ålderspensionär jämte pensionstillskott utgör år 1985 för dag räknat 86 kr. Motsvarande belopp för en gift pensionär, när även maken uppbär pension, är i regel 75 kr. I vissa fall kan pensionen vara reducerad. I fråga om pensions storlek likställs gift pensionsberättigad, som stadigvarande lever åtskild från sin make, med ogift pensionsberättigad. Det innebär att en pensionär som vistas stadigvarande på sjukhus oftast har rätt till folkpension med 86 kr. per dag, oavsett civilstånd. Flertalet pensionärer har givetvis inkomster utöver folkpensionsförmånerna (bl. a. ATP och andra pensioner).

Folkpensionsförmånerna för förtidspensionärerna är högre än de som nu angivits, eftersom dessa pensionärer har rätt till dubbla pensionstillskott. Det nu sagda och uppräknningen av pensionerna för år 1986 med hänsyn till basbeloppet innebär att huvuddelen av pensionärerna med en fast avgift på högst 55 kr. per dag normalt av sina inkomster har kvar belopp som minst motsvarar det lägsta förbehållsbeloppet enligt dagens system. Jag utgår därför ifrån att för det stora flertalet pensionärer kommer avgiften att utgöra 55 kr. per vård dag. I enlighet med överenskommelsen bör det dock liksom tidigare vara möjligt att i särskilda fall sätta ned avgiften.

Jag vill framhålla ett par skäl som kan ge anledning till att sätta ned avgiften. Det första är att pensionären kan behöva få avgiften nedsatt för att kunna betala *kostnaden för sin bostad*. Bostadens stora betydelse för den sjukhusvårdade pensionären underströks när möjligheten att tillämpa differentierade avgifter infördes (prop. 1981/82: 22 s. 9 och SoU 1981/82: 12 s. 4). I sammanhanget bör också erinras om det medmänskliga och samhällsekonomiska intresset av att försöka begränsa sjukhusvården genom att ge också sjuka eller handikappade människor möjlighet att i görligaste mån bo kvar i hemmet med stöd av insatser där som t. ex. social hemhjälp

och sjukvård i hemmet. Med utbyggda och samordnade sociala och medicinska insatser är det troligt att ett ökat antal äldre och långvarigt sjuka kan bo kvar i sina egna bostäder.

Regeringen har i propositionen (prop. 1984/85: 142) om förbättrade bo- och bostadsförhållanden för gamla, handikappade och långvarigt sjuka redovisat förslag till bostadspolitiska åtgärder för att ge fler människor möjlighet att, trots funktionsnedsättningar eller sjukdom, bo och leva ett aktivt liv i vanliga bostadsområden. Utgångspunkten för förslagen är att alla människor – även de som behöver stöd, hjälp och vård i sin dagliga livsföring – bör ha rätt till en bostad där friheten och integriteten är skyddad.

Ett annat skäl för nedsättning som kan behöva observeras även vid fasta avgifter är att pensionären i särskilda fall kan behöva få avgiften nedsatt med hänsyn till *behovet av medel till speciella rehabiliteringsinsatser*.

Enligt överenskommelsen med Landstingsförbundet skall avgiften kunna sättas ned när patienten har behov av medel som nu sagts. Liksom i det tidigare systemet med fasta avgifter är uttryckliga föreskrifter i lag eller förordning om jämkning vid fast avgift inte nödvändiga. Jag utgår dock ifrån att berörda patienter ges tillräcklig information om möjligheterna till nedsättning av vårdavgiften. Att sådan information skall ges ingår också i den överenskommelse som har träffats med Landstingsförbundet.

### 3.2 Det s. k. avgiftsfria året

*Min bedömning:* Ingen inskränkning görs nu i ålders- och förtidspensionärernas rätt till avgiftsfri sjukhusvård under 365 dagar.

*Arbetsgruppens redovisning:* Arbetsgruppen diskuterar frågan om ett slopande av denna förmån.

*Remissinstanserna:* Remissinstansernas synpunkter i frågan är delade. Pensionärs- och handikapporganisationerna anser att förmånen skall bibehållas. *Landstingsförbundet* ser f. n. ingen anledning att förordna någon ändring. *Socialstyrelsen* anser att det är rimligt att behålla det avgiftsfria året för vissa utsatta grupper. *TCO* framför att om det avgiftsfria året slopas bör hänsyn tas till pensionärer som har låg eller ingen ATP. *Riksförsäkringsverket*, *statskontoret* och *LO* anser att förmånen bör avskaffas.

*Skälen för min bedömning:* Enligt arbetsgruppens synpunkter skulle ett avskaffande av det avgiftsfria året innebära att avgiftsreglerna inom sjukvården blir mer enhetliga, vilket kan anses eftersträvansvärt med hänsyn till kravet på rättvisa olika patientkategorier emellan. Den nuvarande regeln anges vara ett trubbigt instrument om det gäller att urskilja de vårdtagare som bör ha fri sjukhusvård resp. betala en avgift. En förtidspensionär kan vara tvingad att utnyttja sin fria vård redan som ung och kan snabbt komma in i avgiftssystemet vid ytterligare sjukhusvård även om vården inte är varaktig. Å andra sidan kan en äldre ålderspensionär utan tidigare längre sjukhusvistelse komma i åtnjutande av fri vård på långtids sjukvården, när det redan från början står helt klart att den vården måste bli bestående.

Arbetsgruppen hänvisar även till att pensionärernas ekonomiska förhållanden har förändrats sedan regeln om fri sjukhusvård tillkom. Det förefaller enligt arbetsgruppen rimligt att den som vistas på sjukhus genom avgifter bidrar till att täcka kostnaden när han eller hon samtidigt undgår vissa levnadsomkostnader i hemmet.

Jag vill erinra om att ett motiv för pensionärernas rätt till ett års avgiftsfri sjukhusvård, som genomfördes i etapper fram till år 1970, var att förbättra deras sjukförsäkringsskydd i samband med att vårdavgifterna vid sjukhusvård höjdes. Sedan dess har emellertid pensionärernas förhållanden förändrats. När det gäller pensionärernas ekonomi konstaterar jag att år 1970 hade ca 54 procent av dem som beviljades ålderspension, utöver folkpension, ATP med ett genomsnittligt årsbelopp som uppskattas till ca 2 500 kr. (ca 8 700 kr. i dagens prisläge). Idag har 83 procent av nytillkomna ålderspensionärer, utöver folkpension, ATP med ett genomsnittligt belopp på närmare 40 000 kr. Härtill kommer att även folkpensionsförmånerna har förbättrats, bl. a. med dubbla pensionstillskott för förtidspensionärer.

