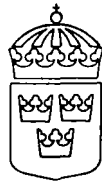


Regeringens proposition

1990/91: 51

om vissa ersättningar till
sjukvårdshuvudmännen m. m.



Prop.
1990/91: 51

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 18 oktober 1990 för de åtgärder och det ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

Ingvar Carlsson

Ulf Lönnqvist

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen redovisas en överenskommelse som träffats med företrädare för sjukvårdshuvudmännen om vissa ersättningar från sjukförsäkringen m. m. för år 1991. Den bygger vidare på det system med schabloniserade ersättningar till sjukvårdshuvudmännen som har gällt sedan år 1985. Till skillnad från tidigare år har parterna dock inte kunnat enas om storleken på den generella höjningen av den allmänna sjukvårdersättningen för år 1991.

Som utgångspunkt för överenskommelsen har parterna gemensamt preciserat inriktningen på det utvecklings- och förändringsarbete som skall intensifieras under år 1991. Ett arbete för att kontinuerligt kunna utvärdera förändrings- och utvecklingsarbetet skall påbörjas. Bl. a. gäller det att utveckla metoder för att mäta vårdens kvalitet och att utarbeta allmänt godtagbara kriterier för att sätta upp patienter på väntelista samt indikationer vid vissa sjukdomsdiagnoser för intagning för behandling eller operation. Parterna skall också gemensamt utreda förutsättningarna för att ge sjukvårdshuvudmännen det direkta kostnadsansvaret för läkemedel inom den öppna hälso- och sjukvården.

I den allmänna sjukvårdersättningen inordnas fr. o. m. år 1991 de särskilda ersättningarna för avinstitutionalisering, förebyggande åtgärder samt tillhandahållande av hjälpmedel.

En viktig nyhet är att parterna enats om att en ny särskild ersättning från sjukförsäkringen på högst 400 milj. kr. skall införas för att öka resurserna för rehabiliterings- och behandlingsinsatser hos sjukvårdshuvudmännen så att väntetiderna i den medicinska rehabiliteringen skall kunna minskas.

Parterna har också enats om att systemet med patientavgifter inom den öppna hälso- och sjukvården bör avregleras fr. o. m. den 1 januari 1991. Härigenom ges sjukvårdshuvudmännen möjligheter att genom anpassning av avgiftsnivåerna uppnå ett effektivare utnyttjande av vårdresurserna. En sådan förändring förutsätter vissa ändringar i det s. k. högkostnadsskyddet för öppenvård och läkemedelsinköp. I propositionen läggs därför fram förslag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.

Andra nyheter i överenskommelsen för år 1991 är att särskilda ersättningar till sjukvårdshuvudmännen införs för handledning av kiropraktorer, för överföring av vissa patienter från Sverige till Finland samt för anordnande av institutioner för HIV-smittade som omhändertas enligt smittskyddslagen (1988:1472).

I propositionen föreslås också att den tidsangivelse i 2 kap. 11 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) som säger att rehabiliteringsbehovet skall undersökas och åtgärder vidtas när ersättning för sjukhusvård har lämnats en försäkrad för 90 dagar i följd tas bort.

1. Förslag till

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 §¹

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

För kostnadsbefrielse enligt första stycket fordras att prisnedsatta läkemedel har inköpts eller patientavgifter för läkarbesök erlagts vid sammanlagt minst 15 tillfällen. Med ett sådant tillfälle likställs dels ett köp av läkemedel som avses i 3 § för ett belopp som överstiger 30 men inte 65 kronor, dels två tillfällen då patientavgift har erlagts för besök för sjukvårdande behandlingar eller för telefonrådgörningar som har skett hos läkare eller privatpraktiserande sjukgymnast.

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

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

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

För kostnadsbefrielse enligt första stycket fordras att prisnedsatta läkemedel har inköpts för eller patientavgifter erlagts med sammanlagt minst 1500 kronor. Om en landstingskommun eller en kommun som inte ingår i en landstingskommun har beslutat att för sin del tillämpa ett lägsta belopp som understiger 1500 kronor, skall i stället det beloppet gälla för kostnadsbefrielse enligt första stycket för den som är bosatt inom landstingskommunen respektive kommunen.

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

¹ Senaste lydelse 1990:162.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1991.
 2. En kostnadsbefrielse som gäller vid utgången av år 1990 skall bestå enligt äldre föreskrifter även efter ikraftträdandet.
 3. För den som visar att han före ikraftträdandet gjort inköp eller erlagt patientavgift utan att dessa tillfällen har legat till grund för kostnadsbefrielse skall äldre föreskrifter tillämpas tills kostnadsbefrielsen uppnåtts och dess giltighetstid har löpt ut.

2. Förslag till

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

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 11 § lagen (1962: 381) om allmän försäkring¹ skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*2 kap.
11 §

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

När det finns anledning skall den allmänna försäkringskassan, i den omfattning riks försäkringsverket närmare föreskriver, undersöka om det finns skäl att vidta åtgärd, som är ägnad att förkorta den försäkrades sjukdomstid eller att annars helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av dennes arbetsförmåga. Om en sådan åtgärd behövs skall kassan se till att den vidtas.

För utgifter för läkarundersökning och läkarutlåtande som föranledes av undersökning enligt första stycket utgår ersättning i enlighet med vad regeringen förordnar.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1991.

¹ Lagen omtryckt 1982: 120.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 18 oktober 1990

Närvarande: statsministern Carlsson, ordförande, och statsråden Engström, Hjelm-Wallén, S. Andersson, Göransson, Gradin, Dahl, R. Carlsson, G. Andersson, Lönnqvist, Wallström, Lööw, Persson, Molin, Sahlin, Larsson, Åsbrink

Föredragande: statsrådet Lönnqvist

Proposition om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m. m.

1 Inledning

Det nuvarande systemet för ersättning från sjukförsäkringen enligt lagen (1962: 381) om allmän försäkring till sjukvårdshuvudmännen har funnits i snart sex år. När det infördes innebar det en övergång från prestationsbundna ersättningar till en schabloniserad och samlad ersättning per invånare i form av en allmän sjukvårdsersättning. Förändringen innebar också en samordning med försäkringens ersättningar till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster för att förbättra förutsättningarna för en samordnad planering enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) av den offentliga och den privata hälso- och sjukvården.

Utöver en allmän sjukvårdsersättning har varje år lämnats ett varierande antal specialdestinerade ersättningar för olika ändamål till sjukvårdshuvudmännen. Totalt uppgår ersättningarna under år 1990 till 14 786 milj. kr., varav 12 778 milj. kr. utgörs av allmän sjukvårdsersättning.

Fr. o. m. år 1988 infördes successivt en behovsrelaterad fördelning av den allmänna sjukvårdsersättningen. En fullt genomförd sådan fördelning gäller fr. o. m. i år. De fördelningskriterier som lagts till grund för denna är skillnader i befolkningens dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspensionering samt antalet ensamboende äldre. Härigenom har väsentliga fördelningspolitiska effekter uppnåtts och sjukvårdshuvudmännen har fått ökade förutsättningar att anpassa hälso- och sjukvårdens resurser till skillnaderna i vårdbehoven.

Den överenskommelse som nu har träffats för år 1991 bygger i stort sett vidare på de principer som lagts fast i de fyra tidigare överenskommelserna, även om enighet denna gång inte kunnat uppnås i fråga om den generella höjningen av den allmänna sjukvårdsersättningen. Uppgörelsen innehåller dock några viktiga moment som jag särskilt vill peka på.

Som utgångspunkt för överenskommelsen har parterna gemensamt preciserat inriktningen på utvecklings- och förändringsarbetet inom hälso- och sjukvården vilket skall intensifieras under år 1991. Det har som mål att säkra ett effektivt utnyttjande av tillgängliga ekonomiska och personel-

la resurser och med utnyttjande av dessa resurser kontinuerligt förbättra hälso- och sjukvården. Detta angelägna utvecklingsarbete som har ett flerårsperspektiv skall skapa förutsättningar att bättre styra verksamheten och underlätta resultatuppföljningen. I arbetet ingår att utveckla former för att mäta och värdera såväl vårdens kvalitet som dess effektivitet och produktivitet. Allmänt accepterade kriterier skall utvecklas för att sätta upp patienter på väntelista och indikationer vid ett antal sjukdomsdiagnoser för intagning för behandling eller operation. Vidare skall analys ske av möjligheterna att redovisa uppgifter om prestationer inom öppen och slutna vård samt om resurser, köer och väntetider i den öppna primärvården. Arbetet för att förbättra tillgänglighet och kapacitet inom hälso- och sjukvården skall fortgå även under år 1991.

I anslutning till detta bör också nämnas att parterna gemensamt skall utreda förutsättningarna att ge sjukvårdshuvudmännen det direkta kostnadsansvaret för läkemedel inom den öppna hälso- och sjukvården.

För år 1991 gäller också att de specialdestinerade ersättningarna för avinstitutionalisering, förebyggande åtgärder samt tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade inordnas i den allmänna sjukvårdsersättningen. Motivet för detta är främst den utveckling mot ökad mål- och resultatstyrning med uppföljning och utvärdering av verksamheten som enligt överenskommelsen skall påbörjas under år 1991. Ambitionen bör också vara att successivt inordna återstående och tillkommande specialdestinerade ersättningar i den allmänna sjukvårdsersättningen.

Under de närmaste åren krävs särskilda insatser inom rehabiliteringsområdet. Regeringen har deklarerat att denna satsning syftar till att sänka det s. k. ohälsotalet. För innevarande budgetår är målet att detta skall minskas med två dagar. Mot denna bakgrund är det angeläget att rehabiliterings- och behandlingskapaciteten även inom hälso- och sjukvårdsområdet förstärks. Det är därför glädjande att parterna kunnat enas om att avsätta 400 milj. kr. för rehabiliterings- och behandlingsinsatserna under år 1991. Jag vill i anslutning härtill understryka att de avsatta medlen inte skall användas för köp av individuellt utformade sjukvårdsinsatser, eftersom detta skulle kunna medföra felaktiga prioriteringar. Det krävs också att försäkringskassan och sjukvårdshuvudmannen innan ersättningen utbetalas kommer överens om hur dessa medel bäst skall användas för att förbättra kapaciteten på just detta område inom hälso- och sjukvården. Vidare gäller att sjukvårdshuvudmannens verksamhet och resurser anpassas så att största möjliga effekt erhålls av den satsning på rehabilitering och behandling som man kommit överens om. Härigenom bör, enligt min bedömning, denna nya satsning kunna bidra till åtgärder som snabbare kan återföra människor till arbetslivet eller till ett aktivt liv i övrigt. Det är angeläget att försäkringskassorna och huvudmännen följer upp och utvärderar effekterna av denna nya satsning. Enligt överenskommelsen skall huvudmännen senast under mars 1992 ha lämnat kassorna en resultatredovisning för medlens användning år 1991.

I överenskommelsen har parterna redovisat motiven för en avreglering av det nuvarande avgiftssystemet för den öppna hälso- och sjukvården. Genom avregleringen skapas förutsättningar för en differentierad avgifts-

sättning, vilket bör kunna leda till ett effektivare utnyttjande av öppenvårdens organisation och resurser. De privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna förutsätts också bli omfattade av avregleringen. En systemförändring av detta slag påverkar det högkostnadsskydd som finns för öppen sjukvård och läkemedelsinköp. Detta skydd baseras på antalet besök eller inköp som den försäkrade gör inom en tolv månadersperiod. En övergång till ett nytt avgiftssystem som innebär mer differentierade avgifter kräver ett högkostnadsskydd som bygger på att den försäkrades kostnader för vård och läkemedel sammanräknas. Detta egenkostnadstak bör, i enlighet med överenskommelsen, fastställas till högst 1 500 kr. inom en tolv månadersperiod.

