



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1958:23

Socialdepartementet



SOU
1958:23 A

**SJUKRESE
ERSÄTTNINGAR**

BETÄNKANDE AV
SJUKRESEUTREDNINGEN

Stockholm 1958

Statens offentliga utredningar 1958

Kronologisk förteckning

1. Vägplan för Sverige. 1. Riktlinjer och förslag samt kartbilagor. Idun. 226 s. K.
2. Vägplan för Sverige 2. Expertutredningar och övriga textbilagor. Idun. 243 s. K.
3. Utredning om vissa förhållanden vid konserveringsforskningsinstitutet. Marcus. 270. s. H.
4. Promemoria med förslag om fondförvaltning m. m. i samband med en utbyggd pensionering. Idun. 91 s. S.
5. Permanent skördekadestydd. Idun. 547 s. Jo.
6. Författningsutredningen. 1. Kandidatnominering vid andrakammarval. Av L. Sköld. Idun. 355 s. Ju.
7. Småbrukarstödet. Marcus. 120 s. Jo.
8. Gemensam nordisk hälsovårdsutbildning. Norstedt. 95 s. I.
9. Häradsrätts sammansättning i brottmål. Idun. 24 s. Ju.
10. Förslag till varumärkeslag. Idun. 464 s. Ju.
11. Reserverna för högre utbildning. Idun. 124 s. E.
12. Civilförsvarsutbildningen. Idun. 176 s. I.
13. Civilförsvarets organisation. Idun. 465 s. I.
14. Regeringsarbetet. Idun. 164 s. Ju.
15. Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena. Idun. 429 s. I.
16. Betänkanter med förslag till allmän tjänstepliktslag m. m. Idun. 154 s. S.
17. Socialförsäkring och rehabilitering. Kihlström. 87 s. S.
18. Gotland. Hun. 195 s. S.
19. Supplement nr 9 till Sveriges familjenamn 1920. Statens Reproduktionsanstalt. 95 s. Fi.
20. Behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar. Idun. 78 s. I.
21. Lärarbrist och läraröverskott. Idun. 110 s. E.
22. Tornedalstredningen. Idun. 234 s. S.
23. Sjukreseansättningar. Kihlströms. 128 s. S.

Ann. Om särskild tryckort ej anges, är tryckorten Stockholm. Bokstäverna med fetstil utgöra begynnelsebokstäverna till det departement, under vilket utredningen avgivits, t. ex. E. = ecklesiastikdepartementet, Jo. = jordbruksdepartementet.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1958:23

Socialdepartementet



SJUKRESEERSÄTTNINGAR

BETÄNKANDE AV

SJUKRESEUTREDNINGEN

EMIL KIHLSSTRÖMS TRYCKERI AKTIEBOLAG
STOCKHOLM 1958

STEN OCH BERG I SÖDERMANLAND

År 1880



STUKRESERVÄTTNINGAR

BERÄKNING

ÅR 1880

Innehåll

Skrivelse till statsrådet och chefen för socialdepartementet	5
Avd. I. Gällande bestämmelser m. m.	7
Lagarna om allmän sjukförsäkring och moderskapshjälp	7
Bestämmelser om ersättning vid resa med vissa färdmedel, som ej går i allmän trafik	9
Riksförsäkringsanstaltens tillämpningsföreskrifter	10
Motiveringen till gällande bestämmelser	13
Motioner vid 1956 och 1957 års riksdagar	18
Utredningsuppdraget	21
Avd. II. Verkställda undersökningar	24
Vissa statistiska uppgifter	24
De allmänna sjuk-kassornas erfarenheter och synpunkter	38
Läkarvårdsresor	38
Sjukhusvårdsresor	44
Gemensamma bestämmelser	49
Avd. III. Sjukreseutredningens förslag till ersättningsbestämmelser	54
Allmänna utgångspunkter	54
Vilka slags resor bör omfattas av försäkringsskyddet?	55
Resor för sjukvård som meddelas av annan läkare	56
Vanföras resor för läkarvård	57
Resor för erhållande av vård som avses i 18 § SFL	59
Resor som erfordras för att isolera smittbärare	62
Vilka kostnader bör ersättas?	63
Övernattningskostnader	63
Kostnader för vårdare och följeslagare	66
Särskilda ersättningsbegränsande bestämmelser	70
Karensbelopp	71
Valet av läkare	79
Valet av sjukvårdsinrättning	90
Återfärd från läkare	93
Återresa från sjukvårdsinrättning	95
Hemtransport efter insjuknande utomlands	98
Transporter mellan olika sjukvårdsinrättningar	98
Reseersättning vid färd med vissa färdmedel, som ej går i allmän trafik	106

