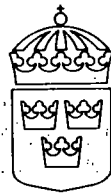


# Regeringens skrivelse

1988/89:153



med redogörelse för en överenskommelse om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1990

Skr.  
1988/89:153

Regeringen bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 18 maj 1989.

På regeringens vägnar

*Kjell-Olof Feldt*

*Bengt Lindqvist*

## Skrivelsens huvudsakliga innehåll

I skrivelsen lämnas en redogörelse för den överenskommelse som träffats med företrädare för sjukvårdshuvudmännen om vissa ersättningar från sjukförsäkringen för år 1990. Överenskommelsen bygger vidare på det system med schabloniserade ersättningar till sjukvårdshuvudmännen som infördes fr.o.m. år 1985.

Den behovsbaserade fördelning av den allmänna sjukvårdsersättningen, som infördes fr.o.m. år 1988, blir fullt genomförd under år 1990. Detta innebär att skillnaden mellan var och en av de tre behovsklasser som sjukvårdsområdena delas in i blir 50 kr. per invånare.

En viktig nyhet är att parterna enats om en gemensam kraftsamling för ökad tillgänglighet och kapacitet i hälso- och sjukvården. För att få incitament till det förändringsarbete som blir nödvändigt för att förkorta vårdköerna införs under år 1990 en särskild ersättning på högst 50 milj. kr. Riktlinjer för fördelning av dessa medel kommer senare att utarbetas gemensamt av parterna.

För att öka tillgången på psykoterapeutisk behandling till rimliga kostnader för den enskilde utges under år 1990 en särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen på 19 milj. kr. som skall fördelas efter särskilda regler. Som villkor för denna ersättning gäller att sjukvårdshuvudmännen genom vårdavtal knyter privat verksamma legitimerade vårdgivare till sin verksamhet.

Den allmänna sjukvårdsersättningen för år 1990 beräknas till 12 778 milj. kr. Totalt beräknas ersättningen till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäk-

ringen uppgå till 14 786 milj. kr. under år 1990. Dessutom utges under året ett särskilt statsbidrag med 176 milj. kr. till den psykiatriska vården. Härvid har även dygnsavgiften för patienter som ligger kvar vid rättspsykiatrisk klinik efter det att socialstyrelsen beslutat om sjukhusplacering höjts från 975 till 2400 kr. Skr: 1988/89:153

Enligt överenskommelsen förutsätts även några mindre ändringar i reglerna för anslutningen av privatpraktiserande läkare till den allmänna försäkringens ersättningssystem.

I överenskommelsen anges också att parterna nu är ense om att arbeta för en överflyttning av huvudmannskapet för sjukresor, ekonomiskt och administrativt, från försäkringskassorna till sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. den 1 januari 1991. Parterna avser att senare under år 1989 träffa en särskild överenskommelse i denna fråga.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 18 maj 1989

Närvarande: statsrådet Feldt ordförande, och statsråden Hjelm-Wallén, Gradin, R. Carlsson, Hellström, Johansson, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist, Thalén, Nordberg, Engström, Freivalds, Wallström, Lööw, Persson

Föredragande: statsrådet Lindqvist

## **Skrivelse med redogörelse för en överenskommelse om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1990.**

### **1 Inledning**

En god hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen är - i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen - övergripande mål för hälso- och sjukvården. Genom den förändring av ersättningarna från den allmänna sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen som genomfördes år 1985 lades en väsentlig grund för en vidareutveckling av hälso- och sjukvårdspolitiken enligt dessa utgångspunkter (prop. 1983/84:190, Sfu31, rskr. 393).

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

Genom den överenskommelse som träffades om ersättningar för åren 1988 och 1989 infördes fr.o.m. år 1988 en behovsbaserad fördelning av den allmänna sjukvårdsersättningen mellan sjukvårdshuvudmännen. Därvid uttalades att en fullt genomförd utjämning borde kunna uppnås fr.o.m. år 1990.

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

Under andra halvåret 1987 utgavs särskilt statligt bidrag till vissa operationer. Bidraget avsågs stimulera till en ökad operationskapacitet och ökad ge-

nomströmning inom de tre vårdområdena gråstarrsoperationer, operationer för nya höftleder och kranskärlsoperationer. Regeringen fastställde den 1 oktober 1987 vissa indikationer och krav som måste vara uppfyllda för att ersättning skulle utgå.

I enlighet med vad som angetts i den proposition som låg till grund för beslutet om den särskilda ersättningen (prop. 1986/87:114, SoU37, rskr. 340) omprövades denna ersättning i samband med förhandlingarna om sjukvårdsersättningarna för åren 1988 och 1989. Härvid fastställdes att den särskilda ersättningen till vissa operationer fr.o.m. år 1988 skulle inordnas i den allmänna sjukvårdsersättningen.

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

Efter överläggningar mellan företrädare för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen har överenskommelse träffats om ersättningarna för år 1990.

Den nu träffade överenskommelsen för år 1990 bygger på de principer som lagts fast i de tre tidigare överenskommelserna, men innehåller också några viktiga förändringar.

Den behovsbaserade fördelningen av den allmänna sjukvårdsersättningen genomförs helt fr.o.m. år 1990. Dessutom tillförs samtliga sjukvårdshuvudmän en lika stor procentuell höjning av denna ersättning. Jag får i anslutning härtill erinra om att den särskilda ersättningen till vissa operationer ingår i den allmänna sjukvårdsersättningen även för år 1990.

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

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

Till detta kommer att staten och företrädare för landstingen för år 1990 har enats om att göra en gemensam kraftsamling för att förkorta vårdköerna. En särskild ersättning på högst 50 milj. kr. införs för olika stimulansåtgärder. Medlen kommer att fördelas efter riktlinjer som parterna gemensamt skall utarbeta. I bilaga 4 till överenskommelsen finns en närmare redovisning av

de insatser som parterna därvid har enats om.

Socialstyrelsen har i skrivelse till regeringen pekat på att sjukvårdshuvudmännens utbyggnad av den psykoterapeutiska verksamheten inte svarar mot behoven och att åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillfredsställande situation. Situationen har skapat problem för många enskilda antingen genom långa väntetider till den offentliga vården eller genom höga kostnader för behandlingar hos privata vårdgivare. Mot denna bakgrund skall, enligt överenskommelsen, under år 1990 en särskild ersättning utges till sjukvårdshuvudmännen på sammanlagt högst 19 milj. kr. att fördelas mellan huvudmännen efter särskilda regler, under förutsättning att huvudmännen genom vårdavtal knyter privata legitimerade vårdgivare till sig som ett komplement till de egna psykoterapeutiska behandlingsresurserna.

I enlighet med överenskommelsen bör också införas en särskild ersättning på totalt högst 2 milj. kr. som efter prövning av Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) lämnas till de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för produktkontrollregister avseende hela landet.

Jag förordar att de i överenskommelsen angivna åtgärderna genomförs på det sätt som redogörs för i det följande. De förslag som jag redovisar förut-sätter inte någon lagändring. Det ankommer således på regeringen att fatta erforderliga beslut. Riksdagen bör beredas tillfälle att ta del av överenskom-melsen genom att den fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 1*. Jag kommer senare att föreslå regeringen att besluta om de förordningsbestäm-melser som behövs för genomförandet.

## 2 Gällande ersättningsregler

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

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

På grundval av en i mars 1984 träffad överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen infördes fr.o.m. år 1985 nya regler för ersättning från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen. I samband härmed infördes också nya regler för anslutningen av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster till sjukförsäkringens ersättningssystem. I enlighet med den senaste överenskommelsen mellan parterna för åren 1988 och 1989 gäller fortfarande - med vissa mindre ändringar - det fr.o.m. år 1985 införda systemet.

## 2.2 Ersättningar och ersättningsbelopp för år 1989

Merparten av ersättningen för år 1989 utges liksom tidigare i form av en *allmän sjukvårdsersättning* till sjukvårdshuvudmännen. Denna ersättning uppgår för år 1989 till 12039 milj. kr. och avser inte bara primärvård och övrig öppen vård, utan även sjukhusvård och sjuktransporter. Fr.o.m. år 1989 har ett nytt avgiftssystem för pensionärer vid sjukhusvård införts. Till följd av att avgifterna för sådan vård därmed inte längre debiteras och uppbärs av sjukvårdshuvudmännen har de fr.o.m. år 1989 tillförts ett belopp som motsvarar den beräknade summan av dessa avgifter. Detta belopp har räknats in i den allmänna sjukvårdsersättningen, som fr.o.m. år 1988 fördelas enligt en behovsbaserad modell mellan sjukvårdshuvudmännen. Sjukvårdshuvudmännen delas därvid in i tre behovsklasser och omfördelningen av ersättningen sker stegvis under åren 1988 och 1989. Slutmålet avsågs bli uppnått fr.o.m. år 1990. Den allmänna sjukvårdsersättningen finansieras delvis genom statsbidraget till allmän sjukvård m.m. på 4 300 milj. kr.

Liksom under de två närmast föregående åren lämnas särskilda ersättningar under år 1989 till sjukvårdshuvudmännen för *avinstitutionalisering*, för *förebyggande hälsovårdande åtgärder* och för *tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade* m.m. De respektive belopp som utges per invånare är 95 kr., 48 kr. samt 85 kr. Av sistnämnda ersättningsbelopp skall 4:10 kr. per invånare avräknas och tillföras en särskild fond för Handikappinstitutets verksamhet. Övergångsvis utges för år 1989 en särskild kompensation till Malmö kommun på 10 milj. kr. för att underlätta anpassningen till den överenskomna omfördelningen av den allmänna sjukvårdsersättningen.