Genom överenskommelsen införs också särskilda ersättningar för handledd praktisk tjänstgöring för kiropraktorer inom hälso- och sjukvården, för överföringar av vissa patienter från Sverige till Finland samt för anordnande av institutioner för HIV-smittade som omhändertas enligt smittskyddslagen (1988:1472). Jag anser att det är mycket tillfredsställande att dessa frågor nu har fått en lösning.

I övrigt vill jag framhålla den i överenskommelsen omnämnda förändringen av Handikappinstitutets framtida inriktning och verksamhet. Den innebär att institutets roll inom forskning och utveckling på hjälpmedelsområdet ytterligare accentueras, vilket möjliggörs genom att en betydande förstärkning av institutets ekonomi sker under år 1991. En mer ingående redovisning av bakgrunden till och innebörden av förändringarna för Handikappinstitutets inriktning och verksamhet finns i avsnitt 8.

Jag förordar att de i överenskommelsen angivna åtgärderna genomförs på det sätt som redogörs för i det följande. De förslag som jag redovisar förutsätter ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m. I övrigt är det en uppgift för 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.

Jag förutsätter att sjukvårdshuvudmännen informerar berörd personal inom hälso- och sjukvården om innehållet i den träffade överenskommelsen.

2 Gällande ersättningsregler

2.1 Ersättningssystemet fr. o. m. år 1985

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

I samband med att fr. o. m. år 1985 nya regler infördes för ersättning från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen ändrades också reglerna för anslutning av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster till sjukförsäkringens ersättningsystem. Den år 1985 införda ordningen för anslutning gäller fortfarande med vissa mindre ändringar.

2.2 Ersättningar och ersättningsbelopp för år 1990

Det sammanlagda ersättningsbeloppet till sjukvårdshuvudmännen för år 1990 uppgår till 14 786 milj. kr., varav 12 778 milj. kr. utgörs av en allmän sjukvårdsersättning. Denna ersättning avser inte bara primärvård och övrig öppen vård, utan även sjukhusvård och sjuktransporter. I beloppet ingår sedan år 1989 även summan av de avgifter som tas ut av pensionärer vid sjukhusvård enligt det fr. o. m. samma år gällande avgiftssystem.

Den allmänna sjukvårdsersättningen fördelas sedan år 1988 enligt en behovsbaserad modell mellan sjukvårdshuvudmännen. Det innebär att huvudmännen delas in i tre behovsklasser. Sedan den behovsrelaterade fördelningen av ersättningen genomförts helt fr. o. m. år 1990 är differenserna i ersättning per invånare mellan klasserna 50 kr., dvs. ersättningen till sjukvårdshuvudmännen i klass 3 är 100 kr. högre per invånare än för de huvudmän som tillhör klass 1. Den allmänna sjukvårdsersättningen finansieras år 1990 till ca 34 % genom att 4 300 milj. kr av statsbidraget till allmän sjukvård m. m. utges till sjukvårdshuvudmännen.

I likhet med vad som gällt sedan tidigare lämnas under år 1990 särskilda ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för avinstitutionalisering, förebyggande åtgärder samt tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade m. m. Storleken på respektive ersättning är 95 kr., 48 kr. samt 85 kr. per invånare. Av sistnämnda belopp skall, enligt en särskild överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet, 4,30 kr. per invånare frånräknas och tillföras en särskild fond för Handikappinstitutets verksamhet. Under år 1990 lämnas även ersättning med sammanlagt högst 50 milj. kr. för åtgärder som avser en gemensam kraftsamling för ökad tillgänglighet och kapacitet inom hälso- och sjukvården.

Vidare lämnas under år 1990 en särskild ersättning med totalt högst 19 milj. kr. till sjukvårdshuvudmännen för att möjliggöra för dessa att öka tillgången på psykoterapeutiska behandlingsresurser.

Till de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för produktkontrollregister lämnas under år 1990 ersättning med sammanlagt högst 2 milj. kr.

Nu angivna ersättningsbelopp och grunderna för dem har – med undantag för statsbidraget till allmän sjukvård m. m. – fastställts av regeringen i förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmän från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Enligt en särskild överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen lämnas under år 1990, i likhet med tidigare år, ett särskilt bidrag till den psykiatriska vården. För år 1990 uppgår detta bidrag till 176 milj. kr.

2.3 Patientavgifter

Enligt överenskommelsen för år 1990 skall, liksom för år 1989, de högsta patientavgifter som sjukvårdshuvudmannen få ta ut för öppen offentlig vård under år 1990 vara följande:

Läkarvård 60 kr. per besök. Tilläggsavgift 30 kr. vid besök hos den sjuke. Telefonrådgivning 25 kr.

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

Inom Örebro läns landsting har sedan mars 1986 bedrivits en försöksverksamhet med enhetliga patientavgifter inom offentlig öppen hälsooch sjukvård. Den enhetliga patientavgift som får tas ut under år 1990 uppgår till högst 50 kr per läkarvårdsbesök eller besök för annan sjukvårdande behandling.

Nämnda högsta avgifter har fastställts av regeringen i förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring respektive i förordningen (1986:21) om försöksverksamhet med enhetliga patientavgifter m. m. inom offentlig öppen hälso- och sjukvård.

För *sjukhusvård* tas avgift ut av förvärvsarbete genom försäkringskassans försorg i form av ett avdrag på sjukpenningen med högst 55 kr. per vård dag. Detta högsta belopp har fr. o. m. den 1 juli 1990 höjts till 65 kr. per vård dag (3 kap.4§ AFL). För pensionärer med hel ålderspension och pensionärer med hel förtidspension som åtnjuter avgiftsfri sjukhusvård under 365 dagar gäller sedan år 1989 ett motsvarande avgiftssystem. Avgiften utgör, per dag räknat, en tredjedel av utgående pensionsförmåner från den allmänna försäkringen före skatt, dock högst 55 kr. för varje vård dag (2 kap.12§ AFL).

2.4 Villkoren för privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters anslutning till försäkringen m. m.

Fr. o. m. år 1985 gäller som huvudregel att en privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast får anslutning till sjukförsäkringens ersättningssystem endast om sjukvårdshuvudmannen tillstyrker detta. En sådan tillstyrkan sker i regel genom att ett samverkansavtal träffas. Samtidigt infördes på försök fri etableringsrätt inom stödområdena A, B och C för privatpraktiker med heltidsverksamhet. Denna försöksverksamhet permanentades fr. o. m. år 1988. En motsvarande förändring genomfördes då även i fråga om försöksverksamheten med fri ersättningsetablering över hela landet.

Därutöver har vissa andra smärre förändringar och kompletteringar gjorts i anslutningsreglerna. Det kan bl. a. nämnas att möjligheter har öppnats för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster att tillfälligt vikariera inom den offentliga vården utan att försäkringsanslutningen upphör. På motsvarande sätt kan offentligt anställda läkare och sjukgymnaster tillfälligt vikariera inom den privata vården.

Den senaste ändringen av anslutningsreglerna skedde den 1 juli 1989, då reglerna för privatläkares ersättningsetablering ändrades på två punkter.

För det första begränsades den fria ersättningsetableringen till att gälla endast i de fall tillträdande privatläkare avser att bedriva verksamheten vidare med i huvudsak oförändrad inriktning. Annan ersättningsetablering bör prövas i enlighet med vad som gäller vid nyetablering, dvs. krav gäller på tillstyrkan i form av samverkansavtal. För det andra gavs vid ersättningsetablering, då privatläkare pensionerar sig och befintlig praktik övertas med tillhörande mottagning, patientregister m. m., möjlighet för den avgående läkaren och tillträdande läkaren att under kortare tid arbeta parallellt med varandra på mottagningen. Det sammanlagda besöksantalet får under verksamhetsåret dock inte överstiga 6 000.

Frågan om möjligheterna för läkarpsykoanalytikerna att kunna arbeta inom sjukförsäkringens ram med hänsyn till de särskilda förhållanden som gäller för deras verksamhet har tagits upp av mina företrädare, senast i den skrivelse som regeringen tillställde riksdagen angående överenskommelsen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1990 (skr.1988/89: 153). I skrivelsen konstaterades att parterna var överens om att sjukvårdshuvudmännen aktivt skulle verka för att via vårdavtal underlätta läkarpsykoanalytikernas möjligheter till kombinerad verksamhet. Parterna skulle gemensamt följa utvecklingen på detta område och frågan skulle vid behov tas upp i anslutning till nästa överläggning. Jag återkommer till denna fråga i avsnitt 6.

2.5 Övrigt

Sedan det gällande ersättningssystemet infördes år 1985 har ett flertal ändringar gjorts i detta i enlighet med de överenskommelser som träffats med sjukvårdshuvudmännen. I korthet kan nämnas att både studerandorganisationernas hälsovård och företagshälsovården avskilts från sjukförsäkringens ersättningssystem med anledning av att nya ersättningssystem med statsbidrag införts för dessa verksamheter.

Fr. o. m. år 1989 utges heller inte någon ersättning direkt från försäkringen till de enskilda sjukvårdsinrättningar som var uppförda på en av riks-försäkringsverket upprättad förteckning. Dessa s. k. förteckningsjukhus förutsattes i stället träffa vårdavtal med berörda sjukvårdshuvudmän om bl. a. de ersättningsbelopp som huvudmännen skall lämna till vårdinrättningarna. Riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn och Tranås omfattas dock inte av förändringen.

3 Allmänna utgångspunkter för den nya överenskommelsen med sjukvårdshuvudmännen

Parterna har som grund för de senaste årens överenskommelser gemensamt formulerat vissa allmänna utgångspunkter för hälso- och sjukvårdens utveckling.

Inför överläggningarna om ersättningarna för år 1991 från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen har parterna kommit överens om att utvecklings- och förändringsarbetet inom hälso- sjukvården bör intensifi-

cras ytterligare under år 1991 på ett antal områden. Det har som mål såväl att säkra ett effektivt utnyttjande av tillgängliga ekonomiska och personella resurser som att kontinuerligt förbättra hälso- och sjukvården. Utvecklingsarbetet, som sträcker sig över flera år, skall ge möjligheter att bättre styra verksamheten och underlätta resultatuppföljningen. Det ingår också i arbetet att utveckla former för att mäta och värdera vårdens kvalitet samt dess effektivitet. Allmänt accepterade kriterier tas fram för att sätta upp patienter på väntelista liksom indikationer vid ett antal diagnoser för intagning för behandling eller operation. Vidare skall analyseras möjligheterna att, mot bakgrund av informationsstrukturutredningen arbete, redovisa uppgifter om prestationer inom öppen och sluten vård samt resurser, köer och väntetider inom den öppna primärvården m. m. Det arbete som startade i år för att förbättra tillgänglighet och kapacitet inom hälso- och sjukvården skall fortgå även under år 1991. För dessa olika utvecklingsaktiviteter skall som stöd en särskild ersättning lämnas med sammanlagt högst 10 milj. kr. under år 1991. I detta sammanhang kan nämnas att parterna också är överens om att snarast påbörja ett gemensamt utredningsarbete angående förutsättningarna för att överföra kostnadsansvaret för läkemedel inom öppenvården från riks försäkringsverket till sjukvårdshuvudmännen. Motivet för en sådan huvudmannaskapsförändring är att åstadkomma en effektivare samordning och därmed resursanvändning. En första redovisning av detta arbete skall lämnas under våren 1991.

