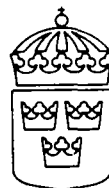


Regeringens proposition

1992/93:17

om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen,
m.m.



Prop.
1992/93:17

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 15 oktober 1992 för den åtgärd och det ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

Carl Bildt

Bo Könberg

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen redovisas en överenskommelse som träffats mellan staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen om vissa ersättningar från sjukförsäkringen m.m. för år 1993. Den ansluter i princip till det system med schabloniserade ersättningar till sjukvårdshuvudmännen som infördes fr.o.m. år 1985. Till skillnad från tidigare år har dock parterna – genom beslut av riksdagen – fört överläggningarna med utgångspunkt i en fastställd utgiftsram på 6 995 mkr.

Av utgiftsramen skall drygt 5 miljarder kronor utges till sjukvårdshuvudmännen i form av en allmän sjukvård ersättning. Vidare skall den särskilda ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser som år 1992 uppgår till högst 485 mkr utges med oförändrat belopp under år 1993. Detsamma gäller det ekonomiska stöd på högst 20 mkr till sjukvårdshuvudmännen vilket syftar till en bättre informationsförsörjning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Vissa smärre justeringar har överenskommit vad gäller övriga särskilda ersättningar.

Enligt överenskommelsen skall administrationen av pensionärernas avgifter vid sjukhusvård tills vidare ligga kvar hos försäkringskassorna. Parterna är dock överens om vissa åtgärder för att i möjligaste mån minska uppkomna skillnader i avgiftsregler för beräkning av sjukhusvårdsavgifter mellan pensionärer och övriga försäkrade. Denna harmonisering föranleder även två justeringar i avgiftsreglerna för pensionärer, dels att avgiftstaket höjs till högst 75 kr per vård dag, dels att någon vårdavgift inte tas ut för utskrivningsdagen.

I anslutning härtill föreslås även – i enlighet med tidigare utfästelse om kompensation för slopande av det avgiftsfria året för förtidspensionärer – att avgiften för yngre förtidspensionärer reduceras till hälften under de första 30 dagarna av varje vårdperiod. Dessa åtgärder förutsätter ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring. I propositionen läggs därför fram förslag om sådana lagändringar.

Vidare föreslås – i enlighet med vad som tidigare aviserats av regeringen – en höjning av det maximala taket för det högkostnadsskydd som finns mot höga sjukvårds- och läkemedelskostnader från 1 500 till 1 600 kr fr.o.m. den 1 januari 1993. Landstingsförbundet skall enligt överenskommelsen rekommendera sjukvårdshuvudmännen att tillämpa det högre egenkostnadstaket samtidigt som de kommer att informeras om möjligheterna att kombinera ett beslut härom med beslut om t.ex. avgiftsnedsättning eller avgiftsbefrielse för särskilt utsatta grupper. Härigenom förutsätts att samtliga sjukvårdshuvudmän kommer att tillämpa den ovan föreslagna beloppsgränsen för högkostnadsskyddet. Höjningen av beloppsgränsen förutsätter ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. Propositionen innehåller även förslag om ytterligare en ändring i sistnämnda lag samt förslag till lag om ändring i läkemedelsförordningen (1962:701). Den förra ändringen är av försäkringsteknisk art, medan den senare krävs för att undvika att olika regler om fastställande av läkemedelspris skulle komma att gälla samtidigt för den händelse läkemedelslagen (1992:859) träder i kraft vid en senare tidpunkt än den 1 januari 1993 och läkemedelsförordningen därigenom upphävs.

I propositionen redovisas också att den rikstäckande vårdgarantin bibehålls även efter år 1992. Landstingsförbundet kommer att rekommendera sjukvårdshuvudmännen riktlinjer för en fortsatt vårdgaranti under år 1993.

1 Förslag till

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

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

dels att 2 kap. 12 § och 3 kap. 4 a och 15 §§ skall ha följande lydelse, dels att det i lagen skall införas en ny paragraf, 2 kap. 12 c §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap. 12 §²

För varje dag då en pensionsberättigad, som är bosatt här i landet, får sjukhusvård på grund av sjukdom skall försäkringskassan ta ut en avgift enligt vad som anges i denna paragraf.

För varje dag då en pensionsberättigad, som är bosatt här i landet, får sjukhusvård på grund av sjukdom skall försäkringskassan ta ut en avgift enligt vad som anges i denna paragraf. *Avgift skall intas ut för utskrivningsdagen.*

Avgift tas ut från den som uppstår hel ålderspension eller hel förtidspension.

Avgiften beräknas av försäkringskassan med hänsyn till storleken vid vårdtillfället av pensionsförmåner i form av ålderspension, förtidspension och omställningspension enligt denna lag, änkepension enligt äldre lagstiftning, pensionstillskott enligt lagen (1969:205) om pensionstillskott och särskilt pensionstillägg enligt lagen (1990:773) om särskilt pensionstillägg till folkpension för långvarig vård av sjukt eller handikappat barn. Avgiften skall utgöra en tredjedel av summan av förmånerna räknade per dag, dock högst 65 kronor för varje vård dag. Vid beräkningen av avgiften per vård dag skall förmånernas månadsbelopp delas med 30. Avgiften per vård dag avrundas till närmast lägre hela kronal. Avgiften för en kalendermånad får aldrig överstiga avgiften för 30 vård dagar.

Avgiften beräknas av försäkringskassan med hänsyn till storleken vid vårdtillfället av pensionsförmåner i form av ålderspension, förtidspension och omställningspension enligt denna lag, änkepension enligt äldre lagstiftning, pensionstillskott enligt lagen (1969:205) om pensionstillskott och särskilt pensionstillägg enligt lagen (1990:773) om särskilt pensionstillägg till folkpension för långvarig vård av sjukt eller handikappat barn. Avgiften skall utgöra en tredjedel av summan av förmånerna räknade per dag, dock högst 75 kronor för varje vård dag. Vid beräkningen av avgiften per vård dag skall förmånernas månadsbelopp delas med 30. Avgiften per vård dag avrundas till närmast lägre hela kronal. Avgiften för en kalendermånad får aldrig överstiga avgiften för 30 vård dagar.

¹ Lagen omtryckt 1982:120.

² Senaste lydelse 1992:377.

Avgiften tas ut genom avdrag vid utbetalning av sådana pensionsförmåner som är avgiftsgrundande enligt andra och tredje styckena. Försäkringskassan beslutar om sådant avdrag. Om avdrag inte kan göras på grund av att avgiftsgrundande förmåner inte längre lämnas, skall någon avgift inte tas ut. Inte heller skall avgift tas ut om pensionsförmånerna vid vårdtillfället eller avdragstillfället är nedsatta enligt 10 kap. 2 § eller uppbärs av annan än den pensionsberättigade enligt 10 kap. 3 §. Avgifterna tillfaller den allmänna försäkringen.

12 c §

Om den pensionsberättigade inte har fyllt 40 år skall den avgift som följer av bestämmelserna i 12-12 b §§ sättas ned till hälften för de första 30 dagarna av varje vårdtillfälle.

3 kap.

4 a §³

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 krontal.

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 80 kronor, dock med högst en tredjedel av sjukpenningens belopp. Därvid skall det belopp varmed minskning sker avrundas till närmast lägre hela krontal.

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

15 §⁴

Sjukpenning utgår ej för tid då den försäkrade

a) fullgör värnpliktsjänstgöring 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.

³ Senaste lydelse 1991:1640.

⁴ Senaste lydelse 1991:1641

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 krontal. Det belopp som sjukpenningen minskas med skall betalas ut till den på vars begäran minskningen har gjorts.

Utan 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.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1993. Äldre bestämmelser skall fortfarande tillämpas i fråga om avgift eller minskning av sjukpenning som avser tid före ikraftträdandet.

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 80 kronor, dock med högst en tredjedel av sjukpenningens belopp. Därvid skall det belopp varmed minskning sker avrundas till närmast lägre hela krontal. Det belopp som sjukpenningen minskas med skall betalas ut till den på vars begäran minskningen har gjorts.

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 anges 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 för eller patientavgifter erlagts med sammanlagt minst 1 500 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 1 500 kronor, skall i stället det beloppet gälla för kostnadsbefrielse enligt första stycket för den som är bosatt inom *landstingskommunen* respektive kommunen.

För kostnadsbefrielse enligt första stycket fordras att prisnedsatta läkemedel har inköpts för eller patientavgifter erlagts med sammanlagt minst 1 600 kronor. Om ett *landsting* eller en kommun som inte ingår i ett *landsting* har beslutat att för sin del tillämpa ett lägsta belopp som understiger 1 600 kronor, skall i stället det beloppet gälla för kostnadsbefrielse enligt första stycket för den som är bosatt inom *landstinget* 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.

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.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1993.

2. En kostnadsbefrielse som gäller vid utgången av år 1992 skall bestå enligt äldre föreskrifter även efter ikraftträdandet.

¹ Senaste lydelse 1990:1406.

Lag om ändring i lagen (1992:894) om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

Härigenom föreskrivs att 3 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. i paragrafens lydelse enligt lagen (1992:894) om ändring i nämnda lag skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

3 §

I andra fall än som avses i 2 och 2 a §§ skall det fastställda priset för samtidigt på grund av sjukdom förskrivna och inköpta läkemedel sättas ned med hela det belopp som överstiger 120 kronor för ett läkemedel och med hela det belopp som överstiger 10 kronor för varje ytterligare läkemedel. Nedsättningen med hela det belopp som överstiger 120 kronor skall göras på det läkemedel som har högst pris. Någon nedsättning skall *inte* göras om det sammanlagda priset för två eller fler läkemedel efter nedsättning inte skulle komma att överstiga 120 kronor. Om en förskrivning är avsedd att expedieras mer än en gång, gäller nedsättningen köpesumman vid varje avsett expeditionstillfälle. Vid beräkning av prisnedsättningen beaktas inte den avgift som kan ha uttagits för expedition av telefonförskrivna läkemedel.

I andra fall än som avses i 2 och 2 a §§ skall det fastställda priset för samtidigt på grund av sjukdom förskrivna och inköpta läkemedel sättas ned med hela det belopp som överstiger 120 kronor för ett läkemedel och med hela det belopp som överstiger 10 kronor för varje ytterligare läkemedel. Nedsättningen med hela det belopp som överstiger 120 kronor skall göras på det läkemedel som har högst pris. Nedsättning skall göras *endast till den del* det sammanlagda priset för läkemedlen överstiger 120 kronor med tillägg för 10 kronor för varje läkemedel utöver det första. Om en förskrivning är avsedd att expedieras mer än en gång, gäller nedsättningen köpesumman vid varje avsett expeditionstillfälle. Vid beräkning av prisnedsättningen beaktas inte den avgift som kan ha uttagits för expedition av telefonförskrivna läkemedel.

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

Med det fastställda priset enligt första stycket avses ett pris som har fastställts av Riksförsäkringsverket. Om ett pris inte har fastställts på ett läkemedel i denna ordning omfattas läkemedlet inte av prisnedsättning.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer meddelar föreskrifter

1. om vilka receptfria läkemedel som omfattas av prisnedsättningen, och

2. om undantag från prisnedsättningen för ett visst receptbelagt läkemedel eller en viss grupp av sådana läkemedel.