Taxa för resor med privatbil	106
Ersättning vid andra transportsätt	110
Övriga frågor	113
Sjukförsäkringsrätt att sluta avtal	113
Författningsändringar	114
Sammanfattning	115
Författningsförslag	119

*Till Herr Statsrådet och Chefen för
Socialdepartementet*

Den 26 april 1957 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för socialdepartementet att tillkalla tre utredningsmän för att biträda med översyn av sjukförsäkringslagens reseersättningsbestämmelser och därmed sammanhängande spörsmål.

Med stöd av detta bemyndigande tillkallades den 9 maj 1957 såsom utredningsmän byråchefen i socialdepartementet L. Hultström, ordförande, samt ledamöterna av riksdagens andra kammare S. A. Mellqvist och J.-I. Nilsson.

Vi har antagit namnet sjukreseutredningen.

Att såsom experter biträda oss tillkallades den 8 juli 1957 sekreteraren i Svenska sjukkasseförbundet F. E. G. Holm, direktören i Norrbottens läns allmänna centralsjukkassa G. A. Lång samt byråchefen i riksförsäkringsanstalten G. C. Wredmark.

Till sekreterare åt oss förordnades den 31 maj 1957 e. o. byråsekreteraren hos hostadsstyrelsen G. Svenson.

Genom beslut den 6 juni 1957 har Kungl. Maj:t till oss överlämnat fyra vid 1957 års riksdag väckta motioner angående utformningen av reseersättningsbestämmelserna i sjukförsäkringslagen (SFL) jämte andra lagutskottets utlåtande nr 33 över ifrågakvarande motioner.

Vidare har statsrådet och chefen för socialdepartementet den 10 maj 1958 överlämnat en av Uppsala läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse ingiven framställning från Söderfors socialdemokratiska kvinnoklubb angående reseersättningsbestämmelsernas tillämpning i vissa fall för befolkningen i Söderfors.

Utredningen för verkställande av översyn av sjukkassetaxan m. m. har överlämnat

- 1) skrivelse den 20 februari 1956 av Svenska skogs- och flottningsarbetareförbundet angående vissa ändringar och tillägg i kungörelsen 1954:783 jämte remissyttranden över framställningen;
- 2) framställning den 22 augusti 1956 av Kalmar läns allmänna centralsjukkassa angående reseersättning vid resa med egen bil;
- 3) framställning den 5 november 1956 av Hasslö kommun angående särskilda reseersättningsbestämmelser för skärgårdsbefolkningen jämte remissyttranden över framställningen.

Därjämte har till oss inkommit följande framställningar:

1) den 1 juni 1957 av Övre Ljungadalen-Rätans allmänna sjukkasse angående reseersättning i samband med vård, som meddelas av distriktssköterska;

2) den 13 juni 1957 av Skärplingeortens allmänna sjukkasse angående vissa konsekvenser av reseersättningsbestämmelsernas nuvarande utformning;

3) den 28 juni 1957 av Uknadalens allmänna sjukkasse angående vissa reseersättningsfrågor;

4) den 9 juli 1957 av Svenska ostkustfiskarens centralförbund beträffande reseersättning åt skärgårdsbefolkningen vid resor med båt;

5) den 24 augusti 1957 av Ljusdal-Ramsjö allmänna sjukkasse angående ersättning för resa till läkare;

6) den 10 september 1957 av Svegs med omnejd allmänna sjukkasse angående ersättning för följeslagare samt för resa till distriktssköterska;

