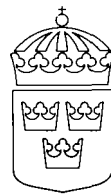


# Regeringens proposition 1987/88:63



om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen,  
m.m.

Prop.  
1987/88:63

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 5 november 1987 för den åtgärd och det ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

*Ingvar Carlsson*

*G. Sigurdson*

## Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen redovisas en överenskommelse som har träffats med företrädare för sjukvårdshuvudmännen om vissa ersättningar från sjukförsäkringen för åren 1988 och 1989. Överenskommelsen har utformats mot bakgrund av ett antal utgångspunkter som parterna gemensamt har formulerat angående den framtida utvecklingen och inriktningen av hälso- och sjukvården i landet. Överenskommelsen bygger på det system med schabloniserade ersättningar till sjukvårdshuvudmännen som infördes fr.o.m. år 1985. Vidare förutsätts i huvudsak oförändrade regler för anslutningen av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster till den allmänna sjukförsäkringens ersättningssystem. I några avseenden förutsätter dock den nu träffade överenskommelsen ändringar i regelsystemen.

Den allmänna sjukvårdsersättningen, som hittills i princip har grundats på ett enhetligt belopp per invånare, skall fr.o.m. år 1988 fördelas efter en behovsbaserad modell, som i korthet innebär att sjukvårdsområdena delas in i tre behovsklasser med hänsyn till dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspensionering samt andel ensamboende äldre. Beloppsmässigt skall skillnaden mellan var och en av behovsklasserna vara 50 kr. per invånare. Målet är att denna rättvisare fördelning skall vara helt genomförd under år 1990.

De regler om prioritering och vårdplanering och om upptagningsområden som fastställts för fördelning av det statliga bidraget till gråstarrs-, höftleds- och kranskärlsoperationer skall gälla även för åren 1988 och 1989.

Som ett led i förenklingen av regelsystemet kommer fr.o.m. den 1 januari 1989 att i den allmänna sjukvårdsersättningen till sjukvårdshuvudmännen ingå också den prestationsbundna ersättning för sjukhusvård som f.n. utges från försäkringen per vård dag till enskilda sjukvårdsinrättningar, vilka är

uppförda på en av riks försäkringsverket upprättad förteckning. Dessa vårdinrättningar förutsätts i stället få ersättning genom vårdavtal med berörda sjukvårdshuvudmän.

Enligt överenskommelsen skall sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1989 få rätt att ta ut höjda avgifter av patienterna vid besök eller behandling inom den öppna vården samt vid telefonrådgivning.

Vidare skall enligt överenskommelsen ändring göras fr.o.m. den 1 juli 1988 i ersättningssystemet för den födelsekontrollerande verksamhet m.m. som bedrivs genom vissa organisationer med socialstyrelsens tillstånd.

Den allmänna sjukvårdsersättningen för åren 1988 och 1989 beräknas till 10 669 milj. kr. resp. 12 039 milj. kr. Dessutom utges under dessa år ett särskilt statsbidrag med 164 milj. kr. resp. 169 milj. kr. till den psykiatriska vården.

Beträffande anslutningen till sjukförsäkringens ersättningssystem av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster gäller att försöksverksamheterna med fri anslutningsrätt i vissa stödområden och fri rätt till ersättningsetablering över hela landet permanentas fr.o.m. år 1988.

## Lag om ändring i lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.

Härigenom föreskrivs att 1 och 3 §§ lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*1 §<sup>1</sup>

Staten, landstingskommun och kommun erhåller ersättning från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring för rådgivning som lämnas i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering.

Ersättning för sådan rådgivning som avses i första stycket utges även till organisationer som med socialstyrelsens tillstånd bedriver rådgivningen samt till läkare som är uppförd på en av den allmänna försäkringskassans upprättad förteckning.

Ersättning för sådan rådgivning som avses i första stycket utges även till läkare som är uppförd på en av den allmänna försäkringskassans upprättad förteckning.

3 §<sup>2</sup>

Ersättning för resekostnader i samband med rådgivning enligt denna lag utges till den som är försäkrad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring med tillämpning av grunder som regeringen fastställer.

Ersättning för resekostnader i samband med rådgivning enligt denna lag utges till den som är försäkrad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring med tillämpning av grunder som regeringen fastställer. *Det gäller även resekostnader i samband med sådan rådgivning, när den bedrivs av organisationer med socialstyrelsens tillstånd.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1988.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1984:687.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1984:687.

Utdrag ut protokoll vid regeringssammanträde den 5 november 1987

Närvarande: statsministern Carlsson, ordförande och statsråden Feldt, Sigurdsen, Gustafsson, Leijon, Hjelm-Wallén, Bodström, Göransson, Dahl, R. Carlsson, Holmberg, Hellström, Johansson, Hultström, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist, Thalén

Föredragande: statsrådet Sigurdsen

---

## Proposition om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, m.m.

### 1 Inledning

En god hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen är – i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (HSL) – övergripande mål för hälso- och sjukvården. Genom den förändring av ersättningarna från den allmänna sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen som genomfördes år 1985 lades en väsentlig grund för en vidareutveckling av hälso- och sjukvårdspolitiken enligt dessa utgångspunkter (prop. 1983/84:190, Sfu 31, rskr. 393).

Förändringen innebar en övergång från prestationsbundna ersättningar till en samlad ersättning per invånare. Den innebar också en samordning med försäkringens ersättningar till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster i syfte att förbättra förutsättningarna för en samordnad planering av den offentliga och privata hälso- och sjukvården. I samband med fastställandet av ersättningarna för år 1987 (prop. 1985/86:167, Sfu 1986/87:1, rskr. 9) genomfördes vissa ytterligare förenklingar i systemet bl.a. genom att ersättningen för sjukhusvård inordnades i den allmänna sjukvård ersättningen.

Efter överläggningar mellan förträdare för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen har överenskommelse träffats om ersättningar för åren 1988 och 1989. Den nu träffade överenskommelsen bygger på de principer som lagts fast i de två tidigare överenskommelserna, men innehåller också några viktiga förändringar.

Det prestationsbaserade ersättningssystem som tillämpades till och med år 1984 gav upphov till en successivt ökande regional obalans i fördelningen av ersättningarna. Denna utveckling bröts genom det nya ersättningssystemet och från och med år 1985 har det skett en utjämning av ersättningsnivåerna de olika landstingen emellan.

Den utjämning som hittills uppnåtts har givit väsentligt förbättrade förutsättningar för en vård på lika villkor för hela befolkningen. Samtidigt finns det betydande skillnader i vårdbehov mellan olika sjukvårdsområden och som bl.a. kan förklaras av olikheter i befolkningens socioekonomiska förhållanden.

För att ge ytterligare ökade förutsättningar för sjukvårdshuvudmännen att erbjuda en vård på lika villkor införs fr.o.m. år 1988 en behovsbaserad för-

delning av den allmänna sjukvårdsersättningen. I samband med att ersättningsnivån har fastställts har det också eftersträvat att en fullt genomförd utjämning skall kunna uppnås och en sådan utjämning kommer i princip att vara genomförd fr.o.m. år 1990.

De fördelningskriterier som valts som grund för den behovsbaserade resursfördelningen är olikheter i befolkningens dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspension samt antalet äldre ensamboende. Den behovsbaserade fördelningen innebär i första hand att sjukvårdsområden med en relativt sett hög andel arbetare och lägre tjänstemän erhåller en större ersättning än vad som annars varit fallet. Genom att införa en behovsbaserad fördelning av sjukvårdsersättningarna uppnås således väsentliga fördelningspolitiska effekter. Sjukvårdshuvudmännen ges ökade förutsättningar att anpassa hälso- och sjukvårdens resurser till den ojämna fördelningen av behoven.

Under andra halvåret 1987 utgår ett särskilt statligt bidrag till vissa operationer. Bidraget avser stimulera till en ökad operationskapacitet och ökad genomströmning inom de tre vårdområdena gråstarrsoperationer, operationer för nya höftleder och kranskärlsoperationer. Regeringen fastställde den 1 oktober 1987 vissa indikationer och krav som måste vara uppfyllda för att ersättning skall utgå.

I enlighet med vad som angivits i den proposition som ligger till grund för beslutet om den särskilda ersättningen (prop. 1986/87:114, SoU 37, rskr. 340) har denna ersättning omprövats i samband med de nu slutförda förhandlingarna om sjukvårdsersättningarna. Härvid har föreslagits att den särskilda ersättningen till vissa operationer fr.o.m. år 1988 skall inordnas i den allmänna sjukvårdsersättningen.

Fortsatta kraftfulla åtgärder för att minska de långa väntetiderna inom de tre nämnda verksamhetsområdena är nödvändiga. Det råder enighet om att de indikationer och krav som gemensamt har lagts fast för den särskilda ersättningen till operationer för år 1987 skall fortsätta att gälla i tillämpliga delar. Sjukvårdshuvudmännen skall således upprätta vårdplaneringslistor för gråstarrsoperationer, höftledsoperationer och kranskärlsoperationer. Patienterna delas in i olika prioriteringsgrupper och för varje grupp har en från medicinsk synpunkt längst planeringstid fastställts. För nämnda operationer har patienten möjlighet att bli remitterad till annat sjukvårdsområde om de angivna längst väntetiderna överskrids.

Det råder enighet om att operationskapaciteten även fortsättningsvis måste öka och belastningen över landet utjämnas. Att landstingen inom ramen för de ersättningar som utgår självständigt svarar för de nödvändiga prioriteringarna är också naturligt men jag vill i detta sammanhang betona vikten av att sjukvårdshuvudmännen både enskilt och i samarbete vidtar åtgärder så att långa väntetider kan elimineras. Vidare krävs en god framförhållning och flexibilitet för att undvika att en motsvarande situation uppstår inom andra medicinska verksamhetsområden.

Inom de områden jag berört innebär överenskommelsen således vissa principiellt viktiga förändringar som är angelägna för att få en utveckling inom hälso- och sjukvården i enlighet med HSL:s målsättningar. När det gäller frågorna om samverkan mellan privat och offentlig vård och de därmed sammanhängande anslutningsreglerna för privatpraktiserande vårdgivare innefattar överenskommelsen inga väsentliga förändringar.

Som ett underlag för överenskommelsen har effekterna av ersättningssystemets förändring på den privata vården särskilt studerats. En nedgång i antalet läkarbesök hos privatpraktiker noterades år 1985 i samband med att de nya anslutningsreglerna infördes. Denna nedgång avsåg emellertid i sin helhet besök som utförts hos läkare som inte är heltidsverksamma privatpraktiker, dvs. framför allt hos så kallade fritidspraktiker. Däremot har antalet heltidsverksamma privatpraktiserande läkare ökat sedan år 1984 och år 1986 fanns ett 50-tal fler heltidsverksamma privatpraktiserande läkare än år 1984.

En positiv effekt vad gäller privatvården är vidare att tendensen till att de privata vårdresurserna koncentrerats till storstäderna har brutits. Försöksverksamheten med fri anslutning och förhöjd nyetableringstaxa i stödområdena har blivit en viktig faktor när det gäller att öka vårdresurserna i de sämst tillgodosedda delarna av landet. De regler som tillämpas i dessa avseenden bör därför övergå till att gälla utan någon tidsbegränsning. Motsvarande bör också tillämpas för ersättningsetableringarna.

I samband med överläggningarna har också ett särskilt avtal träffats mellan Landstingsförbundet och Sveriges Läkarförbund. En gemensam arbetsgrupp tillsätts i syfte att förbättra rekryteringen av privatpraktiserande läkare över landet.

Det s.k. avgiftsfria året vid sjukhusvård av ålderspensionärer förutsätts i överenskommelsen bli avskaffat fr.o.m. år 1989 samtidigt som ett nytt system för pensionärernas vårdavgifter skall införas. Det nya systemet bör, enligt vad riksdagen givit till känna, utgå från att likartade avgiftsregler bör gälla vid sjukhusvård för såväl sjukpenningförsäkrade som pensionärer. Till följd härav bör, enligt min uppfattning, för ålderspensionärer och utförsäkrade förtidspensionärer införas ett system med avgift genom avdrag på pension. Det blir då naturligt att systemet administreras av de allmänna försäkringskassorna. Tidsåtgången för att utveckla och genomföra ett sådant helt nytt system har lett till den slutsatsen att omläggningen bör ske den 1 januari 1989. Jag avser därför att återkomma till regeringen med förslag om att förelägga riksdagen en särskild proposition om detta i sådan tid att ändringen kan ske den 1 januari 1989.

Enligt överenskommelsen ingår i den allmänna sjukvårdsersättningen fr.o.m. år 1989 den ersättning per vård dag för sjukhusvård som f.n. utges från försäkringen till vissa enskilda sjukvårdsinrättningar som är uppförda på en av riksförsäkringsverket upprättad förteckning. Det förutsätts att sjukvårdshuvudmännen sluter vårdavtal med de berörda vårdinrättningarna om ersättningsbelopp m.m.

Överenskommelsen innebär vidare att sjukvårdshuvudmännen skall få rätt att ta ut höjda patientavgifter för läkarvård och sjukvårdande behandling fr.o.m. år 1989. Dessa avgifter har varit oförändrade sedan det nya ersättningssystemet infördes år 1985.

I övrigt innehåller överenskommelsen ändringar i ersättningssystemet för den födelsekontrollerande verksamhet m.m. som med socialstyrelsens tillstånd bedrivs av vissa organisationer.