4 Förslag till Lag om ändring i läkemedelsförordningen (1962:701)

Prop. 1992/93:17

Härigenom föreskrivs i fråga om läkemedelsförordningen (1962:701)¹
dels att 6 § skall upphöra att gälla,
dels att 15 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

15 §²

Farmaceutisk specialitet må, om ej annat särskilt stadgas, icke försäljas utan att vara registrerad hos Läkemedelsverket. Farmaceutisk specialitet må icke registreras med mindre den befunnits ändamålsenlig och bestämmelserna i 4-6 §§ i övrigt iakttagits. Registrering kan dock göras beroende av förbehåll. Registrering må förbindas med särskilda villkor till förebyggande av skada.

Farmaceutisk specialitet må, om ej annat särskilt stadgas, icke försäljas utan att vara registrerad hos Läkemedelsverket. Farmaceutisk specialitet må icke registreras med mindre den befunnits ändamålsenlig och bestämmelserna i 4 och 5 §§ i övrigt iakttagits. Registrering kan dock göras beroende av förbehåll. Registrering må förbindas med särskilda villkor till förebyggande av skada.

Registrerad farmaceutisk specialitet skall fortlöpande kontrolleras genom Läkemedelsverkets försorg. Uppstår anledning att ifrågasätta en specialitets ändamålsenlighet, får verket förelägga registerhavaren att visa att specialiteten är ändamålsenlig.

Registrering må återkallas om förhållanden, som legat till grund för registreringen, icke längre äro för handen eller om föreläggande enligt andra stycket icke efterkommes. Återkallelse av registrering må ock ske om villkor för specialitetens tillhandahållande åsidosättes eller om specialiteten är föremål för reklam som innefattar oriktig, starkt överdriven eller vilseledande uppgift om specialitetens verkan eller egenskaper i övrigt.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1993.

¹ Senaste lydelse av 6 § 1970:207.

² Senaste lydelse 1990:429.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 15 oktober 1992

Närvarande: statsministern Bildt, ordförande, och statsråden Johansson, Laurén, Hörnlund, Olsson, Thurdin, Hellsvik, Wibble, Björck, Davidsson, Könberg, Odell, Lundgren, Unckel, Ask

Föredragande: statsrådet Könberg

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. Systemet innebar när det infördes en successiv övergång från prestationsbundna ersättningar till en samlad ersättning per invånare i form av en allmän sjukvårdsersättning. Härvid infördes 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 specialdestinerade ersättningar för olika ändamål till sjukvårdshuvudmännen.

Under år 1992 utges från sjukförsäkringen sammanlagt 12 296 mkr, varav 11 706,5 mkr utgör allmän sjukvårdsersättning.

År 1988 skedde en viktig ändring i fördelningen av denna ersättning till sjukvårdshuvudmännen genom att principen om en invånarbaserad sådan ersättning kompletterades med ett antal behovskriterier. Den sålunda utvecklade fördelningsmodellen för den allmänna sjukvårdsersättningen blev helt genomförd fr.o.m. år 1990. De socioekonomiska fördelningskriterier som ligger till grund för den behovsrelaterade fördelningen är skillnader i befolkningens dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspensionering samt antalet ensamboende äldre. Modellen har givit sjukvårdshuvudmännen ökade förutsättningar att anpassa hälso- och sjukvårdens resurser till skillnader i vårdbehoven.

Som en naturlig följd av den s.k. äldrereformen utgick överenskommelsen för år 1992 från en reduktion av den allmänna sjukvårdsersättningen med drygt 3 miljarder kronor, eftersom ca 21 % av kostnaderna för hälso- och sjukvården överfördes till kommunerna till följd av reformen.

Genom överenskommelsen för år 1992 enades parterna också om att sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1992 skall svara för debitering och uppbörd av avgifter för sjukhusvård för bl.a. sjukpenningförsäkrade, varför ordningen med avdrag på sjukpenning genom försäkringskassornas och Riksförsäkringsverkets försorg skulle upphöra. Denna förändring var föranledd av införandet av en arbetsgivarperiod med sjuklön under de första 14 dagarna av en sjukperiod.

Överenskommelsen för år 1992 innebar också att den året dessförinnan införda särskilda ersättningen för att öka kapaciteten inom hälso- och sjukvården för rehabiliterings- och behandlingsinsatser höjdes från 400 till 485 mkr. Ökningen av ersättningsbeloppet motiverades med de framkomna positiva erfarenheterna av medlens användning. Ersättningen skall bidra till att sänka det s.k. ohälsotalet. Den utbetalas först sedan försäkringskassan och sjukvårdshuvudmannen kommit överens om hur medlen bäst skall användas för att förbättra kapaciteten vad gäller rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården.

I överenskommelsen för år 1992 anges att det ur statsmakternas perspektiv är angeläget att utvecklingen inom hälso- och sjukvården kan följas på nationell nivå och att nationella uppföljningar och utvärderingar kan göras. Mot den bakgrunden betonades nödvändigheten av att stödja åtgärder som syftar till en förbättrad informationsförsörjning inom hälso- och sjukvården på alla nivåer. Parterna enades därför om att för det året avsätta högst 20 mkr för att i första hand utveckla och förbättra informationsförsörjningen inom hälso- och sjukvården och högst 5 mkr som delfinansiering av ett epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen.

Den överenskommelse som nu har träffats för år 1993 följer – med en viktig avvikelse – i huvudsak de principer som lagts fast i tidigare träffade överenskommelser fr.o.m. år 1985. Denna avvikelse har sin grund i att regeringen i kompletteringspropositionen för budgetåret 1992/93 föreslog betydande förändringar i statsbidragssystemen för bl.a. landstingen. Inom Socialdepartementets område föreslogs bl.a. i fråga om bidraget till vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen att en utgiftsram på 6 995 mkr skulle fastställas för år 1993. I propositionen angavs därvid även att överläggningar snarast skulle inledas med företrädare för sjukvårdshuvudmännen om fördelningen av ramen samt att regeringen senare skulle redovisa resultatet av dessa för riksdagen. Det angavs också att frågan om ett överförande av administrationen av sjukhusvårdsavdragen för pensionärer skulle omfattas av dessa överläggningar.

Riksdagen beslutade om anslag med utgångspunkt i regeringens förslag om utgiftsram avseende bidraget för vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen.

Med utgångspunkt i riksdagens beslut har parterna enats om fördelningen av nämnda utgiftsram. Vidare har parterna vid överläggningarna behandlat frågan om ett överförande av administrationen av sjukhusvårdsavdragen samt möjligheten av att genomföra den av riksdagen förordade höjningen från 1 500 till 1 600 kr av det maximala egenkostnadstaket för det högkostnadsskydd som finns för öppen sjukvård och prisnedsatta läkemedel.

Fördelningen av utgiftsramen har skett med utgångspunkt i att nivån på den allmänna sjukvårdsersättningen skall tillgodose två viktiga krav. Det första är att den allmänna sjukvårdsersättningens storlek för resp. sjukvårdshuvudman bör överstiga summan av de försäkringsersättningar som under föregående år har utbetalats av försäkringskassan till de försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som var verksamma inom huvudmannens geografiska område. Det andra kravet är att den nuvarande behovsbaserade fördelningsprincipen av ersättningen skall bibehållas. Detta har lett fram till att den allmänna sjukvårdserättningen bör uppgå till sammanlagt 5 006 mkr.

Fr.o.m. år 1992 innehar sjukvårdshuvudmännen det ekonomiska och administrativa huvudmannskapet för sjukresor samt för akuta lufttransporter. För detta erhöll huvudmännen genom en särskild överenskommelse sjukreseersättning för det året med 1 396 mkr samt ett engångsbelopp på 20 mkr för vissa initialkostnader enbart avseende år 1992. Parterna har genom den nu träffade överenskommelsen enats om ett oförändrat belopp för sjukreseersättningen år 1993.

Riksförsäkringsverkets utvärdering av den särskilda ersättningen på 400 mkr för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser som infördes år 1991 beräknas bli redovisad för regeringen under hösten 1992.

Mot bakgrund av de allmänt omvittnade goda erfarenheterna är parterna överens om det angelägna i att behålla denna ersättningsform även med beaktande av den begränsade totalramen samt att ersättningen för år 1993 skall vara oförändrad i förhållande till föregående år, dvs. 485 mkr.

Vidare gäller att parterna är överens om att även under år 1993 fortsätta satsningen på att stödja åtgärder som syftar till en bättre informationsförsörjning inom hälso- och sjukvården. Av utgiftsramen avsätts därför – i likhet med föregående år – högst 20 mkr för att i första hand utveckla och förbättra denna samt ytterligare högst 5 mkr som delfinansiering av det centrum för epidemiologi och social analys som inrättats vid Socialstyrelsen.

När det gäller övriga frågor som omfattas av överenskommelsen vill jag särskilt framhålla följande. Parterna är ense om att administrationen av pensionärernas avgifter vid sjukhusvård ligger kvar hos försäkringskassorna även under år 1993. Motivet för detta är bl.a. de förändringar som förväntas inträffa till följd av genomförande av Ädelavgiftsutredningens förslag angående avgiftssystemen inom kommunernas äldre- och handikappomsorg. För att minimera de skillnader i avgifter som under år 1992 uppstått mellan pensionärer och övriga vid sjukhusvård är dock parterna överens om att för år 1993 vidta olika åtgärder. Det innebär bl.a. behov av att företa vissa ändringar i avgiftsreglerna vid sjukhusvård.

Den andra frågan gäller höjningen av maximibeloppet för högkostnads-skyddet till 1 600 kr vilken aviserades i årets budgetproposition och som riksdagen inte haft någon erinran emot. Riksdagen tillfogade emellertid att staten inte skall bära några kostnader för läkemedel om en sjukvårdshuvudman skulle besluta att tillämpa ett lägre egenkostnadstak.

Det skulle vara praktiskt genomförbart att utforma ett system för registrering av uteblivna läkemedelsavgifter vid tillämpning av ett lägre egenkostnadstak än 1 600 kr så att Apoteksbolaget i efterhand skulle komma att kunna debitera huvudmännen faktiska belopp motsvarande dessa avgifter. En sådan lösning som skulle kräva en lagändring, skulle dock medföra betydande merarbete och besvär för alla berörda, inte minst för de försäkrade. Med anledning härav har parterna enats om att den nuvarande ordningen i princip skall bibehållas. Detta bygger på att sjukvårdshuvudmännen följer en rekommendation från Landstingsförbundet om att tillämpa ett egenkostnadstak på 1 600 kr.

Jag förordar att de i överenskommelsen angivna åtgärderna genomförs på det sätt som jag redovisar i det följande.

Den föreslagna anpassningen av avgiftsreglerna vid sjukhusvård mellan pensionärer och övriga försäkrade gör det nödvändigt att göra vissa ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). Förslaget om höjning av taket inom högkostnadsskyddet förutsätter ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader m.m. 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*. Jag kommer senare att föreslå regeringen de förordningsändringar som krävs för genomförandet.

Jag förutsätter att sjukvårdshuvudmännen ger berörd personal inom hälso- och sjukvården information 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 avinstitutionalisering och förebyggande hälsovård. Ersättningarna utbetalas enligt grunder som regeringen fastställer.