7) den 15 oktober 1957 av Bohuslän-Hallands allmänna centralsjukkasse angående ersättning för kostnader för sjuktransporter, utförda av Svenska sällskapet för räddning af skeppsbrutne;

8) den 29 oktober 1957 av Samarbetsdelegationen för de fyra nordligaste länen angående ersättning för resor mellan sjukvårdsinrättningar inom samma sjukvårdsområde;

9) den 4 november 1957 av Svenska landstingsförbundets och Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegations utskott för utomlänsvård angående reseersättning för förflyttning av patienter från utomlänssjukhus till hemortssjukhus;

10) den 22 november 1957 av De lungsjukas riksförbund angående reseersättning vid ambulatorisk kvävgasbehandling m. m.;

11) den 27 februari 1958 av Svenska landstingsförbundet med skrivelse från Kalmar läns norra landsting angående reseersättning vid resa till Spenshults reumatikersjukhus;

12) den 22 mars 1958 av Hallands läns landsting angående reseersättning vid resa till sjukvårdsinrättning;

13) den 30 maj 1958 av Transtrands trafikkommitté angående vissa trafikförhållanden i glesbygderna.

Sedan utredningsuppdraget nu slutförts får vi härmed vördsamt överlämna betänkande angående sjukreseersättningar.

Stockholm i juni 1958.

L. Hultström

Sven A. Mellqvist

Jan-Ivan Nilsson

/ Göte Svenson

AVDELNING I

Gällande bestämmelser m. m.

Lagarna om allmän sjukförsäkring och moderskapshjälp

Envar som är skyldig att genom medlemskap i allmän sjukkassa vara försäkrad enligt lagen om allmän sjukförsäkring (SFL), är obligatoriskt sjukvårdsförsäkrad. Sjukvårdsförsäkringen omfattar jämväl medlems i riket bosatta barn under 16 år. Till de förmåner som utgår på grund av sjukvårdsförsäkringen hör kostnadsersättning för resor för erhållande av läkarvård och sjukhusvård. Enligt bestämmelserna i lagen om moderskapshjälp utgår sådan ersättning även för resor till och från förlossningsanstalt. Bestämmelserna om kostnadsersättning för läkarvårdsresor och sjukhusvårdsresor äger också tillämpning vid yrkesskada, såvitt angår den i yrkesskadeförsäkringslagen omförmälda samordningstiden, i regel omfattande de första 90 dagarna efter den då yrkesskadan inträffade.

Huvudbestämmelserna om kostnadsersättning för resor till och från läkare finns i 16 § SFL. Reseersättning tillkommer den som åtnjutit läkarvård vid sjukdom, som enligt läkares utsago kräver sådan vård. Hit räknas också viss tandläkarvård, som meddelas vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus. Med allmänt sjukhus avses enligt lagen sjukvårdsinrättning som tillhör staten eller till vars drift statsbidrag utgår eller som drivs av landstingskommun eller stad, som ej deltagar i landsting, och ej är anordnad vid fattigvårdsanstalt ävensom sjukvårdsinrättning, varöver pensionsstyrelsen förfogar för sin sjukvårdande verksamhet.

Som huvudregel gäller att försäkringen ersätter tre fjärdedelar av resekostnaden, i den mån denna överstiger 4 kronor för det första besöket hos läkare och 1 krona för varje återbesök. Viss begränsning gäller emellertid. Högre belopp får sålunda inte utges än som skulle ha utgått vid besök hos den provinsialläkare eller stadsläkare, inom vars distrikt den försäkrade vistas. Av resekostnaden för återbesök behöver den försäkrade själv ej svara för mer än 2 kronor.