Mot bakgrund av det redovisade anser jag att den nuvarande förmånen bör ses över. Frågor om pensionärernas ekonomiska förhållanden övervägs också inom utredningen för översyn av vissa frågor inom den allmänna pensioneringen som pågår. Av direktiven (Dir: 1984:42) till översynen framgår att den allmänna pensioneringen måste ses i sitt sammanhang med andra samhällsinsatser för äldre och handikappade och med andra pensionsanordningar. Även utanför pensioneringens område har samhällets insatser för pensionärerna ökat avsevärt under de senaste decennierna. Insatserna för service, omsorg och vård utgör väsentliga delar i en trygghetsskapande politik för äldre och handikappade och avser att främja pensionärernas ekonomiska och sociala trygghet samt göra det möjligt för dem att aktivt delta i samhällslivet.

### 3.3 Avgiftsfrihet vid korttidsvård

*Mitt förslag:* Föreskriften att vården skall vara avgiftsfri de första sex dagarna vid varje vårdtillfälle upphävs den 1 april 1986.

*Arbetsgruppens redovisning:* Arbetsgruppen redovisar skäl för ett slopande av regeln.

*Remissinstanserna:* Endast ett fåtal instanser har berört regeln. Bland pensionärsorganisationerna finns uppfattningen att den bör vara kvar. Statskontoret och LO förordar att den avskaffas.

*Skälen för mitt förslag:* Den nuvarande regeln för utförsäkrade pensionärer, att de sex första dagarna vid varje vårdtillfälle alltid är avgiftsfria, infördes samtidigt med möjligheten att ta ut differentierade sjukhusvårdsavgifter. Avsikten angavs vara att undanta kortare akutvård på sjukhus från avgiftsplikt. För sjukpenningförsäkrade, som vidkänns avdrag på sjukpenningen vid sjukhusvistelse, gäller ingen sådan befrielse.

Enligt arbetsgruppen har regeln inneburit att 1–2 procent av det totala antalet vård dagar för de utförsäkrade inte har varit avgiftspliktiga (år

1984). Tillämpningen har inneburit en del administrativa svårigheter hos sjukvårdshuvudmännen. Ett exempel på detta är svårigheter att avgöra vad som skall anses vara ett "nytt vårdtillfälle". Ett slopande av regeln skulle innebära en administrativ förenkling för sjukvårdshuvudmännen.

Jag förordar att regeln upphävs i och med avskaffandet av de differentierade avgifterna.

### 3.4 Sjukpenningavdraget vid sjukhusvård

*Mitt förslag:* Det särskilda sjukpenningavdrag som görs för sjukpenningförsäkrade vid sjukhusvård höjs från 45 kr. till 55 kr. per vård-dag.

*Skälen för mitt förslag:* Det särskilda sjukpenningavdrag som enligt 3 kap. 4 § AFL görs för sjukpenningförsäkrade vid sjukhusvård är att betrakta som en patientavgift vid sådan vård. Som jag tidigare har anfört bör enhetliga taxor för jämförbar vård eftersträvas. Mot bl. a. denna bakgrund anser jag det motiverat att det högsta sjukpenningavdraget höjs så att det motsvarar den högsta vårdavgift som ålders- och förtidspensionärerna föreslås erlægga vid sjukhusvård. Höjningen bör träda i kraft den 1 januari 1986. 3 kap. 4 § AFL har ändrats genom lag 1985: 87 som träder i kraft vid samma tidpunkt. Höjningen bör därför göras genom ändring i lagen 1985: 87.

### 3.5 Ersättningen för sjukhusvård

*Mitt förslag:* De sjukvårdshuvudmän som f. n. tillämpar differentierade vårdavgifter för sjukhusvård kompenseras för återinförandet av fasta avgifter med särskild ersättning från sjukförsäkringen.

*Skälen för mitt förslag:* Enligt överenskommelsen med Landstingsförbundet (bilaga 3) skall de 18 sjukvårdshuvudmän som tillämpar differentierade vårdavgifter för sjukhusvård kompenseras för inkomstförluster till följd av att fasta vårdavgifter återinförs. Den överenskomna ersättningen, som skall betalas från sjukförsäkringen, skall enligt överenskommelsen utges till de ifrågavarande sjukvårdshuvudmännen med 13 kr. per vård-dag för utförsäkrade patienter fr. o. m. den 1 april 1986. För tiden april-december 1986 beräknas ersättningen till totalt ca 135 milj. kr. För helt år blir motsvarande belopp 180 milj. kr.

Enligt 2 kap. 4 § AFL fastställer regeringen grunderna för ersättning från försäkringen för sjukhusvård. Emellertid omfattas inte de s. k. utförsäkrade patienterna av lagens regler om ersättning för sjukhusvård (2 kap. 12 § AFL). Jag föreslår därför en särskild lag om den överenskomna ersättningen till vissa sjukvårdshuvudmän. I lagen bör regeringen bemyndigas att fastställa grunderna för ersättningen. Avsikten är givetvis att

ersättningen på 13 kr. per vård dag för utförsäkrade patienter skall utges utan hinder av att vårdavgift samtidigt tas ut av patienten. I 19 kap 2 § AFL finns regler om sjukförsäkringens finansiering. Dessa omfattar den nu föreslagna ersättningen från sjukförsäkringen.

### 3.6 Prisnedsättningen vid läkemedelsinköp

*Mitt förslag:* Den högsta kostnad som den enskilde betalar höjs från 50 kr. till 55 kr. per läkemedelsinköp.

*Skälen för mitt förslag:* Den kostnad som den enskilde betalar vid läkemedelsinköp är f. n. högst 50 kr. per inköp (3 § lagen, 1981: 49, om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.). Denna avgift har gällt sedan den 1 januari 1984. Jag anser att viss höjning nu är påkallad mot bakgrund av kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet. Jag föreslår därför att en höjning sker så att den högsta avgiften bestäms till 55 kr. per inköp. Detta bör ske på så vis att prisnedsättningen görs med hälften av det belopp som överstiger 30 kr. och med hela det belopp som överstiger 80 kr.

### 3.7 Vissa följdändringar i lagen (1981: 49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.

*Mitt förslag:* Ändringar görs i lagen (1981: 49) om begränsning av läkemedelskostnader m. m. beträffande vissa hänvisningar till föreskrifter i 2 kap. lagen (1962: 381) om allmän försäkring (AFL). Ändringarna, som är av lagteknisk natur, är en följd av redan beslutade reformer avseende dels sjukförsäkringens ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, dels ett nytt bidragssystem för företagshälsovården.

*Skälen för mitt förslag:* Efter riksdagens godkännande av prop. 1983/84: 190 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m. m. (SfU 31, rskr 393) har nya bestämmelser i 2 kap. AFL trätt i kraft den 1 januari 1985. I 2 kap. 5 § har tagits in bestämmelser som gäller ersättning för vård som lämnas av läkare eller sjukgymnast som är uppförd på förteckning hos försäkringskassan. Motsvarande bestämmelser inrymdes dessförinnan i 2 kap. 2 och 6 §§ AFL. Hänvisningen till 2 kap. 6 § AFL i 7 § första stycket lagen (1981: 49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m. är således inte längre aktuell och bör ersättas med en hänvisning till 2 kap. 5 § AFL.