Som en följd av 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 försäkringsanslutning gäller alltså med vissa mindre ändringar. Jag återkommer senare med en mer ingående beskrivning av villkoren för anslutning till försäkringen (avsnitt 2.4).

2.2 Ersättningar och ersättningsbelopp för år 1992

Prop. 1992/93:17

Det totala ersättningsbelopp som lämnas från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen uppgår till 12 296 mkr för år 1992. Av detta belopp utgörs 11 706,5 mkr 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 avinstitutionalisering, förebyggande åtgärder samt tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade. I beloppet ingår även summan av de beräknade avgifter som tas ut av pensionärer vid sjukhusvård.

Den allmänna sjukvårdsersättningen fördelas sedan år 1988 mellan sjukvårdshuvudmännen enligt en behovsbaserad modell med 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 under år 1992 till ca 29 % genom att 3 410 mkr av statsbidraget till allmän sjukvård m.m. utges till sjukvårdshuvudmännen.

Den år 1991 införda särskilda ersättningen till sjukvårdshuvudmännen för att förbättra kapaciteten inom hälso- och sjukvården för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser uppgår till högst 485 mkr år 1992.

De särskilda ersättningarna för handledning av kiropraktorer, för vissa patientöverföringar till Finland samt för anordnande av rikssjukvård för HIV-smittade utgör för år 1992 högst 1, 1,25 resp. 5,25 mkr.

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 som ett direkt bidrag från sjukförsäkringen och uppgår till 49 mkr.

Vidare lämnas under år 1992 särskild ersättning med sammanlagt högst 23 mkr till sjukvårdshuvudmännen för att göra det möjligt för dessa att öka tillgången på psykoterapeutiska behandlingsresurser.

För åtgärder hos sjukvårdshuvudmännen som syftar till en förbättrad informationsförsörjning och till de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för nationella register för produktkontroll lämnas under år 1992 ersättning med sammanlagt högst 20 mkr.

Under år 1992 lämnas även ersättning med högst 5 mkr som delfinansiering för inrättandet av ett epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen.

Dessutom utges enligt en särskild överenskommelse ersättning till sjukvårdshuvudmännen för sjukresor samt för akuta lufttransporter med 1 396 mkr för år 1992. Härutöver utges 20 mkr som en engångsersättning för initiala administrationskostnader.

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.

2.3.1 Öppen hälso- och sjukvård

Den 1 januari 1991 avskaffades den statliga regleringen av avgifterna inom den öppna offentliga och den till försäkringssystemet anslutna öppna privata hälso- och sjukvården. Det förutsattes därvid att avgifterna för den sjukvård som lämnas inom både företags- och studerandehälsovård anpassades till sjukvårdshuvudmännens avgiftssystem.

Motivet för en avreglering av systemet med öppenvårdsavgifter var att skapa förutsättningar för sjukvårdshuvudmännen att effektivare utnyttja hälso- och sjukvårdens organisation och resurser genom att t.ex. differentiera avgiftssättningen mellan olika typer av mottagningar. Avregleringen krävde ändringar i det s.k. högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedel. Dessa innebär en övergång från ett egenkostnadstak baserat på antal vårdbesök eller läkemedelsinköp inom en 12-månadersperiod till ett beloppsbaserat tak för de försäkrade på lägst 1 500 kr under en motsvarande period med möjlighet för sjukvårdshuvudmännen att avvika nedåt. En sådan ändring har också beslutats av riksdagen.

Det nya avgiftssystemet medförde att många sjukvårdshuvudmän differentierade sina avgifter mellan olika typer av mottagningar. Landstingsförbundet har – i enlighet med den träffade överenskommelsen för år 1991 – följt hur sjukvårdshuvudmännen utnyttjat avregleringen av avgifterna inom öppenvården fr.o.m. den 1 januari 1991. Uppföljningen visar att det – efter de betydande avgiftshöjningar som flertalet huvudmän genomförde under år 1991 – inte skett några mer genomgripande förändringar i avgiftsnivåerna under år 1992. Det innebär att avgiften för läkarvård inom primärvården även under år 1992 i allmänhet är 100 kr. Vid sjukhusanslutna öppna mottagningar (länssjukvård) är motsvarande avgift hos en del huvudmän något högre, dock högst 160 kr. För annan sjukvårdande behandling än läkarvård är avgiften i regel 50 eller 60 kr under år 1992.

Egenkostnadstaket, dvs. det belopp vid vilket högkostnadsskyddet skall inträda, är enligt riksdagens beslut lägst 1 500 kr med möjlighet för huvudmännen att tillämpa ett lägre belopp. Av Landstingsförbundets redovisning framgår att nästan samtliga huvudmän i likhet med år 1991 alltså tillämpar ett egenkostnadstak på 1 000 – 1 200 kr även om några huvudmän under detta år höjt sina tak.

Landstingsförbundet har vid sin sammanställning av den gjorda uppföljningen konstaterat att någon egentlig reaktion från patienterna på i vissa fall kraftigt höjda avgifter inte har märkts hos sjukvårdshuvudmännen. Detta förklaras med att gränsen för högkostnadsskydd genomgånge har satts relativt lågt hos huvudmännen. Sammantaget har detta inneburit att gränsen för frikort uppnåtts både snabbare och av fler personer med ett inte obetydligt inkomstbortfall för sjukvårdshuvudmännen som följd.

2.3.2 Sluten vård

Genom försäkringskassans och Riksförsäkringsverkets försorg tas avgift ut vid sjukhusvård genom avdrag på utgående pensionsbelopp för pensionärer med hel ålders- eller förtidspension. Avgiften uppgår per dag räknat till en tredjedel av utgående pensioner från den allmänna försäkringen före skatt, dock högst 65 kr för varje vård dag.

Fr.o.m. den 1 januari 1992 gäller för försäkrade som uppbär sjuklön, sjukpenning, föräldrapenning, rehabiliteringspenning eller smittbärarsättning att debitering och uppbörd av sjukhusvårdsavgifter sker genom sjukvårdshuvudmännen. Den högsta avgift som får tas ut är 70 kr per vård dag. Varje sjukvårdshuvudman beslutar om regler för nedsättning av avgiftens storlek. Före år 1992 gällde ett system för sjukhusvårdsavdrag på utbetald socialförsäkringsersättning som i princip motsvarade det som fortfarande gäller för pensionärer.

Den genomförda administrativa förändringen vad gäller försäkrade som uppbär sjuklön, sjukpenning etc. har på flera håll i landet inneburit att skillnader uppstått vid uttag av avgifter mellan pensionärer och övriga försäkrade med likvärdiga inkomster. Sjukvårdshuvudmännens avgiftsregler har i vissa fall inneburit både en lägre avgift per vård dag och uttag av endast en avgift sammanlagt för in- och utskrivningsdag för den senare kategorin. Mot den bakgrunden har krav framförts på en anpassning av reglerna för pensionärernas avgifter vid sjukhusvård till sjukvårdshuvudmannens avgiftsregler. Jag återkommer senare till denna fråga.

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 gäller att en privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast blir ansluten 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 rätt till fri försäkringsanslutning inom stödområdena A, B och C för privatpraktiker med heltidsverksamhet samt försök med fri s.k. ersättningsetablering över hela landet. Dessa försöksverksamheter permanentades år 1988.

Därefter har vissa smärre justeringar och kompletteringar gjorts i villkoren för försäkringsanslutning. Av dessa kan nämnas ändringarna i den fria ersättningsetableringen fr.o.m. 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 tillhört stödområde C inte längre ingår i ett permanent stödområde. Denna ändring var av betydelse för bestämmelserna om fri försäkringsanslutning för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. Enligt beslut av regeringen har den nya stödområdesindelningen fr.o.m. år 1991, med några tillägg, lagts till grund för reglerna om nyanslutning till försäkringskassan.

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

3 Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1993

I den kompletteringsproposition för budgetåret 1992/93 (prop. 1991/92:150) som förelades riksdagen våren 1992 föreslogs bl.a. vissa ändringar i statens bidragssystem för landstingen. Ändringarna byggde på Kommunalekonomiska kommitténs betänkande Kommunal ekonomi i samhällsekonomisk balans – statsbidrag för ökat handlingsutrymme och nya samarbetsformer (SOU 1991:98).

För landstingens vidkommande innebar regeringens förslag i princip följande. Sex specialdestinerade bidrag avvecklas, liksom skatteutjämningsavgift och avräkningsskatt. År 1993 skall den tillfälliga indragning från landstingen som sker under år 1992 återbetalas. Effekten av dessa förändringar skall kvittas mot en utgiftsram som fastställs för bidraget för vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen. Under år 1993 kvarstår dock en reducerad skatteutjämningsavgift. För att denna skall kunna slopas fr.o.m. år 1994 måste en översyn företas av hittillsvarande system för ersättningar till sjukvårdshuvudmännen.

Inom Socialdepartementets område föreslogs mot denna bakgrund att en utgiftsram på 6 995 mkr avseende bidraget för vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1993. I propositionen angavs vidare att utgiftsramen borde avse bl.a. de ändamål som omfattades av överenskommelsen för år 1992 samt att överläggningar snarast skulle inledas med företrädare för sjukvårdshuvudmännen om fördelning av ramen och att regeringen senare skulle redovisa resultatet av överläggningarna för riksdagen.

Riksdagen fastställde anslagen Bidrag till allmän sjukvård m.m. och Bidrag till sjukförsäkringen med utgångspunkt i den föreslagna utgiftsramen för vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen.

Parterna har med utgångspunkt i riksdagens beslut fört överläggningar om hur utgiftsramen bör fördelas på åtgärder vilka i olika avseenden bygger på medverkan från stat och försäkring. Grundläggande har där-

vid varit att fastställa storleken på den allmänna sjukvårdersättningen för år 1993 med beaktande av dels den behovsbaserade fördelningsmodellen, dels avräkningen av ersättningarna till försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. Enligt gällande regler skall summan av de försäkringsersättningar som under föregående år utbetalats av försäkringskassan till försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster inom resp. sjukvårdshuvudmans geografiska område frånräknas vid utbetalning av den allmänna sjukvårdersättningen till huvudmannen.

Den 1 januari 1992 övertog sjukvårdshuvudmännen det ekonomiska och administrativa huvudmannskapet för sjukresorna, inkl. de luftburna akuta sjuktransporterna. Detta förutsätter, enligt en tidigare träffad särskild överenskommelse, att parterna årligen, dock senast den 1 oktober, kan komma överens om ett ersättningsbelopp för sjukreseersättning avseende det kommande året. Med hänsyn till den samlade utvecklingen på området under år 1992 har parterna enats om att ett oförändrat ersättningsbelopp för detta ändamål bör lämnas under år 1993.

Arbetet med en utvärdering av den år 1991 införda särskilda ersättningen på 400 mkr för att förbättra kapaciteten inom hälso- och sjukvården för rehabiliterings- och behandlingsinsatser pågår för närvarande hos Riksförsäkringsverket och resultatet härav kommer att redovisas för regeringen under hösten. Dessa medel uppgår för år 1992 till 485 mkr. Parterna har i avvaktan på resultatet av utvärderingen ansett det angeläget att ersättningen kan utges även under år 1993 med oförändrat belopp. Jag instämmer i denna bedömning och vill framhålla att erfarenheterna av denna ersättningsform hittills är positiva.