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

Enligt en särskild överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen utges ett *särskilt bidrag till den psykiatriska vården* fr.o.m. år 1982 t.o.m. år 1991. För år 1989 uppgår detta bidrag till 169 milj. kr.

## 2.3 Patientavgifter

Enligt överenskommelsen för åren 1988 och 1989 skall de högsta patientavgifter som sjukvårdshuvudman får ta ut för öppen offentlig sjukvård vara följande fr.o.m. år 1989.

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

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

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

För *sjukhusvård* tas avgift ut av försäkringskassan genom avdrag på sjukpenningen med högst 55 kr. per dag. För pensionärer med hel ålderspension eller hel förtidspension vilka åtnjuter avgiftsfri sjukhusvård under 365 dagar gäller fr.o.m. år 1989 ett motsvarande avgiftssystem. Avgiften utgör räknat per vård dag en tredjedel av utgående pensionsförmåner från den allmänna försäkringen före skatt, dock högst 55 kr. Vårdavgifterna tas ut genom avdrag vid utbetalning av pensionsförmåner av nämnda slag. Dessutom skall befrielse helt eller delvis från avgiften kunna medges efter individuell prövning med hänsyn till pensionärens ekonomiska förhållanden och behov av medel för egen bostad eller för särskilda rehabiliteringsinsatser.

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

En privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast ansluts till sjukförsäkringens ersättningssystem genom att han förs upp på en förteckning hos försäkringskassan. Fr.o.m. år 1985 krävs som huvudregel att sjukvårdshuvudmannen tillstyrker detta. En sådan tillstyrkan sker normalt genom att ett samverkansavtal träffas. Den försöksverksamhet med fri etableringsrätt inom stödområdena A, B och C för privatpraktiker med heltidsverksamhet som samtidigt infördes permanentades fr.o.m. år 1988. En motsvarande förändring företogs då även i fråga om försöksverksamheten med fri ersättningsanslutning över hela landet.

Dessutom har vissa andra smärre förändringar och kompletteringar gjorts i anslutningsreglerna. Det kan bl.a. nämnas att möjligheter har öppnats för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster att tillfälligt vikariera inom den offentliga vården utan att bli avförda från försäkringskassans förteckning. På motsvarande sätt kan offentligt anställda läkare och sjukgymnaster tillfälligt vikariera inom den privata vården. Vidare har ändringar företagits i anslutningsreglerna för sjukgymnaster vid ersättningsetablering i grupp-mottagning så att rätten att få vara ansluten till försäkringen begränsats till den tid som sjukgymnasten arbetar vid en sådan mottagning.

Frågan om läkarpsykoanalytikernas möjligheter att kunna arbeta inom sjukförsäkringens ram med hänsyn till de särskilda förhållanden som gäller för deras verksamhet behandlades i såväl propositionen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1987 (prop. 1985/86:167) som i motsvarande proposition om ersättningar för åren 1988 och 1989 (prop. 1987/88:63). Därvid framhöll min företrädare dels det angelägna i att frågan behandlades på ett positivt sätt i sjukvårdshuvudmännens planering, dels att hon inte då var beredd att föreslå några särskilda regler i fråga om läkarpsykoanalytikernas anslutning till försäkringen, men att hon noga skulle följa utvecklingen inom området. Jag återkommer till denna fråga i avsnitt 6.2.

#### **2.5 Övrigt**

Studeraorganisationernas hälsovård har sedan den 1 juli 1985 varit avskild från den allmänna försäkringens ersättningssystem genom att ett nytt system med statsbidrag då infördes för denna verksamhet. Ett nytt ersätt-

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

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

Den 1 juli 1988 förändrades ersättningsreglerna för de organisationer som med socialstyrelsens tillstånd bedriver rådgivning avseende födelsekontrollerande verksamhet. Dessa får genom ändringen inte längre någon ersättning direkt från försäkringen. Studerandeorganisationerna får i stället ersättningen genom statsbidrag, medan övriga organisationer får ersättning enligt vårdavtal med sjukvårdshuvudmännen.

Fr.o.m. år 1989 utges heller inte någon ersättning direkt från försäkringen till de enskilda sjukvårdsinrättningar som är uppförda på en av riksförsäkringsverket upprättad förteckning. Dessa s.k. förteckningssjukhus förutsätts träffa vårdavtal med sjukvårdshuvudmännen om bl.a. de ersättningsbelopp som skall lämnas från sjukvårdshuvudmännen till vårdinrättningarna. Riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn och Tranås omfattas dock inte av denna förändring.

### 3 Allmänna utgångspunkter för den nya överenskommelsen med sjukvårdshuvudmännen

Som grund för den överenskommelse som träffades hösten 1987 för åren 1988 och 1989 uppställde parterna gemensamt vissa utgångspunkter för hälso- och sjukvårdens utveckling. Dessa utgångspunkter skulle ange inriktningen av den hälso- och sjukvårdspolitik som borde föras under de närmaste åren. Utgångspunkterna finns även återgivna i den proposition som grundades på nämnda överenskommelse (prop. 1987/88:63).

Parterna är överens om att de utgångspunkter som angetts i den senaste överenskommelsen skall gälla även med avseende på överenskommelsen för år 1990. Det har därför inte funnits skäl att upprepa dessa i den nya överenskommelsen.



Mot den bakgrund som jag tidigare redovisat vad gäller utvecklingen av ersättningssystemet fr.o.m. år 1990 är det tillfredsställande att den behovsbase-  
rade fördelningen av den allmänna sjukvårdsersättningen blir helt genom-  
förd fr.o.m. år 1990. Dessutom sker en generell höjning av denna ersättning  
till alla sjukvårdshuvudmän med sammanlagt 648 milj. kr.

I anslutning härtill får jag särskilt framhålla att vid fastställandet av den  
allmänna sjukvårdsersättningen har hänsyn tagits till att sjukvårdshuvud-  
männen åtagit sig att tillhandahålla insulinpumpar på motsvarande sätt som  
handikapphjälpmedel. Detta innebär att de diabetiker som kan tillgodogöra  
sig behandling med detta hjälpmedel, efter framställning, skall kunna få till-  
gång till en sådan pump av sin sjukvårdshuvudman.

Vid fastställandet av nämnda ersättning har hänsyn också tagits till att  
sjukvårdshuvudmännen åtagit sig dels att successivt bygga ut en taltjänst för  
personer med röst-, tal- och språkrubbningar, dels en etappvis utökning av  
ansvaret för personer som avlidit utanför sjukhus i fråga om dödsbevis, kli-  
niska obduktioner m.m. En närmare redovisning av det sistnämnda åtagan-  
det finns intagen som bilaga 3 till överenskommelsen.

Överenskommelsen för år 1990 innehåller en viktig nyhet i strävandena  
att ytterligare förbättra tillgänglighet och kapacitet i hälso- och sjukvården.  
Staten och Landstingsförbundet har kommit överens om att ett antal åtgär-  
der skall vidtas för en gemensam kraftsamling. Vid samtliga sjukhus i landet  
skall situationen i fråga om klinikfärdiga patienter, väntelistor och operatio-  
ner m.m. kontinuerligt belysas inom vissa specialiteter. Särskild expertis  
skall kunna anlitas av sjukvårdshuvudmännen för att hjälpa till att lösa pro-  
blemen. För ett konstruktivt genomförande av de olika åtgärderna fordras  
att berörda vårdenheter och landsting aktivt medverkar i framtagande av un-  
derlag för analyser, medverkar i den fortsatta dialogen samt är beredda att  
göra nödvändiga omprioriteringar. Kliniker och personalgrupper som gjort  
särskilt förtjänstfulla insatser skall kunna ges stimulans i form av t.ex. stipen-  
dier från sjukvårdshuvudmännen. För att få incitament till förändringsarbe-  
tet införs en särskild ersättning på 50 milj. kr. Medlen, som skall sökas av  
sjukvårdshuvudmännen, kan användas till konsulter, information, utbild-  
ning, försöksverksamhet m.m. Närmare riktlinjer för fördelning av dessa  
medel kommer att utarbetas gemensamt av parterna. Socialstyrelsen svarar  
för uppföljning och utvärdering av effekterna av insatta åtgärder. Det förut-  
sätts att sjukvårdshuvudmännen svarar för genomförandet av åtgärdsförsla-  
gen och därmed sammanhängande kostnader. Innehållet i denna gemen-  
samma kraftsamling finns redovisad i bilaga 4 till överenskommelsen.

Vidare vill jag understryka att parterna är överens om att vad som tidigare  
överenskommits för att öka kapaciteten i fråga om vissa operationer inom  
sjukvården också skall gälla för år 1990. Det gäller här indikationer för vård-  
planeringslistor och prioriteringar enligt vad som framgår av bilaga 2 till  
överenskommelsen. För att en planerad utvärdering av effekterna skall  
kunna ske anges i överenskommelsen att huvudmännen skall redovisa anta-  
let utförda operationer inom de berörda områdena till socialstyrelsen senast

den 31 januari 1990.

