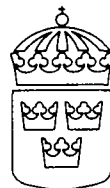


Regeringens proposition

1991/92:19

om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen
m.m.



Prop.
1991/92:19

Regeringen förelägger riksdagen vad som tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 12 september 1991 för den åtgärd och det ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

Odd Engström

Bengt Lindqvist

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen redovisas en överenskommelse som träffats med företrädare för sjukvårdshuvudmännen om vissa ersättningar från sjukförsäkringen m.m. för år 1992. Den ansluter till det system med schabloniserade ersättningar till sjukvårdshuvudmännen som infördes fr.o.m. år 1985.

Till skillnad från år 1991 har parterna kunnat enas även om storleken på den allmänna sjukvårdsersättningen för år 1992. Till följd av den s.k. äldreformen överförs ca 21 % av kostnaderna för hälso- och sjukvården från sjukvårdshuvudmännen till kommunerna, varför den allmänna sjukvårdsersättningen har reducerats med drygt 3 miljarder kr. Om man bortser från detta ökar dock det totala ersättningsbeloppet från sjukförsäkringen med 100 milj.kr. under år 1992.

Därtill kommer ett bruttotillskott till sjukvårdshuvudmännen på sammanlagt ca 200 milj.kr. till följd av att dessa fr.o.m. år 1992 förväntas överta debitering och uppbörd av sjukhusvårdsavgifter för bl.a. sjukpenningförsäkrade. Denna systemförändring är föranledd av att en arbetsgivarperiod på 14 dagar då kommer att införas inom sjukförsäkringen. Förändringen förutsätter vissa ändringar i bl.a. lagen (1962:381) om allmän försäkring. I propositionen läggs därför fram förslag om sådana lagändringar.

Den år 1991 införda särskilda ersättningen på 400 milj.kr. för rehabiliterings- och behandlingsinsatser har också höjts och uppgår under år 1992 till högst 485 milj.kr.

En viktig utgångspunkt för överenskommelsen är att parterna gemensamt formulerat den fortsatta inriktningen på det utvecklings- och förändringsarbete som numera bedrivs inom hälso- och sjukvården. Behovet av att kunna följa upp och utvärdera arbetet inom hälso- och sjukvården, inte minst det pågående intensiva utvecklings- och förändringsarbetet, har därvid särskilt uppmärksamats. Parterna har också redovisat ett antal pågående eller nyligen avslutade aktiviteter som visar att ett stort antal aktörer är engagerade i detta arbete.

Parterna är eniga om nödvändigheten av att stödja sådana åtgärder hos sjukvårdshuvudmännen som syftar till en bättre informationsförsörjning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Enligt överenskommelsen avsätts högst 20 milj.kr. under år 1992 för detta ändamål, inkl. medel för nationella register för produktkontroll.

För att effektivisera informationsförsörjningen bl.a. med inriktning på att förbättra folkhälsan skall inrättas ett epidemiologiskt centrum vid socialstyrelsen. För år 1992 avsätts högst 5 milj.kr. för delfinansiering av ett sådant centrum.

1 Förslag till

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

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 4 § och 4 kap. 8 § lagen (1962:381) om allmän försäkring¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.
4 §²

Om inte annat följer av 10 – 10 b §§ utgör hel sjukpenning för dag följande andel av den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten, delad med 365, nämligen

1. 65 procent för de första tre dagarna med sjukpenning i varje sjukperiod, dock med undantag som anges i 4 b §,
2. 80 procent för tid därefter till och med den nittionde dagen i sjukperioden,
3. 90 procent för tid därefter. Sjukpenningen avrundas till närmaste hela krontal.

För varje dag då den försäkrade får sjukhusvård skall sjukpenning enligt denna lag minskas med 70 kronor, dock med högst en tredjedel av sjukpenningens belopp. Därvid skall det belopp varmed minskning sker avrundas till närmast lägre hela krontal.

Andra stycket gäller inte i fråga om sjukpenning för tid då den försäkrade uppbär hel ålderspension enligt denna lag.

Om den försäkrade av arbetsgivaren erhåller lön under sjukdom för samma tid som sjukpenningen avser, skall sjukpenning som utges med den procentandel som anges i första stycket 1 eller 2 minskas med det belopp som lönen under sjukdom överstiger 10 procent av vad den försäkrade skulle ha fått i lön om han varit i arbete, och sjukpenning som utges med den procentandel som anges i första stycket 3 minskas med hela lönen under sjukdom. Till den del lönen under sjukdom utges i förhållande till lön i arbete som för år räknat överstiger den högsta sjukpenninggrundande inkomst som kan beräknas enligt 2 § skall minskning dock endast ske med belopp som överstiger 75 procent av lönen i arbete när sjukpenning utges med den procentandel som anges i första stycket 1 och 90 procent av lönen i arbete när sjukpenning utges med den procentandel som anges i första stycket 2 eller 3.

¹ Lagen omtryckt 1982:120.

² Senaste lydelse 1991:325.

Vid tillämpning av bestämmelserna i *ffjärde* stycket skall ersättning som utges på grund av förmån av fri gruppsjukförsäkring som åtnjuts enligt grunder som fastställs i kollektivavtal mellan arbetsmarknadens huvudorganisationer anses som lön under sjukdom från arbetsgivare.

Vid tillämpning av bestämmelserna i *andra* stycket skall ersättning som utges på grund av förmån av fri gruppsjukförsäkring som åtnjuts enligt grunder som fastställs i kollektivavtal mellan arbetsmarknadens huvudorganisationer anses som lön under sjukdom från arbetsgivare.

Det belopp varmed minskning skall göras avrundas till närmast lägre hela krontal. Avräkning skall i första hand göras vid utbetalning av sjukpenning som avser samma tid som den lön under sjukdom som föranlett minskningen men får också göras vid närmast följande utbetalning av sjukpenning.

4 kap.
8 §³

Föräldrapenning får utges med belopp som motsvarar hel, halv eller fjärdedels garantinivå när föräldern arbetar högst tre fjärdedelar av normal arbetstid.

Bestämmelserna i 3 kap. 4 § andra stycket om minskning av sjukpenning tillämpas på föräldrapenning när den försäkrade får sjukhusvård. Hel föräldrapenning utges dock alltid lägst med belopp motsvarande garantinivån enligt 6 § första stycket. I den mån den försäkrade inte har begärt att förmånen utges för tid då sjukhusvården pågår, skall minskningen i stället göras på föräldrapenning som utges till den försäkrade därefter.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1992.
2. Äldre föreskrifter tillämpas fortfarande i fråga om minskning av sjukpenning eller föräldrapenning som avser tid före ikraftträdandet.

³ Senaste lydelse 1987:1321.

Lag om ändring i lagen (1990:1466) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 4 a § och 20 kap. 8 § lagen (1962:381) om allmän försäkring¹ i paragrafernas lydelse enligt lagen (1990:1466) om ändring i nämnda lag skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.
4 a §

Vad som sägs i 4 § andra och tredje styckena gäller också en försäkrad som vistas vid en sådan vårdinrättning som enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar övertagits av kommunen.

För varje dag då en försäkrad vistas vid en sådan vårdinrättning som enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar övertagits av kommunen skall sjukpenning enligt denna lag minskas med 70 kronor, dock med högst en tredjedel av sjukpenningens belopp. Därvid skall det belopp varmed minskning sker avrundas till närmast lägre hela kronor.

Första stycket gäller inte i fråga om sjukpenning för tid då den försäkrade uppbär hel ålderspension enligt denna lag.

20 kap.
8 §

Den som är försäkrad eller eljest äger rätt till ersättning enligt denna lag åligger att, i enlighet med de föreskrifter som meddelas av regeringen eller, efter regeringens bestämmande, av riksförsäkringsverket, lämna de uppgifter, som är av betydelse för tillämpningen av lagen. Beträffande den som är omyndig eller har god man eller förvaltare enligt föräldrabalken har förmyndaren eller, om det kan anses följa av uppdraget, gode mannen eller förvaltaren skyldighet att lämna uppgifterna.

Den som driver en sjukvårdsinrättning som är att anse som sjukhus enligt denna lag är skyldig att meddela den allmänna försäkringskassan när en patient tas in för vård på sjukhuset och när sjukhusvården upphör. Sådan uppgift skall utan dröjsmål lämnas till den försäkringskassa där patienten är inskriven.

Den som driver en sjukvårdsinrättning som är att anse som sjukhus enligt denna lag är skyldig att meddela den allmänna försäkringskassan när en patient, som avses i 2 kap. 12 §, tas inför vård på sjukhuset och när sjukhusvården upphör. Sådan uppgift skall utan dröjsmål lämnas till den försäkringskassa där patienten är inskriven.

¹ Lagen omtryckt 1982:120.

Andra stycket äger motsvarande tillämpning på den som driver en vårdinrättning som enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar övertagits av kommunen.

Den som driver en vårdinrättning som enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar övertagits av kommunen är *skyldig att meddela den allmänna försäkringskassan när en försäkrad tas in på vårdinrättningen och när vistelsen där upphör. Sådan uppgift skall utan dröjsmål lämnas till den försäkringskassa där den försäkrade är inskriven.*

Lag om ändring i lagen (1991:1040) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1040) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring¹

dels att 22 kap. 14 § skall upphöra att gälla,

dels att 3 kap. 15 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

15 §

Sjukpenning utgår ej för tid då den försäkrade

a) fullgör värnplikstjänstgöring eller vapenfri tjänst, om tjänstgöringen inte avser grundutbildning eller därtill omedelbart anslutande repetitionsutbildning;

b) är intagen i sådant hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga med stöd av 3 § sagda lag;

c) är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt;

d) i annat fall än under b) eller c) sagts av annan orsak än sjukdom tagits om hand på det allmännas bekostnad;

e) vistas utomlands i annat fall än då den försäkrade insjuknar medan han utför arbete som ett led i en här i riket bedriven verksamhet eller som sjöman anställd på svenskt handelsfartyg eller under sjukdom eller i fall som avses i 7 b § reser till utlandet med försäkringskassans medgivande.