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 informationsåterföring inom hälso- och sjukvården och därmed bättre möjligheter att kunna följa upp och utvärdera vårdutnyttjande, utförda prestationer, kostnader och kvalitet. Ett intensivt sådant utvecklingsarbete har också inletts på olika nivåer. För detta arbete har parterna enats om att även under år 1993 avsätta medel som syftar till en förbättrad informationsförsörjning med högst 20 mkr. Beloppet inkluderar även den under föregående år i särskild ordning beslutade ersättningen till de sjukvårdshuvudmän som åtagit sig att svara för nationella register för produktkontroll. Landstingsförbundet lämnar efter samråd med Socialstyrelsen förslag till fördelning av dessa medel till Riksförsäkringsverket för beslut.

Parterna har som ett viktigt led i en förbättrad informationsförsörjning, i syfte att bl.a. förbättra folkhälsan, enats om att även under år 1993 avsätta högst 5 mkr som delfinansiering av ett centrum för epidemiologi och social analys vid Socialstyrelsen. Centrumets uppgift skall i huvudsak vara att på nationell nivå följa och analysera orsaker till ohälsa och förekomst av olika sjukdomar. Socialstyrelsen och Landstingsförbundet skall lämna en gemensamt upprättad plan över verksamheten vad avser hälso- och sjukvård vid detta centrum till Riksförsäkringsverket för beslut om ersättning.

I likhet med vad som gällt sedan år 1990 har parterna enats om att en särskild ersättning för psykoterapeutisk verksamhet bör lämnas till sjukvårdshuvudmännen även under år 1993. Syftet med detta ekonomiska stöd är att möjliggöra för huvudmännen att genom vårdavtal med legitimerade privata vårdgivare öka tillgången på psykoterapeutisk behandling till rimliga kostnader för de försäkrade. Praktiskt taget alla huvudmän har också hittills utnyttjat denna möjlighet till resursförstärkning. Det är angeläget att denna ersättningsform kvarstår även under år 1993 och att beloppet med hänsyn till den allmänna kostnadsutvecklingen höjs till högst 24,5 mkr.

Vidare har parterna – på grundval av en särskild överenskommelse – enats om att ersättning även under år 1993 skall lämnas direkt från sjukförsäkringen för finansiering av Handikappinstitutets verksamhet. Ersättningsbeloppet bör med beaktande av den allmänna kostnadsutvecklingen höjas till 51 mkr. Denna särskilda överenskommelse bör fogas till protokollet som *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 1993. De totala ersättningsbeloppen som för år 1992 var högst 1, 1,25 resp. 5,25 mkr skall för år 1993 vara högst 1, 1 resp. 5,5 mkr. Ersättningen för överföring av vissa patienter från Sverige till Finland har således reducerats något mot bakgrund av det hittillsvarande begränsade utnyttjandet av medlen. För samtliga dessa tre ersättningsformer gäller att Socialstyrelsen svarar för handläggningen av förekommande ärenden och lämnar ett underlag till Riksförsäkringsverket för beslut.

Ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen för år 1993 skall i enlighet med vad jag nu redovisat sammanfattningsvis vara följande.

a) *Allmän sjukvård ersättning* avseende såväl öppen som sluten vård m.m. med fördelning enligt den behovsmodell som gällt sedan år 1988 och som jag tidigare beskrivit. Sammanlagt utges med utgångspunkt i den fastställda utgiftsramen för ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen en allmän sjukvård ersättning med 5 006 mkr. 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 *sjukresor inkl. akuta luftburna sjuktransporter* lämnas ersättning med 1 396 mkr. Medlen fördelas i särskild ordning mellan huvudmännen och framgår av bilaga 1:3.

c) För att förstärka hälso- och sjukvårdens resurser för *rehabiliterings- och behandlingsinsatser* utges under vissa förutsättningar ersättning med sammanlagt 485 mkr. Fördelningen av dessa medel mellan sjukvårdshuvudmännen sker enligt en särskild fördelningsmodell, som är baserad

på det s.k. ohälsotalet och invånarantalet. Medlen utbetalas av försäkringskassan efter det kassan och huvudmannen träffat en lokal överenskommelse om medlens användning. Någon utbetalning bör dock inte företas beträffande ett projekt förrän detta har påbörjats. Fördelningen av ersättningen mellan huvudmännen framgår av bilaga 1:4.

d) För finansiering av *Handikappinstitutets* verksamhet lämnas ersättning med 51 mkr enligt en särskild överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet. Ersättningen utbetalas av Riksförsäkringsverket.

e) För att möjliggöra för sjukvårdshuvudmännen att öka tillgången på *psykoterapeutiska behandlingsresurser* utges ersättning med sammanlagt högst 24,5 mkr. Ersättningen fördelas mellan huvudmännen och utges dels med 315 000 kr per huvudman, dels med 1,90 kr per invånare. Den lämnas efter särskild rekvisition av Riksförsäkringsverket under förutsättning att sjukvårdshuvudmannen träffat av Socialstyrelsen godkända vårdavtal med legitimerade privata vårdgivare.

f) För åtgärder hos sjukvårdshuvudmännen som syftar till en *förbättrad informationsförsörjning* och till de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för *nationella register för produkt- och kvalitetskontroll* utges ersättning med sammanlagt högst 20 mkr. Landstingsförbundet lämnar efter samråd med Socialstyrelsen förslag till fördelning av medlen till Riksförsäkringsverket, som därefter beslutar om fördelning och utbetalning av ersättningen.

g) För verksamheten vid *Centrum för epidemiologi och social analys* vid Socialstyrelsen lämnas ersättning med högst 5 mkr. Socialstyrelsen och Landstingsförbundet lämnar – för den del som omfattar hälso- och sjukvården – en gemensamt upprättad plan över denna verksamhet vid centrumet till Riksförsäkringsverket för utbetalning av ersättningen.

h) För de sjukvårdshuvudmän som svarar för handledd *praktiktjänstgöring av kiropraktorer* enligt Socialstyrelsens anvisningar utges ersättning med sammanlagt högst 1 mkr. Ersättning lämnas med högst 95 000 kr per praktikant. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och tillställer Riksförsäkringsverket underlag för utbetalning av ersättningen.

i) För *överföring av vissa patienter från Sverige till Finland* utges ersättning med sammanlagt högst 1 mkr. 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 Riksförsäkringsverket underlag för den årsvisa utbetalningen av ersättningen.

j) För *anordnande av institutioner för HIV-smittade* som omhändertas för isolering enligt smittskyddslagen lämnas ersättning med sammanlagt högst 5,5 mkr. Ersättning utges därvid med högst 550 000 kr per plats och år. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och tillställer Riksförsäkringsverket underlag för utbetalning av ersättningen.

Fördelningen av den för år 1993 fastställda utgiftsramen, vilken även utgör mitt förslag om hur denna ram skall fördelas, framgår av följande sammanställning.

Ändamål	Totalbelopp mkr
1. Allmän sjukvårdsersättning	5 006
2. Särskild ersättning för sjukresor inkl. akuta luft-transporter	1 396
3. Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser	485
4. Ersättning till Handikappinstitutet	51
5. Särskild ersättning för psykoterapeutisk verksamhet	24,5
6. Särskild ersättning för informationsförsörjning och produktkontroll	20
7. Särskild ersättning till Centrum för epidemiologi och social analys	5
8. Särskild ersättning för handledning av kiropraktorer	1
9. Särskild ersättning för vissa patientöverföringar	1
10. Särskild ersättning för rikssjukvård för HIV-smittade	5,5
	6 995

Överenskommelsen innebär i förhållande till år 1992 att det totala ersättningsbeloppet från sjukförsäkringen (inkl. sjukresor) till sjukvårdshuvudmännen minskar med 6 717 mkr. Ersättningarna skall i likhet med tidigare år till större delen utges från den allmänna sjukförsäkringen. För sjukförsäkringens finansiering lämnas också ett särskilt statsbidrag. I enlighet med årets kompletteringsproposition (prop. 1991/92:150) har för budgetåret 1992/93 under punkt E 13. Bidrag till allmän sjukvård m.m. fastställts ett förslagsanslag på 2 520 682 000 kr. Av detta särskilda statsbidrag får Riksförsäkringsverket disponera 2 425 000 000 kr som bidrag till den allmänna sjukvårdsersättningen för år 1992/93.

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

4 Uppföljning och utvärdering

I föregående års överenskommelse framhöll parterna den stora vikten av uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården, bl.a. mot bakgrund av det pågående intensiva utvecklingsarbetet på området. Parterna redovisade därvid ett antal pågående eller nyligen avslutade aktiviteter. Detta visar på att många olika aktörer är engagerade i detta arbete. Parterna var eniga om nödvändigheten av att stödja sådana åtgärder hos sjukvårdshuvudmännen som syftar till en bättre informationsförsörjning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. För det ändamålet avsattes därför högst 20 mkr under år 1992. Detta belopp inkluderade ersättning

till de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för nationella register för produkt- och kvalitetskontroll. Dessutom avsattes ytterligare 5 mkr under år 1992 för att effektivisera informationsförsörjningen bl.a. med inriktning på att förbättra folkhälsan, som delfinansiering för inrättade av ett epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen.

I den nu träffade överenskommelsen för år 1993 konstaterar parterna att ett intensivt arbete i syfte att förbättra informationsåterföringen pågår, men att mycket återstår innan systemen kan ge den information som efterfrågas.

Mot denna bakgrund har parterna enats om att även för år 1993 avsätta medel som syftar till att förbättra informationsförsörjningen. Det förutsätts att Landstingsförbundet i dessa frågor har ett nära samarbete med Socialstyrelsen.

5 Avgiftssystemet för sjukhusvård för år 1993

5.1 Avgiftsadministrationen

Som ett resultat av förra årets försäkringsöverenskommelse svarar sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. den 1 januari 1992 för administrationen av avgifterna för sjukhusvård för försäkrade som uppbär sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, föräldrapenning eller smittbärappenning.

För ålders- eller förtidspensionär sker avgiftsuttaget som tidigare genom att ett avdrag beräknas och görs på utgående pensionsförmåner från den allmänna försäkringen före skatt genom försäkringskassornas och Riksförsäkringsverkets försorg.

Dessa avgifter, som för närvarande är högst 65 kr per vård dag för pensionärer och 70 kr för förvärvsarbetande, motsvarar i huvudsak patientens kostnader för kost och logi under sjukhusvistelsen.

Denna omläggning av avgiftsadministrationen har under år 1992 medfört att det på flera håll i landet uppkommit skillnader i reglerna för beräkning av dessa avgifter mellan pensionärer och försäkrade som uppbär sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, föräldrapenning eller smittbärarersättning och därmed olika avgifter vid jämförbara inkomstnivåer. De uppkomna skillnaderna har kommit att uppfattas som en relativ försämring av villkoren för pensionärerna.

När det gäller frågan om ett motsvarande överförande av administrationen av sjukhusvårdsavgifterna för ålders- och förtidspensionärer i landstingskommunal vård, var parterna år 1991 ense om att denna skulle tas upp i de överläggningar, som avser ersättningar från sjukförsäkringen för tiden efter år 1992.