4 Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1991

Den behovsbaserade fördelningen av den allmänna sjukvårdsersättningen genomfördes fullt ut fr. o. m. år 1990. Mot bakgrund av att överläggningarna denna gång präglats av det rådande allvarliga statsfinansiella läget har parterna inte kunnat nå en uppgörelse om beloppet av den allmänna sjukvårdsersättningen för år 1991. Från statens sida föreslogs en höjning av denna med 200 milj. kr., varvid samtidigt förutsattes att 100 milj. kr. avseende det i denna ersättning ingående s. k. köbidraget fördes över till den nya särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser som ursprungligen var avsedd att uppgå till 300 milj. kr. Eftersom parterna kunde enas om att 400 milj. kr. skulle avsättas för den nya ersättningsformen kommer jag att föreslå regeringen att den allmänna sjukvårdsersättningen höjs med 100 milj. kr. för år 1991.

Mot bakgrund av de redovisade allmänna hälso- och sjukvårdspolitiska utgångspunkterna för den träffade överenskommelsen, som skall utgöra grund för en mål- och resultatstyrning med uppföljning och utvärdering av verksamheten, delar jag bedömningen att systemet med särskilda ersättningar för avinstitutionisering, för förebyggande åtgärder samt för tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade bör kunna avvecklas och att dessa ersättningar i stället bör inordnas i den allmänna sjukvårdsersättningen. I samma riktning talar det förhållandet att dessa särskilda bidrag

knappast haft någon påtaglig styrande effekt på sina områden. Genom denna förändring blir även ersättningsystemet enklare och mindre administrativt betungande. Jag vill dock kraftigt understryka att detta självfallet inte skall uppfattas som om dessa tre verksamhetsområden har fått minskad prioritet.

Den enligt min uppfattning viktigaste nyheten i överenskommelsen för år 1991 är att en särskild ersättning på 400 milj. kr införs för att förbättra kapaciteten inom hälso- och sjukvården för *rehabiliterings- och behandlingsinsatser*. Härigenom skapas enligt min bedömning goda förutsättningar för sjukvårdshuvudmännen att minska väntetiderna för de medicinska delarna av rehabiliteringen och därmed bidra till att uppfylla det mål som ställts upp angående en sänkning av det s.k. ohälsotalet. En närmare beskrivning av denna nya ersättningsform finns intagen i avsnitt 7.

I överenskommelsen för år 1991 ingår en fortsatt gemensam satsning på det förändringsarbete som syftar till att ytterligare förbättra *tillgänglighet och kapacitet* i hälso- och sjukvården. Vissa angelägna aktiviteter av olika slag som denna särskilda ersättning initierat under år 1990 återstår att genomföra och dessutom tillkommer utvecklingsarbete under år 1991. Med hänsyn härtill har parterna ansett det nödvändigt att behålla denna ersättningsform även under år 1991. En reducering av ersättningsbeloppet till 10 milj. kr. har dock av parterna ansetts vara motiverad.

Parterna har också enats om att den särskilda ersättning som infördes fr. o. m. år 1990 för *psykoterapeutisk verksamhet* bör kvarstå även under år 1991. Syftet med detta ekonomiska stöd är att möjliggöra för sjukvårdshuvudmännen att öka tillgången på psykoterapeutisk behandling till rimliga kostnader för de försäkrade. Detta skulle ske genom att huvudmännen genom vårdavtal knöt legitimerade privatpraktiserande vårdgivare till den psykoterapeutiska verksamheten. Det har framkommit att nästan samtliga sjukvårdshuvudmän har utnyttjat denna möjlighet och härvid förutsatt att stödet skall utges även för år 1991. Mot den bakgrunden delar jag bedömningen att denna särskilda ersättningsform bör finnas kvar även under år 1991. Ersättningsbeloppet har räknats upp till högst 21 milj. kr. med hänsyn till den allmänna kostnadsutvecklingen.

Enligt överenskommelsen för år 1990 avsattes en särskild ersättning för de sjukvårdshuvudmän som åtagit sig att svara för nationella *register för produktkontroll*. Efter beslut av regeringen på grundval av yttrande från sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) över inkomna framställningar skulle ersättningarna utbetalas av riks försäkringsverket. Parterna har enats om att ersättningsbeloppet för år 1991 skall vara högst 4 milj. kr. samt att Landstingsförbundet efter samråd med socialstyrelsen avger ett utlåtande till riks försäkringsverket som beslutar om hur beloppet bör fördelas mellan huvudmännen. Denna särskilda ersättning bör utges endast under ett uppbyggnadsskede.

Parterna har enats om att särskild ersättning skall utges på ytterligare tre områden under år 1991. Det gäller ersättning till handledd praktisk tjänstgöring för kiropraktorer inom hälso- och sjukvården, ersättning för vissa patientöverföringar mellan Sverige och Finland samt ersättning för anordnande av rikssjukvård för HIV-smittade som tvångsomhändertags enligt smittskyddslagen.

För handledd *praktisk tjänstgöring för kiropraktorer inom hälso- och sjukvården* lämnas särskild ersättning med högst 1 milj. kr. under år 1991. Enligt beslut av riksdagen skall ett av villkoren för legitimation som kiropraktor vara fullgjord praktisk tjänstgöring inom allmän eller enskilt bedriven hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har angett vad denna praktiska tjänstgöring skall omfatta. Parterna är ense om att ersättningen skall vara 85 000 kr. per praktikant för praktik inom hälso- och sjukvård. Det är naturligt att socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och lämnar riks försäkringsverket erforderligt beslutsunderlag för utbetalning av ersättningen.

För *överföring av vissa patienter från Sverige till Finland* lämnas särskild ersättning med högst 2 milj. kr. för år 1991. Överenskommelsen bygger på vad en undergrupp inom den svensk-finska arbetsgruppen rörande de finska invandrarnas situation inom den svenska hälso- och sjukvården samt socialtjänsten (SFINKS) föreslagit för att möjliggöra överföringar av humanitära skäl. Utgångspunkten är att dessa överföringar skall förbättra den enskildes hälsotillstånd eller livssituation. I varje enskilt fall förutsätts en försöksvis överföring på ett halvt år jämte utvärdering innan denna särskilda ersättning utnyttjas. Översändande landsting/kommun skall enligt överenskommelsen ansvara för transporten och vårdkostnaden avseende de sex första månadernas vård. För tiden därefter skall, inom ramen för nämnda ersättningsbelopp, ersättning för varje enskilt fall lämnas med hälften av den vårdkostnad som uppkommer i Finland. Socialstyrelsen skall svara för handläggningen av dessa ärenden och lämna erforderligt underlag till riks försäkringsverket, som skall svara för utbetalning årsvis av ersättningen.

För *anordnande av rikssjukvård för HIV-smittade* som omhändertas för isolering enligt smittskyddslagen utges ersättning med högst 5 milj. kr. för år 1991. Enligt överenskommelsen bör denna mycket kostnadskrävande vård koncentreras till ett fåtal ställen i landet och ske på sjukhus som drivs av landstingskommun och med resurser som tillgodoser ett gott medicinskt och psykosocialt omhändertagande. Ersättning skall lämnas med 500 000 kr. per anordnad plats och år. Socialstyrelsen skall svara för bedömningen av dessa ärenden och tillställa riks försäkringsverket erforderligt underlag för årsvis utbetalning av ersättningen.

Ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen skall, mot bakgrund av vad jag nu har redovisat, sammanfattningsvis vara följande.

a) *Allmän sjukvårdsersättning* avseende såväl öppen som sluten vård med fördelning enligt den behovsmodell som gällt sedan år 1988 och som tidigare beskrivits. I ersättningen ingår även de tidigare särskilda ersättningarna för avinstitutionalisering, för förebyggande åtgärder samt för tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade. I enlighet med en särskild överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om Handikappinstitutet och dess finansiering m. m. år 1991, skall dock 42,5 milj. kr. av hjälpmedelsersättningen och ett belopp på ytterligare 4 milj. kr. tillföras institutets fond. Denna särskilda överenskommelse framgår av *bilaga 3*.

Totalt utges en allmän sjukvårdsersättning med 14 772,5 milj. kr. för år 1991. Fördelningen av ersättningen mellan sjukvårdshuvudmännen framgår av *bilaga 2*.

Vid utbetalning av den allmänna ersättningen till respektive sjukvårdshuvudman skall som tidigare avräknas det belopp som motsvarar under närmast föregående år utbetalade försäkringsersättningar till de privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som var verksamma inom respektive sjukvårdshuvudmans geografiska område.

b) För att förbättra hälso- och sjukvårdens resurser för *rehabiliterings- och behandlingsinsatser* utges under vissa förutsättningar ersättning med sammanlagt högst 400 milj. kr. Fördelningen av medlen skall ske enligt en särskild fördelningsmodell, som är baserad på det s.k. ohälsotalet och invånarantalet. Utbetalning sker av försäkringskassan först när lokala överenskommelser har träffats om medlens användning.

c) För åtgärder avseende en gemensam kraftsamling för ökad *tillgänglighet och kapacitet inom hälso- och sjukvården m. m.* utges ersättning med sammanlagt högst 10 milj. kr. Fördelningen av dessa medel skall ske enligt de riktlinjer som parterna gemensamt utarbetar. Medlen utbetalas av riks försäkringsverket.

d) För att möjliggöra för sjukvårdshuvudmännen att öka tillgången på *psykoterapeutiska behandlingsresurser* utges en särskild ersättning med sammanlagt högst 21 milj. kr. Ersättningen, som skall fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen, utges dels med 275 000 kr. per huvudman, dels med 1.65 kr per invånare och lämnas efter särskild rekvisition av riks försäkringsverket under förutsättning att sjukvårdshuvudmännen träffar av socialstyrelsen godkända vårdavtal med privata vårdgivare.

e) För de sjukvårdshuvudmän som åtagit sig att föra nationella *register för produktkontroll* utges ersättning med sammanlagt högst 4 milj. kr. Landstingsförbundet avger efter samråd med socialstyrelsen ett utlåtande över inkomna ansökningar till riks försäkringsverket, som på grundval härav beslutar om fördelning och utbetalning av ersättningen.

f) För de sjukvårdshuvudmän som svarar för handledd *praktiktjänstgöring av kiropraktorer* i enlighet med socialstyrelsens anvisningar utges ersättning med sammanlagt högst 1 milj. kr. Ersättning lämnas med 85 000 kr. per praktikant. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och lämnar underlag till riks försäkringsverket för utbetalning av ersättningen.

g) För *överföring av patienter från Sverige till Finland* utges ersättning med sammanlagt högst 2 milj. kr. Ersättningen skall i varje enskilt fall lämnas med hälften av den vårdkostnad som uppkommer när sjukvårdshuvudmannens ansvar för kostnaden upphör efter ett halvt år. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och lämnar erforderligt underlag till riks försäkringsverket som svarar för den årsvisa utbetalningen av ersättningen.

h) För *anordnande av institutioner för HIV-smittade* som omhändertas för isolering enligt smittskyddslagen lämnas ersättning med sammanlagt högst 5 milj. kr. Ersättning utges med 500 000 kr. per anordnad plats och år. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och lämnar erforderligt underlag till riks försäkringsverket för utbetalning av ersättningen.

Enligt en särskild överenskommelse mellan statens förhandlingsnämnd och företrädare för Landstingsförbundet skall ett *särskilt bidrag utges till den psykiatriska vården* under perioden 1982–1991. Bidraget, som utgör 176 milj. kr för år 1990, bör vara 186 milj. kr. för år 1991 med fördelning mellan sjukvårdshuvudmännen enligt särskilda regler. Överenskommelsen härom fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 4*.

Den totala ekonomiska omfattningen av dels överenskommelsen, dels mitt förslag om ersättning från sjukförsäkringen för år 1991 framgår av följande sammanställning.