För varje dag då en försäkrad bereds vård i ett sådant hem för vård eller boende eller familjehem enligt socialtjänstlagen (1980:620) som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol eller narkotika, skall sjukpenning på begäran av den som svarar för vårdkostnaderna minskas *på det sätt som framgår av 4 § andra stycket*. Det belopp som sjukpenningen minskas med skall betalas ut till den på vars begäran minskningen har gjorts.

För varje dag då en försäkrad bereds vård i ett sådant hem för vård eller boende eller familjehem enligt socialtjänstlagen (1980:620) som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol eller narkotika, skall sjukpenningen på begäran av den som svarar för vårdkostnaderna minskas *med 70 kronor, dock med högst en tredjedel av sjukpenningens belopp. Därvid skall det belopp varmed minskning sker avrundas till närmast lägre hela kronantal*. Det belopp som sjukpenningen minskas med skall betalas ut till den på vars begäran minskningen har gjorts.

Utän hinder av första stycket utgår sjukpenning till försäkrad som avses under c) vid sjukdom som inträffar under tid då han får vistas utom anstalt och därvid bereds tillfälle att förvärvsarbeta.

¹ Lagen omtryckt 1982:120.

4 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 8 § lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring¹ samt punkt 1 av ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna till lagen skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

8 §²

För dag då den försäkrade erhåller sjukhusvård minskas sjukpenningen med belopp som framgår av 3 kap. 4 § andra stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Bestämmelserna i 3 kap. 14 och 15 §§ lagen om allmän försäkring skall tillämpas även beträffande sjukpenning som utges från arbetsskadeförsäkringen.

1. Denna lag³ träder i kraft den 1 juli 1977, då lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring skall upphöra att gälla. *Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om skada som har inträffat före ikraftträdandet.*

1. Denna lag³ träder i kraft den 1 juli 1977, då lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring skall upphöra att gälla. *I fråga om skada som har inträffat före ikraftträdandet gäller fortfarande äldre bestämmelser, dock med undantag av 13 § andra stycket nämnda lag såvitt avser avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård.*

1. Denna lag⁴ träder i kraft den 1 januari 1992.

2. Äldre föreskrifter tillämpas fortfarande i fråga om minskning av eller avdrag på sjukpenning som avser tid före ikraftträdandet.

¹ Lagen omtryckt 1977:264.

² Senaste lydelse 1990:163.

³ 1976:380.

⁴ 1991:0000.

Lag om ändring i lagen (1991:1043) om ändring i lagen (1990:1469) om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

Härigenom föreskrivs att 9 § lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare i paragrafens lydelse enligt lagen (1991:1043) om ändring i lagen (1990:1469) om ändring i nämnda lag skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 §

I fråga om smittbärrpenning tillämpas även följande föreskrifter i lagen (1962:381) om allmän försäkring, nämligen

3 kap. 3 § om ersättning när förtidspension utges m.m.,

3 kap. 4 § *andra stycket* och 4 a § om minskning av ersättning,

3 kap. 6 § om anmälan av inkomstförhållanden m.m.,

3 kap. 10 § tredje stycket om tid som skall jämföras med tid för förvärvsarbete,

3 kap. 15 § första stycket a) – d) samt andra och tredje styckena om ersättning när värnpliktstjänstgöring fullgörs m.m.,

3 kap. 16 § om arbetsgivarinträde,

3 kap. 17 § om indragning eller nedsättning av ersättning.

I fråga om den som uppbär smittbärrpenning tillämpas även föreskrifterna om åtgärder för rehabilitering i 22 kap. 5 och 6 §§ lagen om allmän försäkring.

Lag om ändring i lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd

Härigenom föreskrivs att punkt 1 av ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna till lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1. Denna lag¹ träder i kraft den 1 juli 1977.

Genom lagen upphäves

- a) militärsättningslagen (1950:261),
- b) förordningen (1954:249) om ersättning i anledning av kroppsskada, ådragen under tjänstgöring i civilförsvaret,
- c) förordningen (1954:250) om ersättning i anledning av kroppsskada, ådragen under vistelse å anstalt m.m.

Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om skada som har inträffat före ikraftträdandet.

Ifråga om skada som har inträffat före ikraftträdandet gäller fortfarande äldre bestämmelser, dock med undantag av 6 § 2 mom. andra stycket militärsättningslagen såvitt avser avdrag på sjukpenning vid sjukhusvård.

1. Denna lag² träder i kraft den 1 januari 1992.

2. Äldre föreskrifter tillämpas fortfarande i fråga om avdrag på sjukpenning som avser tid före ikraftträdandet.

¹ 1977:265.

² 1991:0000.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 12 september 1991

Närvarande: statsrådet Engström ordförande, och statsråden
S. Andersson, Göransson, Gradin, Dahl, R. Carlsson, Hellström,
Johansson, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist, Freivalds, Wallström,
Löow, Persson, Molin, Larsson, Åsbrink

Öredragande: statsrådet Lindqvist

Proposition om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.

1 Inledning

Det nuvarande systemet med schabloniserad ersättning från den allmänna sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen har gällt fr.o.m. år 1985. Det innebar när det infördes en successiv övergång från prestationsbundna ersättningar till en samlad ersättning per invånare i form av en allmän sjukvårdsersättning. Härvid skedde även en samordning med försäkringens ersättningar till försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster för att förbättra förutsättningarna för en samordnad planering av den offentliga och den privata hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Förutom en allmän sjukvårdsersättning har varje år lämnats ett varierande antal särskilda ersättningar för olika ändamål till sjukvårdshuvudmännen. Under år 1991 utges från sjukförsäkringen sammanlagt 15 262 milj.kr., varav 14 772,5 milj.kr. utgör allmän sjukvårdsersättning. År 1988 skedde en viktig förändring vid fördelningen av den allmänna sjukvårdsersättningen till sjukvårdshuvudmännen. Då kompletterades principen om en invånarbaserad ersättning med ett antal behovskriterier. Den sålunda utvecklade fördelningsmodellen var helt genomförd fr.o.m. år 1990. De fördelningskriterier som ligger till grund för den behovsrelaterade fördelningen är skillnader i befolkningens dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspensionering samt antalet ensamboende äldre. Fördelningsmodellen har givit sjukvårdshuvudmännen ökade förutsättningar att anpassa hälso- och sjukvårdens resurser till skillnader i vårdbehoven.

Genom överenskommelsen för år 1991 beslöts två större förändringar i ersättningssystemet. I linje med utvecklingen mot ökad mål- och resultatstyrning med uppföljning och utvärdering av sjukvårdshuvudmännens

verksamhet inordnades de särskilda ersättningarna för avinstitutionisering, förebyggande åtgärder samt tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade i den allmänna sjukvårdersättningen. Samtidigt infördes, som ett led i den ökade satsningen inom rehabiliteringsområdet, en särskild ersättning för att förbättra kapaciteten inom hälso- och sjukvården för rehabiliterings- och behandlingsinsatser. Dessa medel, som skall bidra till att sänka det s.k. ohälsotalet, utbetalas först sedan försäkringskassan och sjukvårdshuvudmannen kommit överens om hur medlen bäst skall användas för att förbättra kapaciteten på just detta område inom hälso- och sjukvården.

Den överenskommelse som nu har träffats för år 1992 följer i allt väsentligt de principer som lagts fast i tidigare träffade överenskommelser fr.o.m. år 1985. Överenskommelsen innehåller dock några viktiga moment som jag särskilt vill nämna.

Som utgångspunkt för överenskommelsen för år 1991 preciserade parterna gemensamt inriktningen på utvecklings- och förändringsarbetet inom hälso- och sjukvården under år 1991. En viktig målsättning med detta arbete, som har ett flerårsperspektiv, är att säkra hälso- och sjukvårdens kvalitet och ett effektivt utnyttjande av tillgängliga ekonomiska och personella resurser. I den för år 1992 träffade överenskommelsen lämnas en redovisning av detta pågående arbete på olika områden, varvid framgår att många aktörer är engagerade. Ur statsmakternas perspektiv är det angeläget att utvecklingen kan följas på nationell nivå och att nationella uppföljningar och utvärderingar kan göras. Det är emellertid i första hand sjukvårdshuvudmännens ansvar att kontinuerligt följa upp verksamheten och utvärdera förändringsarbetet.

Parterna är mot den bakgrunden överens om att det är nödvändigt att stödja åtgärder som syftar till en förbättrad informationsförsörjning inom hälso- och sjukvården på alla nivåer. Ett viktigt led i en förbättrad informationsförsörjning för att bl.a. förbättra folkhälsan är inrättandet av ett epidemiologiskt centrum vid socialstyrelsen med uppgift att på nationell nivå följa och analysera orsaker till ohälsa och förekomst av olika sjukdomar m.m. Parterna har därför i överenskommelsen för år 1992 enats om att avsätta högst 20 milj.kr. för att i första hand utveckla och förbättra informationsförsörjningen inom hälso- och sjukvården och högst 5 milj.kr. som delfinansiering av ett epidemiologiskt centrum vid socialstyrelsen.

Erfarenheterna av den fr.o.m. år 1991 införda särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinriktade insatser har varit mycket positiva enligt parternas bedömning. Överenskommelsen för år 1992 innebär därför en ökning av denna ersättning från 400 till 485 milj.kr. Sjukvårdshuvudmännen skall senast under mars 1992 inkomma till resp. försäkringskassa med en resultatredovisning för medlens användning för år 1991. Dessa redovisningar bör läggas till grund för en utvärdering av denna ersättningsform inför nästa överläggningstillfälle.

Parterna har också enats om att sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1992 skall handha debitering och uppbörd av avgifterna för sjukhusvård för bl.a. de sjukpenningförsäkrade, varvid ordningen med sjukhusvårdsavdrag från sjukpenning skall upphöra. Denna förändring föranleds av att riksdagen nyligen beslutat om att införa en arbetsgivarperiod med sjuklön under de första 14 dagarna av en sjukperiod.

I övrigt vill jag framhålla att äldrereformens genomförande den 1 januari 1992 kommer att medföra en betydande överföring av kostnader för hälso- och sjukvård från sjukvårdshuvudmännen till kommunerna. Till följd härav skall en motsvarande reduktion göras av den allmänna sjukvårdsersättningen för år 1992. Denna reduktion har beräknats till 3 066 milj.kr.