Vid behandlingen av frågan vid de nu avslutade överläggningarna för år 1993 har parterna konstaterat att ett förväntat genomförande av Ädelavgiftsutredningens förslag om avgiftssystemen inom vissa delar av socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården till följd av den s.k. äldre reformen innebär stora ändringar beträffande pensionärernas

avgifter och kostnader för sjukvård och särskilt boende. Det har mot den bakgrunden inte bedömts vara lämpligt att under år 1993 fullfölja systemförändringen så att även administrationen av pensionärernas avgifter förs över till sjukvårdshuvudmännen.

I avvaktan på detta har parterna enats om att administrationen av pensionärernas avgifter vid sjukhusvård tills vidare bör ligga kvar hos försäkringskassorna samtidigt som det krävs vissa åtgärder för att minimera de ovan angivna skillnaderna i avgiftsuttag mellan de båda avgiftssystemen. För att åstadkomma detta är parterna överens om att sjukvårdshuvudmännens avgiftsuttag avseende försäkrade i lägre inkomstintervall som uppbär sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, föräldrapenning och smittbärarersättning i princip skall anpassas till vad som gäller för pensionärer. Beträffande uttag av vårdavgift för in- och utskrivningsdag bör enligt överenskommelsen endast en av dessa avgiftsbeläggas och en motsvarande ändring företas i avgiftsreglerna för pensionärer. Jag återkommer till denna fråga senare.

Landstingsförbundet skall enligt överenskommelsen utarbeta riktlinjer för huvudmännen om storleken på de avgifter som bör tillämpas vid olika inkomstnivåer.

För att bl.a. möjliggöra en sådan harmonisering av avgiftssystemen har parterna också enats om att den högsta vårdavgift som sjukvårdshuvudmännen får ta ut per dag höjs till 80 kr fr.o.m. den 1 januari 1993.

5.2 Vissa följdändringar i sjukhusvårdsavdragen för pensionärer

Mitt förslag: Fr.o.m. den 1 januari 1993 uttas avgift av pensionärer vid sjukhusvård för endast en av in- och utskrivningsdagarna vid varje vårdtillfälle. Den högsta avgift som får tas ut per vård dag höjs samtidigt från 65 till 75 kr. Avgiften för yngre förtidspensionärer med hel förtidspension halveras under de första 30 dagarna vid varje vårdtillfälle.

Skälen för mitt förslag: Erfarenheterna av den genomförda administrativa förändringen för debitering och uppbörd av sjukhusvårdsavgifter visar att vissa sjukvårdshuvudmän utformat avgiftsregler som i många fall medfört lägre avgifter än vad som följde av det förra systemet med avdrag på sjukpenning eller motsvarande. Det innebär att pensionärer i vissa fall ansett sig missgynnade av omläggningen trots att deras vårdavgifter inte påverkats. För att i möjligaste mån harmonisera avgiftsreglerna i de båda systemen anser jag att det är angeläget att sjukvårdshuvudmännen så långt möjligt anpassar sina avgiftsregler till vad som gäller för pensionärerna. Som ovan redovisats skall Landstingsförbundet enligt överenskommelsen utarbeta riktlinjer för vilka avgiftsnivåer som bör tillämpas vid olika inkomster. Enligt dessa riktlinjer förutsätts även att samtliga sjukvårdshuvudmän vid debitering av vårdavgift för in- och

utskrivningsdag betraktar dessa som en vård dag. Detta förutsätter en motsvarande avgiftsbestämmelse för pensionärer, som enligt gällande regler avgiftsbeläggs båda dessa dagar. Det huvudsakliga motivet för att ta ut en avgift vid sjukhusvård är att patienten under sjukhusvistelsen själv inte har några kostnader för mat, kläder och tvätt.

Det förekommer inte sällan att en person blir inskriven vid en sjukvårdsinrättning under kvällen och utskriven på morgonen följande dag. I sådana fall har vederbörande sannolikt inte haft några minskade kostnader för t.ex. mat, varför avgift för två vård dagar uppfattas som oskälig. Mot den bakgrunden anser jag att det är motiverat att ändra den nuvarande regeln om pensionärs avgift på det sätt som anges i överenskommelsen. I praktiken bör ändringen utformas så att avgift tas ut endast för inskrivningsdagen.

Den nu föreslagna avgiftsreduktionen vid in- och utskrivningsdag innebär ett inkomstbortfall för stat och försäkring. Med hänsyn till att taket för sjukvårdshuvudmännens avgiftsuttag kommer att höjas med 10 kr till 80 kr per vård dag är det rimligt att en motsvarande höjning sker av pensionärernas avgifter. Jag föreslår därför en höjning till högst 75 kr per vård dag. Härigenom behålls den nuvarande avgiftsskillnaden på 5 kr per vård dag. Det bör därvid framhållas att denna höjning inte drabbar de pensionärer med låga pensioner som i dag betalar en avgift som understiger 65 kr per dag.

Utöver dessa ändringar som är föranledda av den träffade överenskommelsen med Landstingsförbundet, anser jag att ytterligare en ändring bör företas i regelsystemet för pensionärernas sjukhusvårdsavgifter. Den förutvarande regeringen utfäste i anslutning till sitt förslag att slopa det avgiftsfria året för pensionärer med hel förtidspension fr.o.m. den 1 juli 1991 att erforderlig kompensation för detta skulle lämnas. Denna avsågs framför allt inriktas på den grupp av yngre förtidspensionärer som på grund av sjukdom eller handikapp bedömdes ha särskilda behov av egna medel för sin rehabilitering. Den s.k. Merkostnadskommittén (S 1990:4) fick i uppdrag av regeringen att utarbeta förslag till lämpliga åtgärder med inriktning på att i första hand pröva möjligheterna att genom handikappersättningen kompensera berörd grupp av förtidspensionärer. Kommittén har dock efter visst utredningsarbete genom skrivelse 1992-04-08 återfört frågan till regeringen med motivering att kompensation via handikappersättningen inte befunnits vara en lämplig ersättningsform.

Med anledning härav har frågan beretts inom Socialdepartementet, varvid alternativa lösningar som skisserats inom kommittén övervägts. Enligt min bedömning finns det starka skäl för att knyta kompensationen till vårdutnyttjandet så att den utges endast när förtidspensionären haft utgifter för sjukhusvård. Det är vidare enligt min mening rimligt att kompensationen riktas till yngre förtidspensionärer med hänsyn till denna grups särskilda behov av medel för rehabilitering. Gruppen rehabiliteringsbara förtidspensionärer har som regel korta men återkommande vårdperioder.

Åldersgränsen för att i detta avseende betraktas som yngre anser jag bör sättas vid 40 år. Jag förordar därför att dessa yngre förtidspensio-

närer debiteras halv avgift under de första 30 dagarna av varje vårdperiod på sjukhus.

Särbestämmelsen vid sjukhusvård för yngre förtidspensionärer – som jag bedömer vara administrativt enkel att införa och tillämpa – innebär kompensation i form av lägre avgifter för att möjliggöra en fortsatt egen rehabilitering.

Vad jag nu redovisat förutsätter kompletteringar och ändring av bestämmelserna i 2 kap. 12 § AFL. Till detta kommer att höjningen av den maximala avgift som sjukvårdshuvudmännen får ta ut av patienten vid sjukhusvård föranleder följdändringar i 3 kap. 3 a och 15 §§ AFL.

6 Ändringar i högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedel

Mitt förslag: Den försäkrades egenkostnadstak för det beloppsbaserade högkostnadsskyddet höjs den 1 januari 1993 från lägst 1 500 kr till lägst 1 600 kr.

Skälen för mitt förslag: I 1992 års budgetproposition aviserade regeringen en höjning av taket för högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och prisnedsatta läkemedel från 1 500 till 1 600 kr fr.o.m. den 1 januari 1993. Socialförsäkringsutskottet hade ingen erinran mot en sådan höjning, men ansåg i samband härmed att möjligheterna för huvudmännen att själva besluta om en lägre beloppsgräns bör ändras så att staten inte får bära några kostnader för sådana beslut (bet. 1991/92:SfU13). Enligt utskottet borde detta ges regeringen till känna. Riksdagen beslutade i enlighet med vad utskottet anfört (rskr.1991/92:341). Jag vill tillägga att riksdagens beslut i praktiken får betydelse endast för de kostnadskonsekvenser som sådana avvikelser ger upphov till vad gäller de statligt subventionerade läkemedlen.

Jag har vid mina överväganden utgått från riksdagens ställningstagande vad gäller de förordade ändringarna i högkostnadsskyddet. Utskottet behandlade frågan i anledning av två motioner som bl.a. berörde utformningen av högkostnadsskyddet. I båda dessa framfördes att möjligheten för sjukvårdshuvudmännen att tillämpa en lägre beloppsgräns bör avskaffas, men att huvudmännen inte bör vara förhindrade att på egen bekostnad erbjuda ett bättre högkostnadsskydd än det statliga. Vidare angavs klart i propositionen om högkostnadsskyddet (prop. 1980/81:73) att det är fråga om ett skydd för de försäkrade mot höga sjukvårds- och läkemedelskostnader.

Härav följer enligt min bestämda mening att det måste vara sjukvårdshuvudmännen och inte de försäkrade som skulle komma att bära den del av statens och försäkringens extra läkemedelskostnader som skulle uppkomma vid tillämpningen av ett lägre egenkostnadstak än 1 600 kr.

Parterna har gemensamt utrett möjligheterna att hitta en administrativt enkel lösning för de sjukvårdsområden vars huvudmän kan komma att besluta om ett lägre tak än 1 600 kr. Den lösning som skulle ge ett korrekt underlag skulle innebära att huvudmannen i efterskott debiteras ett faktiskt belopp av Apoteksbolaget AB avseende läkemedelsavgifter i intervallet mellan det lägre taket och 1 600 kr. Modellen förutsätter dock att inte bara läkemedelsinköp utan även uteblivna vårdavgifter på grund av frikort måste registreras tills beloppsgränsen 1 600 kr passerar. Parterna har funnit att en sådan ordning skulle åsamka inte bara bolaget utan även personal på apoteken, vårdgivare och inte minst de försäkrade ett betydande merarbete och besvär.

Till följd härav har parterna enats om att i princip bibehålla den nuvarande ordningen, samtidigt som parterna utgår från att samtliga sjukvårdshuvudmän – efter en rekommendation från Landstingsförbundet – fastställer egenkostnadstaket till 1 600 kr. Jag vill i anslutning härtill understryka att huvudmännen härvid också kommer att informeras om sina möjligheter att kombinera ett sådant beslut med andra beslut om t.ex. avgiftsnedsättning i vissa situationer och/eller periodisering av skyddet avseende vårdavgifter exempelvis per månad eller kvartal.

Vid mina överväganden har jag utgått ifrån att sjukvårdshuvudmännen kommer att följa Landstingsförbundets rekommendation. Jag vill dock understryka att om så inte sker avser jag – med hänvisning till vad riksdagen anfört – att snarast förelägga riksdagen ett förslag om lagändring som innebär att staten och den försäkrade inte skall behöva bära några kostnader för läkemedel i de fall en sjukvårdshuvudman tillämpar ett lägre kostnadstak än 1 600 kr.