Jag förordar att de i överenskommelsen angivna åtgärderna genomförs på det sätt som redogörs för i det följande. De förslag som jag nu lägger fram förutsätter ändring i lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontroll-

lerande verksamhet m.m. I övrigt ankommer det på regeringen att fatta erforderliga beslut. Riksdagen bör beredas tillfälle att ta del av överenskommelsen genom att den fogas till protokollet i detta ärende som bilaga 1. Jag kommer senare att föreslå regeringen de förordningsbestämmelser som behövs för genomförandet.

## 2 Gällande ersättningsregler

### 2.1 Det nya ersättningssystemet fr.o.m. år 1985

Sjukvårdersättning från den allmänna sjukförsäkringen utges enligt 2 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) i form av ersättning för öppen hälso- och sjukvård, tandvård, sjukhusvård, läkarvård eller sjukvårdande behandling som utförs av annan än läkare. Vidare utges viss ersättning för sjukvårdshuvudmännens kostnader för hemsjukvård, öppen psykiatrisk vård, förebyggande hälsovård, sjuktransporter och handikapphjälpmedel. Ersättningarna utbetalas efter grunder som regeringen fastställt.

På grundval av en i mars 1984 träffad överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen infördes fr.o.m. år 1985 nya regler för ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen. I samband härmed infördes också nya regler för anslutningen av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster till sjukförsäkringens ersättningssystem. Överenskommelsen avsåg åren 1985 och 1986. I enlighet med en senare överenskommelse mellan parterna för år 1987 gäller fortfarande med vissa mindre ändringar det fr.o.m. år 1985 införda systemet.

### 2.2 Ersättningar och ersättningsbelopp för år 1987

Merparten av ersättningen för år 1987 utges liksom för åren 1985 och 1986 i form av en *allmän sjukvårdersättning*. Denna ersättning uppgår för år 1987 till 10 169 milj. kr. och avser inte bara primärvård och övrig öppen vård, utan även sjukhusvård och sjuktransporter. I den allmänna sjukvårdersättningen ingår statsbidraget till allmän sjukvård m.m. på 4 300 milj. kr. De tidigare särskilda ersättningarna för att stimulera utvecklingen av hemsjukvården resp. öppnare vårdformer inom psykiatrin fördes för år 1987 samman till en ersättning för *avinstitutionalisering inom hälso- och sjukvården* med 95 kr. per invånare. Liksom för åren 1985 och 1986 utges för år 1987 en särskild ersättning för *förebyggande hälsovårdande åtgärder* med oförändrat 48 kr. per invånare. Enligt överenskommelsen för år 1987 utges också en särskild ersättning med 85 kr. per invånare för *tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade m.m.* Från den ersättningen skall 3:80 kr. per invånare avräknas och tillföras en särskild fond för handikappinstitutets verksamhet.

Nu angivna ersättningsbelopp och grunderna för dem har fastställts av regeringen i förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Enligt en särskild överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen utges ett *särskilt bidrag till den psykiatriska vården* fr.o.m. år 1982 t.o.m. år 1991. För år 1987 uppgår detta bidrag till 159 milj. kr.

## 2.3 Patientavgifter

Enligt överenskommelsen för år 1987 får offentlig sjukvårdshuvudman för öppen hälso- och sjukvård ta ut patientavgifter med högst följande belopp under år 1987. Beloppen är oförändrade i förhållande till åren 1985 och 1986.

*Läkarvård* 50 kr. per besök. Tilläggsavgift 25 kr. vid besök hos den sjuke. Telefonrådgivning 20 kr.

*Sjukvårdande behandling* (utförd av annan än läkare) 25 kr per behandling.

Även dessa högsta avgifter har fastställts av regeringen i nyss nämnda förordning. Fr.o.m. år 1987 gäller – på motsvarande sätt som vid andra läkarbesök efter remiss – att någon avgift för första läkarbesöket i offentlig sjukvård inte får tas ut av patient som remitterats från läkare vid studerandehälsovårdsmottagning, under förutsättning att patienten betalat avgift vid besöket hos den remitterande läkaren.

För *sjukhusvård* tas avgift ut av försäkringskassan genom avdrag på sjukpenningen med högst 55 kr. per dag. Ålders- och förtidspensionärer har dock rätt till avgiftsfri vård under 365 dagar. Därefter får sjukvårdshuvudmannen ta ut en vårdavgift på högst 55 kr. per dag. Nedsättning skall vid behov kunna medges.

## 2.4 Villkoren för privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters anslutning till sjukförsäkringen m.m.

För att en försäkringskassa skall kunna ansluta en privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast till sjukförsäkringens ersättningssystem krävs fr.o.m. år 1985 att sjukvårdshuvudmannen tillstyrker detta. En sådan tillstyrkan sker normalt genom att ett samverkansavtal träffas. Den försöksverksamhet med fri etableringsrätt inom stödområdena för privatpraktiker med heltidsverksamhet som samtidigt infördes har förlängts att omfatta även år 1987. Detsamma gäller försöksverksamheten med fri ersättningsetablering över hela landet.

Fr.o.m. år 1987 gjordes några smärre förändringar och kompletteringar i anslutningsreglerna. Det kan bl.a. nämnas att möjligheter öppnades för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster att tillfälligt vikariera inom den offentliga vården utan att bli avförda från försäkringskassans förteckning. På motsvarande sätt kan offentligt anställda läkare och sjukgymnaster tillfälligt vikariera inom den privata vården. Vidare företogs ändringar i anslutningsreglerna för sjukgymnaster vid ersättningsetablering i grupp-mottagning så att rätten att få vara ansluten till försäkringen begränsades till den tid som sjukgymnasten arbetar vid en sådan mottagning.

Frågan om läkarpsykoanalytikernas möjligheter att kunna arbeta inom sjukförsäkringens ram med hänsyn till de särskilda förhållanden som gäller för deras verksamhet behandlades i propositionen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1987 (prop. 1985/86:167). Där framhöll jag dels det angelägna i att frågan behandlades på ett positivt sätt i sjukvårdshuvudmannens planering för år 1987, dels att jag inte då var beredd att föreslå



några särskilda regler i fråga om läkarpsykoanalytikernas anslutning till försäkringen. Jag återkommer till denna fråga i det följande.

## 2.5 Övrigt

Studerandeorganisationernas hälsovård har sedan den 1 juli 1985 varit avskild från den allmänna försäkringens ersättningssystem genom att ett nytt system med statsbidrag då infördes för denna verksamhet. Ett nytt ersättningssystem med statsbidrag infördes även för företagshälsovård fr.o.m. den 1 januari 1986, varför också denna verksamhet blivit avskild från försäkringens ersättningssystem. Detta gav bl.a. sjukvårdshuvudmännen formell möjlighet att debitera patientavgift för sådana besök i offentlig vård som sker efter remiss av läkare inom studerandehälsovård och företagshälsovård. Fr.o.m. år 1987 gäller dock att den patientavgift som tagits ut av försäkrad vid besök hos läkare inom nämnda vårdformer även innefattar sådan röntgen- och laboratorieundersökning, röntgen- och radiumbehandling och annan behandling med joniserande strålning som vederbörande läkare har remitterat den försäkrade till. Vid remiss till en läkare inom offentlig sjukvård innefattar patientavgiften också det första besöket hos den läkaren.

Fr.o.m. år 1987 har också bestämmelserna om remiss från privatpraktiserande läkare eller läkare vid företagshälsovårdsmottagning ändrats så att det klart framgår att avgiftsfrihet skall gälla även vid remiss till det sjukvårdsområde där den försäkrade är bosatt. Samtidigt har bestämmelserna utvidgats så att de också omfattar remiss från läkare anställd av studerandehälsovårdsorganisation.

## 3 Allmänna utgångspunkter för den nya överenskommelsen med sjukvårdshuvudmännen

Som en grund för den träffade överenskommelsen för åren 1988 och 1989 har vissa utgångspunkter för hälso- och sjukvårdens utveckling ställts upp gemensamt av parterna. Eftersom dessa utgångspunkter anger inriktningen av den hälso- och sjukvårdspolitik som bör föras under de närmaste åren återges dessa i sin helhet i det följande som en bakgrund till de överväganden jag senare kommer att redovisa.

I överenskommelsen anges att hälso- och sjukvården i Sverige håller en hög kvalitet i en internationell jämförelse. Det finns trots det områden där förbättringar är nödvändiga.

Det är angeläget att söka tillgodose patienternas önskemål och krav på förbättrad service, större valfrihet och tillgänglighet inom vården. Parterna är därför överens om att sjukvårdshuvudmännen skall ytterligare öka sina insatser för att åstadkomma förbättringar i dessa hänseenden, t.ex. genom att anpassa telefon- och öppettider, vidga samarbetet inom och mellan landstingen och även i övrigt sätta patienten i centrum för vårdorganisationen.

Parterna är vidare överens om att den angelägna utbyggnaden av primärvården skall fortsätta under den tid överenskommelsen avser för att ytterligare förbättra medborgarnas möjligheter att snabbt få tillgång till kvalitativt

hög och nära vård. Åtgärder skall också vidtas för att förbättra samverkan mellan primärvården och den sociala hemtjänsten.

Stora insatser har gjorts från sjukvårdshuvudmännens sida för att utöka operationskapaciteten inom angelägna områden i syfte att minska patienternas väntetider. Parterna är överens om att ytterligare åtgärder behövs för att problemen med långa väntetider skall rättas till. Ett effektivare utnyttjande av operationssalarna kan åstadkommas genom att resurser för förberedelser och eftervård förstärks. Extra insatser från den egna personalens sida måste stimuleras av huvudmännen. Samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen måste också öka för att långa väntetider till vissa operationer skall kunna minska.

Sjukvårdshuvudmännen skall samverka och samplanera vid utbyggnad och utnyttjande av den högspecialiserade vården. För vissa behandlingsformer bör därför hela landet utgöra upptagningsområde för att resurserna inte skall splittras på ett för landet som helhet orationellt sätt.

En anpassning av resurserna till sjukhusvården måste hela tiden ske, inte minst mot bakgrund av primärvårdens utbyggnad, så att resurserna används på bästa sätt. Även omprioriteringar måste ske och äldre behandlingsmetoder utmönstras till förmån för nyare och mer ändamålsenliga metoder för att tillförsäkra patienterna bästa kvalitet i vården. Parterna är ense om att insatser måste göras för att produktivitet och effektivitet i vården skall kunna förbättras kontinuerligt. Ett gemensamt informationssystem bör snarast utvecklas för att bl.a. kunna följa resursanvändning och produktivets- och effektivitetsutveckling. Parterna avser därför att snarast tillsätta en gemensam utredning med uppdrag att söka utforma ett sådant informationssystem.

Det bör vidare uppdras åt socialstyrelsen att i samråd med Landstingsförbundet, riksförsäkringsverket, Spri och statistiska centralbyrån kartlägga vårdresursernas utveckling, omstrukturering mellan skilda verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården och vissa andra övergripande frågeställningar kring hälso- och sjukvårdens utveckling som nämnts tidigare. Arbetet bör bedrivas så att det sker en redovisning till regeringen där socialstyrelsen presenterar analyser av folkhälsans utveckling och vårdresursernas utveckling. I uppgiften att utveckla ett gemensamt informationssystem bör också ingå att klara ut hur informationen från ett sådant system skall utnyttjas som underlag för dessa årliga redovisningar.

Parterna är också överens om att snedfördelningen av läkarresurser över landet är ett stort problem. Styrmedel, som bättre än de nuvarande ger bristlänen förutsättningar att öka sin läkarandel bör därför utvecklas. Parterna är överens om att gemensamt utarbeta en modell för detta.

### 4.1 Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för åren 1988 och 1989

#### 4.1.1 Inledning

Inledningsvis vill jag framhålla att ersättningarna från sjukförsäkringen är det viktigaste ekonomiska instrument som staten förfogar över för att påverka hälso- och sjukvården. Den förändring av ersättningssystemet som genomfördes år 1985 var därför en av de mest betydelsefulla sjukvårdspolitiska reformerna under senare år.

Före år 1985 utbetalades större delen av ersättningarna från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen på basis av de prestationer som utfördes i form av t.ex. läkarvård och andra sjukvårdande behandlingar. Det visade sig efter hand att detta system medförde problem av olika slag som måste lösas. Efter införandet av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) fr.o.m. år 1983 påbörjades ett sådant förändringsarbete som resulterade i det nya ersättningssystemet.

De huvudsakliga problem som förelåg var den snabba kostnadsutvecklingen för sjukförsäkringen, den regionala obalansen vid resursfördelningen, läkarförsörjningen och privatpraktikernas anslutning till sjukförsäkringen, styrningseffekterna på den öppna vårdens utbyggnad samt den omfattande administration som systemet krävde. Ett problem som har uppmärksammats alltmer under senare år är de ökande väntetiderna till vissa operationer.

Jag kommer i detta avsnitt att belysa de effekter som förändringarna av ersättningssystemet medfört vad gäller dessa problem. En mer ingående redovisning av effekterna av de nya anslutningsreglerna för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster jämte avsedda ändringar i dessa regler lämnas i avsnitt 5. Jag kommer också att senare något beröra de särskilda ersättningarna från sjukförsäkringen som utges vid sidan av den allmänna sjukvårdsersättningen.