En annan väsentlig nyhet i överenskommelsen för år 1990 är den särskilda ersättning som skall lämnas till sjukvårdshuvudmännen för att öka tillgången på psykoterapeutisk behandling till rimliga kostnader för de försäkrade. För att samtliga sjukvårdshuvudmän skall kunna få ett reellt tillskott till denna verksamhet utgår ersättningen dels som ett grundbelopp, dels som ett invånarrelaterat belopp. Huvudvillkoret för att erhålla denna ersättning är att sjukvårdshuvudmännen genom vårdavtal knyter legitimerade privatpraktiserande vårdgivare till den psykoterapeutiska verksamheten, t.ex. psykoterapeuter, psykologer och läkarpsykoanalytiker. Detta villkor motiveras av att sjukvårdshuvudmännens utbyggnad av detta område inte kommit att svara mot de faktiska behoven, vilket socialstyrelsen framhållit för regeringen. Bl.a. detta har medfört att en betydande del av det psykoterapeutiska behandlingsbehovet kommit att erbjudas i form av privat verksamhet, något som tyvärr ofta medfört höga kostnader för den enskilde. Det är därför - enligt min bedömning - angeläget att staten tillfälligt ger ett ekonomiskt stöd till denna verksamhet för att öka tillgången på dessa behandlingar till kostnader som den försäkrade kan betala och som dessutom räknas in under det s.k. högkostnadsskyddet.

Ytterligare en nyhet i den nu träffade överenskommelsen är den särskilda ersättning som införs för de sjukvårdshuvudmän som åtagit sig att svara för nationella produktkontrollregister. Över en framställning om sådan ersättning skall yttrande avges av Spri. Riksförsäkringsverket svarar för utbetalning av ersättningen.

Ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen för år 1990 skall mot denna bakgrund sammanfattningsvis vara följande.

a) *Allmän sjukvårdsersättning* avseende såväl öppen som sluten vård. Ersättningen fördelas enligt den behovsmodell som tidigare beskrivits. Den stegvisa omfördelningen når som planerats slutmålet år 1990. Sammantaget utges allmän sjukvårdsersättning med 12 778 milj. kr. för år 1990. Fördelningen av den allmänna sjukvårdsersättningen mellan huvudmännen framgår av bilaga 1:2 till överenskommelsen.

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

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

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

d) För sjukvårdshuvudmännens tillhandahållande av *hjälpmedel till handikappade* utges hjälpmedelsersättning med 85 kr. per invånare och år. Av hjälpmedelsersättningen skall ett belopp motsvarande 4,30 kr. per invånare för år 1990 tillföras en särskild fond för Handikappinstitutets verksamhet m.m.

e) För åtgärder avseende en gemensam *kraftsamling för ökad tillgänglighet och kapacitet* inom hälso- och sjukvården utges ersättning med sammanlagt

högst 50 milj. kr. Riktlinjer för fördelning av dessa medel skall utarbetas gemensamt av parterna. Efter beslut om fördelning av medlen sker utbetalningarna genom riks försäkringsverket.

f) För att möjliggöra för sjukvårdshuvudmännen att öka tillgången på *psykoterapeutiska* behandlingsresurser utges en särskild ersättning med totalt högst 19 milj. kr. för år 1990. Ersättningen, som skall fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen, utges dels med 250 000 kr. per huvudman, dels med 1,50 kr. per invånare och lämnas efter särskild rekvisition av riks försäkringsverket på grundval av vårdavtal med privata vårdgivare som sjukvårdshuvudmännen träffar och socialstyrelsen godkänner.

g) För de sjukvårdshuvudmän som för nationella *produktkontrollregister* utges ersättning med sammanlagt högst 2 milj. kr. per år. Spri yttrar sig över frågan om ersättning, som efter beslut utbetalas av riks försäkringsverket.

Enligt en särskild överenskommelse mellan statens förhandlingsnämnd och företrädare för Landstingsförbundet skall ett *särskilt bidrag utges till den psykiatriska vården* fr.o.m. år 1982 t.o.m. år 1991. Bidraget är 169 milj. kr. för år 1989. För år 1990 bör bidraget vara 176 milj. kr. med fördelning mellan sjukvårdshuvudmännen enligt speciella regler. Överenskommelsen härom fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 2*.

Den totala ekonomiska omfattningen av överenskommelsen om ersättning från sjukförsäkringen för år 1990 framgår av följande sammanställning.

Ändamål	Totalbelopp milj. kr.
1. Allmän sjukvårdsersättning	12 778
2. Ersättning för avinstitutionalisering 95 kr./invånare	807
3. Ersättning för förebyggande åtgärder 48 kr./invånare	408
4. Ersättning för tillhandahållande av hjälpmedel 85 kr./invånare	722
5. Särskild ersättning för ökad tillgänglighet och kapacitet i hälso- och sjukvården	50
6. Ersättning för psykoterapeutisk verksamhet	19
7. Ersättning till register för produktkontroll	2
	<hr/> 14 786

Överenskommelsen innebär i förhållande till ersättningarna för år 1989 att det totala ersättningsbeloppet år 1990 ökar med 831 milj. kr. De invånarrelaterade ersättningarna som utges med oförändrade belopp per invånare år 1990 beräknas till följd av den förhållandevis kraftiga befolkningsökningen under de senaste åren stiga med sammanlagt 31 milj. kr.

Ersättningarna skall liksom tidigare i huvudsak utges från den allmänna sjukförsäkringen. I denna ingår också ett särskilt statsbidrag. I årets budgetproposition (prop. 1988/89:100, bil. 7) har för budgetåret 1989/90 under punkt E 16. Bidrag till allmän sjukvård m.m. tagits upp ett förslagsanslag på 4 556 682 000 kr. I avvaktan på resultatet av de nu slutförda överläggningarna med företrädare för sjukvårdshuvudmännen har anslagsberäkningen gjorts med utgångspunkt från att det särskilda bidraget skall utges med oförändrat belopp på 4 300 milj. kr. för år 1990. Utbetalningen från nämnda förslagsanslag följer de allmänna utbetalningsreglerna för den allmänna sjukvårdserättningen, vilket innebär att sjukvårdshuvudmännen uppstår ersättningen månadsvis i efterskott.

Från nämnda förslagsanslag finansieras också det särskilda statsbidraget till den psykiatriska vården. Även för detta har anslagsberäkningarna i årets budgetproposition gjorts med utgångspunkt från ersättningens storlek för år 1989, som är 169 milj. kr. Eftersom bidraget skall uppgå till 176 milj. kr. för år 1990 kommer utgiften att öka med 3,5 milj. kr. för budgetåret 1989/90. Belastningen under förslagsanslaget E 16. Bidrag till allmän sjukvård m.m. kan därför nu beräknas uppgå till sammanlagt 4 560 182 000 kr. för nästa budgetår.

Överenskommelsen innebär att belastningen av förslagsanslaget D 1. Bidrag till sjukförsäkringen ökar med 62 milj. kr. under budgetåret 1989/90 i förhållande till vad som beräknades i årets budgetproposition.

## 5 Patientavgifter för öppen vård m.m.

Ett av de viktigaste syftena med den allmänna sjukförsäkringen är att den skall vara ett skydd mot höga sjukvårdskostnader för de försäkrade. Ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen är därför förknippade med bestämmelser om de högsta patientavgifter som får tas ut av de försäkrade för öppen vård. För de till försäkringen anslutna privatpraktiserande vårdgivarna finns motsvarande bestämmelser intagna i respektive vårdgivartaxa.

Som ett resultat av överenskommelsen avseende ersättning till sjukvårdshuvudmännen för åren 1988 och 1989 höjdes de patientavgifter som offentlig sjukvårdshuvudman högst får ta ut för öppen hälso- och sjukvård till följande belopp fr.o.m. år 1989.

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

Parterna har enats om att nämnda avgiftsnivåer skall gälla även för år 1990.

Jag vill i anslutning till detta framhålla att parterna i den senaste och allmänt gällande överenskommelsen enades om att göra en översyn av avgiftssystemet beträffande bl. a. avgiftsnivåer, högkostnadsskydd och statlig reglering. I det översynsarbete som nu fullgjorts har bl. a. ingått att studera effekterna av den inom Örebro läns landsting bedrivna försöksverksamheten med

enhetliga patientavgifter inom offentlig öppen hälso-och sjukvård. För att få ytterligare underlag till ett ställningstagande om eventuella förändringar och förenklingar i avgiftssystemet, är parterna nu överens om att denna försöksverksamhet - i enlighet med en framställning från Örebro läns landsting - bör kunna utökas till att avse även de s.k. remissbesöken, dock med undantag för de besök som är föranledda av ett akut vårdbehov. Till de s.k. remissbesöken räknas också besök efter remiss från privatpraktiserande läkare, läkare inom företagshälsovård, studerandehälsovård och läkare som har vårdavtal med landstinget. Denna utvidgning av försöksverksamheten torde - i enlighet med överenskommelsen - kunna genomföras redan fr.o.m. den 1 juli 1989.

I övrigt skall de särskilda villkor gälla angående rätten att ta ut avgifterna som följer av den nuvarande lydelsen av förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Jag vill i anslutning härtill även meddela att jag kommer att föreslå regeringen att de högsta patientavgifter som får tas ut av privatpraktiserande läkare som är anslutna till sjukförsäkringssystemet höjs med 10 kr. per besök fr.o.m. den 1 juli 1989.