I 7 § första stycket lagen om begränsning av läkemedelskostnader, m. m. finns också en hänvisning till 2 kap. 7 § andra stycket AFL. Hänvisningen – som fr. o. m. den 1 januari 1982 rätteligen borde ha avsett första stycket i sistnämnda paragraf – gäller kostnader för vård eller behandling som erhållits inom företagshälsovården. Till följd av ändring i 2 kap. 7 § AFL på grundval av prop. 1984/85: 89 om företagshälsovård (SoU 13, rskr 172)

kommer fr. o. m. den 1 januari 1986 detta lagrum inte längre att avse ersättning för företagshälsovård. Frågor om bidrag till företagshälsovården regleras i stället genom förordningen (1985: 326) om bidrag till företagshälsovård och förordningen (1985: 729) om bidrag till företagshälsovård för vissa anställda inom byggnadsbranschen. Finansieringen av ersättningen till företagshälsovården sker via arbetarskyddsavgifter enligt lagen (1981: 691) om socialavgifter. Med anledning härav bör ändring göras i 7 § första stycket lagen om begränsning av läkemedelskostnader så att det framgår att bestämmelsen omfattar patientavgift som erlagts för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som erhållits inom företagshälsovård, för vilken bidrag lämnas efter beslut av yrkesinspektionen med tillämpning av det nya ersättningssystemet.

### 3.8 Kostnader och finansiering

Enligt den överenskommelse (bilaga 3) som ligger till grund för avvecklingen av de nuvarande differentierade vårdavgifterna för ålders- och förtidspensionärer vid sjukhusvård skall sjukvårdshuvudmännen få ekonomisk kompensation för denna.

Ersättning skall utges till de 18 sjukvårdshuvudmän som f. n. tillämpar differentierade vårdavgifter. De övriga åtta sjukvårdshuvudmännen tillämpar ett system med fasta vårdavgifter som år 1985 varierar från 40 kr. till 60 kr. per vårddag. Den nu föreslagna fasta patientavgiften får uppgå till högst 55 kr. per vårddag.

Enligt överenskommelsen skall ersättning utges till de berörda sjukvårdshuvudmännen med 13 kr. per vårddag för s. k. utförsäkrade pensionärer. Ersättningen beräknas uppgå till totalt ca 135 milj. kr. för perioden april–december 1986.

Jag har tidigare föreslagit dels att sjukpenningavdraget höjs från 45 kr. till 55 kr. per vårddag, dels att den högsta avgiften vid läkemedelsinköp höjs från 50 kr. till 55 kr. per inköp.

Det höjda sjukpenningavdraget beräknas minska sjukförsäkringens utgifter för utbetald sjukpenning med ca 46 milj. kr. under år 1986. Den höjda läkemedelsavgiften beräknas minska sjukförsäkringens utgifter med ca 85 milj. kr. under år 1986. Sammantaget innebär detta att den ökade utgiften för sjukförsäkringen för år 1986 som följer av överenskommelsen motsvaras av en lika stor utgiftsminskning för sjukförsäkringen genom de förändringar som föreslås vad gäller sjukpenningavdraget och avgiften vid läkemedelsinköp.

## 4 Upprättade lagförslag

I enlighet med vad jag nu har anfört har inom socialdepartementet upprättats förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763),
2. lag om ändring i lagen (1985: 87) om ändring i lagen (1962: 381) om allmän försäkring,

3. lag om ändring i lagen (1981: 49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.,

4. lag om särskild ersättning för sjukhusvård.

Det upprättade lagförslaget under 1 avser ett sådant ämne att lagrådets yttrande bör inhämtas enligt 8 kap. 18 § regeringsformen. Jag anser dock att lagförslaget är av så enkel beskaffenhet att lagrådets hörande skulle sakna betydelse.

## 5 Hemställan

Jag hemställer att regeringen föreslår riksdagen att anta förslagen.

## 6 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition föreslå riksdagen att anta de förslag som föredraganden har lagt fram.

## Sammanfattning av arbetsgruppens delrapport

Vårt uppdrag är att följa upp tillämpningen av differentierade vårdavgifter vid sjukhusvård. Uppdraget har sedermera utvidgats att omfatta att även ta upp och belysa olika möjligheter till lösningar, bl. a. det alternativa förslag som förts fram i motioner till riksdagen våren 1983.

Vi redovisar nu en delrapport med en kartläggning av tillämpningen av differentierade vårdavgifter vid sjukhusvård. Kartläggningen bygger väsentligen på uppgifter som vi hämtat in genom en enkät till sjukvårdshuvudmännen.

Möjligheten för sjukvårdshuvudmännen att tillämpa ett system med differentierade vårdavgifter infördes den 1 januari 1982. F. n. tillämpar 19 av landets 26 sjukvårdshuvudmän detta system. Fem har beslutat införa systemet men avvaktar med att tillämpa det. Två huvudmän har beslutat att inte införa detta system.

Våren 1983 fanns ca 1 670 000 pensionärer med hel pension, varav ca 1 420 000 ålderspensionärer och ca 250 000 förtidspensionärer. Av dessa hade ca 1 600 000 rätt till avgiftsfri sjukhusvård. Denna förmån tillkommer pensionär under sammanlagt 365 dagar. Övriga, ca 70 000 var utförsäkrade, dvs. hade förbrukat sina avgiftsfria 365 dagar och skall själva betala vårdavgift för sjukhusvård. Av dessa 70 000 var ca 50 000 inskrivna vid sjukhus den 15 april 1983.

Antalet vård dagar i sluten vård uppgår till ca 37 miljoner per år. Av dessa beräknas utförsäkrade patienter utnyttja ca 45 procent, de pensionärer som hade rätt till avgiftsfri sjukhusvård 35–40 procent, vuxna försäkrade 12–15 procent och barn under 16 år 2 procent.

För en utförsäkrad patient är sjukhusvården avgiftsfri de sex första vård dagarna vid varje vård tillfälle. Därefter tillämpar samtliga 19 sjukvårdshuvudmän som infört differentierade vårdavgifter ett system med fast vårdavgift vid s. k. korttidsvård. Begreppet korttidsvård har fått en varierande innebörd hos de olika huvudmännen (mellan 30–60 dagar).

Korta vårdperioder för utförsäkrade patienter förekommer företrädesvis inom den psykiatriska vården. Som exempel kan nämnas att ca 30 procent av patienterna under 65 år inom den psykiatriska vården har en medelvårdtid som understiger 30 dagar per vård tillfälle. En stor del av de utförsäkrade patienterna under 65 år, eller 70 procent, och nästan 90 procent av de som är yngre än 40 år återfinns inom den psykiatriska vården. Den nya avgiftsregeln om de sex fria dagarna vid varje vård tillfälle betyder att kortare vård tillfällen – dvs. vård tillfällen som varar mellan 1–2 månader – medför en lägre total avgift för patienten än vad som var fallet före år 1982 för motsvarande vård längd och med dåvarande avgiftsnivå (40 kr./dag).