Jag förordar att de i överenskommelsen angivna åtgärderna genomförs på det sätt som jag redovisar i det följande. Förslaget om att sjukvårdshuvudmännen övertar administrationen av sjukhusvårdsavgifter för bl.a. de sjukpenningförsäkrade förutsätter ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) och i viss angränsande lagstiftning. I övrigt ankommer det på regeringen att fatta nödvändiga beslut. Riksdagen bör beredas tillfälle att ta del av överenskommelsen genom att den fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 1*. Chefen för socialdepartementet kommer senare att föreslå regeringen de förordningsändringar som krävs för genomförandet.

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

2 Gällande ersättningsregler m.m.

2.1 Ersättningssystemet fr.o.m. år 1985

Sjukvårdsersättning från den allmänna sjukförsäkringen utges enligt 2 kap. AFL i form av ersättning för bl.a. öppen hälso- och sjukvård, läkarvård, sjukvårdande behandling som utförs av annan än läkare, sjukhusvård, tandvård samt för resekostnader i samband med vården eller behandlingen. Vidare utges viss ersättning för sjukvårdshuvudmännens kostnader för handikapphjälpmedel samt ersättning för avinstitutionisering och förebyggande hälsovård. Ersättningarna utbetalas enligt grunder som regeringen fastställer.

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

Det totala ersättningsbelopp som lämnas från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen uppgår till 15 262 milj.kr. för år 1991. Av detta belopp utgörs 14 772,5 milj.kr. av en allmän sjukvårdsersättning som fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen efter en behovsbaserad modell. Denna ersättning avser inte bara primärvård och övrig öppen vård, sjukhusvård samt sjuktransporter utan fr.o.m. år 1991 även avinstitutionisering, förebyggande åtgärder samt tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade. I beloppet ingår även summan av de avgifter som tas ut av sjukpenningförsäkrade och pensionärer vid sjukhusvård.

Den allmänna sjukvårdsersättningen fördelas sedan år 1988 enligt en behovsbaserad modell mellan sjukvårdshuvudmännen, vilka delas in i tre behovsklasser. Differensen i ersättning per invånare mellan klasserna är 50 kr. Det innebär således att ersättningen per invånare i klass 3 är 100 kr. högre än i klass 1. Den allmänna ersättningen finansieras till ca 29 % genom att 4 300 milj.kr. av statsbidraget till allmän sjukvård m.m. utges till sjukvårdshuvudmännen.

Fr.o.m. år 1991 infördes en särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen på sammanlagt högst 400 milj.kr. för att förbättra kapaciteten inom hälsa- och sjukvården för rehabiliterings- och behandlingsinsatser.

Vidare infördes fr.o.m. år 1991 särskilda ersättningar för handledning av kiropraktorer, för vissa patientöverföringar till Finland samt för anordnande av rikssjukvård för HIV-smittade med högst 1, 2 resp. 5 milj.kr.

I likhet med tidigare år finansieras, enligt en särskild överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet, Handikappinstitutets verksamhet inom ramen för den allmänna sjukförsäkringen. Bidraget, som tidigare ingick i ersättningen för tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade, utges fr.o.m. år 1991 som ett direkt bidrag från sjukförsäkringen och uppgår till 46,5 milj.kr.

Vidare lämnas under år 1991 en särskild ersättning med sammanlagt högst 21 milj.kr. till sjukvårdshuvudmännen för att göra det möjligt för dessa att öka tillgången på psykoterapeutiska behandlingsresurser.

Under år 1991 lämnas även en ersättning på högst 10 milj.kr. för att öka tillgängligheten och kapaciteten inom hälso- och sjukvården samt sammanlagt högst 4 milj.kr. till de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för nationella register för produktkontroll.

Nu redovisade 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 sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Enligt en särskild överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen skall ett särskilt bidrag utges till den psykiatriska vården under åren 1982–1991. För år 1991 uppgår bidraget till 186 milj.kr. med fördelning mellan sjukvårdshuvudmännen efter särskilda regler.

Genom överenskommelsen för år 1991 enades parterna om att den statliga regleringen av avgifterna inom den *öppna hälso- och sjukvården* skulle avskaffas fr.o.m. den 1 januari 1991. Denna förändring omfattade även avgiftssystemet för de till sjukförsäkringssystemet anslutna privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna. Det förutsattes också att avgifterna för den sjuk- och hälsovård som lämnas inom företags- och studerandehälsovården skulle anpassas till sjukvårdshuvudmännens avgiftssystem.

Motivet för att avreglera systemet med öppenvårdsavgifter var att skapa förutsättningar för sjukvårdshuvudmännen att effektivare kunna utnyttja hälso- och sjukvårdens organisation och resurser t.ex. genom att differentiera avgiftssättningen mellan olika typer av mottagningar eller genom att införa enhetliga avgifter för öppenvård.

Parterna var eniga om att denna avreglering krävde ändringar i det s.k. högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedel. Härmed avsågs en övergång från ett egenkostnadstak baserat på antal vårdbesök eller läkemedelsinköp inom en 12-månadersperiod till ett egenkostnadstak för de försäkrade på högst 1 500 kr. under en motsvarande period. En sådan ändring förutsatte dock beslut av riksdagen.

Riksdagen beslutade under hösten 1990 i enlighet med ett förslag från regeringen om nämnda ändring i högkostnadsskyddet.

Det nya avgiftssystemet, som trädde i kraft fr.o.m. år 1991, har medfört att ett antal sjukvårdshuvudmän har differentierat sina avgifter mellan olika typer av mottagningar. Landstingsförbundet har gjort en sammanställning över avgifterna inom öppenvården fr.o.m. den 1 januari 1991. Denna visar att avgiften för läkarvård inom primärvården i allmänhet är 100 kr. Vid sjukhusanslutna öppna mottagningar (länssjukvård) är motsvarande avgift hos en del huvudmän något högre, dock högst 150 kr. För annan sjukvårdande behandling än läkarvård varierar avgifterna mellan 40 och 75 kr, men är i regel 50 eller 60 kr.

Det belopp när högkostnadsskyddet skall inträda är enligt riksdagens beslut maximerat till 1 500 kr. Av Landstingsförbundets sammanställning framgår att samtliga sjukvårdshuvudmän beslutat tillämpa ett lägre belopp. I regel ligger detta mellan 1 000 – 1 200 kr.

För *sluten sjukhusvård* tas avgift ut genom försäkringskassans försorg. För förvärvsarbetande sker detta i form av ett avdrag på sjukpenningen med högst 70 kr. per vård dag. Ett motsvarande avgiftssystem tillämpas för pensionärer med hel ålderspension och pensionärer med hel förtidspension. För pensionärer utgör avgiften, per dag räknat, en tredjedel av utgående pensioner från den allmänna försäkringen före skatt, dock högst 65 kr. för varje vård dag.

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

Vid införandet av det nya ersättningssystemet till sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1985, ändrades reglerna för privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters anslutning till försäkringskassans ersättningssystem.

Enligt huvudregeln får därmed en privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast anslutning till försäkringssystemet endast om sjukvårdshuvudmannen tillstyrker detta. En sådan tillstyrkan sker i regel genom att ett samverkansavtal träffas. Vid omläggningen år 1985 infördes på försök även fri etableringsrätt inom stödområdena A, B och C för privatpraktiker med heltidsverksamhet. Denna försöksverksamhet permanentades fr.o.m. år 1988. Då permanentades också en annan fr.o.m. år 1985 införd försöksverksamhet med fri ersättningsetablering över hela landet.

Därefter har vissa andra smärre justeringar och kompletteringar gjorts i villkoren för försäkringsanslutning. Av dessa kan nämnas ändringarna i den fria ersättningsetableringen den 1 juli 1989. Då begränsades denna till att gälla endast i de fall tillträdande privatläkare avser att driva verksamheten vidare med i huvudsak oförändrad inriktning. Vidare infördes möjlighet för privatläkare att vid överlåtelse av befintlig praktik i samband med pensionering under kortare tid arbeta parallellt med den tillträdande läkaren.

Den 1 juli 1990 slopades den nämnda stödområdesindelningen A, B och C och ersattes av en indelning i två stödområden, benämnda 1 och 2. Ändringen innebar att vissa kommuner eller delar av kommuner som ingick i stödområde C inte längre ingick i ett permanent stödområde. Denna ändring var av betydelse för bestämmelserna om fri nyetablering för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. Enligt beslut av regeringen har den nya stödområdesindelningen fr.o.m. år 1991, med några undantag, lagts till grund för reglerna om nyanslutning till försäkringskassan.

Fr.o.m. år 1991 gäller också – till skillnad från vad som gäller för läkare i övrigt – att läkarpsykoanalytiker kan kombinera en tjänstgöring på halvtid hos offentlig sjukvårdshuvudman med verksamhet som privatpraktiker.

3 Utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården m.m.

I likhet med tidigare år har parterna gemensamt formulerat vissa allmänna utgångspunkter för utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården. Under de senaste åren har allt större vikt lagts vid behovet av att intensifiera utvecklingsinsatserna inom hälso- och sjukvården för att bl.a. säkerställa kvalitet och ett effektivt utnyttjande av tillgängliga ekonomiska och personella resurser. Rikrevisionsverket har nyligen i en rapport till regeringen framhållit att det saknas en återkommande samlad uppföljning och ut-

värdering av hälso- och sjukvården mot de angivna målen för verksamheten. Det pågående intensiva utvecklings- och förändringsarbetet understryker också behovet av en relevant utvärdering.

Det pågår för närvarande ett flertal aktiviteter som är inriktade på uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården. Mycket av detta arbete har dock ett mer långsiktigt perspektiv och förutsätter både bättre grunddata och inte minst större enhetlighet i sjukvårdshuvudmännens redovisningssystem för att relevant utvärdering skall kunna ske. För både regering och riksdag är det mycket angeläget att framför allt utvecklingen på riksnivå kan följas och att uppföljningar och utvärderingar kan göras på denna nivå. En mer fullständig redovisning kan emellertid företas först när bättre och enhetligare grunddata finns.