Ändamål	Totalbelopp milj. kr.
1. Allmän sjukvårdsersättning	14 772,5
2. Ersättning till Handikappinstitutet	46,5
3. Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser	400
4. Särskild ersättning för ökad tillgänglighet och kapacitet i hälso- och sjukvården	10
5. Särskild ersättning för psykoterapeutisk verksamhet	21
6. Särskild ersättning till register för produktkontroll	4
7. Särskild ersättning för handledning av kiropraktorer	1
8. Särskild ersättning för vissa patientöverföringar	2
9. Särskild ersättning för rikssjukvård för HIV-smittade	5
	15 262

Överenskommelsen innebär i förhållande till år 1990 att det totala ersättningsbeloppet från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen ökar med 476 milj. kr. under år 1991.

Ersättningarna skall i likhet med tidigare till större delen utges från den allmänna sjukförsäkringen. För sjukförsäkringens finansiering lämnas också ett särskilt statsbidrag. I årets budgetproposition (prop. 1989/90: 100, bil. 7) har för budgetåret 1990/91 under punkt E 16. Bidrag till allmän sjukvård m. m. tagits upp ett förslagsanslag på 4 613 682 000 kr. I avvaktan på de nu slutförda överläggningarna med företrädare för sjukvårdshuvudmännen har förutsatts att från det särskilda statsbidraget skall utges med oförändrat belopp på 4 300 milj. kr. för år 1991. Utbetalningen från nämnda anslag följer de allmänna utbetalningsregler som gäller för den allmänna sjukvårdsersättningen, vilket innebär att sjukvårdshuvudmännen får ersättningen månadsvis i efterskott.

Den nu träffade överenskommelsen innebär att belastningen av förslagsanslaget D 1. Bidrag till sjukförsäkringen ökar med ca 31 milj. kr. under budgetåret 1990/91 i förhållande till vad som beräknades i årets budgetproposition.

Från det nämnda förslagsanslaget E 16. finansieras också det särskilda statsbidraget till den psykiatriska vården. Även för detta har anslagsberäkningen i årets budgetproposition gjorts med utgångspunkt från bidragets storlek för år 1990. Eftersom bidragsbeloppet skall vara 186 milj. kr. för år 1991 kommer utgiften att öka med 5 milj. kr. för budgetåret 1990/91. Belastningen under förslagsanslaget E 16. Bidrag till allmän sjukvård m. m. kan därför nu beräknas uppgå till sammanlagt 4 618 682 000 kr. för innevarande budgetår.

5 Patientavgifter inom öppen vård och högkostnadsskydd

5.1 Ändringar i avgiftssystemet

Ett av huvudsyftena med den allmänna sjukförsäkringen är att den skall vara ett skydd mot höga sjukvårdskostnader för de försäkrade. Ersättningsarna till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen är därför förknippade med bestämmelser om vilka högsta patientavgifter som får tas ut av de försäkrade vid öppen vård. Det är därför naturligt att frågan om storleken på dessa avgifter även behandlas i de överenskommelser som staten träffar med företrädare för sjukvårdshuvudmännen. För de till försäkringen anslutna privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna finns motsvarande bestämmelser intagna i respektive vårdgivartaxa.

För de försäkrade som till följd av sin sjukdom eller sitt handikapp ofta behöver utnyttja den öppna sjukvården och köpa läkemedel finns ett s. k. högkostnadsskydd. Det innebär i princip att en person blir befriad från ytterligare kostnader för vårdbesök och läkemedel när han betalat avgift för sammanlagt 15 läkarvårdsbesök eller inköp av prisnedsatta läkemedel. Befrielsen gäller under en 12-månadersperiod räknat från första vårdbesöket eller inköpet. För barn under 16 år i samma familj gäller ett gemensamt kostnadstak vid 15 vårdbesök eller inköp.

Ett läkemedelsinköp jämföras med ett läkarvårdsbesök, medan två sjukvårdande behandlingar liksom två telefonrådförfrågningar hos en läkare eller privatpraktiserande sjukgymnast skall motsvara ett läkemedelsinköp eller läkarvårdsbesök.

Som jag tidigare redovisat i avsnitt 2.3 har de nuvarande högsta patientavgifterna för öppen offentlig hälso- och sjukvård gällt sedan år 1988. Parterna har vid diskussionerna om avgiftsnivåer för år 1991 enats om att den statliga regleringen av avgifterna inom den öppna offentliga hälso- och sjukvården skall slopas fr. o. m. år 1991. Denna avreglering måste enligt parternas bedömning även omfatta avgiftssystemet för de till sjukförsäkringen anslutna privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna. Det är enligt min uppfattning angeläget att även avgifterna för den sjuk- och hälsovård som meddelas inom företags- och studerandehälsovården anpassas till sjukvårdshuvudmännens avgiftssystem.

Vidare är parterna eniga om att en sådan systemförändring förutsätter ändringar i det s. k. högkostnadsskyddet. Den nuvarande statliga regleringen av de patientavgifter som får tas ut ingår som en del av sjukförsäkringens ekonomiska skydd för den försäkrade. En förutsättning för att denna reglering skall kunna slopas är enligt min mening att det finns ett effektivt skydd så att de samlade sjukvårdskostnaderna för en försäkrad inte blir alltför höga. Jag återkommer till denna fråga i det följande.

Jag instämmer i vad som anges i överenskommelsen om motivet för en avreglering av det nuvarande systemet med öppenvårdsavgifter under förutsättning att den verkligen leder till en sådan avgiftsdifferentiering som ger ett effektivare utnyttjande av hälso- och sjukvårdens organisation och resurser. Jag förutsätter därvid att avregleringen totalt sett inte leder

till en orimlig höjning av patienternas andel av sjukvårdskostnaderna. Eftersom de nuvarande avgiftsnivåerna har gällt sedan år 1988 anser jag dock att en viss höjning av dessa är berättigad med hänsyn till den allmänna kostnadsutvecklingen. Storleken på det av parterna förordade högkostnadsskyddet bör enligt min uppfattning motverka eventuella negativa effekter av systemförändringen.

När det gäller de försäkringsanslutna privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna delar jag parternas bedömning att nivån på deras avgifter på lämpligt sätt bör samordnas med den avgiftssättning som kommer att tillämpas hos de olika sjukvårdshuvudmännen. En rimlig utgångspunkt bör därför enligt min mening vara att avgiftsnivån för vård hos dessa vårdgivare skall motsvara vad som gäller för motsvarande vård i sjukvårdshuvudmannens regi och att den princip för avgiftssättningen som sjukvårdshuvudmannen väljer gäller för hela landstinget eller kommunen. Det är också naturligt att den försäkringsersättning som dessa privata vårdgivare därvid erhåller från försäkringskassan även i fortsättningen skall utgöras av mellanskillnaden mellan vårdgivarens arvode för besöket eller behandlingen enligt respektive taxa och den patientavgift som tagits ut.

Jag vill i anslutning härtill också erinra om att en avreglering av avgiftssystemet för den öppna hälso- och sjukvården också leder till att bestämmelserna om vad en erlagd patientavgift inom öppenvården innefattar, t. ex. avgiftfria remissbesök, kommer att slopas.

Jag förutsätter att sjukvårdshuvudmännen tar kontakt med försäkringskassorna om utformningen av det nya avgiftssystemet vad gäller de försäkringsanslutna privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna. Det är också angeläget att dessa vårdgivare informeras om de förändringar som kan uppkomma för deras vidkommande.

Det är nödvändigt att Landstingsförbundet, som också anges i överenskommelsen, noga följer hur sjukvårdshuvudmännen utformar avgiftsreglerna och utnyttjar avregleringen som styrmedel för ett effektivare resursutnyttjande och redovisar detta till regeringen i samband med nästa års överläggningar.

5.2 Ändringar i högkostnadsskyddet

Mitt förslag: Reglerna om det särskilda skyddet mot höga sjukvårds- och läkemedelskostnader ändras så att kostnadsbefrielse uppnås när de sammanlagda utgifterna för vård och behandling samt läkemedel uppgår till 1 500 kronor eller mer. Bestämmer en sjukvårdshuvudman ett lägre belopp än 1 500 kronor skall det gälla för dem som är bosatta inom området.

Skälen för mitt förslag: Ett särskilt skydd mot höga sjukvårds- och läkemedelskostnader inom den allmänna försäkringens ram, det s. k. högkostnadsskyddet, infördes den 1 juli 1981. Dessförinnan hade flertalet sjukvårdshuvudmän egna system för avgiftsbegränsning, men dessa system varierade betydligt mellan huvudmännen. Mot denna bakgrund före-

slog den socialpolitiska samordningsutredningen i delbetänkandet (SOU 1979:1) Utbyggt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader ett sådant system inom den allmänna försäkringens ram. Förslaget lades till grund för prop. 1980/81:73 om ett utbyggt skydd mot höga sjukvårds- och läkemedelskostnader. Den principiella utformningen av detta skydd har jag redovisat i föregående avsnitt.

I nämnda proposition redovisas två möjligheter att utforma taket för den försäkrades egenkostnader. Antingen kan patientens kostnader för läkarbesök, läkemedelsinköp m. m. läggas samman eller också kan antalet besök m. m. läggas samman. I utredningen och propositionen förordades det senare alternativet, något som också gäller för närvarande.

Med hänsyn till det nuvarande avgiftssystemets utformning med i stort sett enhetliga avgifter för öppenvård i landet har det varit naturligt att ha ett högkostnadsskydd som är baserat på antalet besök eller inköp. Med den föreslagna avregleringen av avgiftssystemet och den förväntade differentieringen av avgifterna inom den öppna vården är det, enligt min bedömning, naturligt att nu förorda ett beloppsmässigt kostnadstak som innebär att patientens kostnader för vård och läkemedel skall läggas samman.

Det ankommer på riks försäkringsverket att i samråd med Landstingsförbundet och Apoteksbolaget svara för att information om denna förändring kommer till stånd och för att de anvisningar, blanketter m. m. som behövs för administrationen av högkostnadsskyddet utarbetas. Kontakter bör därvid även tas med Sveriges läkarförbund och Legitimerade sjukgymnasters riksförbund.

Beträffande frågan hur registrering av inbetalda patientavgifter och inköpskostnader skall ske får det utredas av riks försäkringsverket om kostnaderna för besök och inköp skall antecknas på en registreringshandling eller om den försäkrade själv skall dokumentera sina betalda vård- och behandlingsbesök och inköp.

När det gäller storleken av de kostnader som den försäkrade själv bör svara för har parterna i överenskommelsen uttalat sig för att nivån bör fastställas till högst 1500 kr. Denna högsta nivå överstiger vad som för närvarande i regel utgör kostnaden för 15 vårdbesök eller läkemedelsinköp. Med hänsyn till den allmänna kostnadsutvecklingen sedan år 1988 då avgifterna senast höjdes, anser jag dock att det föreslagna kostnadstaket inte kan betraktas som orimligt högt. Jag förutsätter därvid att varje sjukvårdshuvudman fastställer sitt högkostnadsskydd med beaktande av de avgiftsnivåer som skall gälla. Bestämmer sjukvårdshuvudmannen ett lägre belopp än 1500 kr. bör det kunna tillämpas också för befrielse från läkemedelskostnader för den som är bosatt inom sjukvårdshuvudmannens område. Mot den bakgrunden kan jag ansluta mig till den träffade överenskommelsen även i detta avseende.