Av de 37 000 utförsäkrade patienterna som den 15 april 1983 var inlagda hos de huvudmän som tillämpade differentierad vårdavgift betalade ca 2 000 en fast vårdavgift för s. k. korttidsvård, i de flesta fall 45 kr./dag.

Övriga, dvs. ca 35 000, betalade en differentierad vårdavgift. Den vägda

genomsnittliga vårdavgiften för samtliga patienter hos de aktuella sjukvårdshuvudmännen uppgick till 57:50 kr./dag. För patienterna under 40 år var den vägda genomsnittliga vårdavgiften ca 50 kr./dag. Den genomsnittliga vårdavgiften varierade mellan sjukvårdshuvudmännen. Den högsta genomsnittliga avgiften inom ett sjukvårdsområde för patienter i åldersgruppen 65 år och äldre uppgick till 62 kr./dag, den lägsta till 50 kr./dag.

Cirka 60 procent av patienterna hade en vårdavgift i intervallet 45–59 kr./dag. De yngre patienterna hade lägre avgifter än de äldre. 12 procent av patienterna hade en avgift som är lägre än 45 kr./dag och 6 procent en avgift som är 90 kr. eller mer per dag. Den högsta debiterade vårdavgiften uppgick till drygt 300 kr./dag och avsåg ett enstaka fall. Avgift överstigande 200 kr./dag förekom i fyra sjukvårdsområden.

Av de ca 35 000, som betalade en differentierad vårdavgift, var 13 procent förtidspensionärer, dvs. under 65 år. 3 procent var under 40 år. I åldersgruppen under 65 år hade 16 procent en avgift som understeg 45 kr. och i åldersgruppen under 40 år hade 25 procent en avgift som understeg 45 kr.

Sjukvårdshuvudmännens totala kostnader för sjukhusvården uppgick 1982 till ca 40 miljarder kr. De intäkter sjukvårdshuvudmännen kan beräknas erhålla i avgifter från gruppen utförsäkrade patienter har för år 1983 uppskattats till ca 1 miljard kr., varav 225–250 miljoner kr. i merintäkter genom systemet med differentierade vårdavgifter. Merintäkterna har beräknats efter avdrag för administrationskostnader m. m. och jämfört med en fast avgift på 45 kr./dag. Vi understryker att dessa uppgifter är uppskattningar och att merintäkterna från differentierade vårdavgifter i framtiden kan förväntas öka till följd av bl. a. förändrad åldersstruktur och inkomstsituation för pensionärerna.

I samband med att systemet med differentierade vårdavgifter infördes uttalade riksdagen att tillämpningen av de nya reglerna måste ske med stor varsamhet. Riksdagen pekade särskilt på möjligheterna för patienterna att behålla sin bostad, hänsyn till anhöriga samt hänsyn till rehabiliteringsbehov varvid särskilt de unga förtidspensionärernas situation skulle beaktas.

Mot denna bakgrund redovisar vi sjukvårdshuvudmännens tillämpningsregler i dessa hänseenden.

Av de ca 35 000 utförsäkrade patienterna som den 15 april 1983 hade differentierade vårdavgifter erhöll drygt 9 000 (27 procent) jämkning. Av ålderspensionärerna erhöll ca 18 procent jämkning, medan ca 86 procent av förtidspensionärerna erhöll jämkning. De vanligaste jämkningsanledningarna var hänsyn till bostad och rehabilitering.

Vi kontaterar att tillämpningsreglerna – och därmed de ekonomiska konsekvenserna för de enskilda patienterna – varierar mellan sjukvårdshuvudmännen.

Vi återkommer inom ett halvår med en rapport om övriga delar av vårt utredningsuppdrag.

## Sammanfattning av arbetsgruppens slutrapport

I en delrapport (Ds S 1983: 13) avgiven i oktober 1983 redovisade vi en kartläggning av tillämpningen av differentierade vårdavgifter.

I förevarande slutrapport har vi belyst två grundalternativ för avgifter vid sjukhusvård för pensionärer, dels ett system med fasta avgifter, dels ett system med differentierade vårdavgifter enligt modifierade regler. För båda dessa grundalternativ har vi även behandlat frågan om att avskaffa den nuvarande regeln om ett års avgiftsfri sjukhusvård för pensionärer. Vi har därutöver belyst en avgiftsmodell som motsvarar den som gäller vid sjukhusvård för dem som uppbär sjukpenning.

Vi understryker att vår uppgift har varit att belysa olika alternativ, inte att lämna förslag till ställningstagande i avgiftsfrågan.

Mot bakgrund av motiven för införandet av det differentierade avgiftssystemet och kritiken mot detta redovisar vi i avsnitt 4 allmänna synpunkter på valet mellan fasta och differentierade avgifter.

Vi redogör i avsnitt 5 för bakgrunden till regeln om 365 dagars fri sjukhusvård för pensionärer och diskuterar även frågan om ett slopande av denna regel.

### Fast avgift

I alternativet med fasta avgifter för utförsäkrade pensionärer har vi gjort jämförelser med vad en sjukpenningförsäkrad betalar i avgift och storleken av nuvarande vårdavgifter för pensionärer. Vi har med utgångspunkt från nuvarande pensionsinkomster och regler om förbehållsbelopp försökt finna den nivå för en fast avgift som kan gälla utan att jämkning av avgifterna skall behöva prövas regelmässigt. Denna nivå torde ligga i storleksordningen 50–55 kr. per vård dag i 1984 års penningvärde.

### Modifiering av nuvarande differentierade avgifter

I alternativet med differentierade avgifter har vi redovisat tänkbara modifieringar av det nuvarande systemet i syfte att åstadkomma en mer enhetlig tillämpning bland sjukvårdshuvudmännen. Dessa modifieringar gäller t. ex. en enhetlig avgiftsnivå vid korttidsvård och gemensamma riktlinjer i fråga om avgiftsjämknig för bostadskostnader, hemmavarande make/maka och rehabilitering.

Den nuvarande regeln om sex dagars avgiftsfri karenstid ger avgiftsfrihet endast för 1–2 procent av det totala antalet vård dagar för utförsäkrade pensionärer samtidigt som regeln vållat en del administrativa problem hos sjukvårdshuvudmännen. Vi diskuterar frågan om ett slopande av denna regel.

## Avgifter enligt regler som motsvarar dem för sjukpenningförsäkrade

Alternativet med avgift genom avdrag på utgående pension motsvarar i princip det system som gäller för försäkrade med sjukpenning. Vi har funnit att ett sådant system förutsätter inhämtande av uppgifter och en differentiering efter inkomster som delvis svarar mot det i dagens differentierade system. Eftersom detta alternativ innebär en differentiering efter bruttointkomsten blir det inte lika rättvist knutet till betalningsförmågan som det nuvarande där nettointkomsten är avgiftsgrundande. Det får effekter på pensionärernas nettointkomster, som med hänsyn till främst den progressiva skatten och det inkomstprövade bostadstillägget är svåra att överblicka. Vi har konstaterat att det åtminstone under vissa förutsättningar blir orättvist olika pensionärer emellan samt medför otillfredsställande marginaleffekter.