Som ett resultat av föregående års överenskommelser om inriktningen av utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården har en nationell samrådsgrupp för kvalitet inom hälso- och sjukvården bildats. Gruppen förväntas inom en nära framtid redovisa vissa förslag om hur kvalitets-säkringsarbetet bör bedrivas och organiseras. Vidare pågår ett arbete under medverkan av expertgrupper inom socialstyrelsen med att utveckla kriterier och indikationer för att föra upp patienter på väntelista resp. erbjuda vård vid vissa tillstånd/diagnoser. En redovisning av det arbetet beräknas kunna ske vid årsskiftet 1991/92.

Landstingsförbundet har nyligen publicerat två rapporter som ger viss möjlighet att studera skillnader i resursfördelning och resursutnyttjande mellan och inom landstingen och som ger visst underlag för att belysa vad hälso- och sjukvården presterar samt att bedöma hur väl insatta resurser utnyttjats. På grund av olikheter i sjukvårdshuvudmännens uppföljnings- och redovisningssystem är dock möjligheterna till jämförelser mellan huvudmännen begränsade.

Vidare har Landstingsförbundet med start i april 1991 inlett fortlöpande rapportering av väntelistsituationen för ett antal väldefinierade diagnoser.

Inom ramen för det s.k. Dagmar 50-projektet har en uppföljning och utvärdering av resursutnyttjande och tillgänglighet företagits och redovisats inom de sex specialiteterna ortopedi, kirurgi, internmedicin, urologi, kvinnosjukvård och ögonsjukvård. När nämnda projekt avslutas vid utgången av detta år kommer även förslag att lämnas om hur denna typ av uppföljningar skall kunna företas kontinuerligt.

En arbetsgrupp med företrädare för socialdepartementet och Landstingsförbundet bereder för närvarande frågan om hur sjukvårdshuvudmännen skall kunna redovisa uppgifter om prestationer i öppen och sluten vård, resurser, köer och väntetider för vissa ingrepp, väntetider inom den öppna delen av primärvården, antal färdigbehandlade patienter, effekter av vården m.m.

Enligt den nuvarande ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården är det främst sjukvårdshuvudmännens ansvar att kontinuerligt följa upp verksamheten och utvärdera förändringsarbetet. Parterna har genom den träffade överenskommelsen varit eniga i bedömningen att det är nödvändigt att stödja åtgärder som syftar till en förbättrad informationsförsörj-

ning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. En utgångspunkt för detta är det utredningsarbete som den s.k. informationsstrukturutredningen (INFHOS) nyligen redovisat (SOU 1991:7). Utredningen behandlade och klargjorde främst frågor om ansvarsfördelningen mellan de olika aktörerna och framhöll att arbetet med en gemensam informationsstruktur bör ses som en fortlöpande utvecklingsprocess, vars innehåll och form fortlöpande kommer att påverkas av förändringar i hälso- och sjukvårdens organisation, ledning och styrning, datateknikens utveckling samt verksamhetens behov.

Ett annat enligt parterna viktigt led i en förbättrad informationsförsörjning med inriktning på att bl.a. förbättra folkhälsan är inrättandet av ett epidemiologiskt centrum vid socialstyrelsen. Dess främsta uppgift skall vara att på nationell nivå följa, analysera och rapportera om utvecklingen av folkhälsoproblem, sjukdomar och sociala problem samt motsvarande riskfaktors utbredning i olika befolkningsgrupper. För att det skall vara möjligt att upprätta och vidmakthålla relevanta register blir dock centrumet helt beroende av att korrekt och enhetlig information inges av samtliga berörda huvudmän.

Parterna har, mot bakgrund av behovet av att snabba åtgärder krävs hos sjukvårdshuvudmännen för förbättringar i informationsförsörjningen, enats om att avsätta sammanlagt högst 20 milj.kr. för främst detta ändamål under år 1992. Dessutom har enighet nåtts om att ytterligare högst 5 milj.kr. avsätts för att möjliggöra inrättandet av ett epidemiologiskt centrum vid socialstyrelsen.

Avslutningsvis vill jag nämna att parterna som ett ytterligare led i utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården, i enlighet med överenskommelsen för år 1991, gemensamt utrett förutsättningarna för att överföra kostnadsansvaret för läkemedel inom öppenvården från riks försäkringsverket till sjukvårdshuvudmännen. På grundval av denna utredning har parterna enats om att snarast påbörja överläggningar med inriktning på att senare under år 1991 träffa en särskild överenskommelse om ett sådant överförande med ett beräknat genomförande den 1 januari 1993.

4 Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1992

I samband med äldrereformens genomförande den 1 januari 1992 överförs ca 21 % av sjukvårdshuvudmännens kostnader för hälso- och sjukvård till kommunerna. Med anledning härav skall ett ersättningsbelopp av motsvarande storlek föras över från sjukvårdshuvudmännen till kommunerna. För sjukvårdshuvudmännens vidkommande innebär detta bl.a. en reduktion av den allmänna sjukvård ersättningen med 3 066 milj.kr. Denna reduktion skall hos samtliga sjukvårdshuvudmän ske med ett lika stort belopp räknat per invånare.

Den 1 januari 1992 införs en arbetsgivarperiod på 14 dagar inom sjukförsäkringen. Arbetsgivarna kommer att under denna period svara för sjukersättning i form av sjuklön. Försäkringskassan kommer därför inte att under arbetsgivarperioden kunna ta ut avgifter för sjukhusvård genom avdrag på sjukpenningen. Sjukvårdshuvudmännen erhåller för närvarande dessa avgifter genom att ett belopp motsvarande summan av sjukpenningavdragen, ca 200 milj.kr., ingår i den allmänna sjukvårdsersättningen. Det är med stor tillfredsställelse jag konstaterar att parterna har kunnat enas om att sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1992 skall överta administrationen för debitering och uppbörd av dessa avgifter. Någon reducering av den allmänna sjukvårdsersättningen med nämnda belopp skall därvid inte ske. Detta innebär i praktiken ett bruttotillskott till sjukvårdshuvudmännen på sammanlagt 200 milj.kr., då de ges rätt att ta ut dessa avgifter av de försäkrade med ett i princip lika stort belopp.

Erfarenheterna av den år 1991 införda särskilda ersättningen på 400 milj.kr. för att förbättra kapaciteten inom hälso- och sjukvården för rehabiliterings- och behandlingsinsatser har hittills – enligt vad alla inblandade parter framhållit – varit mycket positiva. Detta gäller såväl samarbetet mellan försäkringskassan och sjukvårdshuvudmannen som inriktningen av de lokalt träffade överenskommelserna angående dessa nyinsatta resurser. Jag anser därför att det är angeläget att fortsätta med att utveckla detta nya sätt att samarbeta. Den överenskomna höjningen av ersättningen till högst 485 milj.kr. för år 1992 är ett uttryck för detta.

I överenskommelsen har parterna framhållit att uppföljning och utvärdering av utvecklingen inom hälso- och sjukvården måste förbättras i olika avseenden. Inte minst behöver åtgärder vidtas hos sjukvårdshuvudmännen för en bättre informationsförsörjning. För detta arbete har parterna som nämnts i det föregående enats om att avsätta högst 20 milj.kr. under år 1992. I detta belopp ingår även den under föregående år i särskild ordning beslutade ersättningen till de sjukvårdshuvudmän som åtagit sig att svara för nationella register för produktkontroll. Det förutsätts att Landstingsförbundet i sitt arbete med dessa frågor samarbetar med socialstyrelsen. Landstingsförbundet lämnar förslag till fördelning av dessa medel till riks-försäkringsverket för beslut.

Parterna har som också nämnts enats om att under år 1992 avsätta högst 5 milj.kr. som delfinansiering av ett epidemiologiskt centrum vid socialstyrelsen. Centrumets uppgift skall i huvudsak vara att på nationell nivå följa och analysera orsaker till ohälsa och förekomst av olika sjukdomar. Åtgärden att inrätta detta centrum bör enligt min uppfattning också ses som ett led i en förbättrad informationsförsörjning. Socialstyrelsen och Landstingsförbundet skall lämna en gemensamt upprättad plan över verksamheten vad avser hälso- och sjukvård vid detta centrum till riks-försäkringsverket för beslut om ersättning.

I likhet med vad som bestämdes för de två närmast föregående åren har parterna enats om att en särskild ersättning för psyko-terapeutisk verksamhet bör lämnas till sjukvårdshuvudmännen även under år 1992. Detta ekonomiska stöd gör det möjligt för huvudmännen att genom vård-

avtal med legitimerade privata vårdgivare öka tillgången på psykoterapeutisk behandling till rimliga kostnader för de försäkrade. Nästan alla huvudmän har också utnyttjat denna möjlighet till resursförstärkning. Det är därför rimligt att denna ersättningsform kvarstår under år 1992 och att beloppet med hänsyn till den allmänna kostnadsutvecklingen höjs till högst 23 milj.kr. Det är också – som framgår av överenskommelsen – nödvändigt att parterna gör en gemensam uppföljning av medlens användning inför nästa överläggningstillfälle.

Vidare har parterna – i enlighet med en särskild överenskommelse – enats om att även under år 1992 utge direkt ersättning från sjukförsäkringen för finansiering av Handikappinstitutets verksamhet. Ersättningsbeloppet bör med hänsyn till den allmänna kostnadsutvecklingen höjas till 49 milj.kr. Denna särskilda överenskommelse framgår av *bilaga 2*.

I övrigt har parterna enats om att de fr.o.m. år 1991 införda särskilda ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen för handledd praktiktjänstgöring av kiropraktorer, för överföring av vissa patienter från Sverige till Finland samt för anordnande av rikssjukvård för HIV-smittade skall utges även under år 1992. De totala ersättningsbeloppen som för år 1991 var högst 1, 2 resp. 5 milj.kr. skall för år 1992 vara högst 1, 1,25 resp. 5,25 milj.kr. Ersättningen för överföring av vissa patienter från Sverige till Finland har reducerats, eftersom parterna anser det sannolikt att den endast kommer att utnyttjas sporadiskt. För samtliga dessa tre ersättningsformer gäller att socialstyrelsen svarar för handläggningen av förekommande ärenden och lämnar ett underlag till riksförsäkringsverket för beslut.