I vissa fall ersätts hela den resekostnad som överstiger de nyss angivna beloppen. Denna förmånligare ersättningsgrund tillämpas, när den försäkrade efter hänvisning av läkare sökt läkarvård vid allmänt sjukhus eller vid sjukvårdsinrättning, som tillhör staten, landstingskommun eller stad utom landstingskommun eller är statsunderstödd och som är avsedd enbart

för öppen vård. Med sistnämnda slag av sjukvårdsinrättningar avses närmast fristående polikliniker och fristående centraldispensärer samt sådana dispensärer underställda filialmottagningar och undersökningsstationer. Ersättning efter den gynnsammare regeln utgår likväl ej med högre belopp än som skulle ha utgått, om vården söktes vid närmaste allmänna sjukhus, där den kunnat meddelas. Även om läkarremiss ej erhållits utgår ersättning enligt de förmånligare grunderna, när den försäkrade sökt läkarvård vid allmänt sjukhus för skada som drabbat honom genom olycksfall. Som förutsättning gäller dock att det skäligen kunnat antas, att han till följd av skadan var i trängande behov av läkarvård vid sådant sjukhus.

Ersättning för återresa efter erhållen läkarvård får utges högst för resa till den plats där resan till läkaren påbörjades eller till den försäkrades bostad. Är vägen till bostaden längre än den förstnämnda färdsträckan får emellertid ersättning beräknas för högst en mil utöver färdsträckan vid resan till läkaren.

Om den försäkrades ålder eller tillstånd påkallar, att anhörig eller annan följer honom till läkaren, skall ersättningen från försäkringen beräknas på den sammanlagda kostnaden för den sjuke och hans följeslagare.

Som allmän förutsättning för kostnadsersättning i samband med läkarvårdsresor gäller att resan skall ha föranletts huvudsakligen av behovet av läkarvård. Den försäkrade skall skriftligen intyga, att så har varit förhållandet. Bestämmelsen hindrar ej, att andra förrättningar kan företas i samband med läkarbesöket, men detta skall vara den egentliga anledningen till resan.

Om ersättning för utgifter för resor till och från sjukvårdsinrättning för erhållande av sjukhusvård stadgas huvudsakligen i 17 § SFL. Har den försäkrade åtnjutit sjukhusvård som erfordrats på grund av sjukdom, utgår ersättning för utgifterna för resor till och från sjukvårdsinrättningen.

Utgifter för intagning på sjukvårdsinrättning eller förlossningsanstalt ersätts helt, dock högst med belopp som motsvarar kostnaden för resa till närmaste allmänna sjukhus där erforderlig vård kunnat beredas. Har den sjuke intagits på hemortssjukhus och har behovet av sjukhusvård uppkommit vid vistelse inom sjukvårdsområdet eller därtill gränsande kommun, får ersättning utges högst med belopp, som motsvarar kostnaden för resa till närmaste hemortssjukhus, där erforderlig vård kunnat beredas. Med hemortssjukhus avses allmänt sjukhus, drivet av landstingskommun eller sådan stad utanför landstingskommun, inom vars område den försäkrade är bosatt.

Utgifter för återresa från sjukvårdsinrättning eller förlossningsanstalt ersätts endast i den mån de överstiger 4 kronor. Kostnaden för återresa får ej beräknas högre än för resa från sjukvårdsinrättningen till den försäkrades bostad. Har behovet av sjukhusvård eller vård på förlossnings-

anstalt uppkommit under det att försäkrad vistats utom det län inom vilket han är bosatt och har han i anledning därav intagits på utomlänssjukhuset, utgår ingen ersättning alls för återresan.

Om den försäkrades ålder eller tillstånd påkallar, att anhörig eller annan följer honom vid intagning på sjukvårdsinrättning eller vid återresa därifrån, skall ersättning utges även för följeslagarens resa. Behöver särskild vårdare anlitas under resorna, ersätts kostnaden härför. Ersättningen beräknas då på grundval av den sammanlagda kostnaden för den försäkrade och hans följeslagare eller vårdare. Ersättningen för följeslagares resekostnad får varje gång utges högst efter kostnaden för tur- och returresa.