#### 4.1.2 Kostnadsutveckling

I det tidigare ersättningssystemet kunde ersättningen från sjukförsäkringen öka på ett för staten okontrollerbart sätt på grund av en snabb utbyggnad av sådan vård som var ersättningsberättigad. Genom förändringen till en samlad ersättning per invånare kan kostnadsutvecklingen kontrolleras. Vidare var schabloniseringen av ersättningen ett led i en allmän strävan från statens sida att genom de statliga transfereringssystemen kunna anpassa konsumtionsutvecklingen inom den kommunala sektorn till den samhällsekonomiska situationen.

Den ekonomiska politiken har under senare år bl.a. varit inriktad på att begränsa konsumtionsutvecklingen inom den kommunala sektorn och storleken på ersättningarna har också ökat i betydligt långsammare takt jämfört med åren före år 1985, räknat i löpande priser.

Till följd av att det tidigare systemet var prestationsbaserat kom fördelningen av ersättningarna till olika regioner av landet att vara beroende av regionens möjligheter att producera sådan vård som berättigade till ersättning. Eftersom framför allt storstadsområdena förfogade över relativt sett större personella och ekonomiska resurser ledde systemet automatiskt till att dessa också fick en högre andel av ersättningarna än vad som motsvarade deras andel av befolkningen.

Övergången till en ersättning per invånare har således medfört en bättre regional balans vid fördelningen av ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen. Trots den utjämning som har skett kvarstår dock alltså betydande skillnader.

Olika kartläggningar av sjuklighet och dödlighet har visat på betydande geografiska skillnader i förekomsten av sjukdomar och skador mellan länen och i ännu högre grad inom länen mellan olika kommuner och primärvårdsområden. Dessa kan delvis förklaras av olikheter i befolkningens ålderssammansättning, civilstånd och socioekonomiska förhållanden och delvis av geografiska hälsorisker. Detta föranledde social- och socialförsäkringsutskottet att i sina yttranden över prop. 1983/84:190 (SoU 4 y, s. 49, SfU 31, s. 13) betona vikten av att regeringen inför kommande överläggningar presenterade ett underlag för en förbättrad fördelning av försäkringsersättningarna mellan sjukvårdshuvudmännen.

Till följd härav har ett utredningsarbete genomförts inom socialdepartementet i samverkan med Landstingsförbundet. Detta arbete har samordnats med arbetet att förbättra skatteutjämningsystemet. Det senare arbetet har inriktats på att vid beräkning av skatteutjämningsbidragen till landsting och kommuner utanför landsting väga in den åldersspecifika konsumtionen av slutna och öppna hälso- och sjukvård som en av de faktorer som avgör bidragets storlek. Till skillnad från de bidrag som utgår till primärkommunerna kommer däremot inte den sociala strukturen att beaktas vid fördelningen av skatteutjämningsbidragen till landstingen.

Arbetet med att utforma behovsbaserade fördelningskriterier för sjukvård ersättningarna har därmed inriktats på att bestämma de socioekonomiska faktorernas inverkan på vårdbehoven. Med utgångspunkt från aktuell forskning inom området har härvid tre socioekonomiska faktorer identifierats som lämpliga att utgöra en grund för fördelning av sjukvård ersättningarna. Dessa är:

- dödlighet, som har visats vara relaterad till de allvarliga hälsoproblem vilka svarar för den helt dominerande andelen av framför allt den slutna akutsjukvårdens arbete,
- sjukfrånvaro och förtidspension, som visats vara relaterad till olika typer av sociala belastningar som leder till sjukdomar som är vanliga framför allt inom den öppna vården och
- antalet ensamboende äldre, vilket påverkar behoven av omvårdande insatser.

Enligt min mening påverkar dessa tre faktorer i hög grad behovet av hälso- och sjukvård och genom att väga in dem vid fördelningen av sjukvårdser-

sättningarna skapas förbättrade förutsättningar för en vård på lika villkor mellan olika regioner i landet. Jag vill emellertid betona att betydelsen av en behovsbaserad resursfördelning – där såväl åldersbetingade som socioekonomiska faktorer vägs in – blir större ju mindre geografiska områden som berörs. Bostadssegregationen och andra segregationsmekanismer i samhället leder till att vårdbehoven kan uppvisa mycket stora variationer mellan olika primärvårdsområden respektive klinikers upptagningsområden inom landstingen.

För att ytterligare förbättra förutsättningarna för en vård på lika villkor är det därför, enligt min uppfattning, nödvändigt att systemet med en behovsbaserad fördelning av resurserna till hälso- och sjukvård också följs upp inom landstingen. Att resurserna i ökad utsträckning bör fördelas efter behov understryks också av att det vid begränsade resurser är särskilt angeläget att de utnyttjas effektivt och att eventuell överkapacitet omfördelas till geografiska områden eller verksamheter där behoven är sämre tillgodosedda. Utvecklingen mot att en ökande del av vården förmedlas i decentraliserade vårdformer kräver vidare att metoderna för att fastställa resurstilldelningen anpassas till de ändrade förutsättningarna.

Vilka mått och metoder som bör användas vid en behovsbaserad resursfördelning påverkas av hur stora geografiska områden fördelningen avser samt av vilken eller vilka verksamheter som resurserna skall fördelas till. De kriterier som utnyttjas i den statliga resursfördelningen till sjukvårdshuvudmännen kan således inte tillämpas generellt vid fördelning av resurser inom landstingen. Det kan i sammanhanget nämnas att socialstyrelsen i en promemoria, Behovsbaserad planering inom hälso- och sjukvården – Kriterier för resursfördelning, har redovisat vissa erfarenheter och överväganden.

#### **4.1.4 Läkarförsörjningen och privatpraktikernas anslutning**

Den tidigare i princip helt fria anslutningen av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster till sjukförsäkringssystemet innebar att sjukvårdshuvudmännen hade begränsad möjlighet till sådan samplanering av vården inom sina ansvarsområden som är en av deras viktigaste uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen. Systemet med fritidspraktik finansierad genom försäkringssystemet innebar också att samplanering försvårades och öppnade dessutom en mycket tveksam möjlighet för offentligt heltidsanställda läkare och sjukgymnaster att bedriva verksamhet som kunde medföra en lojalitetskonflikt gentemot arbetsgivaren.

De åtgärder som vidtogs beträffande reglerna för anslutning till försäkringen för att undanröja nackdelarna i dessa avseenden har, enligt min bedömning, haft avsedd effekt. I anslutning härtill vill jag understryka att förändringarna av ersättningssystemet inte innebar någon begränsning från statens sida av privatpraktikerverksamheten. Sjukvårdshuvudmännen har frihet att efter överenskommelse med privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster besluta om den privata verksamhetens omfattning. Enligt vad jag erfarit har systemet med sådana överenskommelser varit väl fungerande och genom de nya anslutningsreglerna har resursutnyttjandet och samverkan kunnat förbättras.

Målsättningen med ändringarna i anslutningsreglerna var också att dessa skulle bidra till att sprida de privata vårdresurserna till geografiska bristområden. Huvudsyftet var dock inte att bemästra försörjningsproblemen ifråga om läkare och sjukgymnaster genom att styra eller stimulera till etableringar av privatpraktiker i glesbygdsområdena. Avsikten var i stället att uppnå spridningseffekter genom att förhindra överetablering i framför allt storstadsområdena och andra socialt attraktiva områden i landet.

Även i dessa avseenden vill jag hävda att de företagna regeländringarna haft positiva spridningseffekter beträffande de privatpraktiserande vårdgivarna. När det gäller de offentliganställda läkarna kvarstår den regionala obalans mellan storstäder och glesbygdsområden som gällde år 1982. Den bättre regionala balansen i fördelningen av ersättningarna har dock medverkat till att skapa jämlika ekonomiska förutsättningar att inrätta bl.a. läkarbefattningar, vilket också bedöms ha bidragit till att ge spridningseffekter.

#### 4.1.5 Den öppna vårdens utbyggnad

Den prestationsbaserade ersättningen ledde till att budgeteringen inom primärvården i hög grad utgick från olika antaganden om intäkterna från sjukförsäkringen. Denna budgetering påverkade därefter primärvårdens möjligheter att bedriva verksamheten rationellt och efter önskvärda principer. En viktig tanke vid primärvårdens utbyggnad var att sjuksköterskor och andra personalkategorier i högre utsträckning skulle svara för de besök där en läkarkonsultation inte bedömdes vara nödvändig. Många vårdcentraler gavs också en sådan bemanningsinriktning, men ett genomförande av dessa principer motverkades av ett ersättningsssystem som ekonomiskt gynnade läkarvårdsbesöken.

Det prestationsbaserade systemet tog inte heller hänsyn till behovet av kvalitet och innehåll i de enskilda läkarbesöken. En väl fungerande primärvård förutsätter t.ex. läkare som när så är nödvändigt kan ta sig tid till mer omfattande konsultationer. Detta medförde att det uppstod problem med att intäkterna blev lägre än budgeterat.

Den förebyggande verksamheten är en mycket viktig uppgift för primärvården. Den särskilda ersättning som även före år 1985 lämnades för den verksamheten var inte prestationsbunden. Eftersom det budgeteringssystem som tillämpades hos sjukvårdshuvudmännen var kopplat till prestation medförde detta att förebyggande insatser till vissa delar kom att motverkas.

Jag finner mot bakgrund av det sagda att det ändrade ersättningsystemet skapat förbättrade förutsättningar för en fortsatt utveckling av primärvården och övrig öppen vård där vårdresurserna kan anpassas efter de lokala förutsättningarna.

#### 4.1.6 Avreglering m.m.

Det faktum att det nya ersättningsystemet lett till en avreglering för sjukvårdshuvudmännen har inte uppmärksamrats särskilt mycket. Det tidigare systemet krävde en betydande administration för registrering av alla ersättningsberättigade prestationer som utfördes. Systemet påverkade också som

tidigare nämnts budgeteringssystemet, vilket i sin tur delvis motverkade möjligheterna att bygga upp en rationellt fungerande primärvård.

I detta sammanhang bör noteras att även de allmänna försäkringskassorna avlastats administrativa uppgifter genom att ersättningarna för öppen vård schabloniserades och fördes samman till en allmän sjukvårdsersättning.

Sammanfattningsvis kan jag konstatera att det ändrade systemet lett till en påtaglig avreglering som dessutom skapat förutsättningar för ett bättre utnyttjande av tillgängliga resurser.

#### 4.1.7 Övriga frågor

Som en följd av att nya behandlingsmetoder under senare år introducerats inom vissa specialiteter, framför allt inom ortopedin, ögonsjukvården och hjärtkirurgin, finns sedan några år en besvärande situation med långa väntetider till vissa operationer. Sjukvårdshuvudmännen har uppmärksammat problemet, men trots detta kvarstår långa väntetider på många håll. Den uppkomna situationen aktualiserar frågan om nödvändigheten av en omstrukturering inom hälso- och sjukvården i syfte att uppnå en effektivisering, så att de ökade kraven kan mötas genom ett bättre resursutnyttjande.

En snabb och effektiv omstrukturering är enligt min uppfattning en av de viktigaste hälso- och sjukvårdspolitiska frågorna de närmaste åren. För detta krävs, som jag tidigare framhållit, att ett generellt informationssystem utvecklas som ger god information om resursinsatser och produktionsresultat och att detta relateras till effekt och kvalitet. Ansvar för att genomföra omstruktureringen ligger på landsting och kommuner.

#### 4.1.8 Uppföljning av verksamhet och resursanvändning

I den överenskommelse som låg till grund för den förändring av ersättningsystemet som genomfördes år 1985 angavs att socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet till hälso- och sjukvårdsberedningen årligen borde redovisa en sammanställning och analys av de förändringar som har skett inom de områden för vilka ersättningar utgår. Utöver dessa redovisningar angavs tre huvudområden som successivt, under en treårsperiod närmare borde analyseras med avseende på faktisk och planerad utveckling. De tre huvudområdena avsåg de individ- och samhällsinriktade förebyggande insatserna, primärvårdens utveckling och psykiatrins utveckling mot öppnare vårdformer.

Två inledande studier har redovisats till regeringen av socialstyrelsen i särskilda promemorior. Inom socialstyrelsen pågår arbetet med den kartläggning som avser psykiatrins utveckling mot öppnare vårdformer och resultatet avses bli redovisat under år 1987.

De presenterade studierna har genomförts i form av omfattande enkäter i landstingen. Av redovisningarna framgår att både de förebyggande insatserna och primärvården har utvecklats snabbt och att verksamheterna är inne i ett expansivt skede.

Hos samtliga huvudmän finns, vad gäller den förebyggande vården, en klar strävan att profilera verksamheten och den långsiktiga planeringen ut-

ifrån ett hälsopolitiskt synsätt. Såväl de samhällsinriktade som de individinriktade förebyggande insatserna har förstärkts. Socialstyrelsen framhåller emellertid att utbyggnaden fått olika omfattning och inriktning hos skilda huvudmän.

Redovisningen av primärvårdens förändring visar att denna genomgått en avsevärd utveckling under den senaste 10-årsperioden. Resurserna har byggts ut. Antalet läkarbefattningar för distriktsläkare har t.ex. ökat med närmare 60 % mellan år 1979 och år 1985. Vårdcentraler finns nu i alla primärkommuner i landet och det sker en snabb utveckling av insatser för att erbjuda sjukvård i hemmet. Det har skett en betydande ökning av besöksvolymerna, men samtidigt har antalet besök per distriktsläkare och distriktsköterska minskat. Vidare framgår att det finns stora ojämnheter i utbyggnadsgrad mellan olika sjukvårdsområden och att det på många håll finns en brist när det gäller allmänläkare.