Som framgår av vad jag redovisat under avsnitt 2.2 lämnas efter år 1991 inte något särskilt bidrag till den psykiatriska vården.

Ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen skall i enlighet med vad jag ovan redovisat sammanfattningsvis vara följande.

a) *Allmän sjukvård ersättning* avseende såväl öppen som slutna vård m.m. med fördelning enligt den behovsmodell som gällt sedan år 1988 och som jag tidigare beskrivit. Ersättningsbeloppet har i enlighet med överenskommelsen i förhållande till år 1991 reducerats med 3 066 milj.kr. till följd av äldrereformen.

Totalt utges en allmän sjukvård ersättning med 11 706,5 milj.kr. för 1992. Fördelningen av ersättningen mellan sjukvårdshuvudmännen framgår av bilaga 1:2.

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

b) För att förstärka hälso- och sjukvårdens resurser för *rehabiliterings- och behandlingsinsatser* utges under vissa förutsättningar ersättning med sammanlagt 485 milj.kr. Fördelningen av dessa medel mellan sjukvårdshuvudmännen sker enligt en särskild fördelningsmodell, som är baserad på det s.k. ohälsotalet och invånarantalet. Medlen utbetalas av försäk-

ringskassan först när kassan och huvudmannen träffat en lokal överenskommelse om medlens användning. Fördelningen av ersättningen mellan huvudmännen framgår av bilaga 1:3.

c) För finansiering av *Handikappinstitutets* verksamhet lämnas ersättning med 49 milj.kr. enligt en särskild överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet. Ersättningen utbetalas av riks försäkringsverket.

d) För att möjliggöra för sjukvårdshuvudmännen att öka tillgången på *psykoterapeutiska behandlingsresurser* utges ersättning med sammanlagt högst 23 milj.kr. Ersättningen fördelas mellan huvudmännen och utges dels med 300 000 kr. per huvudman, dels med 1,80 kr. per invånare. Den lämnas efter särskild rekvisition av riks försäkringsverket under förutsättning att sjukvårdshuvudmannen träffat av socialstyrelsen godkända vårdavtal med legitimerade privata vårdgivare.

e) För åtgärder hos sjukvårdshuvudmännen som syftar till en *förbättrad informationsförsörjning* och till de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för *nationella register för produktkontroll* samt för att fortsätta arbetet med att öka tillgängligheten och kapaciteten inom hälso- och sjukvården utges ersättning med sammanlagt högst 20 milj.kr. Det förutsätts att Landstingsförbundet samarbetar i dessa frågor med socialstyrelsen. Landstingsförbundet lämnar förslag till fördelning av medlen till riks försäkringsverket för beslut om fördelning och utbetalning av ersättningen.

f) För inrättande av ett *epidemiologiskt centrum* vid socialstyrelsen lämnas ersättning med högst 5 milj.kr. Socialstyrelsen och Landstingsförbundet lämnar – för den del som omfattar hälso- och sjukvården – en gemensamt upprättad plan över denna verksamhet vid centrumet till riks försäkringsverket för utbetalning av ersättningen.

g) För de sjukvårdshuvudmän som svarar för handledd *praktiktjänstgöring av kiropraktorer* enligt socialstyrelsens anvisningar utges ersättning med sammanlagt högst 1 milj.kr. Ersättning lämnas med högst 90 000 kr. per praktikant. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och tillställer riks försäkringsverket ett underlag för utbetalning av ersättningen.

h) För *överföring av vissa patienter från Sverige till Finland* utges ersättning med sammanlagt högst 1,25 milj.kr. I varje enskilt fall lämnas ersättning för hälften av den vårdkostnad som uppkommer sedan sjukvårdshuvudmannens ansvar för kostnaden upphört efter ett halvt år. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och tillställer riks försäkringsverket ett underlag för den årsvisa utbetalningen av ersättningen.

i) För *anordnande av institutioner för HIV-smittade* som omhändertas för isolering enligt smittskyddslagen lämnas ersättning med sammanlagt högst 5,25 milj.kr. Ersättning utges därvid med högst 525 000 kr. per plats och år. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och tillställer riks försäkringsverket ett underlag för utbetalning av ersättningen.

Den totala ekonomiska omfattningen av överenskommelsen om ersättning till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen för år 1992, framgår av följande sammanställning.

Prop. 1991/92:19

| Ändamål | Totalbelopp milj.kr. |
|--|-------------------------|
| 1. Allmän sjukvårdsersättning | 11 706,5 |
| 2. Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser | 485 |
| 3. Ersättning till Handikappinstitutet | 49 |
| 4. Särskild ersättning för psykoterapeutisk verksamhet | 23 |
| 5. Särskild ersättning för informationsförsörjning och produktkontroll | 20 |
| 6. Särskild ersättning till epidemiologiskt centrum | 5 |
| 7. Särskild ersättning för handledning av kiropraktorer | 1 |
| 8. Särskild ersättning för vissa patientöverföringar | 1,25 |
| 9. Särskild ersättning för rikssjukvård för HIV-smittade | 5,25 |
| | 12 296,00 |

Överenskommelsen innebär i förhållande till år 1991 att det totala ersättningsbeloppet från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen minskar med 2 966 milj.kr. Om man bortser från reduktionen av ersättningen på 3 066 milj.kr. till följd av äldreformen, ökar emellertid ersättningsbeloppet med 100 milj.kr. under år 1992. Härutöver får sjukvårdshuvudmännen genom överenskommelsen behålla ersättningsbeloppet på ca 200 milj.kr. avseende sjukhusvårdsavdragen för sjukpenningförsäkrade samt laglig rätt att ta ut dessa avgifter med ett i princip lika stort totalbelopp. Detta innebär i praktiken ett bruttotillskott på ytterligare ca 200 milj.kr.

Ersättningarna skall i likhet med tidigare år till större delen utges från den allmänna sjukförsäkringen. För sjukförsäkringens finansiering lämnas också ett särskilt statsbidrag. I årets budgetproposition (prop. 1990/91:100, bil.7) har för budgetåret 1991/92 under punkt E 15. Bidrag till allmän sjukvård m.m. tagits upp ett förslagsanslag på 4 512 682 000 kr. I avvaktan på de nu slutförda överläggningarna med företrädare för sjukvårdshuvudmännen har förutsatts att från det särskilda statsbidraget skall utges bidrag till den allmänna sjukvårdsersättningen med oförändrat belopp 4 300 milj.kr. för år 1992. Utbetalning från

nämnda anslag följer de allmänna utbetalningsregler som gäller för den allmänna sjukvårdsersättningen, vilket innebär att sjukvårdshuvudmännen får ersättningen månadsvis i efterskott.

5 Avgiftssystemet för sjukhusvård

5.1 Ändrad administration för debitering och uppbörd av avgifter

Mitt förslag: Den 1 januari 1992 överförs administrationen av avgifterna för sjukhusvård för försäkrade som uppbär sjukpenning, föräldrapenning eller smittbärapenning från försäkringskassorna till sjukvårdshuvudmännen. Avgifterna för sjukhusvård för den som uppbär sjuklön eller rehabiliteringspenning enligt de nya lagregler som träder i kraft den 1 januari 1992 skall också administreras av sjukvårdshuvudmännen.

Skälen för mitt förslag: Vid sjukhusvård tillämpas för närvarande den ordningen att försäkringskassan tar ut en avgift av patienten för varje vård dag på sjukhus. Beroende på om patienten är förvärvsarbetande eller ålders- eller förtidspensionär sker detta genom att ett avdrag beräknas och görs på sjukpenning eller på utgående pensionsförmåner från den allmänna försäkringen före skatt. Denna avgift, som är högst 70 kr. resp. 65 kr. per vård dag, motsvarar i huvudsak kostnader för kost och logi under sjukhusvistelsen.

Dessa avdrag beräknas bl.a. på grundval av uppgifter om patienternas in- och utskrivningsdagar som sjukvårdshuvudmännen inrapporterar till försäkringskassorna. Det är således kassorna som svarar för uppbörden av dessa avgifter. Medel motsvarande summan av sjukpenningavdragen för sjukhusvård ingår i den allmänna sjukvårdsersättning som utges till sjukvårdshuvudmännen.

Genom beslut av riksdagen (prop. 1990/91:181, SfU18, rskr.372) kommer den 1 januari 1992 en arbetsgivarperiod på 14 dagar att införas inom sjukförsäkringen. Arbetsgivarna kommer att under denna period svara för utbetalning av sjuklön till sina anställda vid deras sjukfrånvaro. Det innebär att förutsättningar inte föreligger för försäkringskassan att under arbetsgivarperioden ta ut avgifter för sjukhusvård genom avdrag på sjukpenningen.

Till följd härav har fråga uppkommit om det är möjligt att föra över administrationen för debitering och uppbörd av dessa sjukhusvårdsavgifter från försäkringskassorna till sjukvårdshuvudmännen. Det är med stor tillfredsställelse som jag nu konstaterar att en överenskommelse har kunnat nås om en modell för en sådan förändring som jag kan ansluta mig till. Den innebär att administrationen inte bara omfattar avgifter för

tid under vilken sjuklön skall utbetalas, utan även avgifter när sjukpenning, föräldrapenning, rehabiliteringspenning eller smittbärapenning utges. Jag vill i samband härmed också framhålla att det är naturligt att den som svarar för sjukvården debiteras och uppbär avgifter till följd av denna. Så sker ju också i fråga om avgifterna för den öppna hälso- och sjukvården. Trots att sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1992 övertar denna administrativa uppgift från försäkringskassorna måste huvudmännen i vissa fall kunna inhämta uppgifter från försäkringskassorna för att korrekta avgifter skall kunna debiteras. Jag förutsätter att detta informationsbehov kommer att tillgodoses på ett smidigt sätt.

Enligt överenskommelsen skall sjukvårdshuvudmännen inte erhålla särskild kompensation för de administrativa merkostnader som kan uppkomma till följd av detta nya åtagande. För försäkringskassornas vidkommande uppkommer genom denna förändring en mindre administrativ besparing.