Vad jag nu föreslagit angående högkostnadsskyddet förutsätter ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. fr.o.m. år 1993.

7 Vårdgarantin

Parterna träffade i april 1991 en överenskommelse om att en central vårdgaranti skulle införas år 1992. Det främsta syftet med denna var att öka tillgängligheten till vissa behandlingar med köproblem, korta väntetiderna samt bidra till en jämnare fördelning av vårdutnyttjandet över landet.

Socialdepartementet och Landstingsförbundet fastställde senare vad som skulle omfattas av garantin. Samtliga de patienter som, enligt de indikationer som anges i Socialstyrelsens Allmänna råd 1991:11, är i behov av vård eller behandling skall erbjudas denna inom tre månader. Om detta inte kan ske på den egna kliniken skall behandlingen erbjudas hos annan vårdgivare, privat eller offentlig.

För att underlätta vårdgarantins införande infördes ett statligt bidrag på 500 mkr att utges under år 1992.

Frågan om en fortsatt vårdgaranti i någon form även under år 1993 har behandlats vid överläggningarna och till min stora tillfredsställelse resulterat i följande principiella överenskommelse.

Parterna har kunnat konstatera att erfarenheterna av vårdgarantin hittills är goda. Mot den bakgrunden råder enighet om att det är angeläget att ett rikstäckande vårdgarantisystem med gemensamma indikationer och möjlighet att remittera patienter över hela landet bibehålls även under år 1993.

Vidare har Landstingsförbundet – efter att ha tagit del av den första utvärderingen av vårdgarantisystemet – för avsikt att rekommendera sjukvårdshuvudmännen riktlinjer för en fortsatt vårdgaranti under år 1993. De medicinska indikationerna i denna skall utarbetas i samråd med Socialstyrelsen.

8 Avtalet för NORDKEM

I syfte att främja samarbetet mellan de kliniskt-kemiska sjukhuslaboratorierna i de nordiska länderna etablerades NORDKEM år 1977. Fr.o.m. år 1983 är ansvaret överfört från Nordiska ministerrådet till nationell nivå i resp. land. Spri åtog sig därvid att finansiera Sveriges andel av kostnaderna. Den särskilda fond som Spri använt för detta är dock tömd vid utgången av innevarande år. Inga särskilda medel har avsatts till NORDKEM efter år 1992.

Mot denna bakgrund är parterna ense om att ramavtalet för NORDKEM skall sägas upp före utgången av år 1992.

Jag avser att återkomma till frågan om finansiering för år 1993 i ett annat sammanhang.

9 Vissa ändringar rörande läkemedelsförmånen

Under detta avsnitt redovisas två förslag om lagändringar med anknytning till förmånssystemet för läkemedel vilka inte är föranledda av den träffande överenskommelsen. Den ena av dessa avser den tekniska utformningen av de nya regler för prisnedsättning av läkemedel som infördes fr.o.m. den 1 juli 1992. Den andra gäller reglerna om priskontroll fr.o.m. den 1 januari 1993 för den händelse den beslutade läkemedelslagen (1992:859) inte träder ikraft vid den tidpunkten beroende på att inte EES-avtalet träder i kraft vid denna tidpunkt.

9.1 Prisnedsättning av läkemedel

Mitt förslag: Bestämmelserna om prisnedsättning i 3 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. ges en ändrad formulering vad gäller beräkningen av prisnedsättningen vid samtidigt inköp av fler läkemedel.

Skälen för mitt förslag: I budgetpropositionen för budgetåret 1992/93 föreslogs en ändring av bestämmelserna som innebar att för det första läkemedel som inköptes skulle prisnedsättning göras med hela det belopp som översteg 90 kr. För varje ytterligare förskrivet läkemedel som samtidigt inköptes skulle prisnedsättningen göras med hela det belopp som översteg 30 kr. Vidare föreslogs att vid inköp av mer än ett läkemedel skulle någon prisnedsättning inte göras om det sammanlagda priset för läkemedlen efter nedsättning inte skulle komma att överstiga 90 kr. Därmed skulle uppnås att egenavgiften i sådant fall skulle vara 90 kr.

Riksdagen beslöt – efter frågans beredning i socialförsäkringsutskottet – om ändring i förslaget på så sätt att den enskildes avgift skall bli 120 kr med tillägg för 10 kr för varje ytterligare samtidigt inköpt läkemedel. Vid inköp av flera läkemedel skulle någon nedsättning inte ske om det sammanlagda priset för läkemedlen efter nedsättning inte skulle komma att överstiga 120 kr. Några andra ändringar i reglerna föreslogs inte.

Vid tillämpningen har dock framkommit att avgiftsbestämmelserna fått en oklar utformning som vid inköp av flera mindre kostsamma läkemedel kan leda till alltför negativa avgiftseffekter för den enskilde. Därför bör bestämmelsen förmleras om så att det klart framgår att den enskilde vid inköp av flera läkemedel får nedsättning av sammanlagda priset endast i den mån det överstiger 130 kr för två läkemedel, 140 kr för tre läkemedel etc.

9.2 Fastställande av pris på läkemedel fr.o.m. år 1993

Mitt förslag: För att undvika att olika regler om fastställande av pris på läkemedel kan komma att gälla samtidigt, ändras bestämmelserna om priskontroll i läkemedelsförordningen (1962:701) på så sätt att 6 § upphävs och en ändring görs i 15 §.

Skälen för mitt förslag: Grundläggande regler för priskontroll i fråga om läkemedel finns i dag i läkemedelsförordningen (1962:701). Dessa innebär att priskontrollen är knuten till registreringen. Den nya läkemedelslagen (1992:859), som är anpassad till EG:s regler och inte innehåller några föreskrifter om priskontroll, träder i kraft den dag regeringen bestämmer. Avsikten är att detta skall ske samtidigt med EES-avtalet. Genom lagen upphävs bl.a. läkemedelsförordningen.

Den 1 januari 1993 träder nya regler om fastställande av pris på läkemedel i kraft (prop. 1991/92:151, bet. 1991/92:SfU13, rskr. 1991/92:341, SFS 1992:894). Enligt de nya bestämmelserna, vilka återfinns i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m., skall ett läkemedel för att kunna omfattas av prisnedsättningen inom läkemedelsförmänen ha ett pris som är fastställt av Riksförsäkringsverket. Prissättningen blir i övrigt fri.

Med hänsyn till att tidpunkten för ikraftträdandet av läkemedelslagen kan komma att fastställas till ett senare datum än den 1 januari 1993 och att läkemedelsförordningen vid ett sådant förhållande skulle fortsätta att gälla bör en ändring göras i reglerna för priskontroll i denna förordning för att förhindra att olika regler i denna fråga skulle komma att gälla samtidigt.

10 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 (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.,
3. lag om ändring i lagen (1992:894) om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.
4. lag om ändring i läkemedelsförordningen (1962:701).

11 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.

12 Beslut

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

Överenskommelse om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1993

Efter överläggningar mellan representanter för staten och sjukvårdshuvudmännen har överenskommelse träffats om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen under år 1993 enligt följande. Överenskommelsen grundas på motsvarande överenskommelser år 1984, 1986, 1987, 1989, 1990 samt 1991 avseende ersättningar för åren 1985 t.o.m. 1992.

1 Nuvarande ersättningsbelopp

Följande ersättningar utges till sjukvårdshuvudmännen enligt nu gällande överenskommelse för år 1992 och enligt beslut av regeringen.

- a) *Allmän sjukvårdsersättning* avseende såväl öppen som sluten vård med 11 706,5 mkr.
- b) Ersättning till *Handikappinstitutet* med 49 mkr.
- c) Särskild ersättning för *rehabiliterings- och behandlingsinsatser* med 485 mkr.
- d) Särskild ersättning för *psykoterapeutisk verksamhet* med 23 mkr.
- e) Särskild ersättning för *informationsförsörjning och produktkontroll* med 20 mkr.
- f) Särskild ersättning för *handledning av kiropraktorer* med 1 mkr.
- g) Särskild ersättning för vissa *patientöverföringar till Finland* med 1,25 mkr.
- h) Särskild ersättning för anordnande av *rikssjukvård för HIV-smittade* med 5,25 mkr.
- i) Särskild ersättning till *epidemiologiskt centrum* med 5 mkr.

Totalt utges till sjukvårdshuvudmännen ersättningar från sjukförsäkringen och bidrag till allmän sjukvård enligt punkterna a)-i) med 12 296 mkr för år 1992.

Dessutom utges enligt en särskild överenskommelse *sjukreseersättning* till sjukvårdshuvudmännen med 1 396 mkr för år 1992. Härutöver utges 20 mkr som en engångsersättning för initiala administrationskostnader.

2 Utgångspunkter för överenskommelsen om ersättningar m.m. för år 1993

I regeringens kompletteringsproposition för budgetåret 1992/93 (prop. 1991/92:150) som förelades riksdagen under våren 1992 föreslogs vissa

ändringar i statsbidragssystemet för landstingen. Inom socialdepartementets område föreslogs bl.a. vad gäller bidraget till vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen att en utgiftsram på 6 995 mkr skulle fastställas för år 1993. I propositionen framhölls därvid att utgiftsramen skulle avse bl.a. de ändamål som omfattades av ersättningsbeloppet för år 1992. Det angavs att överläggningar snarast skulle inledas med företrädare för sjukvårdshuvudmännen om fördelning av utgiftsramen samt att regeringen senare skulle redovisa resultatet av överläggningarna för riksdagen. Frågan om ett överförande av administrationen av sjukhusvårdsavdragen för pensionärer skulle också bli föremål för överläggningar mellan parterna.

Riksdagen har därefter beslutat i enlighet med regeringens förslag till utgiftsram vad gäller bidraget för vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen.

I budgetpropositionen för år 1992/93 aviserade regeringen en höjning av det maximala kostnadstaket för det högkostnadsskydd som finns för öppen sjukvård och läkemedel från 1 500 till 1 600 kr fr.o.m. den 1 januari 1993. Socialförsäkringsutskottet (1991/92:SfU13) hade ingen erinran mot en sådan höjning, men framhöll att i samband därmed borde möjligheterna för huvudmännen att själva bestämma om ett lägre kostnadstak ändras så att staten inte får bära några kostnader för detta. Riksdagen ställde sig bakom utskottets bedömning.

3 Ersättningar för år 1993

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. Parterna är överens om att denna fördelningsprincip skall gälla även för år 1993.

Utgångspunkten för fastställandet av storleken på den allmänna sjukvårdsersättningen för år 1993 har varit att det belopp som resp. sjukvårdshuvudman blir berättigad till bör överstiga summan av de försäkringsersättningar som under föregående år utbetalts av försäkringskassan till de försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som var verksamma inom huvudmannens geografiska område. Dessa ersättningar skall enligt gällande regler frånräknas vid utbetalning av den allmänna sjukvårdsersättningen. Till följd härav har den allmänna sjukvårdsersättningen beräknats till 5 006 mkr.