I fråga om såväl resor för läkarvård som resor för sjukhusvård gäller ytterligare begränsande bestämmelser. Sålunda får ersättningen beräknas högst efter det billigaste, vanligen förekommande färd sätt, som med hänsyn till den sjukes tillstånd kunnat användas. Vidare får ingen ersättning utges, om det med hänsyn till resans längd samt den sjukes tillstånd skäligt kunnat fordras att han gått, cyklat eller färdats på annat dylikt sätt, som inte skulle ha medfört särskild kostnad. För resa med annan automobil än ambulansbil eller sådan bil som går i allmän trafik eller med hästskjuts, motorcykel eller maskindriven farkost, som ej går i allmän trafik, skall ersättningen beräknas efter grunder, som Kungl. Maj:t fastställer. Slutligen gäller, att kostnader för resa utom riket inte ersätts.

*Bestämmelser om ersättning vid resa med vissa färdmedel,
som ej går i allmän trafik*

I kungörelse den 10 december 1954 (nr 783) har Kungl. Maj:t meddelat särskilda bestämmelser angående resekostnadsersättning vid färd med vissa färdmedel, som ej går i allmän trafik. I denna kungörelse anges de belopp per färdkilometer, som skall läggas till grund för beräkning av resekostnaden vid färd med sådana färdmedel. Om resan företas med fortskaffningsmedel, som tillhör den sjuke eller nära anhörig till honom, skall lägre belopp beräknas än om annan person är ägare till färdmedlet. Såsom nära anhörig till den sjuke anses hans make ävensom den sjukes eller makens föräldrar, adoptivföräldrar, fosterföräldrar, barn, adoptivbarn och fosterbarn samt den som är gift med sådan person.

Tillhör fordonet eller farkosten den sjuke eller nära anhörig till honom, skall resekostnaden beräknas till 10 öre för kilometer vid resa med automobil eller hästskjuts eller maskindriven farkost samt 5 öre för kilometer vid resa med motorcykel, för vilken registreringsplikt föreligger. För resa med moped eller cykel utgår ingen ersättning. Om fortskaffningsmedlet tillhör annan än den sjuke eller nära anhörig till honom, fördubblas de nyssnämnda beloppen.

Riksförsäkringsanstaltens tillämpningsföreskrifter

Riksförsäkringsanstalten har senast den 21 mars 1957 utfärdat cirkulär till de allmänna sjukkassorna med tillämpningsföreskrifter till bestämmelserna om sjukreseersättning. Cirkuläret har följande huvudsakliga innehåll.

Har försäkrad företagit *resa till läkare för erhållande av läkarvård* och efter hänvisning av denne *omedelbart avrest till sjukvårdsinrättning*, skall anses att två särskilda resor företagits. Av kostnaden för återresan skall ett belopp, motsvarande högst kostnaden för resa från sjukvårdsinrättningen till den plats, varifrån resan till inrättningen företogs, eller, om återresa sker till den sjukes bostad, för ytterligare högst en mil anses belöpa på resa till och från sjukvårdsinrättningen. Kan högre ersättning för återresan ifrågakomma enligt sjukförsäkringslagen, skall återstoden anses belöpa på resan till och från den hänvisande läkaren. Om återresan inte företas vare sig till den plats varifrån resan till den hänvisande läkaren företogs eller till den försäkrades bostad, må ersättning för återresa dock utges högst för resa från sjukvårdsinrättningen till den plats, där resan till inrättningen anträdde.

Regeln att i fall som här avses två särskilda resor skall anses föreligga gäller även när den försäkrade blir intagen på sjukvårdsinrättningen. Därvid skall ersättning för resekostnaderna utgå enligt 16 § beträffande resan till läkaren och enligt 17 § beträffande resan från läkaren till inrättningen. Detsamma gäller för det fall, att läkaren remitterat den försäkrade till sjukvårdsinrättningen för sjukhusvård.

Såsom *återbesök* skall räknas sådant besök hos läkare, som äger rum inom aderton månader från närmast föregående besök hos denne för samma sjukdom. Besök till följd av ny sjukdom skall aldrig anses som återbesök. I fråga om besök hos läkare vid sjukvårdsinrättning skall angivna regel gälla, även om besöket avser annan läkare inom inrättningen än den, hos vilken närmast föregående besök ägde rum.