De hittills presenterade redovisningarna har visat att de vårdpolitiska prioriteringar som legat till grund för förändringen av ersättningssystemet fått ett brett genomslag och att sjukvårdshuvudmännen bedriver ett aktivt förändringsarbete. I redovisningarna har socialstyrelsen presenterat vissa slutsatser och sammanfattande förslag som utgångspunkt för bl.a. styrelsens fortsatta arbete.

Genomförda uppföljningar har således givit både regeringen och övriga organ verksamma inom hälso- och sjukvården ett värdefullt underlag för överväganden. Vidare kommer kartläggningen av psykiatrins utveckling mot öppna vårdformer att vara mycket väsentlig för att ge en lägesredovisning av den dynamiska förändringen av den psykiatriska vården. Fortsatta uppföljningar är dock angelägna för att ge underlag för regeringens ställningstaganden i anslutning till ersättningarna.

Med hänsyn till att ersättningarna nu avser hälso- och sjukvården som helhet bör den fortsatta uppföljningen inriktas mot att ge underlag för att bedöma hälso- och sjukvårdssektorns samlade utveckling. Härvid kan tre kompletterande områden identifieras. Beskrivningen och analyser av förändringar i folkhälsan och sjukdomsmönstret är ett väsentligt underlag för prioriteringar inom hälso- och sjukvården och kan också till vissa delar utnyttjas för att på ett övergripande plan bedöma kvalitet och effekt av vårdinsatserna. En viktig målsättning med utbyggnaden av de öppna och decentraliserade vårdformerna är att dessa skall leda till en fortlöpande strukturförändring och att dessa vårdformer successivt avses avlasta den sjukhusbundna vården. Som framgått av den uppföljning socialstyrelsen redovisat har det skett en kraftig utbyggnad av primärvården. Men samtidigt har också den slutna vården byggts ut och vad gäller t.ex. antalet läkarbefattningar har primärvården samma andel av resurserna idag som under slutet av 1970-talet. Vid sidan om målsättningarna att uppnå en ändamålsenlig struktur inom hälso- och sjukvården är det också väsentligt att vården bedrivs med ett effektivt resursutnyttjande. Under det närmaste årtiondet kommer bl.a. den medicintekniska utvecklingen att leda till ökade krav på hälso- och sjukvården som i första hand måste tillgodoses inom ramen för tillgängliga resurser.

För att ge regeringen underlag för överväganden om ersättningssystemets framtida utformning bör de fortsatta uppföljningarna ske i mer regeljära for-



mer och avse bredare områden av hälso- och sjukvården. Härvid kan beskrivningar och analyser av folkhälsan och hälso- och sjukvårdens strukturella förändring samt effektivitet och produktivitetsutveckling ses som kompletterande aspekter som sammantagna kan ge ett allsidigt underlag för regeringens ställningstaganden.

I enlighet med vad som angivits i proposition 1984/85:181 (SoU 28, rskr. 400) om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården har regeringen givit socialstyrelsen i uppdrag att med en periodicitet av tre år redovisa en folkhälso-rapport. Rapporten som enligt uppdraget skall utarbetas i samråd med bl.a. statistiska centralbyrån och Landstingsförbundet skall beskriva och analysera hälsorisker, sjuklighet och dödlighet i olika hänseenden. En första rapport har presenterats av socialstyrelsen under år 1987.

## 4.2 Ersättningarnas omfattning och inriktning

Den överenskommelse som träffats med företrädare för sjukvårdshuvudmännen om ersättningar från sjukförsäkringen för åren 1988 och 1989 har grundats på de utgångspunkter och överväganden som jag redovisat i avsnitten 2 och 3. Överenskommelsen ansluter sig principiellt till det gällande ersättningssystemet men föranleder några ändringar i detta.

Den allmänna sjukvårdersättningen skall enligt tidigare överenskommelser grundas på ett enhetligt belopp per invånare och år. Under åren 1985–1987 har särskilda övergångsregler behövts för att mildra omfördelningseffekterna mellan sjukvårdshuvudmännen. Enligt den nu träffade överenskommelsen skall ersättningen fr.o.m. år 1988 i stället fördelas enligt en behovsbaserad modell med hänsyn till dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspensionering samt andel ensamboende äldre. I avsnitt 4.1.3 finns bl.a. en närmare redovisning av bakgrunden till detta och hur dessa faktorer antas påverka efterfrågan på sjukvård. Överenskommelsen innebär att sjukvårdsområdena skall indelas i tre behovsklasser. Dessa har relaterats till varandra så att klass 3 och 2 har ett resursbehov beräknat per invånare motsvarande 100 respektive 50 kr. under klass 1. Omfördelningen av den allmänna sjukvårdersättningen mellan sjukvårdshuvudmännen sker stegvis under åren 1988 och 1989. Slutmålet skall ha uppnåtts år 1990.

Det avgiftsfria året vid sjukhusvård bör i enlighet med vad riksdagen har anfört slopas och ett nytt system med vårdavgifter för ålderspensionärer och utförsäkrade förtidspensionärer införas. För förtidspensionärer som inte åtnjutit 365 dagars sjukhusvård skall dock någon ändring i reglerna inte göras (prop. 1986/87:100, SfU 14, rskr. 234). Det nya systemet bör, enligt vad riksdagen givit till känna, bygga på att likartade regler bör gälla såväl för sjukpenningförsäkrade som för pensionärer. Till följd härav bör, enligt min uppfattning, införas ett avgiftssystem för ålderspensionärer och utförsäkrade förtidspensionärer där avgiften tas ut genom avdrag på pension. Det är därvid naturligt att systemet administreras av de allmänna försäkringskassorna. Tidsåtgången för att utveckla och genomföra ett sådant helt nytt system har lett till den slutsatsen att omläggningen bör ske den 1 januari 1989. Jag avser därför att återkomma till regeringen med förslag om att förelägga riksdagen

en särskild proposition om detta i sådan tid att ändringar kan ske den 1 januari 1989.

Enligt överenskommelsen med sjukvårdshuvudmännen förutsätts därför att ett nytt avgiftssystem träder i kraft den 1 januari 1989. Med anledning härav skall sjukvårdshuvudmännen, som kompensation för att vårdavgifter inte längre debiteras och uppbärs av huvudmännen, tillföras ett belopp motsvarande den beräknade summan av dessa avgifter. Beloppet skall räknas in i den allmänna sjukvårdsersättningen fr.o.m. år 1989.

Vid fastställandet av den allmänna sjukvårdsersättningen fr.o.m. år 1988 har hänsyn tagits till att sjukvårdshuvudmännen tillhandahåller oxygenkoncentratorer på motsvarande sätt som handikapphjälpmedel. Apotekens befattning med syrgas (inkl. tillbehör) kan därigenom beräknas minska i omfattning.

Fr.o.m. år 1989 omfattar den allmänna sjukvårdsersättningen enligt överenskommelsen de hittills prestationsbundna ersättningarna på 45 kr. per vård dag för slutet vård som bedrivs vid enskilda vårdinrättningar, som betraktas som sjukhus enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Dessa vårdinrättningar finns upptagna i en förteckning som fastställs av riksförsäkringsverket. Det finns enligt min uppfattning ingen anledning att behålla denna särreglering med undantag för riksförsäkringsverkets sjukhus i Ny-näshamn och Tranås, där verksamheten är av en speciell karaktär. Vårdavtal skall enligt överenskommelsen fr.o.m. år 1989 i stället träffas med respektive sjukvårdshuvudman. Vårdinrättningarna skall dock även fortsättningsvis betraktas som sjukhus enligt lagen om allmän försäkring, vilket bl.a. innebär att de i det föregående aviserade reglerna för pensionärers vårdavgifter skall gälla vid vård på dessa inrättningar.

De särskilda ersättningar som lämnades enligt överenskommelsen för år 1987 kvarstår beloppsmässigt oförändrade för åren 1988 och 1989 enligt den nu träffade överenskommelsen.

Frågan om ett eventuellt överförande av det ekonomiska och administrativa ansvaret för sjukresorna från försäkringskassorna till sjukvårdshuvudmännen har diskuterats vid överläggningarna. Parterna har därvid konstaterat att någon ändring av nuvarande ordning inte är aktuell för närvarande.

### 4.3 Ersättningsbelopp för åren 1988 och 1989

Den *allmänna sjukvårdsersättningen* bör mot bakgrund av vad jag tidigare nämnt och i enlighet med vad som överenskommit uppgå till totalt 10 669 milj. kr. för år 1988 och till 12 039 milj. kr. för år 1989. Den bör fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen enligt vad som framgår av bilaga 1:2. Vid utbetalning av ersättningen till huvudmännen skall liksom tidigare avräknas ett belopp som motsvarar den försäkringsersättning som har utbetalats av försäkringskassorna under närmast föregående år till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som var verksamma inom respektive sjukvårdshuvudmans geografiska område.

Vid fastställandet av den allmänna sjukvårdsersättningen har fr.o.m. år

1988 hänsyn tagits till att sjukvårdshuvudmännen tillhandahåller oxygenkoncentratorer på motsvarande sätt som handikapphjälpmedel.

I den allmänna sjukvårdsersättningen har fr.o.m. år 1989, som jag tidigare beskrivit, inräknats ett belopp motsvarande de utförsäkrade pensionärernas nuvarande vårdavgifter för sjukhusvård. Beloppet har beräknats till 960 milj. kr.

Vidare innefattar den allmänna sjukvårdsersättningen fr.o.m. år 1989 ersättningen för sluten vård till de enskilda sjukvårdsinrättningar som är uppförda på en av riks försäkringsverket fastställd förteckning. Ersättningsbeloppet har baserats på vad försäkringskassorna har betalat ut till dessa vårdinrättningar under år 1986.

Den allmänna sjukvårdsersättningen till sjukvårdshuvudmännen omfattar även de ersättningar som lämnas för födelsekontrollerande verksamhet m.m. enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. Studerandeorganisationerna utför sådan verksamhet och får således ersättning genom försäkringssystemet. I övrigt är studerandehälsovården sedan den 1 juli 1985 helt avskild från detta ersättningsystem. Den finansieras i stället genom särskilt statsbidrag under utbildningsdepartementet. Det är därför naturligt att även den födelsekontrollerande verksamheten hos studerandeorganisationerna omfattas av detta statsbidrag. Omläggningen, som av budgettekniska skäl bör ske fr.o.m. den 1 juli 1988, innebär att ett belopp motsvarande utgiven ersättning förs över från sjukförsäkringen till ifrågavarande statsbidrag.

De särskilda ersättningar som lämnas under år 1987 för *avinstitutionisering*, för *förebyggande hälsovårdande åtgärder* och för *tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade m.m.* skall utges även för åren 1988 och 1989 med oförändrade belopp per invånare. De respektive belopp som skall utges per invånare och år är således 95 kr., 48 kr. samt 85 kr. Av sistnämnda ersättningsbelopp skall 3:95 kr. per invånare avräknas för år 1988 och 4:10 kr. per invånare för år 1989. Beloppen skall tillföras den särskilda fonden för handikappinstitutets verksamhet.

Övergångsvis skall för år 1989 utges en särskild kompensation till Malmö kommun på 10 milj. kr. för att underlätta anpassningen till den överenskomna omfördelningen av den allmänna sjukvårdsersättningen.

Enligt en särskild överenskommelse mellan statens förhandlingsnämnd och företrädare för Landstingsförbundet skall ett *särskilt bidrag utges till den psykiatriska vården* fr.o.m. år 1982 t.o.m. år 1991. Bidraget är 159 milj. kr. för år 1987. För åren 1988 och 1989 bör bidraget vara 164 milj. kr. resp. 169 milj. kr. med fördelning mellan sjukvårdshuvudmännen enligt särskilda regler. Överenskommelsen bör fogas till detta protokoll som bilaga 2.

Den totala ekonomiska omfattningen av överenskommelsen om ersättning från sjukförsäkringen för åren 1988 och 1989 framgår av följande sammanställning.

Ändamål	Totalbelopp milj. kr.	
	1988	1989
1. Allmän sjukvårdsersättning	10 669	12 039
2. Ersättning för avinstitutionalisering. 95 kr./invånare	794	794
3. Ersättning för förebyggande åtgärder. 48 kr./invånare	401	401
4. Ersättning för tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade. 85 kr./invånare	711	711
5. Särskild kompensation till Malmö kommun		10
	<u>12 575</u>	<u>13 955</u>

Överenskommelsen innebär jämfört med överenskommelsen för år 1987 att ersättningarna ökar med 500 milj. kr. för år 1988 och med ytterligare 1 380 milj. kr. år 1989. Jag vill i anslutning härtill nämna att sjukvårdshuvudmännen genom höjda patientavgifter för öppen vård fr.o.m. år 1989 dessutom kan få ett betydande tillskott i intäkterna.