## Ekonomiska konsekvenser

Sjukvårdshuvudmännens totala intäkter från utförsäkrade patienter i slutet vård kan år 1983 uppskattas till ca 1 miljard kr. Merintäkterna om samtliga huvudmän hade tillämpat differentierade vårdavgifter och jämfört med en fast avgift om 45 kr. per dag har vi i vår delrapport beräknat till 225–250 milj. kr.

Mot bakgrund av de förutsättningar som redovisats i avsnitt 9 konstaterar vi att ett fast avgiftssystem för de utförsäkrade pensionärerna med en avgift om 50 kr. per dag under år 1984 skulle minska sjukvårdshuvudmännens intäkter från pensionärerna med ca 165 milj. kr. jämfört med nuvarande differentierade avgiftssystem. Ett modifierat differentierat avgiftssystem utan karensdagar skulle öka sjukvårdshuvudmännens intäkter med ca 15 milj. kr. jämfört med nuvarande system. Jämfört med en fast avgift om 50 kr. per dag blir merintäkterna ca 180 milj. kr.

Om det avgiftsfria året borttages och ersätts med en fast avgift om 50 kr. per dag skulle sjukvårdshuvudmännens intäkter från pensionärerna för dessa vård dagar uppgå till ca 690 milj. kr. Med ett modifierat differentierat system även under det idag avgiftsfria året skulle sjukvårdshuvudmännens intäkter från dessa pensionärer uppgå till ca 730 milj. kr.

Om det avgiftsfria året borttages uppkommer frågan om nuvarande vård dags ersättning (ca 620 milj. kr.) från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen.

Vi har även gjort vissa uppskattningar av de ekonomiska konsekvenserna år 2000 av ett fast avgiftssystem jämfört med ett modifierat differentierat avgiftssystem. Dessa uppskattningar bygger på en serie av antaganden och förutsättningar om den framtida utvecklingen. Vi vill därför starkt understryka osäkerheten i våra uppskattningar.

Med de förutsättningar som redovisats i avsnitt 9 och om alla sjukvårdshuvudmän skulle tillämpa ett modifierat differentierat avgiftssystem år 2000 skulle merintäkterna från utförsäkrade patienter för huvudmännen kunna uppskattas till 500–700 milj. kr. jämfört med ett fast avgiftssystem med en avgift om 50 kr. per dag. Det betyder tre till fyra gånger större merintäkter år 2000 jämfört med år 1984.

# Förteckning över remissinstanserna och sammanställning av remissyttrandena över rapporterna (Ds S 1983: 13) Tillämpningen av differentierade vårdavgifter och (Ds S 1984: 10) Pensionärernas vårdavgifter vid sjukhusvård från en arbetsgrupp inom socialdepartementet

## 1 Remissinstanserna

Efter remiss har yttranden över rapporterna avgetts av riks försäkringsverket, socialstyrelsen, statens handikappråd, statskontoret, riksrevisionsverket, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Svenska arbetsgivareföreningen (SAF), Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR, Pensionärernas riksorganisation (PRO), Sveriges folkpensionärers riksförbund (SFRF) Handikappförbundens centralkommitté (HCK) och De handikappades riksförbund (DHR).

LO har bifogat yttrande från Svenska kommunalarbetsförbundet (SKAF). Därutöver har yttranden inkommit från hälso- och sjukvårdsavdelningen vid Gävleborgs läns landsting, Statspensionärernas riksförbund, Mölndals och Hamburgsunds pensionärsföreningar, Unga Synskadade i Västra Sverige samt Ensamståendes intressorganisation.

## 2 Remissyttrandena

Inledningsvis bör framhållas att arbetsgruppen i enlighet med sitt uppdrag har belyst olika alternativ men inte lämnat förslag till ställningstagande i avgiftsfrågan.

Inte någon remissinstans tillstyrker ett helt bibehållande av systemet med de nuvarande differentierade vårdavgifterna. *Riksförsäkringsverket* föreslår en kombination av de två huvudalternativen som arbetsgruppen diskuterar medan *Svenska kommunförbundet* och *Landstingsförbundet* förordar en modifiering av det nuvarande systemet.

*Hälso- och sjukvårdsnämndens kansli vid Gävleborgs läns landsting* redovisar ett förslag till ett reviderat avgiftssystem för utförsäkrade patienter.

*Riksrevisionsverket* anser att arbetsgruppens analyser bör kunna utgöra en grund för en politisk prövning av frågan om vårdavgifterna.

*Spri* anser att oavsett vilket avgiftssystem som väljs får det inte innebära ett hinder i rehabiliteringsärendena.

*SAF* menar att i takt med att pensionerna stiger – sedan år 1976 till och med snabbare än de förvärvsarbetandes löner – det är rimligt att pensionärerna får betala högre avgift för den sjukvård de konsumerar. *SAF* framför

vidare att ett system med fasta avgifter är enklare än ett med differentierade.

Prop. 1985/86: 43

*Socialstyrelsen, statens handikappråd, statskontoret, LO, SKAF, TCO, SACO/SR, PRO, SFRF, HCK, DHR, statspensionärernas riksförbund, Ensamstående intresseorganisation och Synskadade Ungdomar i Västra Sverige samt pensionärsorganisationen i Mölndal och Hamburgsund förordar enhetliga vårdavgifter.*

## 2.1 Avgiftssystemets utformning

### 2.1.1 Differentierade vårdavgifter

*Riksförsäkringsverket* anför:

Pensionär som är intagen för sjukhusvård under kortare eller längre tid, men som *beräknas bli utskrivna till eget boende*, bör betala en *fast avgift* för varje vård dag. Denna avgift bör vara i nivå med den avgift som gäller vid sjukpenningförsäkrades sjukhusvistelse och som en pensionär enligt verkets förslag skall betala under vistelse på vissa sociala institutioner. Det nuvarande avgiftsfria året bör avskaffas, eftersom det måste anses rimligt att pensionärer får betala en avgift för kost och andra utgifter som man har i hemmet, men som faller bort vid sjukhusvård.

När en pensionär får *stadigvarande vård* på en sjukvårdsinrättning, får det anses skäligt att han efter förmåga betalar en större andel av vårdkostnaderna. Detta betyder att *differentierade vårdavgifter* i sådant fall tas ut av pensionären på samma sätt som vid helinackordering i servicehus för äldre. En enhetlig högsta nivå bör dock fastställas för dessa avgifter.

Enligt riksförsäkringsverkets mening kan ett sådant avgiftssystem anses vara rimligt från pensionärernas synpunkt.

*Svenska kommunförbundet* anser att genom en modifiering av nuvarande system med differentierade vårdavgifter bör man i stor utsträckning kunna komma till rätta med många av de problem som har aktualiserats i debatten om differentierade avgifter för utförsäkrade patienter inom långtidsvården.