Med *läkare*, som hänvisat försäkrad till sjukvårdsinrättning avses läkare, som vid hänvisningens meddelande ej är i tjänstgöring vid ifrågavarande inrättning. Har en vid sjukvårdsinrättning anställd läkare mottagning — privat eller eljest — utom inrättningen, får hänvisning till inrättningen, som meddelats av honom vid dylik mottagning (eller vid sjukbesök), godtas som hänvisning i ersättningshänseende. Om exempelvis en provinsialläkare i denna sin egenskap hänvisar en patient till sjukstuga, där provinsialläkaren själv är sjukstuguläkare, godtas hänvisningen i ersättningshänseende, medan motsvarande däremot inte gäller en hänvisning till sjukvårdsinrättning av läkare, vilken meddelar hänvisningen i egenskap av läkare vid samma inrättning. Detta gäller vare sig vården är ämnad att komma till stånd på vederbörande läkares egen avdelning eller hos läkare på någon annan avdelning vid samma inrättning.

När det gäller enligt SFL ersättningsberättigande tandläkarvård vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus, likställes hänvisning av legitimerad tandläkare med hänvisning av läkare.

Hänvisning skall, om ej den hänvisande läkaren angivit annat, anses omfatta icke enbart det besök som följer närmast efter hänvisningen utan även samtliga återbesök för läkarvård vid sjukvårdsinrättningen, som vederbörande läkare där anser erforderliga.

Blir den försäkrade intagen för vård på sjukhuset, skall det sagda gälla även resor till och från sjukhuset för läkarvård efter utskrivningen.

Har en försäkrad åtnjutit sjukhusvård på allmänt sjukhus utan att hänvisning för läkarvård eller remiss för sjukhusvård föreligger, utgår ersättning för efterföljande resor till och från sjukhuset för läkarvård enligt den förmånligare beräkningsgrund (dvs. utan något avdrag med $\frac{1}{4}$ av kostnaden), endast om hänvisning av läkare meddelats efter utskrivningen. Beträffande det närmast efter utskrivningen företagna besöket må dock, om det äger rum inom aderton månader, fordran på sådan hänvisning efterges. Därvid skall besöket betraktas som återbesök.

Erhåller försäkrad, som remitterats till allmänt sjukhus för sjukhusvård, icke blott sådan vård utan även läkarvård vid sjukhuset eller erhåller han där enbart läkarvård, allt för samma sjukdom, skall vid beräkning av ersättningen för de av läkarvården föranledda resorna till och från sjukhuset remissen för sjukhusvård jämföras med hänvisning för läkarvård.

Stadgandet att försäkrad, som sökt läkarvård vid allmänt sjukhus för skada till följd av olycksfall, under vissa omständigheter äger erhålla reseersättning efter den förmånligare beräkningsgrunden, skall avse endast första besöket. För tillämpning av samma beräkningsgrund vid efterföljande besök erfordras hänvisning i vanlig ordning.

Då fråga är om återbesök för läkarvård vid Radiumhemmet i Stockholm, centralanstalterna för radioterapi vid lasarettet i Lund och vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, Finseninstitutet, centraldispensär, sådan dispensär underställd undersökningsstation och filialmottagning, sanatorium, lungklinik eller, såvitt avser kirurgisk tuberkulos, Apelvicens och kronprinsessan Victorias kustsanatorier samt vederbörande läkare vid sjukvårdsinrättningen ansett återbesöket erforderligt, skall alltid så anses, som om hänvisning av läkare förelegat. Detsamma gäller för fall, att i anledning av sjukdom återbesök för läkarvård görs vid vanförestaltnerna i Stockholm, Göteborg, Hälsingborg och Härnösand.

Vid tillämpningen av bestämmelsen om *billigaste färdväg* skall beaktas såväl färdväg som färdmedel.