Ersättningarna skall liksom tidigare i huvudsak utges från sjukförsäkringen. I den allmänna sjukförsäkringen ingår även ett särskilt statsbidrag. I årets budgetproposition (prop. 1986/87:100, bil. 7) har för budgetåret 1987/88 under punkt E 18. Bidrag till allmän sjukvård m.m. tagits upp ett förslagsanslag av 4 564 182 000 kr. I avvaktan på resultatet av de nu slutförda överläggningarna med företrädare för sjukvårdshuvudmännen har anslagsberäkningen gjorts med utgångspunkt från att 1987 års särskilda statsbidrag skall utges med oförändrat belopp av 4 300 milj. kr. både år 1988 och 1989. Utbetalningen från nämnda förslagsanslag följer de allmänna utbetalningsreglerna för allmän sjukvårdsersättning, vilket innebär att sjukvårdshuvudmännen får ersättningen månadsvis i efterskott.

Från nämnda förslagsanslag finansieras också det särskilda statsbidraget till den psykiatriska vården. Även för detta har anslagsberäkningen i årets budgetproposition gjorts med utgångspunkt från ersättningens storlek för år 1987.

Belastningen av förslagsanslaget D 1. Bidrag till sjukförsäkringen ökar till följd av överenskommelsen med 38 milj. kr. under budgetåret 1987/88.

#### 4.4 Patientavgifter för öppen vård m.m.

Den allmänna sjukförsäkringen har bl.a. till syfte att vara ett skydd mot höga sjukvårdskostnader för de försäkrade. Ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen är därför förenade med bestämmelser om de högsta patientavgifter som får tas ut av de försäkrade för öppen och slutenvård. För de till försäkringen anslutna privatpraktiserande vårdgivarna finns motsvarande bestämmelser.

Nuvarande patientavgifter för öppen vård gäller fr.o.m. år 1985. Avgiften för ett läkarvårdsbesök och en sjukvårdande behandling utförd av annan än läkare är högst 50 respektive 25 kr.

Enligt överenskommelsen för åren 1988 och 1989 skall de högsta patientavgifter som får tas ut i öppen offentlig vård vara oförändrade under år 1988 och vara följande fr.o.m. den 1 januari 1989:

*Läkarvård* 60 kr. per besök. Tilläggsavgift med 30 kr.

vid besök hos den sjuke.

Telefonrådförfrågning hos läkare 25 kr.

*Sjukvårdande behandling* utförd av annan än läkare 35 kr. per behandling (besök).

I övrigt skall de särskilda villkor gälla angående rätten att ta ut avgifterna som följer av den nuvarande lydelsen av förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Jag kommer även att föreslå regeringen att de högsta patientavgifter som får tas ut av *privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster* som är anslutna till sjukförsäkringssystemet höjs med 5 kr. per besök eller behandling fr.o.m. den 1 januari 1988.

## 5 Effekterna av de gällande anslutningsreglerna

### 5.1 Anslutningsreglerna

I ersättningssystemet med invånarrelaterade ersättningar till sjukvårdshuvudmännen ingår all öppen hälso- och sjukvård utförd av såväl offentliga som anslutna privata vårdgivare. Det bedömdes därför vara naturligt att den verksamhet som bedrevs av privatpraktiserande vårdgivare anslutna till den allmänna sjukförsäkringens ersättningsregler i planeringshänseende behövde samordnas med sjukvårdshuvudmannens egen verksamhet. En skyldighet till en sådan samplanering anges också i hälso- och sjukvårdslagen. Mot denna bakgrund infördes fr.o.m. år 1985 nya regler för anslutning till den allmänna försäkringens ersättningssystem. Reglerna utformades med den inriktningen att den heltidsverksamma privatpraktikerkåren skulle ha samma volymmässiga omfattning som tidigare, men en jämnare fördelning över landet.

Fr.o.m. år 1985 gäller att försäkringskassan inte får föra upp en ny privatpraktiker på kassans förteckning över anslutna vårdgivare om inte sjukvårdshuvudmannen tillstyrker detta. Denna tillstyrkan förutsattes normalt ske genom att det träffas ett samverkansavtal mellan vårdgivaren och sjukvårdshuvudmannen. För att få till stånd en jämnare regional fördelning av de privata vårdresurserna infördes på försök fri anslutning till försäkringen vid nyetablering av privat praktik i stödområdena A, B och C under åren 1985 och 1986 och senare även för år 1987. Enligt överenskommelsen för år 1987 uppmanades dessutom sjukvårdshuvudmännen att tillämpa motsvarande synsätt även utanför dessa stödområden vid nyetablering av heltidsverksamma privatpraktiker inom läkarglesa delar av resp. landstingsområde. Försöksvis infördes också över hela landet rätt för heltidsverksamma praktiker som övertar en befintlig praktik (ersättningsetablering) att få anslutning till försäkringen utan krav på tillstyrkan av sjukvårdshuvudmannen. Även denna försöksverksamhet gäller t.o.m. utgången av år 1987.

För de läkare och sjukgymnaster som vid sidan av sin heltidsanställning hos sjukvårdshuvudman bedrev fritidspraktik borttogs fr.o.m. år 1985 möj-

ligheten att få stå kvar i försäkringssystemet. Ersättningen till sådan verksamhet skulle i stället bli en angelägenhet mellan dessa vårdgivare och resp. sjukvårdshuvudman.

## 5.2 Privatpraktiserande läkare

Det totala antalet läkarvårdsbesök och telefonförfrågningar hos försäkringsanslutna privatpraktiker minskade helt naturligt betydligt som en följd av de ändrade anslutningsreglerna fr.o.m. år 1985 vilka jag nyss redovisat. Denna nedgång har dock upphört och för år 1986 visar riks-försäkringsverkets statistik på en uppgång i antalet läkarvårdsbesök hos sådana privatpraktiker med närmare 6 % i förhållande till år 1985.

Av riks-försäkringsverkets statistik över anslutna läkare framgår att dessa ökat från utgången av år 1985 till utgången av år 1986 med ca 170 till drygt 2 050. Även antalet verksamma läkare inom försäkringssystemet har ökat. Statistiken visar också på en fortgående ökning av antalet heltidsverksamma privatpraktiker, dvs. läkare som haft minst 2 000 besök per år (inom området psykiska sjukdomar minst 1 000 besök per år). Deras antal som år 1984 var ca 620 uppgick år 1986 till ca 670. Detta innebär att antalet heltidsverksamma privatläkare inte har minskat efter år 1984, vilket ju också var en viktig målsättning när regländringarna infördes.

## 5.3 Privatpraktiserande sjukgymnaster

Riks-försäkringsverkets statistik visar att antalet sjukvårdande behandlingar i privat regi har ökat med ca 4 % under år 1985 trots att antalet vårdgivare med försäkringsanslutning minskade med närmare 25 % till ca 1 650 sjukgymnaster som en följd av övergången till det nya regelsystemet för anslutning. Av dessa var ca 1 400 verksamma. Även för år 1986 har riks-försäkringsverket räknat med en ökning av antalet behandlingar. För det året kan också enligt riks-försäkringsverkets statistik en mindre uppgång i antalet anslutna vårdgivare noteras.

## 5.4 Fritidspraktiserande läkare och sjukgymnaster

Under år 1984 uppgick antalet besök med läkarvård av s.k. fritidspraktiker till 610 000. Enligt Landstingsförbundets statistik var motsvarande antal åren 1985 och 1986 ca 620 000 resp. 650 000. Volymuppgifterna är dock inte helt jämförbara, eftersom besöken genom jourläkarbilarna i Stockholms läns landsting före år 1985 redovisades som offentlig vård. Dessa uppgick år 1985 till ca 80 000. Ca 80 % av besöken hos de fritidspraktiserande läkarna meddelades enligt entreprenadavtal, dvs. vårdavtal med juridisk person, och resten enligt vårdavtal med enskilda personer. Ca 25 % av besöken enligt entreprenadavtal avsåg hemjourverksamhet.

När det gäller vårdvolymen hos fritidspraktiserande sjukgymnaster saknas antalsuppgift för år 1984, men enligt riks-försäkringsverket beräknas an-

talet behandlingar genom vårdavtal under år 1983 ha uppgått till ca 200 000. Enligt Landstingsförbundets statistik för åren 1985 och 1986 uppgick antalet behandlingar genom vårdavtal till ca 292 000 respektive 297 000.

## 5.5 Försöksverksamheterna med fri anslutning i stödområdena

Den under avsnitt 5.1 redovisade på försök införda rätten till fri anslutning för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster inom stödområdena har kompletterats med särskilda bestämmelser i läkarvårds- resp. behandlingstaxan om arvodeshöjning med 20 % över normaltaxan vid nyetablering i dessa områden. Denna arvodeshöjning skall dock efter två år från det att läkaren eller sjukgymnasten fördes upp på förteckning hos försäkringskassan avvecklas successivt med fem procentenheter årligen. För nyanslutna läkare i övriga delar av landet utom i vissa kommuner i de tre storstadsområdena, medges också rätt till arvodeshöjning över normaltaxan. Denna höjning utgör 10 %.

Enligt riksförsäkringsverkets statistik har antalet till försäkringen nyanslutna privatpraktiserande läkare som fått mer permanent anslutning ökat påtagligt från år 1985 till år 1986. Antalet uppgick till 6 respektive 40. Av dessa avsåg 4 respektive 17 nyetableringar inom stödområdena A, B och C med flertalet i norrlandslänen. Motsvarande statistik över till försäkringen nyanslutna privatpraktiserande sjukgymnaster visar att ca 80 sjukgymnaster vardera året blivit mer permanent anslutna. Av dessa avsåg 16 resp. 9 nyetableringar inom stödområdena A, B eller C. Flertalet av dessa etableringar skedde under år 1985 i norrlandslänen och under år 1986 i det inre av Svealand.

Vad nu sagts visar att den samlade effekten av försöksverksamheten med fri etablering i stödområdena A, B eller C var störst år 1986 med totalt 26 nyetableringar. Det stigande antalet privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som nyetablerat sig i dessa områden visar att dessa särbestämmelser i kombination med rätten till viss arvodeshöjning blivit en viktig faktor när det gäller ansträngningarna att öka vårdresurserna i de sämst tillgodosedda delarna av landet.

Mot bakgrund av att det inte längre finns anledning att behålla den gällande ordningen som försöksverksamhet anser jag att bestämmelserna – i enlighet med vad som anges i överenskommelsen med Landstingsförbundet – fr.o.m. år 1988 bör gälla tills vidare.

Jag vill i anslutning till detta också understryka att överenskommelsen dessutom – liksom för år 1987 – innehåller en uppmaning till sjukvårdshuvudmännen att utanför dessa stödområden tillämpa ett motsvarande synsätt vid nyetablering av heltidsverksamma privatpraktiker inom läkarglesa delar av respektive landstingsområde.

Det kan också nämnas att det, i syfte att åstadkomma en bättre rekrytering av privatläkare över landet, har träffats en överenskommelse mellan Landstingsförbundet och Sveriges Läkarförbund om att i en gemensam arbetsgrupp vidare utreda och bedöma inom vilka läkarglesa områden utanför

stödombuderna en fri läkaretablering skulle kunna vara motiverad. samt behandla andra frågor av gemensamt intresse inom den privata vårdsektorn.

Prop. 1987/88:63

## 5.6 Försöksverksamheten med fri ersättningsetablering

Av riksförsäkringsverkets statistik framgår att antalet ersättningsetableringar efter år 1984 för till försäkringssystemet anslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster varit relativt begränsat. Under år 1985 registrerades för läkarna 11 sådana etableringar, varav 8 inom Stockholms län. År 1986 var motsvarande antal 33, varav 18 i Stockholms län. För sjukgymnasterna var antalet ersättningsetableringar dessa år 18 resp. 12, varav närmare hälften skedde inom Stockholms län.

Enligt de regler som gäller för försöksverksamheten ställs inget krav på tillstyrkan från sjukvårdshuvudmannen för att den privatpraktiker som övertar verksamheten skall få anslutning till försäkringen. Försäkringskassan förutsätts dock inhämta yttrande från sjukvårdshuvudmannen före beslut. Vad sjukvårdshuvudmannen därvid bör yttra sig över är om det verkligen är fråga om en ersättningsetablering.

Jag anser att de nuvarande bestämmelserna om fri ersättningsetablering skall fortsätta att gälla även efter år 1987 dock utan att ha formen av försöksverksamhet. Detta innebär också att försäkringskassan liksom tidigare varit fallet bör inhämta yttrande från sjukvårdshuvudmannen före ett sådant beslut. Det är dock nödvändigt att riksförsäkringsverket kontinuerligt följer utvecklingen.

## 5.7 Anslutningsreglerna i övrigt

De nya anslutningsreglerna har, som framgår av min redovisning ovan, inte lett till någon större minskning av de anslutna privatläkarnas totala vårdvolymer, trots att antalet anslutna vårdgivare minskat betydligt fr.o.m. år 1985. Antalet läkarvårdsbesök har också ökat väsentligt under år 1986 jämfört med år 1985. För sjukgymnasterna har vårdvolymen inte minskat trots en påtaglig minskning av antalet anslutna sjukgymnaster. Denna volymutveckling förklaras dels av att antalet heltidsverksamma privatpraktiserande läkare har ökat under år 1986, dels av att övriga anslutna läkare ökat sin vårdproduktion. För de privatpraktiserande sjukgymnasterna saknas statistik som skulle kunna belägga detta, men sannolikt är förklaringen densamma. Till detta kommer också att statistiken framför allt för år 1986 visar på en viss ökning av antalet anslutna läkare och sjukgymnaster som bedriver verksamhet.

Det kan mot denna bakgrund konstateras att anslutningsreglerna generellt inte har stoppat möjligheterna för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster att få anslutning till försäkringssystemet när sjukvårdshuvudmannen funnit att ett behov av sådana kompletterande vårdresurser har förelagat.