*Landstingsförbundet*, som anser att det är viktigt att avgiftsreglerna är neutrala i valet mellan social och medicinsk omvårdnad, anför:

Det är önskvärt och angeläget att det differentierade vårdavgiftssystemet för utförsäkrade pensionärer tillämpas såväl enhetligt som samligt av samtliga sjukvårdshuvudmän. Genom detta uppnås rättvisa såväl mellan de pensionärer som är *innehållande i slutna vård*, som mellan pensionärer med behov av skilda tjänster inom primärkommunal social omsorg respektive landstingskommunal medicinsk omsorg.

Landstingsförbundets styrelse har därför för avsikt att för sina medlemmar betona det angelägna i att systemet med differentierade vårdavgifter tillämpas av samtliga sjukvårdshuvudmän.

Likaså har Landstingsförbundets styrelse för avsikt att modifiera – dvs. precisera – den nuvarande rekommendationen på ett antal punkter för att uppnå en så stor enhetlighet som möjligt i tillämpningen mellan olika sjukvårdshuvudmän.

Kritiken mot de differentierade avgifterna har bl. a. gällt den varierande tillämpningen av reglerna för *jämknings* p. g. a. *hemmavarande anhöriga* och bostadskostnader. Detta har inneburit risk för olika vårdavgifter för patienter med i övrigt lika förhållanden – vilket inte kan anses stämma

### 2.2.2 Enhetliga vårdavgifter

En återgång till ett system med enhetliga vårdavgifter för pensionärerna förordas av *socialstyrelsen, statens handikappråd, statskontoret, LO, SKAF, TCO, SACO:SR, PRO, SFRF, HCK, DHR, Statspensionärernas riksförbund, Ensamståendes intresseorganisation* och *Synskadade Ungdomar i Västra Sverige* samt olika lokala pensionärsorganisationer.

*Socialstyrelsen* framför:

Enligt 2 § HSL skall vård ges på lika villkor till hela befolkningen. Denna princip gäller såväl vårdens tillgänglighet som dess innehåll. Enligt socialstyrelsens uppfattning kan allvarligt diskuteras huruvida inte de inkomstprövade vårdavgifterna för långtidssjuka yngre och äldre pensionärer får effekter som strider mot detta övergripande mål för hälso- och sjukvården. — — — En nödvändig förutsättning för den enskilde är då att ha ekonomiska möjligheter att kunna behålla sitt hem. De differentierade avgifterna hindrar en utveckling mot ett ökat kvarboende och vistelser i det egna hemmet. I en rehabiliteringssituation är det särskilt viktigt att ha egna medel till resor, egna kläder, kulturell stimulans och andra aktiviteter.

*Statens handikappåd* anför:

Den kanske allvarligaste invändningen mot avgifterna är att systemet framstår som rehabiliteringsfientligt. Under senare år har en rörelse bort ifrån institutioner mot eget boende och eget ansvar ägt rum. Denna trend har uppfattats som mycket positiv och den rehabiliterande effekten av detta kan inte nog understrykas. Men självständigt boende och andra rehabiliterande värden kräver oftast ekonomi. De differentierade vårdavgifterna, även jämkade sådana, är ett slag speciellt mot förtidspensionärerna som är utförsäkrade. Möjligheterna att spara för framtida behov av bostad och annat minskar genom de höga avgifterna. SHR saknar också här beskrivningar i rapporten "Tillämpningen av differentierade vårdavgifter" hur avgiftssystemet konkret drabbat exempelvis den unge förtidspensionären.

*Statskontoret* anser att det är inkonsekvent att differentiera sjukhusavgifterna för pensionärer men inte för övriga patientgrupper.

*LO* framför att det nuvarande avgiftssystemet bör överges och i stället anpassas till det som gäller inom sjukvården i övrigt.

*SKAF* anser:

Förbundet vill i detta sammanhang ändå bestämt avvisa system som upphäver principen om lika avgift i vård och omsorgsverksamheterna. Bl. a. av de skäl som ovan anförts och de förhållandevis blygsamma nettovinster varje sjukvårdshuvudman beräknas få genom en differentiering av avgifterna talar i stället entydigt för ett återinförande av ett generellt och fast vårdavgiftssystem.

*TCO* som framför att det finns starka skäl för att avskaffa de differentierade avgifterna anser:

Avgifterna innebär ett avsteg från den generella huvudlinjen i svensk socialpolitik som bygger på likabehandling och att de sociala förmånerna ska kunna uppfattas som rättigheter. Individuell behovsprövning upplevs ofta som kränkande av den enskilde individen som också kan känna sig utsatt för godtycke och rättslöshet. Allt detta är något som kritikerna av

systemet starkt understrukit. I rapporten har man endast summariskt redovisat denna kritik vilket är otillfredsställande.

Intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen är att befrämja en god hälsa på lika villkor. Pensionärernas vårdavgifter får inte utformas så att människor får ekonomiska svårigheter och kanske måste lämna sitt hem. Risk finns för att människor avstår från att söka vård eller att tillfrisknandet försämrades genom att de ångslas för sin egen eller familjens ekonomi.

*SACO/SR* framför att införandet av differentierade vårdavgifter motverkar en demokratisk och solidarisk socialpolitik. Fasta avgifter för utförsäkrade bör gälla i stället.

Pensionärs- och handikapporganisationerna har gjort skarpa uttalanden i sina remissvar mot det nuvarande avgiftssystemet. Bl. a. *PRO*, *SFRF*, *HCK*, *DHR* framför att det är svårt att inse att den som råkar bli långtids-sjuk eller får ett svårt handikapp ska betala mer än andra för samma vård eller omsorg. *PRO* anför:

*PRO* vill hävda, att för alla grupper av utförsäkrade, motverkar differentierade vårdavgifter aktiva insatser för en återgång till ett liv utanför institution. Ett framtida liv i den egna bostaden efter långa rehabiliteringsinsatser kan omintetgöras av en medicinsk bedömning att "utskrivning är tämligen otänkbar". I rehabiliteringen ligger också begreppet trygghet, tryggheten att det gamla hemmet finns kvar, möjligheten att göra besök där ens egna personliga ägodelar och minnen finns kvar. Det kan också innebära att man mister möjligheten att kunna planera för framtiden, exempelvis spara för framtida behov.

Flera andra remissinstanser, bl. a. *Statspensionärernas riksförbund*, *Ensamståendes intresseorganisation* och *Unga Synskadade i Västra Sverige* anser också att ett differentierat avgiftssystem motverkar rehabiliteringen.

*HCK* och *DHR* anser att det inte är förenligt med rättspraxis att besvär endast kan anföras hos sjukvårdshuvudmannen. *HCK* anför:

Avgiftssystemet förutsätter en ingående prövning av enskilda människors ekonomiska situation. Ett stort antal exempel finns redan på hur utförsäkrade pensionärer utsatts för förödmjukande granskning, där utlägg i minsta detalj skall redovisas för och godkännas av sjukvårdshuvudmännen. Ett anmärkningsvärt faktum i sammanhanget är att de utförsäkrade hittills inte haft några reella möjligheter att överklaga landstingens beslut om avgifterna; att få avgifternas storlek omprövad av utomstående.