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

### 6.1 Anslutningsreglerna för privatpraktiserande vårdgivare

Med hänsyn till de stora förändringar som företogs i ersättningsystemet fr.o.m. år 1985 bedömdes det vara naturligt att den verksamhet som bedrevs av privatpraktiserande vårdgivare med anslutning till den allmänna försäkringen samordnades med sjukvårdshuvudmännens verksamhet. En sådan skyldighet att samplanera finns också inskriven i hälso- och sjukvårdslagen.

Reglerna för privatpraktikers anslutning till sjukförsäkringssystemet utformades bl.a. med denna utgångspunkt. Fr.o.m. år 1985 gäller därför som huvudregel att försäkringskassan inte får föra upp en ny privatpraktiker på försäkringskassans förteckning över anslutna vårdgivare om inte sjukvårdshuvudmannen tillstyrker detta. Denna tillstyrkan förutsattes normalt ske genom att samverkansavtal träffades mellan sjukvårdshuvudmannen och den enskilde vårdgivaren. För att få till stånd en jämnare regional fördelning av de privata vårdresurserna infördes på försök fri anslutning till försäkringen vid etablering av privatpraktik inom stödområdena A, B och C. Försöksvis infördes också över hela landet rätt för heltidsverksamma privatpraktiker som övertar en befintlig praktik (ersättningsetablering) att få anslutning till försäkringen utan krav på tillstyrkan av sjukvårdshuvudmannen.

Fr.o.m. år 1988 gäller att den tidigare försöksverksamheten med fri anslutning för privatpraktiker till försäkringen inom stödområdena A, B och C har avslutats och att reglerna har fastställts att gälla tills vidare. Några ändringar i dessa särbestämmelser bedöms inte vara motiverade för år 1990. Parterna är också överens om att uppmana sjukvårdshuvudmännen även utanför dessa stödområden att liksom tidigare tillämpa motsvarande synsätt vid ny-

etablering av heltidsverksamma privatpraktiker inom läkarglesa delar av respektive landstingsområde.

När det däremot gäller de fr.o.m. år 1988 gällande bestämmelserna om fri ersättningsetablering över hela landet anser parterna, mot bakgrund av resultatet av det utredningsarbete som bedrivits gemensamt av Landstingsförbundet och Sveriges Läkarförbund i syfte att åstadkomma en bättre rekrytering av privatläkare över landet m.m., att dessa bör ändras i några avseenden för år 1990.

Enligt nuvarande regler vid ersättningsetablering, dvs. när en läkare övertar en praktik från en läkare som är ansluten till försäkringen, gäller att försäkringskassan inte kan ta hänsyn till vad sjukvårdshuvudmannen framfört i sitt yttrande till kassan, t.ex. vad gäller den tillträdande läkarens specialitet. Härigenom kan således en bristande samordning uppkomma i förhållande till fattade beslut inom planeringen av hälso- och sjukvården.

För att förhindra sådana konsekvenser av regelsystemet är det därför, enligt min bedömning, rimligt att fri ersättningsetablering begränsas till de fall då avgående och tillträdande privatpraktiker är verksamma inom samma specialitet. Annan ersättningsetablering bör prövas i enlighet med vad som sker vid anslutning, dvs. med krav på tillstyrkan av sjukvårdshuvudman och därmed sammanhängande samverkansavtal.

Vid ersättningsetablering som föranleds av att privatläkare pensionerar sig och som avser övertagande av befintlig praktik med tillhörande mottagning, patientregister m.m. är det motiverat, inte minst av hänsyn till patienterna, att den avgående och tillträdande läkaren under kortare tid skall kunna arbeta parallellt med varandra på mottagningen, varvid båda således bör få vara anslutna till försäkringssystemet. Som villkor härför bör dock gälla att den avgående läkaren skall ha fyllt 65 år, att läkarna får arbeta samtidigt på mottagningen övergångsvis under högst ett år samt att det sammanlagda besöksantalet för läkarna under verksamhetsåret därvid inte får överstiga 6000 besök.

I anslutning till detta kan jag med tillfredsställelse notera att Landstingsförbundet och Sveriges Läkarförbund har enats om ett utvidgat lokalt samråd mellan sjukvårdshuvudmännen och representanter för de privata vårdgivarna som ett led i huvudmännens övergripande planering av vården. Det till Läkarförbundet knutna servicebolaget Praktikkonsult AB har erbjudit sig att informera och förmedla uppgifter m.m. samt verka för att framtida ny- och/eller ersättningsetablering i respektive län sker i enlighet med de av sjukvårdshuvudmannen redovisade riktlinjerna.

Landstingsförbundet och Läkarförbundet har också enats om att i de fall en sjukvårdshuvudman behöver komplettera sin verksamhet med kapacitet för sådana specialiståtgärder som inte ryms i läkarvårdstaxan, detta lämpligen kan ske i form av vårdavtal mellan läkaren och huvudmannen.

Socialstyrelsen har i en skrivelse till regeringen under hösten 1987 framhållit att sjukvårdshuvudmännens utbyggnad av den psykoterapeutiska verksamheten inte svarar mot behoven och att åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillfredsställande situation. Bl.a. detta har enligt socialstyrelsen medfört att en betydande del av det psykoterapeutiska behandlingsbehovet kommit att erbjudas i form av privat verksamhet med höga kostnader för den enskilde som följd, såvida inte behandlingen skett hos en försäkringsansluten vårdgivare. Som en konsekvens av detta är väntetiderna långa både till sjukvårdshuvudmännens psykoterapeutiska öppenvårdsmottagningar och till försäkringsanslutna psykoterapeuter och psykoanalytiker.

Jag har mot denna bakgrund gjort den bedömningen att speciella åtgärder måste vidtas för att snabbt öka tillgången på av sjukförsäkringen subventionerad psykoterapeutisk behandling för de försäkrade. Med hänsyn till det betydande utbudet av privat sådan verksamhet är det, enligt min uppfattning, ändamålsenligt att förorda en lösning som innebär att dessa vårdgivare vid behov kan knytas till sjukvårdshuvudmännens verksamhet genom vårdavtal. En sådan lösning innebär dels att varje sjukvårdshuvudman själv får avgöra i vilken utsträckning vårdavtal skall träffas, dels att de försäkrade i dessa fall får betala avgift motsvarande vad som gäller inom offentlig vård samtidigt som behandlingen omfattas av det s.k. högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedel.

Det är därför, enligt min bedömning, tillfredsställande att parterna nu genom överenskommelsen har enats om ett sådant utformat ekonomiskt stöd till denna verksamhet på sammanlagt högst 19 milj. kr. för år 1990. För att garantera alla sjukvårdshuvudmän en rimlig andel av detta stöd skall beloppet fördelas dels med ett grundbelopp som är lika stort för alla, dels med ett belopp i förhållande till antalet invånare. Som villkor för ersättning gäller dock, som jag förut angivit, att sjukvårdshuvudmannen träffar vårdavtal med legitimerade privata vårdgivare och att dessa vårdavtal godkänns av socialstyrelsen. Dessutom skall gälla att denna försäkringsersättning helt skall täcka arvudet till vårdgivaren med undantag för gällande patientavgift. Med hänsyn till den speciella utformningen av denna ersättning bör utbetalningarna göras av rikförsäkringsverket.

Av överenskommelsen framgår också hur dessa vårdavtal bör utformas. Det är angeläget att socialstyrelsen även i fortsättningen följer utvecklingen inom detta område och vid behov rapporterar om denna till regeringen.

Beträffande privatpraktiserande läkares anslutning till sjukförsäkringens ersättningsystem gäller att en läkare som är anställd hos sjukvårdshuvudman med lägst 17 timmars veckoarbetstid inte får vara försäkringsansluten. För kategorin läkarpsykoanalytiker kan detta medföra problem, eftersom det inte är möjligt att kombinera en önskad halvtidstjänstgöring hos en sjukvårdshuvudman med verksamhet som privatpraktiker. Min företrädare har tagit upp detta problem i anslutning till de två senaste

träffade överenskommelserna med sjukvårdshuvudmännen. Jag kan därvid konstatera att parterna nu är överens om att sjukvårdshuvudmännen, för att

underlätta läkarpsykoanalytikernas möjligheter till kombinerad verksamhet, aktivt skall verka för att via vårdavtal möjliggöra detta. Parterna skall också gemensamt följa utvecklingen på detta område och, om så bedöms nödvändigt, kommer frågan att tas upp i anslutning till nästa överläggning för att ytterligare underlätta berörda läkares situation.

## 7 Huvudmannskapet för sjukresor

Det finns ett starkt samhällsintresse av att de genom offentliga medel subventionerade transporterna av äldre, sjuka och handikappade samordnas bättre än vad som sker i dag. Huvudorsaken till den bristande samordningen är att transporterna har olika huvudmän. I grova drag gäller att staten svarar för ersättningen av sjukresorna, kommunerna för färdtjänsten samt landsingen och kommunerna gemensamt för de kollektiva färdmedlen. Denna splittring medför att ett system kan motverka ett annat och att möjligheterna att uppnå samordningsvinster, t.ex. genom samåkning, är mycket begränsade. Till detta kommer att det förestående avregleringen av taxinäringen den 1 juli 1990 med denna splittring kan resultera i oönskade kostnadseffekter för transporterna av äldre, sjuka och handikappade.