Det finns dock en kategori privatpraktiker för vilken det nya regelsystemet inneburit svårigheter vad gäller anslutning till försäkringssystemet. Jag



avser läkarpsykoanalytikerna och har tidigare framhållit det angelägna i att sjukvårdshuvudmännen tar särskild hänsyn till dessa i sin planering. Samtidigt medger dock inte anslutningsreglerna att en läkarpsykoanalytiker innehar halvtidsanställning hos sjukvårdshuvudman för att vid sidan av denna bedriva verksamhet som privatpraktiker inom försäkringens ram. Problemet är dock i huvudsak koncentrerade till storstockholmsområdet.

Enligt vad jag numera har erfarit finns en avsikt inom Stockholms läns landsting att öka möjligheterna att få psykoanalytisk behandling för en rimlig kostnad. Med hänsyn till detta har jag inte för avsikt att nu föreslå några ändringar i anslutningsreglerna, men jag kommer nog att följa den fortsatta utvecklingen inom området.

## 6 Övriga ändringar i regelsystemet

### 6.1 Samverkan mellan de offentliga vårdgivarna och vissa enskilda sjukvårdsinrättningar

Fr.o.m. år 1987 ingår ersättningen för den sjukhusvård som de offentliga sjukvårdshuvudmännen bedriver i den allmänna sjukvårdsersättningen. Ersättning med 45 kr. per vård dag för sjukhusvård utges dock alljämt till enskilda sjukvårdsinrättningar som är uppförda på en av riks försäkringsverket upprättad förteckning. Det finns 30 sådana sjukvårdsinrättningar. Dessa vårdinrättningar är framför allt koncentrerade till Stockholms län och Göteborgs och Bohus län, men sjukhus av detta slag finns i 14 av landstingskommunerna i landet.

Det samlade ansvar för hälso- och sjukvården som hälso- och sjukvårdslagen lägger på sjukvårdshuvudmännen förutsätter även i fråga om den slutna vården en samverkan med dessa mer eller mindre enskilda vårdinrättningar. Redan idag drivs verksamheten vid dessa s.k. förteckningssjukhus i många fall i samverkan med resp. sjukvårdshuvudman. Det är mot denna bakgrund enligt min uppfattning naturligt att den verksamhet som drivs vid samtliga dessa vårdinrättningar samordnas planerings- och verksamhetsmässigt med sjukvårdshuvudmännens egen verksamhet. Detta sker bäst genom att vårdavtal träffas mellan de olika vårdinrättningarna och berörda sjukvårdshuvudmän om verksamhetens omfattning och inriktning samt om den ekonomiska ersättningen för denna vård. Det nu sagda gäller dock inte riks försäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn och Tranås. Vården vid dessa sjukhus har en speciell inriktning och andelen utomlänspatienter är till följd härav mycket hög.

Ett belopp motsvarande den ersättning som försäkringen under år 1986 utbetalade till dessa vårdinrättningar bör, med nämnda undantag, därför fr.o.m. år 1989 tillföras sjukvårdshuvudmännen genom den allmänna sjukvårdsersättningen. Jag förutsätter därvid i enlighet med överenskommelsen att sjukvårdshuvudmännen träffar vårdavtal med samtliga berörda vårdinrättningar om de ersättningsbelopp som skall komma vårdinrättningarna till godo. Onläggenheten innebär således att praktiskt taget all sjukhusvård som berättigad till ersättning från sjukförsäkringen fr.o.m. år 1989 ersätts via den

## 6.2 Ersättning till vissa organisationer avseende rådgivning för födelsekontrollerade verksamhet m.m.

Ersättning för rådgivning som lämnas i födelsekontrollerande syfte och för rådgivning om abort eller sterilisering lämnas från sjukförsäkringen enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. Ersättning lämnas till staten, landstingskommun, kommun och sådana organisationer som med socialstyrelsens tillstånd bedriver rådgivning samt till läkare anslutna till försäkringen. Ersättningen till organisationerna och läkarna lämnas per rådgivning med belopp fastställda av regeringen. När ersättningen till sjukvårdshuvudmännen betalas ut gäller samma princip som för den allmänna sjukvård ersättningen i övrigt, dvs. ersättning lämnad till organisationerna och läkarna ingår i underlaget för försäkringens allmänna sjukvård ersättning. När det nya systemet för ersättning åt sjukvårdshuvudmännen infördes från och med år 1985 var avsikten att dessa genom vårdavtal med respektive organisation skulle få ett direkt ekonomiskt ansvar och därmed bättre möjlighet att beakta denna resurs i vårdplaneringen. Några sådana vårdavtal har dock inte träffats.

Enligt min mening bör inte längre lämnas någon ersättning direkt från försäkringen till organisationerna. Dessa bör, med undantag för studerandeorganisationerna, i stället hänvisas till att sluta vårdavtal med sjukvårdshuvudmännen, som också i fortsättningen erhåller en allmän ersättning för rådgivningen.

Till de organisationer som har tillstånd hör studerandeorganisationerna med sina hälsovårdsmottagningar. Studerandeorganisationernas hälsovård är sedan den 1 juli 1985 i övrigt avskild från den allmänna försäkringens ersättningsystem. Den försäkringsersättning som tidigare utbetalades av försäkringskassorna till dessa ingår i det system med statsbidrag som införts för denna verksamhet. Med hänsyn härtill bör enligt min uppfattning ersättning för rådgivningen lämnas från nämnda statsbidrag. Detta innebär administrativa förenklingar för alla berörda parter. Det sammanlagda ersättningsbelopp som avses, uppgår till ca 0,5 milj. kr. per år. Omläggningen bör av budgettekniska skäl genomföras från den 1 juli 1988.

Beträffande övriga organisationer som med socialstyrelsens tillstånd bedriver födelsekontrollerande verksamhet enligt nämnda lag utgår jag ifrån att berörda sjukvårdshuvudmän, som anges i överenskommelsen, träffar vårdavtal med dessa om bl.a. ekonomisk ersättning före den 1 juli 1988.

Vad jag nu föreslagit förutsätter ändringar i lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. Ändringarna bör träda i kraft den 1 juli 1988. Till den enskilde försäkrade bör även därefter lämnas ersättning från försäkringen för resekostnader i samband med rådgivning som bedrivs av organisationerna.

## 7 Hemställan

Prop. 1987/88:63

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen

*dels* föreslår riksdagen att anta ett inom socialdepartementet upprättat förslag till lag om ändring i lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.

*dels* bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad jag har anfört om ersättningarna från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen.

## 8 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition förelägga riksdagen vad föredraganden har anfört för den åtgärd och det ändamål som föredraganden har hemställt om.

## Överenskommelse om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för åren 1988 och 1989

Efter överläggningar mellan representanter för staten och sjukvårdshuvudmännen har överenskommelse träffats om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen under åren 1988 och 1989 enligt följande. Överenskommelsen grundas på motsvarande överenskommelser år 1984 och år 1986 avseende ersättningar för åren 1985 t.o.m. 1987.

### 1 Nuvarande ersättningsbelopp

Följande ersättningar utges till sjukvårdshuvudmännen enligt nu gällande överenskommelse för år 1987.

- a) *Allmän sjukvårdsersättning* avseende såväl öppen som sluten vård med 10 169 milj. kr.
- b) För *avinstitutionalisering* inom hälso- och sjukvården 95 kr. per invånare.
- c) För att utveckla *förebyggande åtgärder* inom hälso- och sjukvården 48 kr. per invånare.
- d) För sjukvårdshuvudmännens tillhandahållande av *hjälpmedel för handikappade* 85 kr. per invånare. Av hjälpmedelsersättningen skall ett belopp motsvarande 3,80 kr. per invånare tillföras en särskild fond för handikappinstitutets verksamhet.

Totalt utges till sjukvårdshuvudmännen ersättningar från sjukförsäkringen och bidrag till allmän sjukvård enligt punkterna a)–d) med ca 12 075 milj. kr. för år 1987.

Vid sidan av ovan nämnda ersättningar utges ett särskilt bidrag under andra halvåret 1987 för att minska köerna till höftledsoperationer, starroperationer och kranskärlsoperationer. Bidraget uppgår till 70 milj. kr.

### 2 Utgångspunkter för överenskommelsen

Hälso- och sjukvården i Sverige håller en hög kvalitet i en internationell jämförelse. Det finns trots det områden där förbättringar är nödvändiga.

Det är angeläget att söka tillgodose patienternas önskemål och krav på förbättrad service, större valfrihet och tillgänglighet inom vården. Parterna är därför överens om att sjukvårdshuvudmännen skall ytterligare öka sina insatser för att åstadkomma förbättringar i dessa hänseenden, t.ex. genom att anpassa telefon- och öppettider, vidga samarbetet inom och mellan landstingen och även i övrigt sätta patienten i centrum för vårdorganisationen.

Parterna är vidare överens om att den angelägna utbyggnaden av primärvården skall fortsätta under den tid överenskommelsen avser för att ytterligare förbättra medborgarnas möjligheter att snabbt få tillgång till kvalitativt hög och nära vård. Åtgärder skall också vidtas för att förbättra samverkan mellan primärvården och den sociala hemtjänsten.

Stora insatser har gjorts från sjukvårdshuvudmännens sida för att utöka operationskapaciteten inom angelägna områden i syfte att minska patienter-

nas väntetider. Parterna är överens om att ytterligare åtgärder behövs för att problemen med långa väntetider skall rättas till. Ett effektivare utnyttjande av operationssalar kan åstadkommas genom att resurser för förberedelser och eftervård förstärks. Extra insatser från den egna personalens sida måste stimuleras av huvudmännen. Samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen måste också öka för att långa väntetider till vissa operationer skall kunna minska.

Sjukvårdshuvudmännen skall samverka och samplanera vid utbyggnad och utnyttjande av den högspecialiserade vården. För vissa behandlingsformer bör därför hela landet utgöra upptagningsområde för att resurserna inte skall splittras på ett för landet som helhet orationellt sätt.

En anpassning av resurserna till sjukhusvården måste hela tiden ske, inte minst mot bakgrund av primärvårdens utbyggnad, så att resurserna används på bästa sätt. Även omprioriteringar måste ske och äldre behandlingsmetoder utmönstras till förmån för nyare och mer ändamålsenliga metoder för att tillförsäkra patienterna bästa kvalitet i vården. Parterna är ense om att insatser måste göras för att produktivitet och effektivitet i vården skall kunna förbättras kontinuerligt. Ett gemensamt informationssystem bör snarast utvecklas för att bl.a. kunna följa resursanvändning och produktivitets- och effektivitetsutveckling. Parterna avser därför att snarast tillsätta en gemensam utredning med uppdrag att söka utforma ett sådant informationssystem.

Det bör vidare uppdras åt socialstyrelsen att i samråd med Landstingsförbundet, riksförsäkringsverket, Spri och statistiska centralbyrån kartlägga vårdresursernas utveckling, omstrukturering mellan skilda verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården och vissa andra övergripande frågeställningar kring hälso- och sjukvårdens utveckling som nämnts tidigare. Arbetet bör bedrivas så att det sker en årlig redovisning till regeringen där socialstyrelsen presenterar analyser av folkhälsans utveckling och vårdresursernas utveckling. I uppgiften att utveckla ett gemensamt informationssystem bör också ingå att klara ut hur informationen från ett sådant system skall utnyttjas som underlag för dessa årliga redovisningar.

Parterna är också överens om att snedfördelningen av läkarresurser över landet är ett stort problem. Styrmedel, som bättre än de nuvarande ger bristlänen förutsättningar att öka sin läkarandel bör därför utvecklas. Parterna är överens om att gemensamt utarbeta en modell för detta.

### 3 Ersättningar för åren 1988 och 1989

Den förändring av systemet för ersättningar till sjukvårdshuvudmännen som genomfördes år 1985 innebar att den allmänna sjukvårdsersättningen i princip skall grundas på ett enhetligt belopp per invånare och år. För att mildra vissa omfördelningseffekter har övergångsregler tillämpats, varigenom en utjämning mellan sjukvårdsområdena sker successivt.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är vård på lika villkor för hela befolkningen ett grundläggande mål för hälso- och sjukvården. Vidare anges i lagen att hälso- och sjukvården skall planeras med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård. I enlighet med de riktlinjer som riksdagen har antagit för hälso- och sjukvårdspolitiken innebär detta bl.a. att metoderna för behovsbaserad resursfördelning bör vidareutvecklas såväl vad avser fördelningen av statliga bidrag mellan olika landsting som vid fördelning av resurser inom enskilda landsting.

Vid riksdagsbehandlingen av den förändring av ersättningssystemet som genomfördes år 1985 gav riksdagen regeringen i uppdrag att beakta fördelningsfrågan med avseende på skillnader i vårdbehov vid kommande sjuk-

vårdsförhandlingar. Skillnader i vårdbehov är betingade dels av olikheter i åldersfördelningen mellan olika sjukvårdsområden, dels av olikheter i den socioekonomiska befolkningsstrukturen.

I enlighet med denna strävan är parterna överens om att den allmänna sjukvårdsersättningen bör fördelas efter en modell där sjukvårdsområdena delas in i tre behovsklasser med hänsyn till dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspensionering, samt andel ensamboende äldre. Mellan var och en av behovsklasserna skall skilja 50 kr. per invånare. Omfördelningen av den allmänna sjukvårdsersättningen mellan huvudmännen sker stegvis under åren 1988 och 1989. Slutmålet skall ha uppnåtts år 1990.