### 3 Avgiftsfri sjukhusvård under 365 dagar

I arbetsgruppens slutrapport (s. 17) framförs att "om det avgiftsfria året avskaffade skulle alltså avgiftsreglerna inom sjukvården bli mer enhetliga, vilket kan anses eftersträvänsvärt med hänsyn till kravet på rättvisa olika grupper emellan".

#### 3.1 Bibehållande av det s. k. avgiftsfria året

*Statens handikappråd*, *Landstingsförbundet*, *PRO*, *SFRF*, *HCK*, *DHR*, *Statspensionärernas riksförbund*, *Ensamståendes intresseorganisation* och *Synskadade Ungdomar i Västra Sverige* anser att det s. k. avgiftsfria året inte får avskaffas.

*Landsingsförbundet* ser för närvarande ingen anledning att förorda ändrade regler under det avgiftsfria året.

*Socialstyrelsen* menar att åtminstone förtidspensionärerna bör få behålla det avgiftsfria året.

*Statens handikappråd:*

Alternativ ett innebär att en fast avgift lika för alla pensionärer tas ut. Detta förslag betyder i princip en återgång till de förhållanden som rådde före införandet av de differentierade vårdavgifterna 1982. SHR är för förslaget med en sådan inriktning. Förslaget eller alternativ ett får dock inte föra med sig att det avgiftsfria året avskaffas av kostnadsskäl, vilket antyds i arbetsgruppens rapport. Även om många pensionärer fått en förbättrad ekonomisk situation genom ATP, är det dock många unga handikappade som aldrig hinner få ihop ATP-poäng i tillräcklig omfattning förrän de förtidspensioneras. Basbeloppet har ju dessutom urholkats under senare år vilket försämrat många pensionärs situation ytterligare. Förutom alla andra kostnadshöjningar som speciellt drabbat de som är i stort behov av offentlig service i form av öppenvård, färdtjänst, hjälpmedel, hemservice etc. Det avgiftsfria året är därför av stor betydelse för många av pensionärerna.

Liknande synpunkter framförs av de handikapp- och pensionärsorganisationer som har yttrat sig över det avgiftsfria året.

### 3.2 Avskaffande av det avgiftsfria året

*Riksförsäkringsverket, statskontoret och LO* anser att det avgiftsfria året bör avskaffas.

*Riksförsäkringsverket* anför:

Ett motiv för pensionärernas rätt till ett års avgiftsfri sjukhusvård, som genomförs i etapper fram till år 1970, var att förbättra deras sjukförsäkringsskydd i samband med att vårdavgifterna vid sjukhusvård höjdes. Sedan dess har pensionärernas förhållanden förändrats. År 1970 hade ca 54 % av de nybeviljade ålderspensionärerna, utöver folkpension, ATP med ett genomsnittligt belopp som uppskattas till ca 2 500 kr. (ca 8 700 kr. i dagens prisläge). I dag har ca 83 % av nytillkomna pensionärer, utöver folkpension, ATP med ett genomsnittligt belopp på knappt 40 000 kr. Också folkpensionsförmånerna har förbättrats, bl. a. med dubbla pensions-tillskott för förtidspensionärer. Det kan därför enligt verkets mening knappast längre betraktas som obilligt om pensionärerna själva skulle få betala en avgift för kost och andra utgifter som man har i hemmet, men som faller bort vid sjukhusvård. En sådan avgift tas ju ut av övriga försäkrade genom sjukhusvårdsavdraget på sjukpenningen. Verket vill också erinra om vad som tidigare sagts om de olägenheter som det avgiftsfria året kan medföra i fråga om pensionärer på sociala institutioner.

*LO* anser att det inte bör finnas särskilda avgiftsregler inom sjukvården för någon befolkningsgrupp. Organisationen framför:

*LO* anser det viktigt att slå vakt om den grundläggande principen vid sjukhusvård: Alla medborgare ska ha samma rätt till sjukhusvård och den enskildes ekonomi ska varken uppåt eller nedåt föranleda någon form av särbehandling. Därför bör det inte finnas inkomstdifferentierade avgifter inom sjukhusvården. Därför bör man heller inte ha särskilda regler för en viss befolkningsgrupp (i detta fall pensionärerna), som t. ex. reglerna om 1 års avgiftsfri vård och 6 fria vård dagar vid varje sjukfall. Konsekven-

serna kan annars bli att även andra krav på uppluckring av den nu tillämpade "generella" socialpolitiska linjen för sjukvården kan få ökat gehör. Avgiftssystemet för pensionärer bör därför anpassas till det som gäller övriga medborgare så långt det är möjligt. Nivån på pensionärernas avgifter bör då läggas så att det i förhållande till dagsläget totalt sett blir oförändrade avgifter för pensionärskollektivet och oförändrade intäkter för sjukvårdshuvudmännen.

*SAF* instämmer i arbetsgruppens uttalande att den nuvarande regeln om frivård under 365 dagar är ett trubbigt instrument när det gäller att urskilja de vårdtagare som bör ha fri sjukhusvård på grund av mer akuta sjukdomar resp. betala avgift för bestående långvård.

*TCO* anser att om det avgiftsfria året ska slopas bör man ta hänsyn till att det fortfarande finns pensionärsgupper som har låg eller ingen ATP.

### 3.3 Vårdavgifter vid korttidsvård

De utförsäkrade patienterna behöver inte erlägga avgift för de första sex dagarna vid varje vårdtillfälle. Regeln har enligt slutrapporten i praktiken medfört administrativa problem.

*Statskontoret* och *LO* anser att regeln om de sex avgiftsfria dagarna bör avskaffas men *SFRF* och *Ensamståendes intresseorganisation* är av den uppfattningen att den bör vara kvar.

## 4 Administrationen av vårdavgifterna

Arbetsgruppen diskuterar ett avgiftssystem som direkt skulle beröra den allmänna försäkringen. Enligt denna modell skulle försäkringskassorna göra avdrag på utgående pensioner enligt regler som i princip motsvarar dem som gäller för sjukhusvårdsavdrag på sjukpenning. Arbetsgruppen avvisar detta alternativ bl. a. därför att det skulle ge upphov till otillfredsställande marginaleffekter. Vidare finner arbetsgruppen att inhämtande av inkomststoppgifter skulle medföra en betungande administration för försäkringen samt att det dessutom i en del situationer torde innebära fördelar att sjukvårdshuvudmännen själva fastställer och uppbär avgifterna.

Endast ett fåtal remissinstanser har yttrat sig i denna fråga. Såväl *riksförsäkringsverket* som *statskontoret* avstyrker modellen där försäkringskassorna skulle göra avdrag på patienternas pension.

*Statskontoret* anför:

Det är relativt svårt att avgöra om man bör välja en lösning med *fast avgift* eller – på i princip samma sätt som beträffande sjukpenningförsäkrade – *avdrag på pensionen* genom försäkringskassans försorg. Vad som kan tala för att sjukvårdshuvudmännen själva fastställer och uppbär avgifterna är att sjukhusen vid tillfället för sjukvården har närmare kontakter med patienten och dennes anhöriga än vad försäkringskassan har.