Mot denna bakgrund har frågan om ett överförande av det administrativa och ekonomiska ansvaret för sjukresorna från försäkringskassorna till landsingen diskuterats sedan början 1980-talet. Vid 1987 års överläggningar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen var frågan föremål för diskussion, men parterna fann därvid att någon ändring av den gällande ordningen inte var aktuell.

Jag kan därför med tillfredsställelse konstatera att parterna, genom den nu träffade överenskommelsen, enats om att ta upp överläggningar i syfte att träffa en särskild överenskommelse om överflyttning av huvudmannskapet för sjukresorna ekonomiskt och administrativt till sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1991. Eftersom ett ändrat huvudmannskap för sjukresorna kräver lagändringar avser jag, om en överenskommelse kan träffas, att återkomma till regeringen med förslag om att förelägga riksdagen en proposition i frågan.

## 8 Hemställan

Jag hemställer att regeringen bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad jag har anfört om den träffade överenskommelsen om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen och därmed sammanhängande frågor.

## 9 Beslut

Regeringen beslutar i enlighet med föredragandens hemställan.



## LANDSTINGSFÖRBUNDET

1989-04-20

**Överenskommelse om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för år 1990**

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

**1 Nuvarande ersättningsbelopp**

Följande ersättningar utges till sjukvårdshuvudmännen enligt nu gällande överenskommelse för år 1989.

- a) *Allmän sjukvårdsersättning* avseende såväl öppen som sluten vård med 12 039 milj.kr.
- b) För *avinstitutionalisering* inom hälso- och sjukvården 95 kr. per invånare.
- c) För att utveckla *förebyggande åtgärder* inom hälso- och sjukvården 48 kr. per invånare.
- d) För sjukvårdshuvudmännens tillhandahållande av *hjälpmedel för handikappade* 85 kr. per invånare. Av hjälpmedelsersättningen skall ett belopp motsvarande 4,10 kr. per invånare tillföras en särskild fond för handikappinstitutets verksamhet m.m.
- e) Övergångsvis utges för år 1989 en särskild kompensation till Malmö kommun med 10 milj.kr. för att underlätta anpassningen till den överenskomna omfördelningen av den allmänna sjukvårdsersättningen.

Totalt utges till sjukvårdshuvudmännen ersättningar från sjukförsäkringen och bidrag till allmän sjukvård enligt punkterna a)-e) med ca 13 955 milj.kr. för år 1989.

**2 Ersättningar för år 1990**

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

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är värd på lika villkor för hela befolkningen ett grundläggande mål för hälso- och sjukvården. Vidare anges i lagen att hälso- och sjukvården skall planeras med utgångspunkt i befolkning-

ens behov av hälso- och sjukvård. I enlighet med de riktlinjer som riksdagen har antagit för hälso- och sjukvårdspolitiken innebär detta bl.a. att metoderna för behovsbaserad resursfördelning bör vidareutvecklas såväl vad avser fördelningen av statliga bidrag mellan olika landsting som vid fördelning av resurser inom skilda landsting.

Vid riksdagsbehandlingen av den förändring av ersättningsystemet som genomfördes år 1985 gav riksdagen regeringen i uppdrag att beakta fördelningsfrågan med avseende på skillnader i vårdbehov vid kommande sjukvårdsförhandlingar. Skillnader i vårdbehov är betingade dels av olikheter i åldersfördelningen mellan olika sjukvårdsområden, dels av olikheter i den socioekonomiska befolkningsstrukturen.

I enlighet med denna strävan är parterna enligt 1987 års överenskommelse ense om att den allmänna sjukvårdersättningen bör fördelas efter en modell där sjukvårdsområdena delas i tre behovsklasser med hänsyn till dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspensionering, samt andel ensamboende äldre. Mellan var och en av behovsklasserna skall skilja 50 kr. per invånare. Omfördelningen av den allmänna sjukvårdersättningen mellan huvudmännen har skett stegvis under åren 1988 och 1989. Slutmålet skall uppnås år 1990.

För att nå detta mål bör 91 milj.kr. av den totala höjningen av den allmänna sjukvårdersättningen för år 1990 på 739 milj.kr. tas i anspråk för detta. Återstoden, 648 milj.kr., fördelas andelsmässigt lika mellan sjukvårdshuvudmännen så att skillnaden på 50 kr. mellan behovsklasserna bibehålls.

Vid fastställandet av den allmänna sjukvårdersättningen har fr.o.m. år 1990 hänsyn tagits till att sjukvårdshuvudmännen tillhandahåller insulinpumpar på motsvarande sätt som handikapphjälpmedel samt svarar för en successiv utbyggnad av en taltjänst för personer med röst-, tal- och språkstörningar enligt den modell som bedrivits som försöksverksamhet i Uppsala läns landsting under åren 1986-1988.

Parterna har behandlat frågan om ökat ansvar för sjukvårdshuvudmännen att omhänderta personer som avlidit utanför sjukhus. Parterna är ense om att pröva en etappvis utökning av sjukvårdshuvudmännens åtaganden inom detta område i enlighet med vad som framgår av bilaga 3.

Frågan om ett överförande av det ekonomiska och administrativa ansvaret för sjukresorna från försäkringskassorna till sjukvårdshuvudmännen diskuterades vid 1987 års överläggningar, men ledde då inte till någon ändring av den gällande ordningen. Parterna avser att senare under år 1989 träffa en särskild överenskommelse om en överflyttning av huvudmannskapet för denna försäkringsförmån ekonomiskt och administrativt till sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. den 1 januari 1991.

För att öka tillgången på psykoterapeutisk behandling till rimliga kostnader för den enskilde utges under år 1990 en särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen på sammanlagt 19 milj.kr. Ersättningen bör utges med ett grundbelopp på 250 000 kr. per huvudman och dessutom med 1,50 kr. per invånare. Som villkor för denna ersättning gäller att sjukvårdshuvudmännen genom vårdavtal knyter privat verksamma legitimerade vårdgivare som ett komplement till de egna psykoterapeutiska vårdresurserna.

Sedan år 1987 har staten givit sjukvårdshuvudmännen bidrag för att dessa

skall förkorta väntetiderna till behandling för grå starr, höftledsproblem samt kranskärslssjukdom. Under andra halvåret 1987 utgavs bidraget som ett belopp per meroperation inom de aktuella områdena. Fr.o.m. år 1988 har bidraget inkluderats i den allmänna sjukvårdsersättningen. Såväl antalet kranskärslangiografier som antalet kranskärslsinterventioner har ökat med ca 25 procent mellan åren 1987 och 1988. Operationerna mot grå starr har ökat med ca 6 procent mellan nämnda år inom de 22 områden som lämnat redovisning. Antalet höftledsplastiker har minskat med ca 3 procent i de 17 områden som lämnat redovisning.

För att ytterligare förbättra tillgänglighet och kapacitet i hälso- och sjukvården har parterna i enlighet med vad som anges i en särskild promemoria som finns redovisad som bilaga 4, enats om gemensam kraftsamling. För ett konstruktivt genomförande av de i promemorian redovisade ambitionerna fordras att berörda vårdenheter och landsting aktivt medverkar i framtagande av underlag för analyser, medverkar i den fortsatta dialogen samt är beredda att göra nödvändiga omprioriteringar. För de olika åtgärder som ansetts erforderliga för detta har under år 1990 införts en särskild ersättning på 50 milj. kr. Riktlinjer för fördelning av dessa medel kommer att utarbetas gemensamt av företrädare för staten och landstingen.

Parterna är vidare överens om att vad som tidigare överenskommit för att öka kapaciteten i fråga om vissa operationer inom sjukvården också skall gälla för år 1990 vad gäller indikationer för vårdplaneringslistor och prioriteringar enligt den lydelse som framgår av bilaga 2. För att en utvärdering av effekterna skall kunna ske skall huvudmännen redovisa antalet utförda operationer inom de berörda områdena till socialstyrelsen senast den 31 januari 1990.

Till de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för produktkontrollregister avseende hela landet utges, efter prövning av Spri, en särskild ersättning med sammanlagt högst 2 milj. kr.

Ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen för år 1990 skall mot denna bakgrund vara följande.

a) *Allmän sjukvårdsersättning* avseende såväl öppen som sluten vård. Ersättningen fördelas enligt den behovsmodell som tidigare beskrivits. Den stegvisa omfördelningen når slutmålet år 1990. Sammantaget utges allmän sjukvårdsersättning med 12 778 milj.kr. för år 1990. Fördelningen av den allmänna sjukvårdsersättningen mellan huvudmännen framgår av bilaga 1:2.

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

b) För att underlätta *avinstitutionisering* inom hälso- och sjukvården utges ersättning med 95 kr. per invånare och år.

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

d) För sjukvårdshuvudmännens *tillhandahållande av hjälpmedel till handikappade* utges hjälpmedelsersättning med 85 kr. per invånare och år. Av hjälpmedelsersättningen skall ett belopp motsvarande 4:30 kr. per invånare

för år 1990 tillföras en särskild fond för handikappinstitutets verksamhet m.m.