När det gäller frågan om en motsvarande överföring av administrationen av sjukhusvårdsavgifterna för ålders- och förtidspensionärer i landstingskommunal vård har parterna enligt överenskommelsen varit ense om att denna skall tas upp i de överläggningar som skall avse ersättningar från sjukförsäkringen för tiden efter år 1992. Som jag framhållit i det föregående är det naturligt att den som svarar för sjukvården debiteras och uppbär avgifter för denna. Jag vill i detta sammanhang erinra om att kommunerna fr.o.m. år 1992 övertar ansvaret för betydande delar av hälso- och sjukvården för de äldre, vilket innebär att även kommunerna kommer att inrapportera nämnda uppgifter till försäkringskassan. Frågan om en ev. ansvarsförändring vad gäller den återstående administrationen av sjukhusvårdsavgifterna kommer således att beröra även kommunerna.

Vad jag nu redovisat förutsätter att reglerna i AFL rörande avdrag på sjukpenning, föräldrapenning resp. rehabiliteringspenning i samband med sjukhusvård upphävs. I lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring och lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare liksom i vissa äldre författningar, nämligen lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring och militärsättningslagen (1950:261), finns hänvisningar till de nämnda reglerna i AFL. Dessa hänvisningar skall följaktligen utgå. Den som driver en sjukvårdsinrättning skall fortsättningsvis till försäkringskassan lämna in- och utskrivningsuppgift endast angående patienter som har hel ålders- eller förtidspension. Detta föranleder ändring i 20 kap. 8 § andra stycket AFL. Vidare skall göras redaktionella ändringar i 3 kap. 4a § och 20 kap. 8 § tredje stycket resp. 3 kap. 15 § andra stycket AFL, som gäller avdrag på sjukpenning i samband med vistelse vid vissa sjukhem och andra vårdinrättningar som övertagits av en kommun resp. i samband med viss vård enligt socialtjänstlagen (1980:620).

5.2 Följdändringar i avgiftssystemet

Mot bakgrund av den avsedda ändringen av administrationen av sjukhusvårdsavgiften har parterna i överenskommelsen förordat ett avgiftssystem

som i princip innebär att sjukvårdshuvudmännen under år 1992 får ta ut en högsta avgift på 70 kr. per vård dag och att det blir sjukvårdshuvudmannen som beslutar om ev. regler för nedsättning av sjukhusvårdsavgiftens storlek. Det nya avgiftssystemet förutsätts enligt överenskommelsen komma att gälla för alla försäkrade, oavsett om de uppbär sjuklön, sjukpenning, föräldrapenning, rehabiliteringspenning eller smittbärrpenning. Av bl.a. administrativa skäl är det inte motiverat att ha olika avgiftssystem för sjukpenningförsäkrade. Det nya systemet ger sjukvårdshuvudmännen möjlighet att besluta om lägre avgift än 70 kr. per vård dag. Särskild hänsyn bör därvid tas till de grupper av sjukförsäkrade som i dag inte uppbär någon sjukpenning eller har låg sjukpenning och därmed inte betalar någon avgift eller en låg avgift för sjukhusvård. Detta gäller bl.a. barn och hemmakeförsäkrade.

Jag vill erinra om att omläggningen av administrationen av sjukhusvårdsavgifterna innebär att de beslut som sjukvårdshuvudmännen fattar i fråga om sjukhusvårdsavgift inte kommer att kunna överklagas enligt socialförsäkringens bestämmelser för besvärspörning.

6 Upprättade lagförslag

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

1. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
2. lag om ändring i lagen (1990:1466) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
3. lag om ändring i lagen (1991:1040) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
4. lag om ändring i lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring,
5. lag om ändring i lagen (1991:1043) om ändring i lagen (1990:1469) om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare,
6. lag om ändring i lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd.

7 Hemställan

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

1. anta lagförslagen.

Vidare hemställer jag att regeringen bereder riksdagen tillfälle att

2. ta del av vad jag har anfört om ersättningarna från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen och därmed sammanhängande frågor.

8 Beslut

Prop. 1991/92:19

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

Överenskommelse om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1992

Efter överläggningar mellan representanter för staten och sjukvårdshuvudmännen har överenskommelse träffats om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen under år 1992 enligt följande. Överenskommelsen grundas på motsvarande överenskommelser år 1984, 1986, 1987, 1989 samt 1990 avseende ersättningar för åren 1985 t.o.m. 1991.

1 Nuvarande ersättningsbelopp

Följande ersättningar utges till sjukvårdshuvudmännen enligt nu gällande överenskommelser för år 1991 och enligt beslut av regeringen.

- a) *Allmän sjukvårdsersättning* avseende såväl öppen som slutenvård med 14 772,5 milj.kr.
- b) Ersättning till *Handikappinstitutet* med 46,5 milj.kr.
- c) Särskild ersättning för *rehabiliterings- och behandlingsinsatser* med 400 milj.kr.
- d) Särskild ersättning för *psykoterapeutisk verksamhet* med 21 milj.kr.
- e) Särskild ersättning för *ökad tillgänglighet och kapacitet* i hälso- och sjukvården med 10 milj.kr.
- f) Särskild ersättning till *register för produktkontroll* med 4 milj.kr.
- g) Särskild ersättning för *handledning av kiropraktorer* med 1 milj.kr.
- h) Särskild ersättning för vissa *patientöverföringar* till Finland med 2 milj.kr.
- i) Särskild ersättning för anordnande av *rikssjukvård för HIV-smittade* med 5 milj.kr.

Totalt utges till sjukvårdshuvudmännen ersättningar från sjukförsäkringen och bidrag till allmän sjukvård enligt punkterna a)–i) med 15 262 milj.kr. för år 1991.

2 Ersättningar för år 1992

Den behovsbaserade fördelningen av den allmänna sjukvårdsersättningen genomfördes fullt ut fr.o.m. år 1990. Den innebär att skillnaden i ersättning är 50 kr. per invånare mellan var och en av de tre behovsklasser som sjukvårdshuvudmännen är uppdelade i. Genom äldrereformens genomförande den 1 januari 1992 överförs ca 21 % av sjukvårdshuvudmännens kostnader för hälso- och sjukvård till kommunerna. Till följd

härav skall en motsvarande reduktion göras av den allmänna sjukvårdersättning som lämnas till sjukvårdshuvudmännen för år 1992. Denna reduktion uppgår till 3 066 milj.kr. Reduktionen skall göras med ett visst antal kronor per invånare, samma för alla sjukvårdshuvudmän. Det innebär att utgångsläget för beräkning av den allmänna sjukvårdersättningen för år 1992 är 11 706,5 milj.kr.

Den 1 januari 1992 införs en arbetsgivarperiod på 14 dagar inom sjukpenningförsäkringen. Detta innebär att arbetsgivarna under denna period kommer att betala ut sjuklön. För arbetsgivarperioden utges i princip inte sjukpenning från försäkringskassan. Det blir således inte längre möjligt för försäkringskassorna att genom avdrag på sjukpenningen ta ut denna avgift under nämnda 14-dagarsperiod. Den totala storleken på sjukpenningavdragen beräknas under år 1992 uppgå till ca 200 milj.kr.

Mot denna bakgrund har parterna enats om att sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1992 övertar administrationen med uttag av sjukhusvårdsvavgifter avseende tid för vilken sjuklön, sjukpenning eller föräldrapenning utbetalas. I anslutning till kommande års överenskommelser kommer parterna att överväga om administrationen av samtliga sådana avgifter, dvs. även för ålders- och förtidspensionärer, skall föras över till berörda vårdgivare vid en senare överenskommen tidpunkt.

Medel motsvarande sjukpenningavdragen för sjukhusvård ingår redan i den allmänna sjukvårdersättning som utges till sjukvårdshuvudmännen. Parterna är dock överens om att den allmänna sjukvårdersättningen till huvudmännen inte skall reduceras med anledning av att sjukvårdshuvudmännen övertar administrationen av avdragen. Beloppet om ca 200 milj.kr. utgör således ett tillskott till sjukvårdshuvudmännen.

Beträffande den särskilda ersättning på 400 milj.kr. för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården som infördes fr.o.m. år 1991 har parterna enats om att ett belopp på 485 milj.kr. skall utges för år 1992 för detta ändamål. En utvärdering av denna nya ersättningsform skall ske senast under mars 1992 i enlighet med överenskommelsen för år 1991.

Handikappinstitutets verksamhet finansieras fr.o.m. år 1991 via ett direkt bidrag inom ramen för den allmänna sjukförsäkringen. I samband härmed ändrades även Handikappinstitutets inriktning och verksamhet bl.a. genom att institutets roll inom forskning och utveckling på hjälpmedelsområdet ytterligare accentuerades. Parterna har enats om att ersättningen till Handikappinstitutet för år 1992 skall vara 49 milj.kr. enligt en särskild överenskommelse som träffats mellan staten och Landstingsförbundet om finansieringen av Handikappinstitutet år 1992.

För att även under år 1992 öka tillgången på psykoterapeutiska behandlingsresurser till rimliga kostnader för den enskilde har parterna enats om att den särskilda ersättningen för detta ändamål till sjukvårdshuvudmännen för år 1992 bör vara sammanlagt 23 milj.kr. Ersättningen utges med ett grundbelopp på 300 000 kr. per huvudman och dessutom med 1,80 kr. per invånare. Parterna är också överens om att så snart medlen för år 1992 har fördelats skall en gemensam uppföljning göras av medlens

användning under de tre år som denna särskilda ersättning lämnats till sjukvårdshuvudmännen. Uppföljningen skall presenteras senast i mars 1992.

För att dels förbättra informationsförsörjningen inom hälso- och sjukvården, dels ge ersättning till de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för nationella register för produktkontroll samt fortsätta arbetet med att öka tillgänglighet och kapacitet inom hälso- och sjukvården har parterna enats om att utge en särskild ersättning med sammanlagt högst 20 milj.kr. för år 1992.

Vidare är parterna överens om att – som ett ytterligare led i en förbättrad informationsförsörjning – en särskild ersättning med 5 milj.kr. skall utges under år 1992 för inrättade av ett epidemiologiskt centrum vid socialstyrelsen.