Fr.o.m. år 1992 har sjukvårdshuvudmännen övertagit det ekonomiska och administrativa huvudmannskapet för sjukresorna. I en särskild överenskommelse under hösten 1991 enades parterna om storleken på och fördelningen av den totala sjukreseersättning som skall utges från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för år 1992. Detta belopp uppgår till 1 396 mkr, förutom ett engångsbelopp på 20 mkr för initialkostnader i anslutning till genomförandet. Sjukreseersättningen avser även ersättning för administrativa kostnader samt ersättning för att sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1992 övertog ansvaret för luftburna akuta

lufttransporter. Parterna har enats om ett oförändrat belopp om 1 396 mkr avseende år 1993.

I avvaktan på resultatet av Riksförsäkringsverkets pågående utvärdering av den särskilda ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser som infördes fr.o.m. år 1991 med 400 mkr och som uppgår till 485 mkr för år 1992, har parterna enats om att ett oförändrat belopp om 485 mkr skall utges under år 1993 för detta ändamål.

Handikappinstitutets verksamhet finansieras sedan år 1991 genom ett direkt bidrag inom ramen för den allmänna sjukförsäkringen. Därvid ändrades även Handikappinstitutets inriktning och verksamhet. Parterna har genom en särskild överenskommelse om finansieringen av Handikappinstitutet enats om att ersättningen skall vara 51 mkr för år 1993.

Parterna har även för år 1993 gjort den bedömningen att det är angeläget att öka tillgången på psykoterapeutiska behandlingsresurser till rimliga kostnader för den enskilde. Enighet råder därför om att den särskilda ersättningen för detta ändamål till sjukvårdshuvudmännen bör vara 24,5 mkr för år 1993.

Parterna är överens om att det påbörjade och angelägna arbetet med att förbättra informationsförsörjningen inom hälso- och sjukvården måste ges ett fortsatt särskilt ekonomiskt stöd. Detta gäller även de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för nationella register för produkt- och kvalitetskontroll. Parterna har därför enats om att utge en särskild ersättning för dessa ändamål med sammanlagt högst 20 mkr även för år 1993.

Vidare är parterna överens om att – i likhet med år 1992 – en särskild ersättning med 5 mkr skall utges under år 1993 för verksamheten vid Centrum för epidemiologi och social analys vid Socialstyrelsen.

När det gäller övriga särskilda ersättningar som utges till sjukvårdshuvudmännen under år 1992 är parterna överens om att dessa bör kvarstå även under år 1993. Den särskilda ersättningen för anordnande av institutioner för HIV-smittade som omhändertas enligt smittskyddslagen bör dock höjas med 0,25 mkr till 5,5 mkr, medan den särskilda ersättningen för vissa patientöverföringar till Finland reduceras med 0,25 mkr till högst 1 mkr.

Ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen för år 1993 skall mot denna bakgrund vara följande.

a) *Allmän sjukvårdsersättning* avseende såväl öppen som sluten vård med fördelning mellan sjukvårdshuvudmännen efter en behovsbaserad modell. Sammanlagt utges allmän sjukvårdsersättning med 5 006 mkr för år 1993. 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 försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som var verksamma inom respektive sjukvårdshuvudmans geografiska område.

b) För *sjukresor* inklusive akuta lufttransporter lämnas ersättning med 1 396 mkr. Fördelningen av medlen mellan huvudmännen framgår av bilaga 1:3.

c) För *rehabiliterings- och behandlingsinsatser* lämnas ersättning med högst 485 mkr. 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 1:4. Medlen utbetalas av försäkringskassan efter det att en överenskommelse träffats mellan kassan och huvudmannen om medlens användning.

d) För *Handikappinstitutets* verksamhet lämnas särskild ersättning med 51 mkr enligt en separat överenskommelse (bilaga 2) mellan staten och Landstingsförbundet.

e) För att möjliggöra för sjukvårdshuvudmännen att öka tillgången på *psykoterapeutiska behandlingsresurser* utges särskild ersättning med sammanlagt högst 24,5 mkr. Ersättningen utges till huvudmännen dels med 315 000 kr per huvudman, dels med 1,90 kr per invånare och lämnas av Riksförsäkringsverket efter särskild rekvisition och under förutsättning att sjukvårdshuvudmannen träffar av Socialstyrelsen godkända vårdavtal med legitimerade privata vårdgivare.

f) För åtgärder hos sjukvårdshuvudmännen som syftar till en förbättrad *informationsförsörjning m.m.* utges ersättning med sammanlagt högst 20 mkr. Landstingsförbundet lämnar efter samråd med Socialstyrelsen förslag om fördelning av medlen till Riksförsäkringsverket, som på grundval härav beslutar om fördelning och utbetalning av ersättningen.

g) För verksamheten vid *Centrum för epidemiologi och social analys* vid Socialstyrelsen lämnas särskild ersättning med högst 5 mkr. Socialstyrelsen och Landstingsförbundet lämnar en gemensamt upprättad plan över verksamheten vid detta centrum i den del som avser hälso- och sjukvården till Riksförsäkringsverket som därefter beslutar om utbetalning av ersättningen.

h) För de sjukvårdshuvudmän som svarar för handledd *praktiktjänstgöring av kiropraktorer* enligt Socialstyrelsens anvisningar utges ersättning med sammanlagt högst 1 mkr. Ersättning lämnas med högst 95 000 kr per praktikant. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och lämnar underlag till Riksförsäkringsverket som svarar för utbetalning av ersättningen.

i) För *överföring av vissa patienter från Sverige till Finland* utges ersättning med sammanlagt högst 1 mkr. Ersättning skall i varje 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 Riksförsäkringsverket som svarar för den årsvisa utbetalningen av ersättningen.

j) För anordnande av *institutioner för HIV-smittade* som omhändertags för isolering enligt smittskyddslagen lämnas ersättning med sammanlagt högst 5,5 mkr. Ersättning utges med 550 000 kr per anordnad plats och år. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och lämnar erforderligt underlag till Riksförsäkringsverket för utbetalning av ersättningen.

Fördelningen av utgiftsramen på 6 995 mkr enligt punkterna a)-j) i överenskommelsen för år 1993 framgår av bilaga 1:1.

4 Vårdgarantin

Staten och Landstingsförbundet träffade i april 1991 en överenskommelse om att en central vårdgaranti skulle införas år 1992. Vårdgarantins främsta syfte var att öka tillgängligheten till vissa behandlingar med köproblemen, korta väntetiderna samt bidra till en jämnare fördelning av vårdutnyttjandet över landet.

Socialdepartementet och Landstingsförbundet fastställde i november 1991 att utredning och behandling av kranskärlssjukdom, total ledplastik i höft- och knäled, operation av gråstarr, operation vid gallstenssjukdom, operation av ljumskbräck, operation av godartad prostataförstoring, kirurgisk behandling av urininkontinens hos kvinnor, kirurgisk behandling av prolaps (framfall) samt utprovning av hörapparat skulle omfattas av garantin. Samtliga de patienter som, enligt de indikationer som anges i Socialstyrelsens Allmänna råd 1991:11, är i behov av vård och behandling skall erbjudas denna inom tre månader. Kan detta inte ske på den egna kliniken skall behandlingen erbjudas hos annan vårdgivare, privat eller offentlig.

För att underlätta vårdgarantins införande utgår ett statligt bidrag till sjukvårdshuvudmännen om 500 mkr år 1992.

Vårdgarantin följs upp och utvärderas av Socialstyrelsen i samarbete med Landstingsförbundet. En första rapport kommer att sammanställas hösten 1992 att utnyttjas inför sjukvårdshuvudmännens ställningstaganden till ett fortsatt vårdgarantisystem.

Landstingsförbundet har kartlagt väntetiderna för de aktuella behandlingarna i månadsskiftet april/maj 1992. Av kartläggningen framgår att antalet väntande på behandling minskat markant under årets första månader och att antalet behandlingar ökat högst väsentligt.

Nästa kartläggning är planerad till månadsskiftet augusti/september.

Parterna kan, mot bakgrund av hittills vunnen kunskap, konstatera att erfarenheterna av vårdgarantin är goda. Parterna finner det därför angeläget att ett rikstäckande vårdgarantisystem, med gemensamma indikationer och möjlighet att remittera patienter över hela landet, bibehålls även efter år 1992.

Landstingsförbundet har, efter att ha tagit del av den första utvärderingen av vårdgarantisystemet, för avsikt att rekommendera sjukvårdshuvudmännen riktlinjer för en fortsatt vårdgaranti under år 1993. De medicinska indikationerna i vårdgarantin skall utarbetas i samråd med Socialstyrelsen.

5 Uppföljning och utvärdering

Enligt den ansvarsfördelning som råder för hälso- och sjukvården är det i första hand sjukvårdshuvudmännens uppgift att följa upp och utvärdera sin verksamhet. Socialstyrelsen har, som tillsynsmyndighet, till uppgift att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården, följa upp och utvärdera densamma i ett nationellt perspektiv samt sprida information och kunskap till berörda aktörer.

Ett intensivt utvecklingsarbete har inletts såväl centralt som lokalt i syfte att förbättra informationsåterföringen inom hälso- och sjukvården och därmed bättre kunna följa upp och utvärdera vårdutnyttjande, utförda prestationer, kostnader och kvalitet.

Ett omfattande arbete återstår dock innan systemen kan ge den information som efterfrågas inte minst i nya styrsystem där finansieringen skiljs från produktionen och där produktionen sker i konkurrens mellan olika vårdgivare, såväl offentliga som privata.

Mot denna bakgrund har parterna enats om att även för år 1993 avsätta medel som syftar till att förbättra informationsförsörjningen och ersätta de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för nationella register för produkt- och kvalitetskontroll. Det förutsätts att Landstingsförbundet har ett nära samarbete med Socialstyrelsen i dessa frågor.

Landstingsförbundet, skall efter samråd med Socialstyrelsen, senast den 1 april 1993 till Socialdepartementet dels redovisa användning och effekter av de medel som avsatts för förbättrad informationsförsörjning i överenskommelsen avseende år 1992, dels redovisa den planerade användningen av de avsatta medlen för år 1993.

6 NORDKEM

NORDKEM har till syfte att främja samarbetet mellan de kliniskt-kemiska sjukhuslaboratorierna i de nordiska länderna. NORDKEM etablerades år 1977 av Nordiska ministerrådet. År 1983 överfördes ansvaret från ministerrådet till nationell nivå i de olika länderna.

Ramavtalet vad gäller NORDKEM gäller tills vidare med en uppsägningstid av ett år per den 31 december.

År 1982 beslöt Spris styrelse att Spri fr.o.m. år 1983 åtog sig att finansiera Sveriges andel av kostnadsramen för NORDKEMs verksamhet genom ianspråktagande av disponibla medel samt att anslaget till NORDKEMs verksamhet inte skulle avräknas mot kostnadsramen för Spri.

Enligt nu gällande avtal mellan staten och Landstingsförbundet om Spri får bidrag till NORDKEM tas från en särskild fond åren 1990 – 1992 (§ 4). Den särskilda fondens tillgångar är tömda vid utgången av innevarande år.

I det avtal mellan staten och Landstingsförbundet avseende Spri som träffades den 18 juni innevarande år har inga särskilda medel till NORDKEM avsatts efter år 1992.

Parterna är överens om att ramavtalet vad avser NORDKEM skall sägas upp senast den 31 december 1992. Staten avser att återkomma till finansieringsfrågan för år 1993 i annat sammanhang.