Skr. 1988/89:153

e) För åtgärder med anledning av vad som angivits i bilaga 4 om en gemensam *kraftsamling för ökad tillgänglighet och kapacitet* i hälso- och sjukvården utges en särskild ersättning med högst 50 milj. kr. Riktlinjer för fördelning av dessa medel kommer senare att utarbetas gemensamt av parterna.

f) För att möjliggöra för sjukvårdshuvudmännen att öka tillgången på psyko-terapeutiska behandlingsresurser utges en särskild ersättning med totalt 19 milj.kr. för år 1990. Ersättningen utges till sjukvårdshuvudmännen dels med 250 000 kr. per huvudman, dels med 1,50 kr. per invånare och lämnas efter särskild rekvisition på grundval av vårdavtal som sjukvårdshuvudmännen träffat med privata vårdgivare.

g) För de sjukvårdshuvudmän som för produktkontrollregister kan ersättning utges med sammanlagt högst 2 milj.kr. per år. Spri prövar frågan om ersättning.

### *Anmärkning*

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

Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen framgår av bilaga 1:1. Totalt beräknas ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen enligt punkterna a)-g) till 14 786 milj.kr. för år 1990.

### **3 Patientavgifter**

Liksom för år 1989 får offentlig sjukvårdshuvudman för öppen hälso- och sjukvård ta ut patientavgifter med högst följande belopp fr.o.m. den 1 januari 1990.

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

I den senaste överenskommelsen anges att parterna skall göra en översyn av avgiftssystemet beträffande bl.a. avgiftsnivåer, högkostnadsskydd och statlig reglering. I det översynsarbete som fullgjorts har bl.a. ingått att studera effekterna av den inom Örebro läns landsting bedrivna försöksverksamheten med enhetliga patientavgifter inom offentlig öppen hälso- och sjukvård. Bestämmelserna härom finns intagna i förordning (1986:21) och gäller till utgången av år 1991. För att få ytterligare underlag för ett ställningstagande om eventuella förändringar i avgiftssystemet är parterna överens om att denna försöksverksamhet - i enligt med en framställning från Örebro läns landsting - bör kunna utökas till att avse även de s.k. remissbesöken. Denna utvidgning av försöksverksamheten bör dock kunna träda i kraft redan fr.o.m. den 1 juli 1989.

#### 4.1 Öppen vård

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

Fr.o.m. år 1988 gäller att den tidigare försöksverksamheten med fri anslutning för privatpraktiker till försäkringen inom stödområdena A, B och C har avslutats och att reglerna har fastställts att gälla tills vidare. Några ändringar i dessa särbestämmelser bedöms inte vara motiverade för år 1990. Parterna är också överens om att uppmana sjukvårdshuvudmännen även utanför dessa stödområden att liksom tidigare tillämpa motsvarande synsätt vid nyetablering av heltidsverksamma privatpraktiker inom läkarglesa delar av respektive landstingsområde.

Mot bakgrund av resultatet av det utredningsarbete som bedrivits gemensamt av Landstingsförbundet och Sveriges Läkarförbund i syfte att åstadkomma en bättre rekrytering av privatläkare över landet m.m., har parterna enats om vissa ändringar i anslutningsreglerna för privatpraktiserande läkare.

Vid ersättningsetablering, dvs. när en läkare övertar en annans verksamhet sker försäkringskassans prövning av denna förändring utan hänsyn till vad sjukvårdshuvudmannen i sitt yttrande till försäkringskassan kan ange t.ex. vad gäller den tillträdande läkarens specialitet. Den bristande samordning med fattade beslut i fråga om hälso- och sjukvårdens planering som härigenom kan uppkomma är inte tillfredsställande.

Fri ersättningsetablering bör därför begränsas till de fall avgående och tillträdande privatläkare är verksamma inom samma specialitet. Annan ersättningsetablering bör prövas på motsvarande sätt som sker vid nyetablering, dvs. med tillstyrkan i form av samverkansavtal.

Vid ersättningsetablering till följd av att privatläkare pensionerar sig och ersättningsetableringen avser övertagande av befintlig praktik med tillhörande mottagning, patientregister m.m., finns det skäl för att den avgående och tillträdande läkaren under kortare tid skall kunna arbeta parallellt med varandra på mottagningen. Den avgående läkaren, som skall ha fyllt 65 år och den tillträdande läkaren bör därvid kunna arbeta samtidigt på mottagningen övergångsvis under högst ett år. Det sammanlagda besöksantalet får under verksamhetsåret dock inte överstiga 6 000 besök.

Dessa förändringar bör dock kunna träda i kraft redan fr.o.m. den 1 juli 1989.

#### 4.2 Psykoterapi och psykoanalys

Socialstyrelsen har i skrivelse till regeringen framhållit att sjukvårdshuvudmännens utbyggnad av den psykoterapeutiska verksamheten inte svarar mot

behoven och att åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillfredsställande situation. Bl.a. detta har medfört att en betydande del av det psykoteraeutiska behandlingsbehovet kommit att erbjudas i form av privat verksamhet med höga kostnader för den enskilde som följd, såvida inte behandlingen skett hos en försäkringsansluten vårdgivare. Som en konsekvens av detta är väntetiderna långa både till sjukvårdshuvudmännens psykoteraeutiska öppenvårdsmottagningar och till försäkringsanslutna psykoteraeuter och psykoanalytiker inklusive läkarpsykoanalytiker.

För att i första hand möjliggöra en ökning av tillgången på psykoteraeutisk behandling till en rimlig kostnad för den enskilde utges under 1990 en särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen med sammanlagt 19 milj.kr. med fördelning mellan sjukvårdshuvudmännen dels med 250 000 kr. per huvudman, dels med 1,50 kr. per invånare. Som villkor för att erhålla denna ersättning skall dock gälla att sjukvårdshuvudmännen - i enlighet med den modell som redan har börjat tillämpas hos några huvudmän - träffar vårdavtal med sådana legitimerade privata vårdgivare som bäst bedöms komplettera respektive huvudmans egna behandlingsresurser. Härmed avses främst legitimerade psykoteraeuter och psykologer samt läkarpsykoanalytiker. Vidare krävs att träffade vårdavtal måste godkännas av socialstyrelsen innan försäkringskassan kan lämna ersättning till sjukvårdshuvudmannen. Ersättningsbelopp som inte tagits i anspråk före utgången av år 1990 kan därefter inte utnyttjas.

Vårdavtalen bör utformas så att antalet ersättningsberättigade behandlingstimmar anges jämte arvodet per utförd behandling. Vidare skall framgå att en förutsättning för ersättning är att behandlingen är föranledd av ordination av hos sjukvårdshuvudmannen anställd läkare.

Regelsystemet angående privatpraktiserande läkares anslutning till försäkringssystemet innebär att en läkare som är anställd hos sjukvårdshuvudman med lägst 17 timmars veckoarbetstid inte får vara försäkringsansluten. För att underlätta läkarpsykoanalytikernas möjligheter att inneha halvtidstjänstgöring hos sjukvårdshuvudman i kombination med verksamhet som privatpraktiker är parterna överens om att landstingen aktivt skall verka för att via vårdavtal möjliggöra en sådan delad verksamhet. Parterna är vidare överens om att gemensamt följa utvecklingen inom det aktuella området för att om så bedöms erforderligt, i anslutning till nästa överläggning ta upp frågan om ytterligare åtgärder för att underlätta de berörda läkarnas verksamhet.

## 5 Uppföljning av verksamhet och resursanvändning

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

Socialstyrelsen har till regeringen år 1986 redovisat den planerade och faktiska utvecklingen beträffande de förebyggande insatsernas omfattning och inriktning. Motsvarande analys angående primärvårdens utveckling har redovisats år 1987. År 1988 redovisades det tredje huvudområdet psykiatris utveckling mot öppnare vårdformer och ökad samverkan.

Socialstyrelsen redovisade år 1987 en första folkhälsorapport där bl.a. hälsosituationen beskrivits i ett tidsmässigt, socialt och internationellt perspektiv. Enligt styrelsens planering skall en ny rapport kunna presenteras år 1990. Sedan år 1987 har statistiska centralbyrån samlat sin statistiska redovisning om bl.a. hälso- och sjukvården i en rapport Hälsan i Sverige. Utgivningen av rapporten innebär en ambitionshöjning i förhållande till tidigare redovisningar inom detta statistikområde.

I enlighet med vad som angivits i utgångspunkterna i överenskommelsen för åren 1988 och 1989 har regeringen tillkallat en utredare med uppgift att utarbeta ett informationssystem som bl.a. skall göra det möjligt att följa resursanvändning och produktivitets- och effektivitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården (dir. 1988:28). Utredningen har påbörjat sitt arbete och en första avrapportering beräknas kunna ske våren 1990. Inom statistiska centralbyrån pågår vidare uppbyggnaden av en databaserad statistikdatabas avseende bl.a. statistiska uppgifter om hälsa och sjukvård.

Redovisningen av statistiska uppgifter om hälso- och sjukvården har således förbättrats under de senaste åren. Härtill kommer att ett betydande utvecklingsarbete pågår inom området.

## 6 Övriga frågor

I och med denna överenskommelse skall följande frågor om ersättning till sjukvårdshuvudmännen vara slutligt reglerade.