När det gäller övriga särskilda ersättningar som utges till sjukvårdshuvudmännen under år 1991 är parterna överens om att dessa bör utges även under år 1992. Den särskilda ersättningen avseende institutioner för HIV-smittade som omhändertas enligt smittskyddslagen bör dock höjas med 0,25 milj.kr. till 5,25 milj.kr., medan den särskilda ersättningen för vissa patientöverföringar till Finland reduceras med 0,75 milj.kr. till högst 1,25 milj.kr.

Ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen för år 1992 skall mot denna bakgrund vara följande.

a) *Allmän sjukvårdsersättning* avseende såväl öppen som sluten vård utges med fördelning mellan sjukvårdshuvudmännen efter behovsbaserad modell och efter reduktion av ersättningen med den andel av hälso- och sjukvården som övertas av kommunerna i enlighet med äldrereformen. Vidare har hänsyn tagits till vad som redovisats i fråga om den ändrade administrationen av avdraget för sjukpenningförsäkrade vid sjukhusvård. Sammanlagt utges allmän sjukvårdsersättning med 11 706,5 milj.kr. för år 1992. Fördelningen av den allmänna ersättningen mellan huvudmännen framgår av bilaga 1:2. Vid utbetalning av den allmänna ersättningen till resp. sjukvårdshuvudman skall i likhet med 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 *rehabiliterings- och behandlingsinsatser* lämnas ersättning med högst 485 milj.kr. Fördelning av medlen skall ske enligt en särskild fördelningsmodell som är baserad på det s.k. ohälsotalet och invånarantalet. Fördelningen av denna ersättning mellan sjukvårdshuvudmännen framgår av bilaga 1:3. Medlen utbetalas av försäkringskassan efter det att en överenskommelse träffats mellan kassan och huvudmannen om medlens användning.

c) För *Handikappinstitutets* verksamhet lämnas särskild ersättning med 49 milj.kr. enligt en separat överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet.

d) För att möjliggöra för sjukvårdshuvudmännen att öka tillgången på *psykoterapeutiska behandlingsresurser* utges särskild ersättning med

sammanlagt högst 23 milj.kr. Ersättningen utges till huvudmännen dels med 300 000 kr. per huvudman, dels med 1,80 kr. per invånare och lämnas efter särskild rekvisition av riks försäkringsverket under förutsättning att sjukvårdshuvudmannen träffar av socialstyrelsen godkända vårdavtal med legitimerade privata vårdgivare.

e) För åtgärder hos sjukvårdshuvudmännen som syftar till en förbättrad informationsförsörjning m.m. utges ersättning med sammanlagt högst 20 milj.kr. Det förutsätts att landstingsförbundet i sitt arbete med dessa frågor samarbetar med socialstyrelsen. Landstingsförbundet lämnar förslag till fördelning av medlen till riks försäkringsverket, som på grundval härav beslutar om fördelning och utbetalning av ersättningen.

f) För inrättande av ett *epidemiologiskt centrum* vid socialstyrelsen lämnas särskild ersättning med högst 5 milj.kr. Socialstyrelsen och Landstingsförbundet lämnar en gemensamt upprättad plan över verksamheten vid detta centrum i den del som avser hälso- och sjukvården till riks försäkringsverket som därefter beslutar om utbetalning av ersättningen.

g) För de sjukvårdshuvudmän som svarar för handledd *praktiktjänstgöring av kiropraktorer* enligt socialstyrelsens anvisningar utges ersättning med sammanlagt högst 1 milj.kr. Ersättning lämnas med högst 90 000 kr. per praktikant. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och lämnar underlag till riks försäkringsverket som svarar för utbetalning av ersättningen.

h) För *överföring av vissa patienter från Sverige till Finland* utges ersättning med sammanlagt högst 1,25 milj.kr. Ersättning 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 underlag till riks försäkringsverket som svarar för den årsvisa utbetalningen av ersättningen.

i) För *institutioner för HIV-smittade* som omhändertas för isolering enligt smittskyddslagen lämnas ersättning med sammanlagt högst 5,25 milj.kr. Ersättning utges med 525 000 kr. per plats och år. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och lämnar erforderligt underlag till riks försäkringsverket för utbetalning av ersättningen.

Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen framgår av bilaga 1:1. Totalt beräknas ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen enligt punkterna a)–i) till 12 296 milj.kr. för år 1992.

3 Uppföljning och utvärdering av utvecklingen inom hälso- och sjukvården m.m.

I Dagmaröverenskommelserna läggs stor vikt vid behovet av uppföljning och utvärdering. Riksrevisionsverket har under våren 1991 överlämnat en rapport till regeringen, Statsbidragen till sjukvården – en analys av Dagmarreformen m.m. (Fu 1991:3), som omfattar statsbidragsgivningen åren 1984 – 1988. I rapporten behandlas bl.a. uppföljning och utvärdering

samt informationsvärdet av tillgänglig statistik. Bl.a. konstateras att det saknas en återkommande samlad uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården mot de angivna målen. Vidare framhålls att det är nödvändigt att åstadkomma ett fördjupat och mer relevant underlag för uppföljning och utvärdering.

I prop. 1987/88:63 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för åren 1988 och 1989 enades parterna om att tillsätta en gemensam utredning, sedermera den s.k. informationsstrukturutredningen, INFHOS. Syftet var att skapa tillgång till ett för staten och sjukvårdshuvudmännen gemensamt underlag för planering, styrning, uppföljning och utvärdering av verksamheten på olika nivåer. Under den begränsade tid som stod till utredningens förfogande kunde dock detta syfte inte helt uppnås. Utredningen behandlade och klargjorde främst frågor om ansvarsfördelningen mellan de olika aktörerna och framhöll att arbetet med en gemensam informationsstruktur för hälso- och sjukvården bör ses som en fortgående utvecklingsprocess, vars innehåll och form fortlöpande kommer att påverkas av förändringar i hälso- och sjukvårdens organisation, ledning och styrning, datateknikens utveckling och verksamhetens behov.

I nu gällande överenskommelse enades parterna om att intensifiera utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården under år 1991. Arbetet har dock ett flerårsperspektiv och en viktig målsättning är att säkra hälso- och sjukvårdens kvalitet och ett effektivt utnyttjande av tillgängliga ekonomiska och personella resurser.

Det pågående intensiva förändringsarbetet understryker ytterligare behovet av relevant utvärdering. Som följd av föregående års överenskommelser om inriktningen av utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården har en nationell samrådsgrupp för kvalitet i hälso- och sjukvården bildats. I gruppen ingår socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Spri och företrädare för sjukvårdsprofessionen. Fackliga representanter kan adjungeras vid behov. Gruppen förväntas inom kort presentera vissa förslag till hur kvalitetssäkringsarbetet bör bedrivas och organiseras.

Vidare pågår ett arbete med att utarbeta kriterier och indikationer för att föra upp patienter på väntelista resp. erbjuda vård vid vissa tillstånd/diagnoser under medverkan av expertgrupper inom socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Läkarsällskapet. Vid årsskiftet 1991/92 beräknas en redovisning av arbetet kunna ske.

Landstingsförbundet har nyligen publicerat två rapporter, dels Landstingen i diagram och siffror, som belyser utvecklingen 1980 – 1989 på grundval av material från LKELP-undersökningen, dels Jämförelsetal för landstingen 1989, som redovisar jämförelsetal på landstings- och kliniknivå. Detta ger möjligheter att studera skillnader i resursfördelning och resursutnyttjande mellan och inom landstingen och ger visst underlag för att belysa vad hälso- och sjukvården presterar samt att bedöma hur väl de insatta resurserna använts. Olikheter i sjukvårdshuvudmännens uppföljnings- och redovisningssystem begränsar dock möjligheterna till jämförelser mellan huvudmännen.

Landstingsförbundet har också i april 1991 börjat att fortlöpande belysa väntelistsituationen kvartalsvis för ett antal väldefinierade diagnoser.

En arbetsgrupp med representanter för socialdepartementet och Landstingsförbundet bereder för närvarande frågan om hur sjukvårdshuvudmännen kan redovisa uppgifter om prestationer i öppen och sluten vård, resurser, köer och väntetider för vissa ingrepp, väntetider inom den öppna primärvården, antal färdigbehandlade patienter, effekter av vården m.m.

Som en följd av den uppföljning och utvärdering som genomförts inom det s.k. Dagmar 50-projektet har resursutnyttjande och tillgänglighet inom de sex specialiteterna ortopedi, kirurgi, internmedicin, urologi, kvinnosjukvård och ögonsjukvård nyligen redovisats i lika många rapporter. I samband med att nämnda projekt skall avslutas vid utgången av år 1991, kommer även förslag att lämnas om hur denna typ av uppföljningar skall kunna företas kontinuerligt.

Härutöver kan nämnas att en arbetsgrupp inom civildepartementet arbetar med att ta fram metoder för uppföljning och utvärdering av kommunal verksamhet bl.a. inom hälso- och sjukvården. Dessutom pågår ett arbete inom den kommunalekonomiska kommittéen om nyckel- och jämförelsetal för den kommunala verksamheten.

Utvecklingsarbete i syfte att skapa datoriserade informationssystem bedrivs lokalt hos flertalet sjukvårdshuvudmännen. Bl.a. görs försök med datoriserad journalhantering.

Många aktörer är således inblandade i uppföljningen och utvärderingen av hälso- och sjukvården. Mycket av det som f.n. diskuteras har ett mer långsiktigt perspektiv och förutsätter förbättrade grunddata och framförallt större enhetlighet i sjukvårdshuvudmännens redovisningssystem för att en relevant utvärdering skall kunna ske. Ur statsmakernas perspektiv är det angeläget att utvecklingen kan följas på nationell nivå och att nationella uppföljningar och utvärderingar kan göras. För ett mer långsiktigt perspektiv på en förbättrad återföring har riksrevisionsverket i sin tidigare nämnda rapport flera förslag. Det är emellertid främst sjukvårdshuvudmännens ansvar att kontinuerligt följa upp verksamheten och utvärdera förändringsarbetet. Parterna är överens om att det är nödvändigt att stödja åtgärder som syftar till en förbättrad informationsförsörjning inom hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Parterna är också överens om att ett viktigt led i en förbättrad informationsförsörjning i syfte bl.a. att förbättra folkhälsan är inrättandet av ett epidemiologiskt centrum vid socialstyrelsen. Dess uppgift skall vara att på nationell nivå följa, analysera och rapportera om utvecklingen av folkhälsoproblem, sjukdomar och sociala problem samt motsvarande riskfaktors utbredning i olika befolkningsgrupper. Avnämare för centrumets verksamhet är – utöver statsmakerna, landsting och kommuner – forskningsinstitutioner, andra myndigheter, folkhälsoinstitutet och vissa organisationer. För att kunna skapa och upprätthålla relevanta register är dock socialstyrelsen helt beroende av att korrekt underlag inges av berörda huvudmän.