En övergång till ett beloppsbaserat högkostnadsskydd den 1 januari 1991 får dock inte försämra villkoren för den som vid årsskiftet har kostnadsbefrielse eller den som dessförinnan har inköpt läkemedel eller erlagt patientavgifter utan att dessa tillfällen resulterat i kostnadsbefrielse inom 12-månadersperioden. Det innebär således att den som har kostnadsbefrielse som gäller vid utgången av år 1990 får behålla denna enligt

nuvarande regler tills 12-månadersperioden löpt ut. Vidare innebär det att den som i slutet av detta år köper läkemedel eller erlägger avgift för besök i öppen vård får tillgodoräkna sig dessa tillfällen även efter årsskiftet och fortsätta att kvalificera sig för högkostnadsskydd och frikort enligt nu gällande bestämmelser, dvs. under högst 12 månader räknat från första besöket eller inköpet.

Vad jag nu föreslagit angående högkostnadsskyddet förutsätter ändring i lagen (1981: 49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m. fr. o. m. år 1991. Till ändringen skall knytas erforderliga övergångsbestämmelser i enlighet med vad jag nyss angett.

Jag vill i anslutning härtill också framhålla att jag mot bakgrund av nu nämnda systemförändringar avser att föreslå regeringen att förordningen (1986:21) om försöksverksamhet med enhetliga patientavgifter m. m. inom offentlig öppen hälso- och sjukvård upphävs.

6 Anslutningsreglerna för privatpraktiserande vårdgivare

Reglerna för privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters anslutning till försäkringssystemet ändrades som en följd av de förändringar som företogs i ersättningssystemet fr. o. m. år 1985. Anslutningsreglerna utförades därvid med utgångspunkt från behovet av bättre samordning av deras verksamhet med sjukvårdshuvudmännens.

Huvudregeln är därför att försäkringskassan inte får ansluta en ny privatpraktiker till sjukförsäkringen såvida inte sjukvårdshuvudmannen tillstyrker detta. För att få till stånd en jämnare regional fördelning av de privata vårdresurserna infördes dock på försök fri anslutning till försäkringen inom stödområdena A, B och C. Denna försöksverksamhet avslutades och fr. o. m. år 1988 gäller reglerna tills vidare. Försöksvis infördes också över hela landet rätt för heltidsverksamma som övertar en befintlig praktik att få anslutning till försäkringen utan krav på tillstyrkan. Även den försöksverksamheten fick fr. o. m. år 1988 en mer permanent karaktär. Fr. o. m. den 1 juli 1989 gäller dock att fri ersättningstablering föreligger endast i de fall tillträdande privatpraktiker avser bedriva verksamheten vidare med i huvudsak oförändrad inriktning. Vid ersättningstablering som föranleds av att privatläkare pensionerar sig och som avser övertagande av befintlig praktik med tillhörande mottagning och patientregister m. m. får båda läkarna övergångsvis vara anslutna till försäkringen under kortare tid, dock högst ett år, för att således kunna arbeta parallellt med varandra på mottagningen. Den avgående läkaren skall ha fyllt 65 år och det sammanlagda antalet besök under verksamhetsåret får inte överstiga 6 000 besök.

Fr. o. m. den 1 juli 1990 gäller genom beslut av riksdagen att den nämnda stödområdesindelningen A, B och C har slopats och ersatts av en indelning i två nya stödområden, benämnda 1 och 2. Vissa kommuner eller delar av kommuner som ingick i stödområde C är härigenom inte längre placerade i permanent stödområde. Det gäller främst kommuner

eller delar av kommuner i Norrlands kustland samt Gotland. Denna ändring har betydelse för bestämmelserna om nyetablering för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. Regeringen har tidigare beslutat att bestämmelserna om stödområdesindelningen i deras lydelse vid utgången av juni 1990 tills vidare skall gälla vid prövning av frågor om rätt till försäkringsanslutning på grund av nyetablering, dock inte inom Gotlands kommun. Jag avser att närmare överväga om ytterligare förändringar skall företas i anslutningsreglerna med anledning av den nya stödområdesindelningen.

Beträffande privatpraktiserande läkares anslutning till sjukförsäkringens ersättningssystem gäller att en läkare som är anställd hos offentlig sjukvårdshuvudman med lägst 17 timmars veckoarbetstid inte får vara försäkringsansluten. För kategorin läkarpsykoanalytiker utgör denna bestämmelse ofta ett problem, eftersom det inte är möjligt att kombinera en i vissa fall önskad tjänstgöring på halvtid hos sjukvårdshuvudman med verksamhet som privatpraktiker. Denna fråga har också tagits upp av mina företrädare i anslutning till de tre närmast föregående överenskommelserna i syfte att finna en för alla parter tillfredsställande lösning på problemet. Enligt överenskommelsen för år 1990 skall sjukvårdshuvudmännen aktivt verka för att möjliggöra detta genom att erbjuda vårdavtal i de fall sådana problem uppkom. Enligt vad som framkommit har så inte blivit fallet. Jag anser därför att endast en ändring i anslutningsbestämmelserna slutgiltigt kan lösa detta problem för denna begränsade grupp av läkare. Jag avser därför föreslå regeringen att en sådan regeländring genomförs fr. o. m. den 1 januari 1991.

7 Ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser

Som ett viktigt led i samhällets stora satsningar på rehabiliteringsområdet har parterna genom den träffade överenskommelsen enats om att en förstärkning också bör ske av sjukvårdshuvudmännens kapacitet på detta område. Det är med stor tillfredsställelse som jag konstaterar att 400 milj. kr. kan tillskjutas från sjukförsäkringen under år 1991 för satsningar på rehabiliterings- och behandlingsarbete så att flaskhalsar reduceras eller avlägsnas. Jag anser också att det är naturligt att denna nya ersättningsform från sjukförsäkringen fördelas med utgångspunkt från både det s. k. ohälsotalet och invånarantalet för respektive sjukvårdsområde.

Som villkor för att försäkringskassan skall utge denna ersättning krävs enligt överenskommelsen att kassan och sjukvårdshuvudmannen kan komma överens om hur medlen, tillsammans med en anpassning av huvudmannens verksamhet och resurser, bäst skall användas för att resultera i åtgärder som syftar till att snabbare återföra människor till arbetslivet eller till ett aktivt liv i övrigt. De lokala överläggningarna skall således resultera i överenskommelse om medlens användning för att förbättra kapaciteten inom hälso- och sjukvården för detta ändamål. Jag vill i anslutning härtill understryka att de avsatta medlen inte skall kunna användas för direkta köp av individuellt utformade sjukvårdsinsatser.

Satsningen på att förbättra rehabiliterings- och behandlingskapaciteten inom hälso- och sjukvården syftar till att minska det s. k. ohälsotalet. För budgetåret 1990/91 har i annat sammanhang angetts av regeringen att målet är att detta tal skall minskas med två dagar. Det bör, enligt min bedömning, vara en rimlig målsättning att den satsning som nu görs för att förbättra kapaciteten på detta område inom hälso- och sjukvården leder till att utgifterna från socialförsäkringen kan reduceras med ett belopp som lägst motsvarar storleken av de medel som sjukförsäkringen bidrar med för ändamålet. Jag förutsätter att försäkringskassorna och sjukvårdshuvudmännen tillsammans noggrant följer utfallet av denna nya satsning och utvecklar lämpliga metoder för den utvärdering m. m. som behövs. Enligt överenskommelsen skall sjukvårdshuvudmännen senast under mars 1992 inkomma till resp. försäkringskassa med en resultatredovisning för medlens användning för år 1991.

8 Handikappinstitutets framtida verksamhet m. m.

Det är sjukvårdshuvudmännen som svarar för huvuddelen av samhällets hjälpmedelsförsörjning. Hjälpmedelsutredningen har i sitt betänkande (SOU 1989: 39) Hjälpmedelsverksamhetens utveckling redovisat en ingående kartläggning och analys av hjälpmedelsförsörjningen. Utredningen konstaterar bl. a. att hjälpmedelsförsörjningen förändrats mycket under de senaste decennierna till att omfatta allt fler behovsgrupper och allt fler hjälpmedel. Kostnaderna för verksamheten beräknas under åren 1978–1987 ha ökat i reala termer med i genomsnitt fyra procent per år. Ökningen av antalet äldre samt de strukturella förändringarna inom vård- och omsorgssektorn under perioden anges vara de viktigaste orsakerna till denna utveckling. Utredningen redovisar också vissa bedömningar och förslag i fråga om Handikappinstitutets framtida roll och uppgifter. Utredningsbetänkandet har remissbehandlats.

Staten och sjukvårdshuvudmännen har, som huvudmän för Handikappinstitutet och med utgångspunkt i bl. a. hjälpmedelsutredningens bedömningar och förslag, övervägt olika åtgärder för att förbättra institutets möjligheter att möta framtidens krav inom hjälpmedelsområdet. Parternas gemensamma ställningstagande utgår från att Handikappinstitutet skall vara samhällets centrala stödfunktion på hjälpmedelsområdet. Det innebär att institutets huvuduppgift blir att främja, samordna och medverka i forsknings- och utvecklingsarbetet avseende hjälpmedel åt handikappade. Andra väsentliga uppgifter för institutet blir att svara för provning och egenskapsdeklaration av hjälpmedel samt för information om hjälpmedelsverksamheten.

Den träffade överenskommelsen innebär att Handikappinstitutet i framtiden inte skall ha uppgifter av normerande karaktär utan i stället betonas dess roll på forsknings- och utvecklingsområdet ytterligare. Den förstärkning av institutets ekonomi som sker innebär också ökade möjligheter att bedriva verksamhet inom forsknings- och utvecklingsområdet. Det är med stor tillfredsställelse som jag nu kan konstatera att parterna är

överens om denna ändrade framtida inriktning på Handikappinstitutets verksamhet. Den av parterna förordade ändrade uppgifts- och arbetsinriktningen kräver ändringar i stadgarna för Handikappinstitutet. Beslut om detta fattas av regeringen i särskild ordning.

Mot bakgrund av detta kommer, i enlighet med vad hjälpmedelsutredningen föreslagit, utgivningen av den nuvarande rekommenderande hjälpmedelsförteckningen att upphöra att utges av institutet fr. o. m. år 1991. I stället bör institutet kontinuerligt utge förteckningar över bra produkter med viktiga funktionskompenserande egenskaper. Vidare bör Handikappinstitutet i samråd med berörda parter informera om centrala överenskommelser och mål för hjälpmedelsområdet. Tillsyn inom hjälpmedelsområdet skall socialstyrelsen svara för.

Hjälpmedelsutredningen redovisar en serie skäl för att inordna den nuvarande hjälpmedelsersättningen i den allmänna sjukvårdsersättningen. Bl. a. anges att den schabloniserade ersättning som utges och som är beräknad per invånare knappast har haft någon styrande roll samt att den haft begränsad betydelse för hjälpmedelsverksamhetens innehåll och utveckling. Jag delar som nämnts denna bedömning som också parterna instämmer i, vilket framgår av överenskommelsen. Detta innebär att en särskild hjälpmedelsersättning inte längre skall utges till sjukvårdshuvudmännen fr. o. m. år 1991. Huvuddelen av beloppet skall i stället inordnas i den allmänna sjukvårdsersättningen från år 1991 och således fördelas enligt principerna för denna.

Handikappinstitutets verksamhet kommer mot denna bakgrund att fr. o. m. år 1991 finansieras genom ett direkt bidrag från sjukförsäkringen. Parterna har enats om att bidraget för år 1991 bör uppgå till 46,5 milj. kr., varav 42,5 milj. kr. härrör från den nuvarande hjälpmedelsersättningen. Av det totala bidraget på 46,5 milj. kr. skall enligt överenskommelsen fyra milj. kr. avsättas till produktionsstöd.

Sammanfattningsvis gör jag den bedömningen att institutets verksamhet inom forsknings- och utvecklingsområdet bör kunna utvecklas och förstärkas genom det betydligt höjda bidraget. Detta bör stimulera till ett ökat utnyttande av ny och bättre teknik inom hjälpmedelsområdet, vilket är till gagn inte bara för hjälpmedelsanvändarna utan även för sjukvårdshuvudmännen.