Den totala allmänna sjukvårdsersättningen skall för år 1989 höjas med 960 milj. kr. som en följd av att regeringen senare avser föreslå riksdagen att det s.k. fria året slopas för ålderspensionärer fr.o.m. den 1 januari 1989 och att ett nytt system med vårdavgifter för ålderspensionärer och utförsäkrade förtidspensionärer införs. Uppbörderna av vårdavgiften skall handhas av de allmänna försäkringskassorna.

Vid fastställandet av den allmänna sjukvårdsersättningen har fr.o.m. år 1988 hänsyn tagits till att sjukvårdshuvudmännen tillhandahåller oxygenkoncentratorer på motsvarande sätt som handikapphjälpmedel. Apotekens befattning med syrgas (inkl. tillbehör) kan därigenom beräknas minska i omfattning.

Det är angeläget att finna en mer permanent lösning av kostnadsfördelningen mellan stat, kommuner och landsting i samband med omstruktureringen av vården. Som ett provisorium har årsarbetsbidraget till social hemhjälp räknats upp för år 1988. Kommunerna tillförs härigenom ca 250 milj. kr., vilket täcker en betydande del av deras kostnadsökningar för omstruktureringen. Kommunerna kan därför avstå från ytterligare krav på ersättning från landstingen. I avvaktan på en mera permanent lösning bör den totala överföringen av medel från landstingen till kommunerna behållas på hittills överenskommen nivå under åren 1988 och 1989.

För andra halvåret 1987 utges i enlighet med riksdagens beslut en särskild ersättning för att öka kapaciteten vad gäller vissa operationer inom sjukvården. En överenskommelse om reglerna för dessa ersättningar har träffats mellan socialdepartementet och Landstingsförbundet. Vad som fastlagts i denna överenskommelse angående indikationer för vårdplaneringslistor och prioriteringar och angående upptagningsområden skall med den lydelse som framgår av bilaga 2 gälla även under åren 1988 och 1989.

Ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen för åren 1988 och 1989 skall mot denna bakgrund vara följande.

- a) *Allmän sjukvårdsersättning* avseende såväl öppen som slutna vård. Ersättningen fördelas enligt den behovsmodell som tidigare beskrivits. En omfördelning sker stegvis för åren 1988 och 1989. Sammantaget utges allmän sjukvårdsersättning med 10 669 milj. kr. för år 1988 och med 12 039 milj. kr. för år 1989. Fördelningen av den allmänna sjukvårdsersättningen mellan huvudmännen framgår av bilaga 1:2.

Vid utbetalning av den allmänna sjukvårdsersättningen till resp. sjukvårdshuvudman skall räknas från det belopp som motsvarar under föregående år utbetalade försäkringssättningar till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som var verksamma inom resp. sjukvårdshuvudmans geografiska område.

- b) För att underlätta *avinstitutionalisering* inom hälso- och sjukvården utges ersättning med 95 kr. per invånare och år.
- c) För *förebyggande åtgärder* inom hälso- och sjukvården utges ersättning med 48 kr. per invånare och år.

- d) För sjukvårdshuvudmännens tillhandahållande av hjälpmedel till handikappade utges hjälpmedelsersättning med 85 kr. per invånare och år. Av hjälpmedelsersättningen skall ett belopp motsvarande 3,95 kr. per invånare för år 1988 och ett belopp motsvarande 4,10 kr. per invånare för år 1989 tillföras en särskild fond för handikappinstitutets verksamhet m.m.
- e) Övergångsvis för år 1989 utges en särskild kompensation till Malmö kommun om 10 milj. kr. för att underlätta anpassningen till den överenskomna omfördelningen av den allmänna sjukvårdersättningen.

### Anmärkning

Särskild överenskommelse träffas mellan staten och Landstingsförbundet om finansieringen av handikappinstitutets verksamhet m.m.

Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen framgår av bilaga 1:1. Totalt beräknas ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen enligt punkterna a)–e) uppgå till 12 575 milj. kr. för år 1988 och till 13 955 milj. kr. för år 1989.

## 4 Patientavgifter

För år 1988 får offentlig sjukvårdshuvudman för öppen hälso- och sjukvård ta ut patientavgifter med högst de belopp som gällt fr.o.m. år 1985. Fr.o.m. den 1 januari 1989 får patientavgifter tas ut med högst följande belopp.

- *Läkarvård* 60 kr. per besök. Tilläggsavgift med 30 kr. vid läkarbesök hos den sjuke.
- Telefonförfrågan hos läkare 25 kr.
- *Sjukvårdande behandling* utförd av annan än läkare 35 kr. per behandling (besök).

Nuvarande avgiftssystem inom den öppna hälso- och sjukvården har gällt i princip oförändrat sedan år 1970. Parterna avser att göra en översyn av avgiftssystemet beträffande bl.a. avgiftsnivåer, högkostnadsskydd och statlig reglering.

## 5 Samverkan mellan de offentliga sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna

### 5.1 Öppen vård

Samverkan mellan de privatpraktiserande vårdgivarna och sjukvårdshuvudmännen bör, i likhet med vad som gällt fr.o.m. år 1985, regleras genom samverkansavtal som träffas mellan den enskilde vårdgivaren och sjukvårdshuvudmannen.

Den försöksverksamhet med fri anslutning för privatpraktiker till försäkringen som t.o.m. år 1987 gäller inom stödområdena A, B och C bör avslutas och reglerna bör fr.o.m. år 1988 fastställas att gälla tills vidare. Dessa särbestämmelser bedöms ha haft viss effekt och antalet nyetablerade läkare och sjukgymnaster i dessa områden har successivt ökat. Parterna är också överens om att uppmana sjukvårdshuvudmännen även utanför dessa stödområden att liksom tidigare tillämpa motsvarande synsätt vid nyetablering av heltidsverksamma privatpraktiker inom läkarglesa delar av respektive landstingsområde.

Även försöksverksamheten med fri ersättningsetablering som tillämpats för heltidsverksamma privatpraktiker över hela landet under åren 1985 –

1987 har gett i huvudsak positiva erfarenheter, varför även denna bör upphöra att gälla som försöksverksamhet. Därför bör fr.o.m. år 1988 fri ersättningsetablering införas att gälla tills vidare.

#### Protokollsanteckning:

I syfte att åstadkomma en bättre rekrytering av privatläkare över landet har överenskommelse träffats mellan Landstingsförbundet och Sveriges Läkareförbund om att i en gemensam arbetsgrupp utreda och bedöma inom vilka läkarglesa områden utanför stödområdena en fri läkaretablering skulle kunna vara motiverad, samt behandla andra frågor av gemensamt intresse inom den privata vårdsektorn.

### 5.2 Slutet vård

Fr.o.m. år 1987 ingår ersättning för den sjukhusvård som de offentliga sjukvårdshuvudmännen bedriver i den allmänna sjukvårdsersättningen. Ersättning med 45 kr. per vård dag för sjukhusvård utges dock alltså till vissa enskilda sjukvårdsinrättningar som är uppförda på en av riks försäkringsverket upprättad förteckning.

Det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården som hälso- och sjukvårdslagen lägger på sjukvårdshuvudmännen förutsätter även i fråga om den slutna vården en samverkan med dessa enskilda vårdinrättningar. Redan i dag bedrivs verksamheten vid dessa s.k. förteckningssjukhus i många fall i samverkan med resp. sjukvårdshuvudman. Den verksamhet som drivs vid dessa vårdinrättningar bör därför samordnas planerings- och verksamhetsmässigt med sjukvårdshuvudmännens egen verksamhet. Detta bör ske fr.o.m. år 1989 genom att vårdavtal träffas mellan de olika vårdinrättningarna, med undantag för riks försäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn och Tranås, och berörda sjukvårdshuvudmän om verksamhetens omfattning och inriktning samt om den ekonomiska ersättningen för denna vård. De ersättningar som försäkringen nu betalar till dessa vårdinrättningar bör därför fr.o.m. år 1989 tillföras sjukvårdshuvudmännen genom den allmänna sjukvårdsersättningen. Det förutsätts att sjukvårdshuvudmännen under år 1988 träffar vårdavtal resp. kompletterar redan ingångna avtal med samtliga berörda vårdinrättningar om de ersättningsbelopp som skall komma vårdinrättningarna tillgodo.

## 6 Uppföljning av verksamhet och resursanvändning

Enligt 1984 års överenskommelse bör socialstyrelsen årligen i samråd med Landstingsförbundet till hälso- och sjukvårdsberedningen redovisa en sammanställning och analys av de förändringar som har skett inom de områden för vilka ersättningar utgår. Vidare angavs att en närmare analys skall ske inom de tre huvudområdena primärvårdens utveckling, de individ- och samhällsinriktade förebyggande insatserna och psykiatrins utveckling mot öppnare vårdformer.

Socialstyrelsen har till regeringen år 1986 redovisat den planerade och faktiska utvecklingen beträffande de förebyggande insatsernas omfattning och inriktning. Motsvarande analys angående primärvårdens utveckling har redovisats år 1986. Inom socialstyrelsen pågår arbete med att kartlägga psykiatrins utveckling mot öppnare vårdformer och socialstyrelsen avser att redovisa resultatet till regeringen inom kort.

De hittills redovisade uppföljningarna har givit värdefull information om utvecklingen inom avgränsade områden av hälso- och sjukvården. Uppfölj-



ningarna har utgjort ett underlag för att bedöma rådande utvecklingstenden- ser inom de studerade områdena. Fortsatt uppföljning av verksamhet och resursanvändning är angelägen för att ge underlag för regeringens ställnings- taganden.

Erfarenheterna visar att de fortsatta uppföljningarna bör ske i mera regul- jära former och att de bör avse bredare områden av hälso- och sjukvården.

Grunderna för den framtida rapporteringen har redovisats i avsnitt 2 Ut- gångspunkter för överenskommelsen.

## **7 Födelsekontrollerande verksamhet m.m. vid vissa organisationer**

Den allmänna sjukvårdsersättningen omfattar även de ersättningar som anges i lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verk- samhet m.m. När sådana åtgärder utförs av privatpraktiserande läkare an- slutna till den allmänna försäkringen ingår de ersättningar som utbetalas till dessa i underlaget för försäkringens avdrag vid utbetalning av allmän sjuk- vårdsersättning.

Motsvarande gäller för de ersättningar som utges från försäkringen till or- ganisationer som med socialstyrelsens tillstånd bedriver sådan verksamhet. Regeringen har årligen genom särskilt beslut fastställt ersättningsbeloppet per rådgivning till dessa organisationer. Till de organisationer som har ett sådant tillstånd hör studerandehälsovårdens mottagningar. Studerandeorga- nisationernas hälsovård är sedan den 1 juli 1985 i övrigt avskild från den all- männa försäkringens ersättningsystem. Den försäkringsersättning som tidi- gare utbetalades av försäkringskassorna till dessa ingår i det system med statsbidrag som införts för denna verksamhet.

Studerandehälsovården finansieras från nämnda tidpunkt genom statsbi- drag via utbildningsdepartementet. Strävan bör därför vara att även ersätt- ningen för den födelsekontrollerande verksamheten förs över från sjukför- säkringen till nämnda statsbidrag. Omläggningen kan av budgettekniska skäl ske tidigast från den 1 juli 1988.

Beträffande övriga organisationer som med socialstyrelsens tillstånd be- driver födelsekontrollerande verksamhet enligt nämnda lag bör gälla att be- rörda sjukvårdshuvudmän träffar vårdavtal med dessa.

## **8 Utbetalningsregler**

Ersättning enligt punkterna 3 a)–e) utbetalas utan särskild rekvisition må- nadsvis i efterskott.

Ersättning enligt punkterna 3 b)–d) utges med angivna belopp för varje invånare som var bosatt inom sjukvårdsområdet vid årets början.

Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av rege- ringen och Landstingsförbundets styrelse.

### *Anmärkning:*

Lagförslag och författningsändringar som behövs för genomförandet av överenskommelsen kommer att utarbetas av socialdepartementet. Närmare tillämpningsanvisningar utarbetas av riksförsäkringsverket efter samråd med Landstingsförbundet.

*För staten*

*Monica Andersson*

*För Landstingsförbundet*

*Gunnar Hofring*

## Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen

Ändamål	Totalbelopp milj. kr.	
	1988	1989
1. Allmän sjukvårdsersättning	10 669	12 039
2. Ersättning för avinstitutionalisering. 95 kr./invånare	794	794
3. Ersättning för förebyggande åtgärder. 48 kr./invånare	401	401
4. Ersättning för tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade. 85 kr./invånare	711	711
5. Särskild kompensation till Malmö kommun		10
	12 575	13 955

## Fördelningen av allmän sjukvårdsersättning åren 1988 och 1989

Landsting/kommun	Milj. kr. 1988	1989
AB	2 041	2 319
C	311	358
D	314	363
E	489	555
F	372	424
G	226	245
H	304	334
K	206	220
L	350	395
M	656	736
N	283	339
O	342	410
P	500	599
R	332	380
S	360	406
T	354	380
U	306	357
W	366	412
X	372	419
Y	333	380
Z	173	194
AC	309	357
BD	338	380
I	75	79
MM	349	349
OG	608	649
	10 669	12 039

## Indikationer för vårdplaneringslistor och prioriteringar

För operationsområdena gråstarr, höftleder och kranskärl skall sjukvårdshuvudmännen upprätta vårdplaneringslistor och prioritera patienterna enligt här beskrivna principer. Dessa vårdplaneringslistor skall användas som underlag för utjämning av väntetider. Indikationerna skall användas som grund för att föra upp patienter på respektive vårdplaneringslista. Patienterna delas in i olika prioriteringsgrupper och för varje prioriteringsgrupp anges en från medicinsk synpunkt önskvärd längsta planeringstid.