7 Patientavgifter och högkostnadsskydd

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 har i enlighet med överenskommelsen för år 1991 gjort en uppföljning av hur sjukvårdshuvudmännen utnyttjat avregleringen av avgifterna. Denna har gjorts på basis av en förfrågan till huvudmännen om erfarenheterna av avgiftssystem och högkostnadsskydd som tillämpats av dessa under år 1991.

Sammanfattningsvis framhåller Landstingsförbundet att uppföljningen bl.a. visar att någon egentlig patientreaktion på i vissa fall kraftigt höjda avgifter inte har märkts hos sjukvårdshuvudmännen. Hos de huvudmän som har differentierat avgifterna mellan primärvård och länssjukvård har detta resulterat i eftersträlvade effekter på värdefterfrågan. Några huvudmän har pekat på att vissa patienter kan få höga avgifter under en kort period. Någon huvudman har märkt en tendens till att patienter vill ha längre intervall mellan återbesöken. Som en förklaring till att avgiftshöjningarna inte har föranlett några starka reaktioner anges att gränsen för högkostnadsskydd genomgående har satts relativt lågt av huvudmännen. Många huvudmän har angett att denna gräns uppnås betydligt snabbare nu än med det tidigare statligt reglerade systemet. Flera huvudmän har också angett ett inte obetydligt inkomstbortfall med anledning av allt fler utfärdade frikort.

Hittills under år 1992 har, enligt vad Landstingsförbundet inhämtat, endast smärre förändringar skett av patientavgifterna inom den öppna vården. Bl.a. har nio huvudmän höjt gränsen för högkostnadsskyddet och två huvudmän tillämpar för närvarande maximibeloppet 1 500 kr som gräns för högkostnadsskyddet.

Som tidigare redovisats har riksdagen uttalat sig för en höjning av det maximala egenkostnadstaket för högkostnadsskyddet till 1 600 kr fr.o.m. år 1993, samtidigt som möjligheterna för sjukvårdshuvudmännen att själva bestämma om ett lägre sådant tak ändras så att staten inte får bära några kostnader för detta.

Mot bakgrund av riksdagens uttalande har parterna gemensamt utrett möjligheterna att hitta en administrativt enkel lösning för de sjukvårdshuvudmän som kan komma att besluta om att tillämpa ett lägre tak än 1 600 kr. En sådan lösning skulle kunna utgå från att huvudmannen beträffande läkemedelsavgifter i intervallet mellan det lägre taket och 1 600 kr debiteras ett faktiskt belopp i efterskott genom Apoteksbolaget. Inte bara läkemedelsinköp utan även uteblivna avgifter för vårdbesök på grund av frikort vid besök inom offentlig och privat öppen vård måste med denna lösning registreras tills beloppsgränsen 1 600 kr passerar. Parterna finner att en sådan ordning för att få fram ett korrekt debiteringsunderlag skulle åsamka inte bara Apoteksbolaget, personal på apoteken och vårdgivare utan även de försäkrade ett betydande merarbete och besvär.

Mot denna bakgrund har parterna enats om följande lösning. Parterna utgår från att den nuvarande ordningen i princip bibehålls, men att samtliga sjukvårdshuvudmän fastställer egenkostnadstaket till 1 600 kr. Detta

bygger på att Landstingsförbundet har åtagit sig att utfärda en rekommendation härom. I anslutning härtill avser Landstingsförbundet att informera huvudmännen om möjligheterna för dem att kombinera ett sådant beslut med andra beslut om t.ex. avgiftsnedläggning eller avgiftsbefrielse för särskilt utsatta grupper och/eller periodisering av skyddet avseende vårdavgifter exempelvis per månad eller kvartal. Sådana kompletteringar medför ingen betalningsskyldighet för huvudmännen till staten.

8 Administration av avgifterna för slutna vård

Fr.o.m. den 1 januari 1992 svarar sjukvårdshuvudmännen för debitering och uppbörd av avgifter för sjukhusvård för alla försäkrade som under sjukhusvistelsen uppbär sjuklön, sjuk- eller föräldrapenning. Detta var ett resultat av överenskommelsen mellan parterna om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1992 och var föranledd av införandet av en arbetsgivarperiod på 14 dagar enligt lagen (1991:1047) om sjuklön. Därvid infördes ett ändrat avgiftssystem, som i princip innebär att sjukvårdshuvudmännen under år 1992 får ta ut en högsta avgift på 70 kr per vård dag för ovannämnda kategorier.

Parterna var också ense om att vid en senare tidpunkt pröva om sjukvårdshuvudmännen skall överta administrationen av ålderspensionärens och förtidspensionärens avgifter för landstingskommunal slutna vård från försäkringskassorna och att denna fråga skulle tas upp i överläggningarna avseende ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för tiden efter år 1992.

Vid behandlingen av frågan har parterna konstaterat att under år 1993 kommer på grund av Ädelavgiftsutredningens förslag (SOU 1992:50) så stora förändringar att ske beträffande pensionärernas avgifter och hyresutgifter för sjukhusvård respektive särskilt boende att det inte är lämpligt att nu föra över administrationen av pensionärernas avgifter för sjukhusvård till sjukvårdshuvudmännen.

Parterna har mot denna bakgrund enats om att följande bör gälla för år 1993. Administrationen av pensionärernas avgifter vid sjukhusvård ligger tills vidare kvar hos försäkringskassorna. För att minimera de skillnader som fr.o.m. år 1992 uppstått vid uttag av avgifter vid sjukhusvård är parterna ense om att sjukvårdshuvudmännens avgiftsuttag avseende försäkrade i lägre inkomstintervall med sjuklön, sjukpenning eller föräldrapenning i princip anpassas till de avgiftsregler som gäller för pensionärer. När det gäller uttag av vårdavgift för in- och utskrivningsdag är dock parterna överens om att endast en av dessa skall avgiftsbeläggas och att en motsvarande ändring bör företas i avgiftsreglerna för pensionärer. Landstingsförbundet kommer senare att rekommendera sjukvårdshuvudmännen riktlinjer för vilka avgifter som bör tillämpas vid olika inkomstnivåer. Parterna har mot denna bakgrund enats om att den högsta avgiften per vård dag som huvudmännen får ta ut höjs till 80 kr fr.o.m. år 1993.

9 Utbetalningsregler m.m.

Ersättning enligt punkterna 3a) och 3d) utbetalas av försäkringskassan utan särskild rekvisition månadsvis i efterskott. Ersättning enligt 3b) utbetalas av försäkringskassan med halva beloppet den 1 april resp. den 1 oktober 1993. Övriga ersättningar utges efter särskild rekvisition av försäkringskassan avseende 3c) och i övrigt av Riksförsäkringsverket när villkoren för respektive ersättning är uppfyllda.

Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regeringen och Landstingsförbundets styrelse. De författningsändringar som behövs för genomförandet av överenskommelsen kommer att utarbetas av Socialdepartementet. Erforderliga tillämpningsanvisningar utarbetas av Riksförsäkringsverket i samråd med Landstingsförbundet.

Vidare har parterna träffat en separat överenskommelse om finansieringen av Handikappinstitutet för år 1993 (bilaga 2).

För staten

För Landstingsförbundet

Göran Rådö

Bengt Mollstedt

Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen
för år 1993

Prop. 1992/93:17
Bilaga 1:1

Ändamål	Totalbelopp mkr 1993
1. Allmän sjukvårdsersättning	5 006
2. Ersättning för sjukresor inkl. akuta lufttransporter	1 396
3. Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser	485
4. Ersättning till Handikappinstitutet	51
5. Särskild ersättning för psykoterapeutisk verksamhet	24,5
6. Särskild ersättning för informationsförsörjning och produktkontroll	20
7. Särskild ersättning för handledning av kiropraktorer	1
8. Särskild ersättning för vissa patientöverföringar	1
9. Särskild ersättning för rikssjukvård för HIV-smittade	5,5
10. Särskild ersättning till Centrum för epidemiologi och social analys	5
	6 995

Fördelningen av allmän sjukvårdsersättning för år 1993

Prop. 1992/93:17
Bilaga 1:2

Sjukvårdshuvudman	Mkr 1993
AB	991
C	150
D	154
E	223
F	170
G	98
H	133
K	91
L	160
M	303
N	142
O	171
P	244
R	153
S	170
T	150
U	143
W	174
X	173
Y	157
Z	81
AC	152
BD	159
I	32
MM	152
OG	280
	5 006

Fördelningen av sjukreseersättning inkl. akuta
lufttransporter för år 1993

Prop. 1992/93:17
Bilaga 1:3

Sjukvårdshuvudman	Mkr 1993
AB	276,8
C	36,4
D	31,8
E	45,5
F	47,0
G	38,1
H	54,4
K	23,6
L	39,2
M	53,0
N	31,4
O	42,9
P	65,9
R	42,6
S	60,1
T	44,8
U	29,3
W	51,6
X	45,0
Y	51,0
Z	49,6
AC	81,6
BD	90,1
I	18,2
MM	9,1
OG	37,0
	1 396

Fördelning av särskild ersättning för rehabiliterings- och
behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården för år 1993

Prop. 1992/93:17
Bilaga 1:4

Sjukvårdshuvudman	Mkr 1993
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 1993

I anslutning till 2 § i avtalet den 24 mars 1977 mellan staten och Landstingsförbundet om Handikappinstitutet har parterna träffat följande överenskommelse för år 1993.

1 För Handikappinstitutets finansiering har parterna tillfört institutets fond 51 mkr för 1993 års verksamhet. Beloppet tillförs fonden i enlighet med överenskommelsen om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för år 1993. 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 5 300 000 kr för år 1993 till Sjukvårdshuvudmännens Upphandlingsbolags (SUB) verksamhet.

4 Av Handikappinstitutets fond skall för år 1993 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

Carl-Anders Ifvarsson

Bengt Mollstedt

Proposition	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Propositionens lagförslag	3
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 15 oktober 1992	9
1 Inledning	9
2 Gällande ersättningsregler m.m.	12
2.1 Ersättningssystemet fr.o.m. år 1985	12
2.2 Ersättning och ersättningsbelopp för år 1992	13
2.3 Patientavgifter	14
2.3.1 Öppen hälso- och sjukvård	14
2.3.2 Sluten vård	15
2.4 Villkoren för privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters anslutning till försäkringen m.m.	15
3 Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1993	16
4 Uppföljning och utvärdering	20
5 Avgiftssystemet för sjukhusvård för år 1993	21
5.1 Avgiftsadministrationen	21
5.2 Vissa följdändringar i sjukhusvårdsavdragen för pensionärer	22
6 Ändringar i högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedel	24
7 Vårdgarantin	25
8 Avtalet för NORDKEM	26
9 Vissa ändringar rörande läkemedelsförmånen	26
9.1 Prisnedsättning av läkemedel	26
9.2 Fastställande av pris på läkemedel fr.o.m. år 1993	27
10 Upprättade lagförslag	28
11 Hemställan	28
12 Beslut	28

Bilaga 1

Överenskommelse om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1993	29
--	----

Bilaga 2

Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om finansiering av Handikappinstitutet år 1993	42
--	----