## 5 Ekonomiska konsekvenser

Ett differentierat avgiftssystem kommer att ge sjukvårdshuvudmännen växande avgiftsintäkter under kommande år. Beräkningar av de ekonomiska konsekvenserna återfinns i arbetsgruppens slutrapport. Endast ett fåtal remissinstanser uttalar sig om de ekonomiska konsekvenserna av olika avgiftssystem.

*Landstingsförbundet* anser att fast avgiftssystem jämfört med ett differentierat avgiftssystem skulle leda till ett större intäktsbortfall för sjukvårdshuvudmännen än vad som har redovisats i slutrapporten. Förbundet anser vidare att merintäkterna från det differentierade avgiftssystemet ger ett väbehövligt och värdefullt ekonomiskt tillskott till sjukvårdshuvudmännen vilket möjliggör en snabbare utbyggnad och omstrukturering av äldre vården.

*Statskontoret* anför:

Arbetsgruppen har redovisat beräkningar, hur sjukvårdshuvudmännens intäkter skulle påverkas med ett fast avgiftssystem vid olika avgiftsnivåer. Med en dagavgift om 55 kr. skulle sjukvårdshuvudmännens intäkter minska med ca 75 milj. kr./år. Sjukvårdshuvudmännens totala kostnader uppgick 1982 till ca 40 miljarder kr. Vården är till den allt övervägande delen skattefinansierad. En inkomstminskning om 75 milj. kr./år skulle motsvara knappt 0,2% av totalkostnaderna för sjukhusvården. Det synes därför finnas goda möjligheter att fastställa en fast dagavgift som gör att intäktsminskningen för sjukvårdshuvudmännen kan kompenseras. Bedömningen av olika avgiftssystem vad avser taxenivåer och intäkter blir i viss mån beroende av ställningstagandet till arbetsgruppens propåer om att avskaffa det s. k. avgiftsfria året för pensionärerna.

## 6 Övrigt

Enligt *socialstyrelsens* uppfattning är det nödvändigt med en mer fördjupad genomgång av hela systemet med bidrag och avgifter. I sitt fortsatta arbete med boende, service och vård av äldre och handikappade i anslutning till bl. a. regeringens bostadsförbättringsprogram kommer styrelsen att behandla sådana frågor, vilket kan ge ett underlag för en mer samlad analys.

*Statskontoret* anför:

Enligt statskontorets mening finns det ett ökande behov av samordnade insatser och ett långsiktigt, metoderutvecklingsarbete för att skapa en allmän inkomstförsäkring med så enhetliga bidragsvillkor som möjligt för en sammanhållen författningsreglering. Om detta inte sker finns stora risker för att försäkringssystemet inte kan tillgodose rimliga krav på att stöd skall ges till dem som bäst behöver det och att svaga och utsatta grupper inte skall behöva "komma i kläm". Det sistnämnda får enligt statskontorets mening i viss mån anses ha skett när det gäller pensionärerna och deras sjukvårdsavgifter.

## Överenskommelse om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen i samband med avskaffandet av det differentierade avgiftssystemet för ålders- och förtidspensionärer vid sjukhusvård

Efter överläggningar mellan representanter för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen har överenskommelse träffats om följande åtgärder.

1. Den 1 januari 1982 infördes möjligheten för sjukvårdshuvudmännen att ta ut s. k. differentierade vårdavgifter för ålders- och förtidspensionärer som vårdas på sjukhus i fall då ersättning för vården inte utges från den allmänna försäkringen. Från den 1 april 1986 sker en återgång till ett avgiftssystem med fasta patientavgifter.

För pensionärer för vilka inte utges försäkringsersättning till sjukvårdshuvudmännen för sjukhusvård (s. k. utförsäkrade) tar sjukvårdshuvudmännen ut en fast avgift för sjukhusvård från första vård dagen vid varje vårdtillfälle. Varje sjukvårdshuvudman fastställer avgiften som skall vara högst 55 kr. per vård dag.

För det stora flertalet pensionärer kommer avgiften att utgöra 55 kr. per vård dag. Det förutsätts att huvudmännen – liksom vid det tidigare systemet med fasta vårdavgifter – vid behov medger avgifts nedsättning. Ett skäl för nedsättning av vårdavgiften är pensionärens behov av och möjlighet att betala kostnaden för egen bostad. Vidare förutsätts att hänsyn tas till pensionärens behov av medel för särskilda rehabiliteringsinsatser. Information skall ges till berörda pensionärer om möjligheten till nedsättning av vårdavgiften.

2. Ersättning skall utges till de sjukvårdshuvudmän som orsakas inkomstförluster genom en återgång från ett system med differentierade vårdavgifter till ett avgiftssystem med fasta vårdavgifter. Detta gäller för 18 sjukvårdshuvudmän. Ersättning skall utges med 13 kr. per vård dag för utförsäkrade patienter fr. o. m. den 1 april 1986. För perioden april–december 1986 är ersättningsbeloppet totalt ca 135 milj. kr. På årsbasis motsvarar detta 180 milj. kr. Ersättningen betalas ut månadsvis i efter skott.
3. Frågor som rör vårdavgifter och ersättningar till sjukvårdshuvudmännen kommer att tas upp i socialdepartementets överläggningar med Landstingsförbundet inför år 1987.
4. Överenskommelsen gäller under förutsättning att åtgärderna godkänns av regeringen och Landstingsförbundets styrelse.

Anm. Lagförslag och författningsändringar som behövs för genomförandet av de nya ersättningsreglerna kommer att utarbetas av socialdepartementet.

Regeringens proposition .....	1
Propositionens huvudsakliga innehåll .....	1
Propositionens lagförslag .....	3
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 24 oktober 1985 .....	8
1 Inledning .....	8
2 Nuvarande ordning .....	10
3 Föredragandens överväganden .....	12
3.1 Fasta vårdavgifter för ålders- och förtidspensionärer vid sjukhusvård .....	12
3.2 Det s.k. avgiftsfria året .....	14
3.3 Avgiftsfrihet vid korttidsvård .....	15
3.4 Sjukpenningavdraget vid sjukhusvård .....	16
3.5 Ersättningen för sjukhusvård .....	16
3.6 Prisnedsättningen vid läkemedelsinköp .....	17
3.7 Vissa följdändringar i lagen (1981: 49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m. ....	17
3.8 Kostnader och finansiering .....	18
4 Upprättade lagförslag .....	18
5 Hemställan .....	19
6 Beslut .....	19
Bilaga 1. Sammanfattning av arbetsgruppens rapporter .....	20
Bilaga 2. Sammanfattning av remissyttrandena .....	24
Bilaga 3. Överenskommelse om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen i samband med avskaffandet av det differentierade avgiftssystemet för ålders- och förtidspensionärer vid sjukhusvård .....	31