9 Tidpunkten för att påbörja rehabiliteringsinsatser

Mitt förslag: Den tidsangivelse i 2 kap. 11 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) som säger att rehabiliteringsbehovet skall undersökas och åtgärder vidtas när ersättning för sjukhusvård har lämnats en försäkrad för 90 dagar i följd tas bort.

Skälen för mitt förslag: I 2 kap. 11 § AFL finns en bestämmelse av innebörd att försäkringskassan skall undersöka behovet av och se till att

åtgärder vidtas för rehabilitering av personer, för vilka ersättning för sjukhusvård utgetts för 90 dagar i följd. Regeln förlorade sin rättsliga betydelse i samband med införandet av systemet med schabloniserade ersättningar till sjukvårdshuvudmännen. Enligt samma lagrum skall försäkringskassan vidta rehabiliteringsåtgärd så snart skäl därtill finns, oavsett om det försäkrade vistas på sjukhus eller inte. Även om 90-dagarsregeln sålunda inte längre har någon rättslig betydelse finns det enligt min mening ändå en viss risk för att någon kan förledas tro att rehabiliteringsåtgärder inte kan sättas in på ett tidigt stadium. Det är enligt min mening viktigt att rehabiliteringsåtgärder sätts in tidigt för att utsikterna till ett lyckat resultat av rehabiliteringen skall vara så goda som möjligt. 90-dagarsregeln kan medverka till att det kan dra ut på tiden innan rehabiliteringsinsatser påbörjas. Detta är i så fall olyckligt och kan motverka resultatet av rehabiliteringen. Jag föreslår därför att 90-dagarsregeln tas bort fr. o. m. den 1 januari 1991.

Vad jag nu sagt föranleder ändring i 2 kap. 11 § AFL.

10 Upprättade lagförslag

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

1. lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.
2. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

11 Hemställan

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

1. anta lagförslagen.

Vidare hemställer jag att regeringen bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad jag har anfört om

2. ersättningarna från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen och därmed sammanhängande frågor.

12 Beslut

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

Överenskommelse om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen m. m. för år 1991

Prop. 1990/91: 51
Bilaga 1

Efter överläggningar mellan representanter för staten och sjukvårdshuvudmännen om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen m. m. för år 1991 har parterna inte kunnat enas om en samlad överenskommelse. Parterna har inte kunnat enas om storleken på den generella uppräknings av den allmänna sjukvårdsersättningen. Regeringen kommer därför att fatta beslut om denna ersättning för år 1991.

Den uppgörelse som denna gång träffats omfattar nedanstående nio delområden och framgår av bilagorna 1 – 9 till överenskommelsen.

1. Utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården m. m. (bil.1).

Som utgångspunkt för överenskommelsen har parterna gemensamt preciserat inriktningen på det utvecklings- och förändringsarbete som skall intensifieras under år 1991 och som har som mål att säkra ett effektivt utnyttjande av tillgängliga ekonomiska och personella resurser och kontinuerligt förbättra hälso- och sjukvården. Utvecklingsarbetet som har ett flerårsperspektiv skall ge möjligheter att bättre styra verksamheten och underlätta resultatuppföljningen. I arbetet ingår bl. a. att utveckla former för att mäta och värdera vårdens kvalitet samt utarbeta allmänt accepterade kriterier för att sätta upp patienter på väntelista och indikationer för intagning för behandling eller operation för ett antal diagnoser. Möjligheterna att redovisa uppgifter om prestationer inom öppen och slutenvård, resurser, köer och väntetider i den öppna primärvården m. m. skall också analyseras. Arbetet för att förbättra tillgänglighet och kapacitet inom hälso- och sjukvården (Dagmar 50) skall fortgå även under år 1991.

För ovan angivna utredningsaktiviteter skall en särskild ersättning på högst 10 milj. kr. utges under år 1991.

Parterna skall också gemensamt utreda förutsättningarna att ge sjukvårdshuvudmännen det direkta kostnadsansvaret för läkemedlen även inom den öppna hälso- och sjukvården.

2. Ändrat avgiftssystem i öppen hälso- och sjukvård och ändrat högkostnadsskydd fr. o. m. år 1991 (bil.2).

Fr. o. m. år 1991 bör avgiftssystemet inom den öppna hälso- och sjukvården avregleras. Detta innebär att sjukvårdshuvudmännen kan tillämpa en differentierad avgiftssättning eller införa enhetsavgift för dessa vårdbesök. Detta förutsätter ändringar i reglerna för det nuvarande högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedelsinköp. Härmed avses en övergång från ett egenkostnadstak baserat på antalet vårdbesök eller läkemedelsinköp till ett kostnadstak för den försäkrade på högst 1 500 kr. inom en tolv månadersperiod.

3. Inordnande av vissa specialdestinerade ersättningar i den allmänna sjukvårdsersättningen för år 1991 (bil.3).

De särskilda ersättningarna för avinstitutionalisering, förebyggande åtgärder och hjälpmedel åt handikappande förs in i den allmänna sjukvårdsersättningen fr. o. m. år 1991. Av sistnämnda ersättning skall dock ett

belopp på 42,5 milj. kr. tillföras en särskild fond för Handikappinstitutets verksamhet m. m. enligt en särskild överenskommelse.

4. Särskild ersättning för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser för år 1991 (bil.4).

Fr. o. m. år 1991 införs en särskild ersättning på sammanlagt högst 400 milj. kr. för satsningar så att flaskhalsar för rehabiliterings- och behandlingsarbetet reduceras eller tas bort. Försäkringskassan och sjukvårdshuvudmannen skall överlägga om hur medlen tillsammans med nödvändig anpassning av huvudmannens verksamhet och resurser kan bidra till åtgärder som syftar till att snabbare återföra människor till arbetslivet eller till ett aktivt liv i övrigt. Satsningen skall bidra till att uppfylla det mål som ställts upp angående en sänkning av det s. k. ohälsotalet med två dagar för budgetåret 1990/91. Ersättningen fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen enligt en särskild modell och utbetalas av försäkringskassan efter det att en överenskommelse träffats mellan kassan och huvudmannen om medlens användning.

5. Särskild ersättning till psykoterapeutisk verksamhet för år 1991 (bil.5).

Ersättningen utges med sammanlagt högst 21 milj. kr. för år 1991 och fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen dels med 275 000 kr. per huvudman, dels med 1,65 kr. per invånare i enlighet med de villkor som gällde för år 1990.

6. Särskild ersättning till register för produktkontroll för år 1991 (bil.6).

Ersättningen utges med sammanlagt högst 4 milj. kr. för år 1991. Landstingsförbundet skall efter samråd med socialstyrelsen avge ett utlåtande till riksförsäkringsverket om fördelning av dessa medel.

7. Särskild ersättning för handledning av kiropraktorer inom hälso- och sjukvården för år 1991 (bil.7).

Fr. o. m. år 1991 införs en särskild ersättning på högst 1 milj. kr. till handledd praktisk tjänstgöring för kiropraktorer i hälso- och sjukvården. Ersättning lämnas med 85 000 kr. per praktikant.

8. Särskild ersättning för överföring av vissa patienter från Sverige till Finland för år 1991 (bil.8).

Fr. o. m. år 1991 införs en särskild ersättning på sammanlagt högst 2 milj. kr. för s. k. patientöverföringar mellan Sverige och Finland. Denna ersättning kan under vissa förutsättningar i varje enskilt fall utges med hälften av den vårdkostnad som uppkommer efter det sjukvårdshuvudmannens kostnadsansvar upphört efter sex månader.

9. Särskild ersättning för anordnande av rikssjukvård för HIV-smittade som tvångsomhändertags för år 1991 (bil.9).

Fr. o. m. år 1991 införs en särskild ersättning med sammanlagt högst 5 milj. kr. för anordnande av institutioner för HIV-smittade som tvångsomhändertags enligt smittskyddslagen. Ersättningen utges med 500 000 kr. per anordnad plats.

De under innevarande år gällande ersättningsbeloppen framgår av bilaga 10.

Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regeringen och Landstingsförbundets styrelse samt att riksdagen beslutar de

lagändringar som är nödvändiga för genomförandet av överenskommelsen. Lagförslag och de författningsändringar som behövs för genomförandet av överenskommelsen kommer att utarbetas av socialdepartementet. Erforderliga tillämpningsanvisningar utarbetas av riksförsäkringsverket efter samråd med Landstingsförbundet.

Vidare har parterna träffat separata överenskommelser dels om Handikappinstitutets framtida inriktning och verksamhet samt finansiering m. m. för år 1991, dels om särskilt bidrag till den psykiatriska vården, m. m. för år 1991.

För staten
Anna Hedborg

För Landstingsförbundet
Gunnar Hofring

Utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården m. m.

Prop. 1990/91: 51
Bilaga 1: 1

Staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen är överens om att utvecklingsarbetet för att kontinuerligt förbättra hälso- och sjukvården bör intensifieras ytterligare under år 1991. Arbetet, som har ett flerårsperspektiv, bör i första hand inriktas på att ge alla, oavsett var man bor, tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet och ökade möjligheter att själva välja var man vill bli behandlad. Härtill bör förebyggande insatser mot de stora folksjukdomarna utvecklas. En viktig målsättning är att säkra ett effektivt utnyttjande av tillgängliga ekonomiska och personella resurser.

Det är ett ansvar för sjukvårdshuvudmännen att kontinuerligt följa upp verksamheten för att utvärdera förändringsarbetet. Förutsättningarna för detta arbete måste förbättras. Staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen är överens om ett utvecklingsarbete inom detta område enligt följande:

- att sjukvårdshuvudmännen i samverkan med Landstingsförbundet och med stöd av bl. a. socialstyrelsens och Spris utvecklingsarbete inom ramen för sin egenkontroll påbörjar arbetet med att utveckla former för att mäta och värdera vårdens kvalitet som underlag för att vid behov förbättra denna.
- att sjukvårdshuvudmännen genom Landstingsförbundet i samverkan med företrädare för staten medverkar till att det utarbetas allmänt accepterade kriterier för att sätta upp patienter på väntelista samt indikationer för intagning och för behandling/operation för ett antal diagnoser samt verkar för att dessa kriterier och indikationer tillämpas lokalt.
- att sjukvårdshuvudmännen i samverkan med Landstingsförbundet och staten, med beaktande av bl. a. de förslag som informationsstrukturutredningen kan komma att lägga fram, analyserar möjligheterna att redovisa uppgifter om prestationer i öppen och slutna vård, resurser, köer och väntetider för vissa typer av ingrepp, väntetider i den öppna primärvården, antal färdigbehandlade patienter samt effekter av vården m. m. samt
- att det arbete för att förbättra tillgänglighet och kapacitet i hälso- och sjukvården (Dagmar 50), som skett med utgångspunkt från överenskommelsen för år 1990 skall fortgå ytterligare ett år och avrapporteras under år 1991. Uppgiften blir att vidareutveckla, fördjupa och förankra det arbete som påbörjats. En avrapportering skall också ske till huvudmännen.

Parterna är överens om att en särskild ersättning på högst 10 milj. kr. skall utges under år 1991 som ett stöd för ovan angivna utredningsaktiviteter, vars närmare utformning parterna gemensamt kommer att precisera i slutet av år 1990.

Vidare är parterna överens om att, i syfte att åstadkomma en effektivare samordning och därmed resursanvändning, snarast påbörja ett gemensamt utredningsarbete vad gäller förutsättningarna att ge sjukvårdshuvudmännen i stället för riks försäkringsverket det direkta kostnadsansvaret för läkemedlen även inom den öppna hälso- och sjukvården. En första redovisning av detta utredningsarbete skall lämnas under våren 1991.