Mot denna bakgrund är parterna överens om att avsätta dels 20 milj.kr. för informationsförsörjning inkl. register för produktkontroll, dels 5 milj.kr. för inrättande av ett epidemiologiskt centrum i den del som berör hälso- och sjukvården. I sistnämnda fall skall socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet upprätta en plan för verksamheten vid centrumet avseende hälso- och sjukvården för år 1992, vilken inlämnas till riks-försäkringsverket innan utbetalning av medlen sker.

4 Patientavgifter

Genom den av parterna träffade överenskommelsen om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för år 1991 slopades den statliga regleringen av avgifterna inom den öppna hälso- och sjukvården fr.o.m. den 1 januari 1991. Ändringen omfattade även de till försäkringen anslutna privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna. Systemförändringen förutsatte också ändringar i det s.k. högkostnadsskyddet.

Landstingsförbundet skall enligt överenskommelsen för år 1991 följa hur sjukvårdshuvudmännen utnyttjar avregleringen av avgifterna och redovisa detta för regeringen i samband med nästa års överläggningar om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen. Någon mer underbyggd och fullständig redovisning har dock inte kunnat göras på grund av att det statistiska underlaget omfattar en alltför kort tidsperiod. Landstingsförbundet kommer därför att senast i mars 1992 lämna denna redovisning till regeringen.

5 Administration av avgifterna för slutna vård

Den 1 januari 1992 kommer en arbetsgivarperiod på 14 dagar att införas inom sjukpenningförsäkringen. Detta innebär att förutsättningarna för försäkringskassan att ta ut avgifter för sjukhusvård genom avdrag på sjukpenningen inte längre föreligger, eftersom den försäkrade under nämnda period uppbär sjuklön.

Mot denna bakgrund har parterna enats om att sjukvårdshuvudmännen från nämnda tidpunkt övertar administrationen av debitering och uppbörd av dessa avgifter för alla försäkrade, oavsett om de uppbär sjuklön sjukpenning eller föräldrapenning. Sjukvårdshuvudmännen övertar därmed avgiftsinkomster om ca 200 milj.kr. Därvid kommer ett ändrat avgiftssystem att införas som i princip innebär att sjukvårdshuvudmännen under år 1992 får ta ut en högsta avgift på 70 kr. per vård dag. Det förutsätts att försäkringskassorna lämnar sjukvårdshuvudmännen de uppgifter som huvudmännen kommer att behöva för att korrekta avgifter skall kunna tas ut.

Den överenskomna ordningen innebär att sjukvårdshuvudmännen ges möjlighet att ta ut avgifter för slutna vård med sammanlagt ca 200 milj.kr. per år fr.o.m. år 1992, utan att en motsvarande reducering sker av den allmänna sjukvårdersättningen. Detta innebär ett resurstillskott till sjukvårdshuvudmännen. Parterna är överens om att sjukvårds-

huvudmännen åtar sig de administrativa merkostnader som kan uppkomma genom det nya åtagandet.

Parterna är också ense om att vid en senare tidpunkt pröva om sjukvårdshuvudmännen skall överta administrationen av ålderspensionärens och förtidspensionärens avgifter för landstingskommunal slutenvård från försäkringskassorna och att denna fråga skall tas upp i de överläggningar som skall avse ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för tiden efter år 1992.

6 Kostnadsansvaret för läkemedel inom öppen hälso- och sjukvård

Parterna har, i enlighet med nu gällande överenskommelse, gemensamt utrett förutsättningarna för att ge sjukvårdshuvudmännen det direkta kostnadsansvaret för läkemedel inom den öppna hälso- och sjukvården. Enligt denna utredning bör ett ändrat kostnadsansvar för läkemedel inom den öppna hälso- och sjukvården skapa förutsättningar för en rationellare och mindre kostnadskrävande läkemedelsanvändning än för närvarande. Utredningen har därvid visat dels på ett antal problem som uppkommer vid ett överförande, dels på olika åtgärder som kan bidra till att lösa dessa problem.

Parterna är överens om att – med utgångspunkt i nämnda utredning – snarast påbörja överläggningar med inriktning på att nå en överenskommelse senare under år 1991. Ett överförande till sjukvårdshuvudmännen av det direkta kostnadsansvaret för läkemedel inom den öppna hälso- och sjukvården skulle därmed kunna ske den 1 januari 1993.

7 Utbetalningsregler m.m.

Ersättning enligt punkterna 2a) och 2c) utbetalas utan särskild rekvisition månadsvis i efterskott. Övriga ersättningar utges efter särskild rekvisition av försäkringskassa avseende 2b) och i övrigt av riks-försäkringsverket när villkoren för respektive ersättning är uppfyllda.

Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regeringen och Landstingsförbundets styrelse samt att riksdagen beslutar om 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 riks-försäkringsverket i samråd med Landstingsförbundet.

Vidare har parterna träffat en separat överenskommelse om finansieringen av Handikappinstitutet för år 1992.

För staten

För Landstingsförbundet

Anna Hedborg

Gunnar Hofring

| Ändamål | Totalbelopp milj kr 1992 |
|---|--------------------------------|
| 1. Allmän sjukvårdsersättning | 11 706,5 |
| 2. Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser | 485 |
| 3. Ersättning till Handikappinstitutet | 49 |
| 4. Särskild ersättning för psykoterapeutisk verksamhet | 23 |
| 5. Särskild ersättning för informations- försörjning och produktkontroll | 20 |
| 6. Särskild ersättning för handledning av kiropraktorer | 1 |
| 7. Särskild ersättning för vissa patient- överföringar | 1,25 |
| 8. Särskild ersättning för rikssjukvård för HIV-smittade | 5,25 |
| 9. Särskild ersättning till epidemiologiskt centrum | 5 |
| | 12 296 |

Fördelningen av allmän sjukvårdsersättning år 1992

Prop. 1991/92:19
Bilaga 1:2

| Sjukvårdshuvudman | Milj.kr. 1992 |
|-------------------|------------------|
| AB | 2 270,0 |
| C | 358,5 |
| D | 353,5 |
| E | 537,0 |
| F | 411,0 |
| G | 237,0 |
| H | 321,0 |
| K | 208,0 |
| L | 385,5 |
| M | 727,0 |
| N | 339,5 |
| O | 409,0 |
| P | 588,0 |
| R | 369,0 |
| S | 391,5 |
| T | 363,0 |
| U | 344,5 |
| W | 400,0 |
| X | 400,0 |
| Y | 361,0 |
| Z | 188,0 |
| AC | 348,5 |
| BD | 364,5 |
| I | 76,0 |
| MM | 335,0 |
| OG | 620,5 |
| | 11 706,5 |

Fördelning av särskild ersättning för rehabiliterings- och
behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården år 1992

Prop. 1991/92:19
Bilaga 1:3

| Sjukvårdshuvudman | Milj.kr. 1992 |
|-------------------|------------------|
| AB | 83 |
| C | 13 |
| D | 17 |
| E | 22 |
| F | 15 |
| G | 9 |
| H | 13 |
| K | 9 |
| L | 16 |
| M | 28 |
| N | 12 |
| O | 17 |
| P | 24 |
| R | 12 |
| S | 17 |
| T | 16 |
| U | 16 |
| W | 18 |
| X | 20 |
| Y | 17 |
| Z | 9 |
| AC | 17 |
| BD | 17 |
| I | 3 |
| MM | 16 |
| OG | 29 |
| | 485 |

Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om finansiering av Handikappinstitutet år 1992

I anslutning till 2 § i avtalet den 24 mars 1977 mellan staten och Landstingsförbundet om Handikappinstitutet har parterna träffat följande överenskommelse för år 1992.

1 För Handikappinstitutets finansiering har parterna tillfört institutets fond 49 milj. kr för 1992 års verksamhet. Beloppet tillförs fonden i enlighet med överenskommelsen om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för år 1992. 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 5 100 000 kr. för år 1992 till Sjukvårdshuvudmännens Upphandlingsbolags (SUB) verksamhet.

4 Av Handikappinstitutets fond skall för år 1992 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 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.

Överenskommelsen blir giltig när den godkänts av regeringen och Landstingsförbundets styrelse.

För staten

För Landstingsförbundet

Sture Korpi

Gunnar Hofring

| | |
|---|----|
| Propositionens huvudsakliga innehåll | 1 |
| Propositionens lagförslag | 3 |
| Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 12 september 1991 | 11 |
| 1 Inledning | 11 |
| 2 Gällande ersättningsregler m.m. | 13 |
| 2.1 Ersättningssystemet fr.o.m. år 1985 | 13 |
| 2.2 Ersättningar och ersättningsbelopp för år 1991 | 14 |
| 2.3 Patientavgifter | 15 |
| 2.4 Villkoren för privatpraktiserande läkares och sjuk- gymnasters anslutning till försäkringen m.m. | 16 |
| 3 Utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården m.m. | 16 |
| 4 Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1992 | 18 |
| 5 Avgiftssystemet för sjukhusvård | 23 |
| 5.1 Ändrad administration för debitering och uppbörd av avgifter | 23 |
| 5.2 Följdändringar i avgiftssystemet | 24 |
| 6 Upprättade lagförslag | 25 |
| 7 Hemställan | 25 |
| 8 Beslut | 26 |
| Bilaga 1 | |
| Överenskommelse om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1992 | 27 |
| Bilaga 2 | |
| Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om finan- siering av Handikappinstitutet år 1992 | 38 |