### 1 Gråstarroperationer

Med grå starr menas en grumling av ögats lins. Linsgrumlingen påverkar olika beroende på var i linsen grumlingen finns och hur utbredd den är. Sjukdomen kan medföra olika symptom som t.ex synnedsättning, dubbelseende, bländningsbesvär, besvär vid avståndsbedömning. Symptomen förekommer ensamma eller i kombination.

Den vanligaste typen av grå starr drabbar äldre människor, men också personer i arbetsför ålder kan drabbas. Behandlingen innebär att operativt avlägsna den skadade ögonlinsen.

För grå starr skall följande operationsindikationer och prioriteringsgrupper gälla. Härmed bör det vara möjligt att tillgodose patienternas individuella behov och beakta deras sociala situation vid bedömningen.

#### *Dubbel förtur:*

- patienter där risk för skada på ögat föreligger om operation ej genomföres utan dröjsmål.

Väntetid: högst en vecka.

#### *Förtur:*

- patienter som är sjukskrivna för sin synnedsättning eller som har synnedsättning som medför ökat hjälpbehov.

Väntetid: högst sex veckor.

#### *Övriga förtursfall:*

Vid ställningstagande till operation inom denna grupp måste en avvägning göras mellan patientens medicinska situation inklusive ögonsjukdomens svårighetsgrad och den begränsning och det handikapp som patienten upplever genom sin synnedsättning. Sålunda skall hänsyn tas inte endast till patienternas medicinska förutsättningar utan även till den sociala situationen. Mot denna bakgrund finns möjlighet för den enskilde läkaren att bedöma angelägenhetsgraden i det enskilda fallet.

En prioritering inom denna grupp sker genom att den önskvärda planeringstiden för patienter med synskärpa på 0,5 och sämre på bästa ögat skall vara högst sex månader.

Patienter med synskärpa bättre än 0,5 på bästa ögat (dvs. bättre än synskärpekravet för körkortssendet) får endast föras upp på planeringslistan om synnerliga medicinska eller sociala skäl föreligger.

## 2 Höftledsoperationer

Total höftledsplastik innebär att såväl höftledens ledpanna som ledhuvud ersätts med kroppsfrämmande material. Ett mindre antal fall opereras med s.k. halvplastik, en förr vanlig operation vid höftfraktur.

Den vanligaste indikationen till operation är förslitning av ledbrösket (höftartros). Övriga orsaker är främst komplikationer efter höftfrakturer, reumatoid artrit (ledgångsreumatism), medfödd höftsjukdom och allvarlig skada på ledpanna eller ledhuvud. Vidare tillkommer omoperationer (revisionsartroplastik) på grund av lossning av 10–20 år tidigare utförd höftplastik. Denna indikation kommer att öka, särskilt bland de manliga patienter som opererades före 55-årsåldern.

De symptom som uppträder vid höftledssjukdom av här aktuell art är olika former och kombinationer av belastningssmärta, vilovärk, stelhet och instabilitet.

När behandling krävs är de första åtgärderna vanligen icke operativa. Operation övervägs när patientens smärta trots behandling är så svår att varje steg smärtar eller att höften värker efter ansträngning och i vila (belastnings- och viloläge). Stelhet och igångsättningsvärigheter är vanligen ej tillräckliga indikationer. Funktionshindret skall vara så allvarligt att patientens förmåga att klara sig själv och/eller sitt arbete är hotad.

Höftledsplastik utförs endast i undantagsfall på patienter under 55 år med diagnos artros eller komplikation efter höftledsfraktur. Denna åldersprioritering är baserad på nuvarande kunskaper om hållfasthet och slitagestyrka hos proteserna samt dess förankring. Däremot kan patienter med reumatoid artrit ha behov av höftledsplastik redan i 20–30 årsåldern, trots de stora riskerna för reoperation som detta medför.

Mot bakgrund av ovanstående skall följande prioriteringsgrupper gälla för patienter i behov av höftledsplastik.

### *Dubbel förtur:*

Plötsligt uppträdande komplikationer vid höftfraktur (spikglidning) eller höftplastik (protesbrott).

Väntetid: högst en vecka.

### *Förtur:*

- revisionsartroplastiker (omoperation av infekterad höftledsplastik)
- reumatoida artrit (ledgångsreumatism) med svåra smärtor hos patienter över 80 år
- patienter som har nedsatt rörlighet och smärta för förlängd väntetid medför risk för institutionalisering, starkt försvårad rehabilitering eller starkt ökat hjälpbehov.

Väntetid: högst fem månader.

### *Övriga förtursfall:*

Vid ställningstagande till operation inom denna grupp gäller tidigare medicinska diagnoser, dock framför allt förslitning i höftleden (artros) samt åldersprioritering enligt vedertagen medicinsk praxis, dvs. 55 år och äldre. Därtill skall fogas symptom (smärtor och rörelsehandikapp) som är så framträdande att patienten upplever dem som oacceptabla. Angelägenhetsgraden av operation bör dessutom bedömas utifrån sociala indikationer såsom

ADL-funktion (möjligheten att själv klara den dagliga livsföringen) samt familje- och bostadsförhållanden. Vidare skall beaktas risken för förtidspensionering av för övrigt arbetsför patient samt risken för social isolering hos framför allt äldre patienter med åtföljande oförmåga till självständigt liv.

Väntetid: högst tolv månader

### 3 Kranskärloperationer

Kranskärslsjukdomen består av "åderförkalkning" (fettinlagring) i hjärtats kranskärl. Åderförkalkningen utvecklas under lång tid, oftast flera decennier, och leder med tiden till olika sjukdomstillstånd. De vanligaste tillstånden är angina pectoris (kärlkramp), hjärtinfarkt, hjärtarytmier m.m.

Kranskärlskirurgin har en livsförlängande effekt jämfört med konventionell medicinsk behandling för vissa grupper av patienter med kranskärslsjukdom. Kranskärlskirurgin delas upp i operationer och s.k. PTCA ("ballongdilatation").

För kranskärlsoperationer och PTCA skall följande indikationer och prioriteringsgrupper gälla.

#### *Dubbel förtur:*

- instabil angina pectoris (plötsligt inträffad eller försämrad kärlkramp)
  - tät huvudstamsstenos (förträngning i vänster kransartär)
- Väntetid: operation omgående (inom två veckor).

#### *Förtur:*

- svår angina pectoris (dagliga attacker och medicinberoende)
  - patienter med mycket avancerade operabla kärlförändringar
- Väntetid: högst fem månader.

### Upptagningsområden

Om väntetiden i respektive prioriteringsgrupp för de tre operationsområdena beräknas komma att överskridas har patienten rätt att begära att få operation vid någon annan klinik, vid annat sjukhus eller hos annan sjukvårdshuvudman. Sjukvårdshuvudmannen skall därvid aktivt pröva möjligheten att remittera till annan klinik som har kapacitet att utföra operationen inom den önskvärda planeringstiden.

Patienten kan således remitteras till sjukhus i främmande landsting om vården kan fås snabbare där och patienten önskar att få operationen utförd på annan ort. Landstingsförbundet åtar sig att rekommendera de remitterings- och ersättningsregler av riksavtalskaraktär som skall vara tillämpliga vid denna vård.

Protokoll, fört vid förhandlingar den 4 november 1987 mellan statens förhandlingsnämnd och företrädare för Landstingsförbundet om särskilt bidrag till den psykiatriska vården m.m.

Närvarande:

*Statens förhandlingsnämnd*  
Överdirektören Svante Englund  
Departementsrådet  
Thomas Luttröpp  
Avdelningsdirektören  
Birgitta Pettersson

Landstingsförbundet  
Ordförande Gunnar Hofring  
Avdelningschefen Ulf Wetterberg  
Sektionschefen Anders Hedberg

Staten och Landstingsförbundet har den 22 mars 1984 träffat överenskommelse om ändrade regler för vissa statsbidrag och ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen.

---

Vid förhandlingar denna dag har parterna enats om följande.

1 Staten skall till sjukvårdshuvudmännen utge ett särskilt bidrag till den psykiatriska vården till och med år 1991. Bidraget för år 1988 respektive 1989 skall vara 164 respektive 169 miljoner kronor. Nämnda bidrag skall fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen enligt den till detta protokoll fogade bilagan A. Bidraget fr.o.m. år 1990 skall fastställas i samband med överläggningar mellan staten och Landstingsförbundet om ersättningar från sjukförsäkringen.

2 Enligt 12 § lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (1966:293) ankommer det på socialstyrelsen att föranstalta om att den som genom lagakraftvunnen dom överlämnats till sluten psykiatrisk vård utan dröjsmål intas på sjukhus för sådan vård.

Parterna är ense om att det åligger respektive sjukvårdshuvudman att även fortsättningsvis svara för vårdkostnaderna, sedan domen vunnit laga kraft och socialstyrelsen beslutat om sjukhusplacering. Ersättning för vårdkostnader då vederbörande kvarligger på rättspsykiatrisk klinik utgår år 1988 respektive 1989 med 950 respektive 975 kronor per vård dag.

3 Denna överenskommelse skall för att bli gällande godkännas av regeringen samt av Landstingsförbundets styrelse och samtliga landstingskommuner och berörda kommuner.

---

Detta protokoll är upprättat i två exemplar, av vilka parterna tagit var sitt. Prop. 1987/88:63

Stockholm den 4 november 1987

För svenska staten  
Statens förhandlingsnämnd

För Landstingsförbundet

Svante Englund

Gunnar Hofring

Birgitta Pettersson

Ulf Wetterberg



## Fördelning av SÄRSKILDA BIDRAGET för psykiatrisk vård för år 1988 respektive 1989

De i förhandlingsprotokoll den 4 november 1987 under punkt 1 angivna beloppen skall fördelas mellan huvudmännen enligt nedan.

Landsting/kommun	Särskilt bidrag för 1988 (1 000tal kr.)	Särskilt bidrag för 1989
AB	32 308	33 293
C	4 428	4 563
D	656	676
E	10 004	10 309
F	8 364	8 619
G	—	—
H	7 216	7 436
K	984	1 014
L	4 428	4 563
M	2 952	3 042
N	5 740	5 915
O	492	507
P	8 036	8 281
R	1 476	1 521
S	8 036	8 281
T	—	—
U	7 708	7 943
W	14 924	15 379
X	9 676	9 971
Y	20 008	20 618
Z	3 772	3 887
AC	6 724	6 929
BD	2 952	3 042
I	2 132	2 197
MM	984	1 014
OG	—	—
Summa	164 000	169 000

	Sid.
Propositionens huvudsakliga innehåll .....	1
Lagförslag .....	3
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 5 november 1987	4
1 Inledning .....	4
2 Gällande ersättningsregler .....	7
2.1 Det nya ersättningssystemet fr.o.m. år 1985 .....	7
2.2 Ersättningar och ersättningsbelopp för år 1987 .....	7
2.3 Patientavgifter .....	8
2.4 Villkoren för privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters anslutning till sjukförsäkringen m.m. ....	8
2.5 Övrigt .....	9
3 Allmänna utgångspunkter för den nya överenskommelsen med sjukvårdshuvudmännen .....	9
4 Föredragandens överväganden .....	11
4.1 Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för åren 1988 och 1989 .....	11
4.1.1 Inledning .....	11
4.1.2 Kostnadsutveckling .....	11
4.1.3 Regional obalans i resurser .....	12
4.1.4 Läkarförsörjningen och privatpraktikernas anslutning .....	13
4.1.5 Den öppna vårdens utbyggnad .....	14
4.1.6 Avreglering m.m. ....	14
4.1.7 Övriga frågor .....	15
4.1.8 Uppföljning av verksamhet och resursanvändning	15
4.2 Ersättningsanslagens omfattning och inriktning .....	17
4.3 Ersättningsbelopp för åren 1988 och 1989 .....	18
4.4 Patientavgifter för öppen vård m.m. ....	20
5 Effekterna av de gällande anslutningsreglerna .....	21
5.1 Anslutningsreglerna .....	22
5.2 Privatpraktiserande läkare .....	22
5.3 Privatpraktiserande sjukgymnaster .....	22
5.4 Fritidspraktiserande läkare och sjukgymnaster .....	22
5.5 Försöksverksamheterna med fri anslutning i stödområdena .....	23
5.6 Försöksverksamheten med fri ersättningsetablering ...	24
5.7 Anslutningsreglerna i övrigt .....	24

6	Övriga ändringar i regelsystemet .....	25
6.1	Samverkan mellan de offentliga vårdgivarna och vissa enskilda sjukvårdsinrättningar .....	25
6.2	Ersättning till vissa organisationer avseende rådgivning för födelsekontrollerande verksamhet m.m. ....	26
7	Hemställan .....	27
8	Beslut .....	27
Bilaga 1	Överenskommelse om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för åren 1988 och 1989 .....	28
Bilaga 2	Överenskommelse om särskilt bidrag till den psykiatriska vården, m.m. ....	39