Ändrat avgiftssystem i öppen hälso- och sjukvård och ändrat högkostnadsskydd fr. o. m. år 1991

Prop. 1990/91: 51
Bilaga 1: 2

Staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen är överens om att en avreglering av avgiftssystemet för den öppna hälso- och sjukvården bör ske fr. o. m. den 1 januari 1991. Motivet för avregleringen är att skapa förutsättningar för sjukvårdshuvudmännen att effektivare utnyttja hälso- och sjukvårdens organisation och resurser.

Den slopade statliga regleringen innebär att det inte längre kommer att finnas ett fastställt tak för de enskilda avgifternas storlek. Detta gör det möjligt för sjukvårdshuvudmännen att t. ex. tillämpa en differentierad avgiftssättning mellan olika typer av mottagningar eller att införa en enhetlig avgift för läkarvård och annan sjukvårdande behandling än läkarvård. Inom Örebro läns landsting har enhetsavgift på försök tillämpats sedan i början av år 1986. Den princip för avgiftssättningen som sjukvårdshuvudmannen väljer att tillämpa skall gälla för hela landstinget eller kommunen.

Avregleringen förutsätts även omfatta de försäkringsanslutna privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna på så sätt att avgiftssättningen för dessa vårdgivare samordnas med vad som kommer att gälla inom den offentliga vården hos respektive sjukvårdshuvudman. För de privatpraktiserande vårdgivarna bör den avgiftsnivå gälla som tas ut för motsvarande vård i sjukvårdshuvudmannens regi. Den försäkringsersättning som dessa privatpraktiserande vårdgivare erhåller från försäkringskassan skall även fortsättningsvis utgöras av skillnaden mellan vårdgivarens arvode för vården enligt respektive taxa och den patientavgift som tagits ut.

Parterna är också ense om att avregleringen bör föranleda vissa ändringar i reglerna för det nuvarande högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedel. Härmed avses en övergång från ett egenkostnadstak baserat på antal besök, behandlingar eller läkemedelsinköp inom en 12-månadersperiod till ett egenkostnadstak för den försäkrade på högst 1500 kr. under en motsvarande period. För barn under 16 år i samma familj kommer avgifterna att få räknas samman för att uppnå egenkostnadstaket. Övergångsvis kommer det nuvarande systemet att gälla för dem som vid utgången av innevarande år har registrerade besök eller läkemedelsinköp, vilka under år 1991 enligt det nuvarande systemet skulle kunna leda till att gränsen för högkostnadsskydd uppnås.

Det är med hänsyn till patienter, privata vårdgivare och försäkringskassan mycket angeläget att sjukvårdshuvudmännen i god tid före årsskiftet informerar om ändringar i avgiftssystemet och om nivån på egenkostnadstaket för högkostnadsskyddet.

Landstingsförbundet åtar sig att följa hur sjukvårdshuvudmännen utnyttjar avregleringen av avgifterna och redovisar detta för regeringen i samband med nästa års överläggningar om ersättningar från sjukförsäringen till sjukvårdshuvudmännen.

Inordnande av vissa specialdestinerade ersättningar i den allmänna sjukvårdsersättningen för år 1991

Prop. 1990/91:51
Bilaga 1:3

Staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen är överens om att de specialdestinerade ersättningarna för avinstitutionalisering, för förebyggande åtgärder samt för tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade fr. o. m. år 1991 skall inordnas i den allmänna sjukvårdsersättningen och fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen enligt principerna för denna.

För avinstitutionalisering skall det ersättningsbelopp som inordnas i den allmänna sjukvårdsersättningen beräknas efter 95 kr. per invånare, för förebyggande åtgärder 48 kr. per invånare och för tillhandahållande av hjälpmedel 80 kr. per invånare. Återstående del av sistnämnda ersättning på totalt 42,5 milj. kr. skall, jämte ett belopp på 4 milj. kr., tillföras en särskild fond för Handikappinstitutets verksamhet m. m. i enlighet med en särskild överenskommelse.

Satsningar på dessa tre verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården har, oavsett ändringen i ersättningssystemet, fortsatt hög prioritet.

Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården för år 1991

Prop. 1990/91:51
Bilaga 1: 4

Staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen är överens om det angelägna i att en förstärkning sker av hälso- och sjukvårdens kapacitet vad avser resurser för rehabilitering och medicinsk behandling. För att minska väntetiderna för de medicinska delarna av rehabiliteringen har parterna enats om att en ny särskild ersättningsform bör införas. Särskilda medel bör därför avsättas inom ramen för ersättningarna från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen. Dessa medel skall satsas så att flaskhalsar för rehabiliterings/behandlingsarbetet reduceras eller tas bort. Otillräcklig kapacitet inom primärvården i form av insatser av sjukgymnaster eller arbetsterapeuter utgör exempel på sådana flaskhalsar. Andra exempel härpå är bristande resurser inom länssjukvårdens rehabilitering t. ex. vid medicinsk rehabilitering och hörcentraler samt inom den somatiska korttidsvården t. ex. för gråstarr- och höftledsoperationer samt kranskärlsröntgen.

Försäkringskassan och sjukvårdshuvudmannen skall överlägga om hur medlen som tillskjuts från sjukförsäkringen tillsammans med erforderlig anpassning av sjukvårdshuvudmannens verksamhet och resurser kan bidra till åtgärder som syftar till att snabbare återföra människor till arbetslivet eller till ett aktivt liv i övrigt.

Överläggningarna skall resultera i överenskommelse om medlens användning för att förbättra kapaciteten inom hälso- och sjukvården för detta ändamål. Direkt ersättning för sjukvårdstjänster till enskilda patienter skall inte kunna lämnas med hjälp av de avsatta medlen. Dessa utbetalas av försäkringskassan efter det att en sådan överenskommelse har träffats. Huvudmännen skall också senast under mars 1992 inkomma till kassan med en resultatredovisning.

Satsningen på en förbättrad kapacitet inom hälsooch sjukvården skall bidra till att uppfylla det mål som ställts upp om att minska det s.k. ohälsotalet. För budgetåret 1990/91 är målet att en minskning skall ske med två dagar. Målsättningen är att den satsning som nu görs medför att ohälsotalet sänks så att det leder till att utbetalningarna från socialförsäkringen reduceras med ett belopp vilket motsvarar minst storleken av de särskilda medel som lämnas som bidrag till sjukvården.

Sammanlagt skall högst 400 milj. kr. avsättas för år 1991. Ersättningsbeloppet skall fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen efter en särskild fördelningsmodell, som baseras på ohälsotalet för år 1989 för respektive sjukvårdshuvudmans område samt invånarantalet. Fördelningen av ersättningen för år 1991 framgår av bilaga 4: 1.

Fördelning av särskild ersättning för
rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom
hälso- och sjukvården år 1991

Prop. 1990/91: 51
Bilaga 1: 4: 1

Sjukvårdshuvudman	Milj. kr.
AB	67
C	11
D	14
E	19
F	12
G	7
H	11
K	8
L	14
M	23
N	10
O	14
P	20
R	10
S	14
T	13
U	14
W	15
X	17
Y	14
Z	7
AC	14
BD	14
I	2
MM	13
OG	23
	<hr/>
	400

Särskild ersättning till psykoterapeutisk verksamhet för år 1991

Prop. 1990/91: 51
Bilaga 1: 5

För att möjliggöra för sjukvårdshuvudmännen att öka tillgången på psykoterapeutiska behandlingsresurser till rimliga kostnader för de försäkrade infördes fr. o. m. år 1990 en särskild ersättning att utges under vissa förutsättningar. Staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen har enats om att denna ersättning skall utges med totalt högst 21 milj. kr för år 1991.

Ersättningen skall fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen dels med 275 000 kr. per huvudman, dels med 1.65 kr. per invånare och lämnas efter särskild rekvisition av riks försäkringsverket på grundval av vårdavtal med privata legitimerade vårdgivare som sjukvårdshuvudmännen träffar och socialstyrelsen godkänner.

Särskild ersättning till register för produktkontroll för år 1991

Prop. 1990/91: 51
Bilaga 1:6

Till de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för nationella register för produktkontroll har staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen enats om att en särskild ersättning bör utges med sammanlagt högst 4 milj. kr. för år 1991.

Ansökan om ersättning skall inges till Landstingsförbundet, som efter samråd med socialstyrelsen avger ett utlåtande till riksförsäkringsverket, som därefter beslutar om fördelning och utbetalning av ersättningen.

Särskild ersättning för handledning av kiropraktorer i hälso- och sjukvården för år 1991

Prop. 1990/91: 51
Bilaga 1: 7

Enligt riksdagsbeslut på grundval av regeringens proposition (prop. 1988/89, SoU 23, rskr. 295) om legitimation för vissa kiropraktorer m. m. skall ett av villkoren för legitimation som kiropraktor vara fullgjord praktisk tjänstgöring inom allmän eller enskilt bedriven hälso- och sjukvård. Tjänstgöringen skall vara handledd av en legitimerad läkare eller en legitimerad kiropraktor. Den skall fullgöras under en tid som motsvarar ett års heltidstjänstgöring och skall fördelas på verksamhetsområden enligt föreskrifter som socialstyrelsen meddelar.

Den praktiska tjänstgöringen skall enligt socialstyrelsen omfatta bl. a. ca 6 månaders handledd praktik inom offentlig hälso- och sjukvård inkluderande 10–12 seminarieövningar om två timmar vardera. En ansvarig huvudhandledare bör finnas för varje praktikant under detta tjänstgöringsavsnitt, vilken bör vara specialist i ortopedisk kirurgi. Sådan praktiktjänstgöring är förenad med kostnader som bör regleras i särskild ordning.

Staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen är ense om att avsätta högst 1 milj. kr. för detta ändamål för år 1991. Ersättning lämnas med 85 000 kr. per praktikant. Socialstyrelsen skall svara för handläggningen av dessa ärenden och lämna erforderligt underlag till riks försäkringsverket, som svarar för utbetalning av ersättningen.

Särskild ersättning för överföring av vissa patienter från Sverige till Finland för år 1991

Prop. 1990/91: 51
Bilaga 1: 8

Frågan om s. k. patientöverföringar mellan Sverige och Finland har under en längre tid diskuterats inom den svenskfinska arbetsgruppen rörande de finska invandrarnas situation inom den svenska hälso- och sjukvården samt socialtjänsten (SFINKS). Skillnader i bosättningsbegrepp och därmed sammanhängande kostnadsansvar har lett till att sådana överföringar mellan länderna i praktiken varit mycket svåra att genomföra. En särskild arbetsgrupp inom SFINKS har genomfört en tvåårig försöksverksamhet på detta område och denna har nu avslutats. Mot bakgrund härav har arbetsgruppen lämnat ett förslag enligt följande:

En överflyttning av patienter eller klienter mellan länderna bör vara möjlig av humanitära skäl. Utgångspunkten bör vara den enskildes och/eller anhörigas egna önskemål. Överflyttningen skall totalt sett förbättra patientens/klientens hälsotillstånd eller situation. Socialstyrelsen i Sverige och medicinalstyrelsen i Finland bör få till uppgift att vid behov förmedla kontakterna mellan de olika vårdinrättningarna inom långtidssjukvård och socialvård. En försöksvis överföring på sex månader/ett år bör finnas för prövning av om återvändandet verkligen haft avsedd effekt. För att lösa de ekonomiska problemen bör avsändande landsting/kommun betala dels för avsändandet, dels för vården eller boendet under de första sex månaderna eller första året samt att de båda länderna delar på de vårdkostnader som därefter uppstår med en årsvis reglering.

Staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen ansluter sig i stort till arbetsgruppens förslag och har enats om att 2 milj. kr. skall avsättas för detta ändamål för år 1991.

Sjukvårdshuvudmannens ansvar avser transporten och vårdkostnaden för de sex första månadernas vård. För tiden därefter skall, inom ramen för nämnda ersättningsbelopp, ersättning i varje enskilt fall lämnas med hälften av den vårdkostnad som uppkommer.

Det ankommer på socialstyrelsen att svara för handläggningen av dessa överföringsärenden och lämna erforderligt underlag till riksförsäkringsverket, som skall svara för den årsvisa utbetalning av ersättningen.

Särskild ersättning för anordnande av rikssjukvård för Hiv-smittade som tvångsomhändertags för år 1991

Prop. 1990/91:51
Bilaga 1:9

Smittskyddslagen ger möjlighet att som yttersta åtgärd tvångsisolera en HIV-smittad för att förhindra smittspridning. Tvångsisolering skall ske på sjukhus som drivs av landstingskommun och med resurser som tillgodoser ett gott medicinskt och psykosocialt omhändertagande. Vården är mycket kostnadskrävande och bör koncentreras till ett fåtal ställen i landet.

Staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen är överens om att sammanlagt högst 5 milj. kr. skall avsättas för år 1991 för anordnande av institutioner för HIV-smittade som omhändertags enligt smittskyddslagen.

Ersättning skall utges med 500 000 kr. per anordnad plats och år. Socialstyrelsen skall svara för bedömningen av dessa ärenden och lämna erforderligt underlag till riksförsäkringsverket, som svarar för utbetalning av ersättningen.

Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1990

Prop. 1990/91: 51
Bilaga 1: 10

Följande ersättningsbelopp utges till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen för år 1990.

a) Allmän sjukvårdsersättning avseende såväl öppen som slutna vård med 12 778 milj. kr.

b) För avinstitutionalisering inom hälso- och sjukvården med 95 kr. per invånare.

c) För att utveckla förebyggande åtgärder inom hälso- och sjukvården 48 kr. per invånare.

d) För sjukvårdshuvudmännens tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade 85 kr. per invånare. Av ersättningen skall ett belopp motsvarande 4,30 kr. per invånare tillföras en särskild fond för Handikappinstitutets verksamhet m. m.

e) För en gemensam kraftsamling för ökad tillgänglighet och kapacitet i hälso- och sjukvården högst 50 milj. kr.

f) För att möjliggöra en ökning av psykoterapeutiska behandlingsresurser högst 19 milj. kr.

g) För de sjukvårdshuvudmän som för nationella produktkontrollregister högst 2 milj. kr.

Totalt utges enligt punkterna a)-g) ersättningar till sjukvårdshuvudmännen med 14 786 milj. kr. för år 1990.

Fördelning av allmän sjukvårdsersättning 1991

Prop. 1990/91: 51
Bilaga 2

Sjukvårdshuvudman	Mitj. kr.
AB	2 856,0
C	448,0
D	444,0
E	681,5
F	522,0
G	301,5
H	408,0
K	264,0
L	487,0
M	913,0
N	424,5
O	513,0
P	744,5
R	467,0
S	496,0
T	463,5
U	437,0
W	502,0
X	506,5
Y	459,0
Z	236,5
AC	437,5
BD	461,5
I	96,5
MM	420,5
OG	782,0
	<hr/>
	14 772,5

Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om Handikappinstitutet, dess finansiering m. m. för år 1991

Prop. 1990/91: 51
Bilaga 3

Staten och sjukvårdshuvudmännen har, som huvudmän för Handikappinstitutet och med utgångspunkt i bl. a. hjälpmedelsutredningens bedömningar och förslag, övervägt olika åtgärder för att förbättra institutets möjligheter att möta framtidens krav inom hjälpmedelsområdet. Parternas gemensamma ställningstagande utgår från att Handikappinstitutet skall vara samhällets centrala stödfunktion på hjälpmedelsområdet. Institutets huvuduppgifter är att främja, samordna och medverka i forsknings- och utvecklingsarbete avseende hjälpmedel för handikappade. Andra viktiga uppgifter är att prova och egenskapsdeklarera hjälpmedel samt att informera om hjälpmedelsområdet.

Den överenskommelse som parterna har träffat innebär att Handikappinstitutet inte skall ha uppgifter som är av normerande karaktär. I enlighet med vad som föreslagits av hjälpmedelsutredningen skall därför utgivningen av den nuvarande rekommenderande hjälpmedelsförteckningen upphöra fr. o. m. årsskiftet 1990/91. Den rekommenderande hjälpmedelsförteckningen bör ersättas med en kontinuerlig utgivning av förteckningar över bra produkter med viktiga funktionskompenserande egenskaper. Vidare bör Handikappinstitutet i samråd med berörda parter informera om centrala överenskommelser och mål för hjälpmedelsområdet. Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för såväl hjälpmedelsområdet som övriga hälso- och sjukvård.

Parterna är även överens om att institutet inom ramen för befintliga medel på uppdrag av regeringen och sjukvårdshuvudmännen via Landstingsförbundet skall genomföra utredningsarbete m. m. inom hjälpmedelsområdet.

Den ändrade uppgifts- och arbetsinriktningen för Handikappinstitutet föranleder ändringar i institutets stadga. Beslut om detta fattas av regeringen i särskild ordning.

I hjälpmedelsutredningens betänkande redovisas en serie skäl för att inordna den nuvarande hjälpmedelsersättningen i den allmänna sjukvårdsersättningen. Utredningen konstaterar bl. a. att den nuvarande hjälpmedelsersättningen, som utgörs av ett schablonbelopp beräknat per invånare, knappast har någon styrande roll samt att den har liten betydelse för hjälpmedelsverksamhetens innehåll och utveckling.

Parterna instämmer i utredningens bedömning och är överens om att den särskilda hjälpmedelsersättningen – vilken för närvarande uppgår till 85 kr. per invånare – inte längre skall utgå. Huvuddelen av detta belopp – 80 kr. – inordnas i den allmänna sjukvårdsersättningen från år 1991.

Handikappinstitutets verksamhet finansieras från år 1991 därmed via ett direkt bidrag inom ramen för den allmänna sjukförsäkringen. Bidraget för år 1991 uppgår till 46,5 milj. kr. enligt bilaga till denna överenskommelse.

Den överenskommelse som parterna har träffat innebär att Handikappinstitutets möjligheter att bedriva forskningsoch utvecklingsuppgifter förbättras. Överenskommelsen innebär bl. a. att ramen för det s. k. produktionsstödet utökas från nuvarande 1,5 milj. kr. till 4 milj. kr. Genom ett särskilt tillägg till stadgan markeras Handikappinstitutets ansvar för att initiera och stimulera till utnyttjande av ny teknik i hjälpmedelssammanhang.

Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regeringen och Landstingsförbundets styrelse.

För staten
Sture Korpi

För Landstingsförbundet
Gunnar Hofring

Bilaga till överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om Handikappinstitutet, dess finansiering m. m. år 1991

Prop. 1990/91: 51
Bilaga

I anslutning till paragraf 2 i avtalet den 24 mars 1977 mellan staten och Landstingsförbundet om Handikappinstitutet har parterna träffat följande överenskommelse för år 1991.

1. För Handikappinstitutets finansiering har parterna tillfört institutets fond 46 500 000 kr. för 1991 års verksamhet. Beloppet tillförs fonden i enlighet med överenskommelsen om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för år 1991. Beloppet utbetalas av riksförsäkringsverket med en tolfedel för varje månad i efterskott.

2. Medel som ingår i Handikappinstitutets fond disponeras — med de undantag som följer av punkterna 3 och 4 nedan — av institutets styrelse för verksamheten i enlighet med institutets stadgar.

Anmärkning: Styrelsen bör i sammanhanget beakta vad som stadgas om utredningsarbete på regeringens respektive sjukvårdshuvudmännens uppdrag.

3. Från institutets fond skall utbetalas 4 800 000 kr. för år 1991 till Sjukvårdshuvudmännens Upphandlingsbolags (SUB) verksamhet.

4. Av Handikappinstitutets fond skall för år 1991 avdelas 4 000 000 kr. att av institutets styrelse disponeras för att initiera och stimulera tillverkningen av vissa handikapphjälpmedel, för vilka föreligger svårigheter att etablera produktion på gängse villkor. Medlen får även användas för köp av produkter. Medel som ej utnyttjas för detta ändamål får användas som förlustgaranti. Härutöver får institutet möjlighet att utnyttja 4 000 000 kr. såsom förlustgaranti i samband med beställningar av hjälpmedel. Erforderliga avtal för genomförande härav skall tecknas av SUB i nära samarbete med institutet.

Överenskommelse om särskilt bidrag till den psykiatriska vården m. m. för år 1991

Prop. 1990/91: 51
Bilaga 4

Efter överläggningar mellan representanter för staten och sjukvårdshuvudmännen om särskilt bidrag till den psykiatriska vården m. m. för år 1991 har parterna enats om följande:

1 Staten skall till sjukvårdshuvudmännen utge ett särskilt bidrag till den psykiatriska vården till och med år 1991. Bidraget skall för år 1991 vara 186 milj. kr. och fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen enligt den till detta protokoll fogade bilagan.

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 överlämnas 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 kvarliggert på rättspsykiatrisk klinik utgår år 1991 med 2550 kr. per vård dag.

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

4 Medlen skall utbetalas av socialstyrelsen i enlighet med överenskommelsen om ändring i 1966 års avtal om den psykiatriska vården m. m.

För staten
Anna Hedborg

För Landstingsförbundet
Gunnar Hofring

Fördelning av särskilt bidrag till psykiatrisk vård för år 1991.

Prop. 1990/91: 51
Bilaga

Sjukvårdshuvudman	Bidragsbelopp (1 000-tal kr.)
AB	36 642
C	5 022
D	744
E	11 346
F	9 486
G	—
H	8 184
K	1 116
L	5 022
M	3 348
N	6 510
O	558
P	9 114
R	1 674
S	9 114
T	—
U	8 742
W	16 926
X	10 974
Y	22 692
Z	4 278
AC	7 626
BD	3 348
I	2 418
MM	1 116
OG	—
	<hr/>
	186 000

	Sid.
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Propositionens lagförslag	3
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 18 oktober 1990	6
1. Inledning	6
2. Gällande ersättningsregler	8
2.1 Ersättningssystemet fr. o. m. år 1985	8
2.2 Ersättningar och ersättningsbelopp för år 1990	9
2.3 Patientavgifter	10
2.4 Villkoren för privatpraktiserande läkares och sjukgymnas- ters anslutning till sjukförsäkringen m. m.	10
2.5 Övrigt	11
3. Allmänna utgångspunkter för den nya överenskommelsen med sjukvårdshuvudmännen	11
4. Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1991	12
5. Patientavgifter inom öppen vård och högkostnadsskydd	17
5.1 Ändringar i avgiftssystemet	17
5.2 Ändringar i högkostnadsskyddet	18
6. Anslutningsreglerna för privatpraktiserande vårdgivare	20
7. Ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser	21
8. Handikappinstitutets framtida verksamhet m. m.	22
9. Tidpunkten för att påbörja rehabiliteringsinsatser	23
10. Upprättade lagförslag	24
11. Hemställan	24
12. Beslut	24
 Bilaga 1	
Överenskommelse om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen m. m. för år 1991	25
Bilaga 2	
Fördelning av allmän sjukvårdsersättning 1991	39
Bilaga 3	
Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om Handi- kappinstitutet, dess finansiering m. m. för år 1991	40
Bilaga 4	
Överenskommelse om särskilt bidrag till den psykiatriska vården m. m. för år 1991	43