- Tillhandahållande av insulinpumpar (se avsnitt 2).
- Successiv utbyggnad av en taltjänst för personer med röst-, tal- och språkstörningar (se avsnitt 2).
- S.k. enkla dödsorsaksundersökningar m.m. (se avsnitt 2 och bilaga 3)
- De innehållsmässiga förändringar på grund av ny smittskyddslag m.m. vilka skett sedan överenskommelsen avseende år 1987 varvid huvudmännens ersättning grundades på ett utredningsförslag (SOU 1985:37).
- Screening för kongenital binjurebarkhyperplasi (CAH) (enligt tillägg till socialstyrelsens Allmänna Råd 1985:1).
- Kostnader för läkarintyg som allmän försäkringskassa behöver för prövning av ansökan om bilstöd till handikappade (enligt förordningen 1988:890).
- Kostnader med anledning av socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om beredning och hantering av radioaktiva läkemedel på sjukhus och apotek (SOSFS 1988:27).

## 7 Utbetalningsregler

Ersättning enligt punkterna 3 a)-d) utbetalas utan särskild rekvisition månadsvis i efterskott.

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

Ersättning enligt punkt e)-f) utges efter särskild rekvisition om villkoren i fråga om utvecklings- och försöksverksamhet respektive vårdavtal är uppfyllda enligt socialstyrelsens bedömning.

Ersättning enligt punkt g) lämnas efter särskild rekvisition om villkoren är uppfyllda enligt Spris bedömning.

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

*Anmärkning:* De författningsändringar som behövs för genomförandet av överenskommelsen kommer att utarbetas av socialdepartementet. Närmare tillämpningsanvisningar utarbetas av riksförsäkringsverket efter samråd med Landstingsförbundet.

*För staten*

*Anders Lönnberg*

*För Landstingsförbundet*

*Gunnar Hofring*



*Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen*

Ändamål	Totalbelopp milj.kr 1990
1. Allmän sjukvårdsersättning	12 778
2. Ersättning för avinstitutionalisering 95 kr./inv.	807
3. Ersättning för förebyggande åtgärder 48 kr./inv.	408
4. Ersättning för tillhanda hållande av hjälpmedel 85 kr./inv,	722
5. Särskild ersättning för ökad tillgänglig- het och kapacitet i hälso- och sjukvår- den	50
6. Särskild ersättning för psykoterapeutisk verksamhet	19
7. Ersättning för produktkontrollregister	2
	<hr/> 14 786

## Fördelningen av allmän sjukvårdersättning år 1990

---

Landsting/kommun	Milj.kr. 1990
AB	2 475
C	386
D	385
E	588
F	450
G	260
H	352
K	229
L	420
M	787
N	366
O	442
P	642
R	403
S	430
T	400
U	377
W	435
X	439
Y	398
Z	205
AC	379
BD	400
I	83
MM	366
OG	681
	<hr/>
	12 778

---

## INDIKATIONER FÖR VÅRDPLANERINGSLISTOR OCH PRIORITERINGAR

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

### 1 Gråstarroperationer

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

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

För grå starr skall följande operationsindikationer och prioriteringsgrup-per gälla. Härmed bör det vara möjligt att tillgodose patienternas individu-ella behov och beakta deras sociala situation vid bedömningen.

#### *Dubbel förtur:*

- patienter där risk för skada på ögat föreligger om operation ej genomföres utan dröjsmål.  
Väntetid: högst en vecka.

#### *Förtur*

- patienter som är sjukskrivna för sin synned-sättning eller som har synned-sättning som medför ökat hjälpbehov.  
Väntetid: högst sex veckor.

#### *Övriga förtursfall:*

Vid ställningstagande till operation inom denna grupp måste en avvägning göras mellan patientens medicinska situation inklusive ögonsjukdomens svå-righetsgrad och den begränsning och det handikapp som patienten upplever genom sin synned-sättning. Sålunda skall hänsyn tas inte endast till patienter-nas medicinska förutsättningar utan även till den sociala situationen. Mot denna bakgrund finns möjlighet för den enskilde läkaren att bedöma angelä-genhetsgraden i det enskilda fallet.

En prioritering inom denna grupp sker genom att den önskvärda plane-ringstiden för patienter med synskärpa på 0.5 och sämre på bästa ögat skall vara högst sex månader.

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

Skr. 1988/89:153

## 2 Höftledsoperationer

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

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

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

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

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

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

### *Dubbel förtur:*

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

Väntetid: högst en vecka.

### *Förtur:*

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

Väntetid: högst fem månader.

Vid ställningstagande till operation inom denna grupp gäller tidigare medicinska diagnoser, dock framför allt förslitning i höftleden (artros) samt åldersprioritering enligt vedertagen medicinsk praxis, dvs. 55 år och äldre. Därtill skall fogas symptom (smärtor och rörelsehandikapp) som är så framträdande att patienten upplever dem som oacceptabla. Angelägenhetsgraden av operation bör dessutom bedömas utifrån sociala indikationer såsom ADL-funktion (möjligheten att själv klara den dagliga livsföringen) samt familje- och bostadsförhållanden. Vidare skall beaktas risken för förtidspensionering av för övrigt arbetsför patient samt risken för social isolering hos framför allt äldre patienter med åtföljande oförmåga till självständigt liv. Väntetid: högst tolv månader.

### 3 Kranskärlsoperationer

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

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

För kranskärlsoperationer och PTCA skall följande indikationer och prioriteringsgrupper gälla.

#### *Dubbel förtur:*

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

#### *Förtur:*

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

### UPPTAGNINGSSOMRÅDEN

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

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

## Dödsbevis, kliniska obduktioner m.m.

Staten och Landstingsförbundet har i anslutning till överenskommelsen om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för år 1990 behandlat frågan om ansvar för utfärdande av dödsbevis, ombesörjande av eventuell obduktion m.m. i samband med dödsfall utanför sjukvårdsinrättning - dock inte oklara dödsfall enligt dödsbeviskungörelsens närmare anvisningar. Parterna har enats om att pröva möjligheterna för sjukvårdshuvudmännen att åta sig ett större ansvar vid dessa dödsfall.

Parterna är därför överens om att som ett första steg i ett sådant utvidgat ansvar för huvudmännen pröva en modell för omhändertagande av personer som avlidit utanför sjukvårdsinrättning med följande huvudsakliga uppbyggnad.

Om någon avlider alternativt hittas död i sitt hem medan han är föremål för samhällets omvårdnadsinsatser skall dödsfallet och omständigheterna kring detta bli föremål för åtgärder enligt dödsbeviskungörelsens bestämmelser genom sjukvårdshuvudmannens försorg. Genom kontakt med behandlande läkare kan normalt klargöras om dödsbevis kan utfärdas på grundval av tillgängliga data. Om så inte kan ske föranstaltas om klinisk obduktion. Avtransport sker genom begravningsbyråns försorg till begravningskapell på kyrkogård respektive till patologavdelning på sjukhus.

Om jour- eller annan läkare kallas att konstatera dödsfall i hem utan att man då vet om etablerad vårdkontakt finns skall denne antingen själv eller genom kontakt med kollega utfärda dödsbevis om tillräcklig grund för detta finns och under förutsättning att det inte finns anledning att kontakta polis enligt dödsbeviskungörelsens bestämmelser. Om dödsbevis inte kan utfärdas skall läkaren anmäla dödsfallet till polis, som ansvarar för att dödsbevis utfärdas i första hand genom särskilt utsedda kontaktpersoner inom hälso- och sjukvården vars uppgift är att klargöra den dödes eventuella tidigare vårdkontakter. Kan dödsbevis inte utfärdas på föreliggande underlag ombesörjer polisen transport av den döde till rättsmedicinsk institution.

Personer som hittas döda utomhus tas liksom hittills omhand av polis för vidare transport till rättsläkarstation. Vid tveksamhet om döden inträtt sker transport till sjukhus med ambulans eller genom polisens försorg.

Staten och Landstingsförbundet är vidare överens om att tillsätta en arbetsgrupp med företrädare för sjukvårdshuvudmännen och staten med uppgift att utarbeta de närmare förutsättningarna för ett genomförande av ovan angivna ansvarsfördelning vid dödsfall utanför sjukhus fr.o.m. den 1 januari 1990. Arbetsgruppen skall även följa och utvärdera den genomförda förändringen samt pröva möjligheterna att ge sjukvårdshuvudmännen ytterligare ansvar vid dödsfall utanför sjukvårdsinrättning.

## Gemensam kraftsamling för ökad tillgänglighet och kapacitet i hälso- och sjukvården

### 1. Problem

Olika studier visar att andelen färdigutredda och färdigbehandlade patienter vid sjukhusens akutkliniker på många håll är betydande. Å andra sidan finns ett flertal exempel på motsatsen. Där problemet finns innebär detta risker för att berörda patienter inte får den vård de bäst behöver. Köer, långa väntetider och överbeläggningar ger försämrad tillgänglighet till vården. Detta ger också ett dåligt utnyttjande av såväl personal som av t.ex. operationsavdelningar och vissa andra servicefunktioner.

Dessa problem synes inte enbart sammanhånga med varierande tillgång på personal, ekonomi och andra resurser utan även med skilda sätt att organisera och administrera verksamheten.

Problemen har bedömts vara av sådan betydelse och omfattning att de motiverar intensifierade insatser såväl vid enskilda vårdenheter som för landstingen i dess helhet och gemensamt för dessa. I ett nationellt perspektiv kan problemen äventyra människors rätt till vård på lika villkor, vilket utgör motiv för ökad statlig uppmärksamhet.

Insatser krävs såväl vad gäller att förbättra tillgängligheten till vård som att öka kapacitetsutnyttjandet inom vårdorganisationen. Insatser av detta slag ligger väl i linje med förnyelsen av den offentliga sektorn.

### 2. Uppläggning

Mot denna bakgrund har staten och Landstingsförbundet kommit överens om att vidta följande åtgärder:

- \* sammanställning av vissa grundläggande data
- \* beräkning av vissa jämförelsetal
- \* presentation och diskussion av skillnader mellan olika kliniker med likartad verksamhet
- \* anordnande av åtgärdsinriktade seminarier kring uppmärksammade problem
- \* bildande av expertgrupper
- \* löpande redovisning av väl fungerande lösningar m.m.

För att främja ett positivt förändringsarbete avsätts särskilda medel.

Landstingsförbundet avser härutöver att uppmärksamma särskilt förtjänstfulla insatser genom stimulans i form av stipendium eller dylikt för berörd personal.

Utgångspunkten för åtgärdsförslagen är att vården måste formas utifrån lokala förutsättningar och krav samt att det därvid är av stor betydelse att få ta del av andras erfarenheter och resultat. Ansvaret för att utveckla verksamheten ligger odelat på resp. huvudman. Föreslagna insatser ger huvudmännen bättre möjligheter att bedöma uppnådda resultat i relation till befolkningens behov och insätta resurser samt att komma till rätta med uppkomna problem.

### 3. Grundmaterial

Under 1989 genomförs för vissa särskilt besvärliga problemområden med långa köer och/eller hög andel klinikfärdiga patienter en kartläggning som på kliniknivå (motsv) bör omfatta t.ex.:

- \* upptagningsområdets befolkning med fördelning på olika åldersgrupper
- \* vårdplatser, vård dagar, medelvårdtid, intagningar, beläggning samt - i förekommande fall - operationer
- \* resurser i form av läkare och övrig personal
- \* antal väntande, väntetider samt kriterier för uppsättning på väntelista
- \* klinikfärdiga patienter
- \* vissa relationstal där resurser och prestationstal ställs emot befolkning och tillgängliga resurser samt alternativa vårdmöjligheter
- \* jämförelser mellan olika kliniker (motsv)

### 4. Presentation, diskussion och analys av grundmaterialet

Det är väl känt att det finns betydande skillnader mellan olika kliniker när det gäller att nå ett visst resultat med en given resursinsats. Analysen bör syfta till att klarlägga åtgärder som visat sig effektiva för att öka vårdens tillgänglighet och begränsa andelen klinikfärdiga patienter. Av intresse kan t.ex. vara samspelet med annan vård. Av särskild betydelse är här en väl utvecklad samverkan mellan länssjukvård, primärvård och socialtjänst.

Andra tänkbara åtgärder kan vara användning av vårdprogram, bättre planering av in- och utskrivning, övergång från sluten till öppen vård för vissa insatser, förstärkning av kompetensen i jouren etc. En koncentration bör ske på åtgärder med effekt på kort sikt men även behov av strukturella förändringar bör uppmärksammas.

Arbetet avrapporteras successivt genom de deltagande parternas försorg.

Berörda klinik-, primärvårds- och sjukhusledningarna m.fl. inbjuds till åtgärdsinriktade seminarier kring uppmärksammade problem.

### 5. Konsultinsatser

Som ett stöd för att genomföra nödvändiga åtgärder utses såsom medicinskt huvudsakkunniga ett antal högt kvalificerade klinikchefer (motsv) med dokumenterat goda resultat från resp. specialitet eller område.

De medicinska experterna kompletteras av administrativ, hälsoekonomisk och vid behov statistisk kompetens etc. som täcker det aktuella området och som svarar för kompletterande datainsamling, bearbetning och analys samt för produktion av skriftligt material m.m.

### 6. Resurser

För att få ett gott utbyte av insatta resurser krävs en väl fungerande samverkan mellan vårdenheter, landsting och berörd expertgrupp. Arbetet förutsätter också att alla parter medverkar med de uppgifter som behövs liksom i analys och i erforderligt förändringsarbete.

För att få incitament till förändringsarbetet avsätts 50 miljoner kronor. Dessa medel kan användas till konsulter, information, utbildning, försök m.m. Medlen kan sökas av landstingen, som för att erhålla dessa skall redovisa ett preciserat åtgärdsförslag. Landstingen skall också avrapportera vilka åtgärder som vidtagits samt hur medlen använts.



## 7. Organisation

Skr. 1988/89:153

För genomförande av de insatser som här har redovisats bildas en särskild ledningsgrupp där staten och landstingen till lika delar är representerade. Till ledningsgruppens uppgifter hör bl.a. att utse erforderliga expertgrupper och att utarbeta riktlinjer för fördelning av tillgängliga medel för utvecklings- och försöksverksamhet.

Det praktiska utrednings- och analysarbetet förutsätts genomföras under medverkan av socialstyrelsen, Spri och Landstingsförbundet.

Ansökan om medel för utvecklings- och försöksverksamhet ställs till socialstyrelsen. Styrelsen beslutar efter förslag från ledningsgruppen om fördelning av medlen samt svarar för uppföljning och utvärdering av de insatta åtgärdernas effekter.

## 8. Tidplan

Under andra halvåret 1989 utarbetas det grundläggande materialet med successiv avrapportering till berörda. Parallellt härmed utses också föreslagna expertgrupper.

Verksamhetsföreträdare inom valda områden ges möjlighet att för 1990 söka medel för förändrings- och utvecklingsarbete samt eventuella försök.

Den särskilda ledningsgruppen svarar för en första samlad avrapportering vid halvårsskiftet 1990 då en bedömning bör ske av fortsatt verksamhet, dess omfattning och inriktning.

1989-04-26

Protokoll, fört vid förhandlingar den 20 april 1989 mellan statens förhandlingsnämnd och företrädare för Landstingsförbundet om särskilt bidrag till den psykiatriska vården m.m.

Närvarande: *Statens förhandlingsnämnd*

Överdirektören Svante Englund

Departementsrådet

Maj-Britt Thårlin Grufberg

Departementsrådet Thomas Luttrupp

Avdelningsdirektören

Birgitta Pettersson

*Landstingsförbundet*

Ordförande Gunnar Hofring

Ekonomidirektören Ulf Wetterberg

Sektionschefen Anders Hedberg

Staten och Landstingsförbundet har den 20 april 1989 träffat överenskommelse om ändrade regler för vissa statsbidrag och ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen.

---

Vid förhandlingar denna dag har parterna enats om följande.

1 Staten skall till sjukvårdshuvudmännen utge ett särskilt bidrag till den psykiatriska vården till och med år 1991. Bidraget för år 1990 skall vara 176 miljoner kronor. Nämnda bidrag skall fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen enligt den till detta protokoll fogade bilagan A.

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

Parterna är ense om att det åligger respektive sjukvårdshuvudman att även fortsättningsvis svara för vårdkostnaderna, sedan domen vunnit laga kraft och socialstyrelsen beslutat om sjukhusplacering. Ersättning för vårdkostnader då vederbörande kvarligger på rättspsykiatrisk klinik utgår år 1990 med 2400 kronor per vård dag.

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

---

Detta protokoll är upprättat i två exemplar, av vilka parterna tagit var sitt.

Stockholm den 20 april 1989

*För svenska staten*

*Statens förhandlingsnämnd*

*Svante Englund*

*Birgitta Pettersson*

*För Landstingsförbundet*

*Gunnar Hofring*

*Ulf Wetterberg*

## Fördelning av SÄRSKILDA BIDRAGET för psykiatrisk vård för år 1990

Det i förhandlingsprotokoll den 20 april 1989 under punkt 1 angivna beloppet skall fördelas mellan huvudmännen enligt nedan.

---

Landsting/kommun	Särskilt bidrag för 1990 (1 000-tal kr)
AB	34 672
C	4 752
D	704
E	10 736
F	8 976
G	-
H	7 744
K	1 056
L	4 752
M	3 168
N	6 160
O	528
P	8 624
R	1 584
S	8 624
T	-
U	8 272
W	16 016
X	10 384
Y	21 472
Z	4 048
AC	7 216
BD	3 168
I	2 288
MM	1 056
OG	-
Summa	176 000

---

	Sid
Skrivelsens huvudsakliga innehåll	1
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 18 maj 1989	3
1. Inledning	3
2. Gällande ersättningsregler	5
2.1 Det nya ersättningsystemet fr.o.m. år 1985	5
2.2 Ersättningar och ersättningsbelopp för år 1989	6
2.3 Patientavgifter	6
2.4 Villkoren för privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters anslutning till sjukförsäkring m.m.	7
2.5 Övrigt	7
3. Allmänna utgångspunkter för den nya överenskommelsen med sjukvårdshuvudmännen	8
4. Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1990	9
5. Patientavgifter för öppen vård m.m.	12
6. Samverkan mellan de offentliga sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna	13
6.1 Anslutningsreglerna för privatpraktiserande vårdgivare	13
6.2 Samverkan med privatpraktiserande vårdgivare inom psykoterapi och psykoanalys	15
7. Huvudmannaskapet för sjukresor	16
8. Hemställan	16
9. Beslut	16
Bilaga 1. Överenskommelse om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för år 1990	17
Bilaga 2. Överenskommelse om särskilt bidrag till den psykiatriska vården, m.m.	34