Vid bedömning av vad som skall anses vara det billigaste, vanligen förekommande färdväg, som under hänsynstagande till den sjukes tillstånd

kunnat användas, skall huvudvikten läggas vid frågan, huruvida det kan antas att den sjukes hälsotillstånd skulle ha försämrats, därest han begagnat ett billigare färd sätt. Hänsyn skall sålunda tas icke blott till försämring av den sjukdom för vilken vården söks, utan även till annan försämring av hälsotillståndet. Vidare skall sådana omständigheter som ålder och smittorisk beaktas. Skulle ett billigare färdmedel i och för sig kunnat användas men sådant begagnade medfört, att den sjuke måst uppskjuta resan eller att han fått resan avsevärt förlängd och skulle risk härigenom ha förelegat för försämring av hans tillstånd, kan ersättning utges för begagnande av ett dyrare färdmedel.

Ersättning för utgifter för sovvagnsbiljett och snälltågsbiljett utges i den mån begagnande av sovplats respektive snälltåg kan anses vara vanligt förekommande färd sätt eller eljest uppenbarligen föranleds av den sjukes tillstånd. Kan det skäligen krävas, att den sjuke vid resan skulle ha använt tur- och retur biljett, skall ersättningen beräknas högst efter kostnad för dylik biljett.

Kostnad för väntetid vid färd med trafikbil ersätts endast i den mån kostnaden för fram- och återresa jämte väntetid ej ställer sig dyrare än kostnaden för två enkla resor. Härvid förutsätts, att bil erfordrats även för återresan.

Har trafikbil väntat vid sjukvårdsinrättning i avbidan på om den försäkrade kommer att intas eller ej, skall någon ersättning inte utgå för väntetid, om den försäkrade blir intagen.

Ersättning för vårdares återresa hör i allmänhet beräknas efter de faktiska resekostnaderna och torde följaktligen ej sällan komma att överstiga kostnad för billigaste färd sätt.

Kostnader för ambulans transporter med *flygplan och helikopter* bestrids av flygförvaltningen. Eftersom alltså försäkrad inte själv behöver vidkännas någon utgift för dessa transportkostnader, skall någon ersättning för dem inte utges av allmän sjuk kassa.

Har försäkrad, som undergår eller skall undergå poliklinisk behandling vid sjukvårdsinrättning, av annat skäl än sjukdomsbehandlingen begivit sig till annan ort, och har kostnaderna för resorna för den polikliniska behandlingen därigenom blivit högre än eljest, bör ersättningen för resorna i allmänhet begränsas till belopp, som skulle ha utgått, om den försäkrade ej bytt vistelseort.

Har försäkrad från landsorten, som skall undergå radiumbehandling på Radiumhemmet, ej kunnat intas där, bör resekostnads ersättning i regel kunna utges för den försäkrades resor mellan tillfällig bostad och Radiumhemmet.

Om försäkrad, som företar resa till läkare för erhållande av läkarvård,

viss del av färdsträckan måst exempelvis bäras å bår eller dragas å kälke, torde ersättning i regel ej kunna utges för den försäkrades kostnader, i vad avser berörda transport.

Om försäkrad insjuknat under tillfällig vistelse i utlandet och i anledning härav hemtransporterats och intagits på sjukhus här i landet, skall ersättning för den försäkrades resekostnader i anledning av sjukhusvården utgivas högst efter vad som skolat utgå, därest behovet av sjukhusvård uppkommit i den sjukets bostad i hemorten.

Spenshults reumatikersjukhus är upptaget i den av Kungl. Maj:t fastställda förteckningen över sjukvårdsinrättningar — andra än allmänna sjukhus — vilka är att anse såsom sjukvårdsanstalter jämlikt SFL. Enär sjukhuset inte är allmänt sjukhus, skall ersättning för utgifter för intagning där utges högst med belopp motsvarande kostnaden för resa till närmaste allmänna sjukhus, där erforderlig vård kunnat beredas. Som sådant sjukhus skall i förevarande fall anses allmänt sjukhus med medicinsk eller reumatologisk avdelning, dock inte sjukvårdsinrättning, varöfver pensionsstyrelsen förfogar för sin sjukvårdande verksamhet.

Utgifter för återresa från Spenshults sjukhus efter där erhållen sjukhusvård skall ersättas i den mån de överstiger 4 kronor. Har behovet av sjukhusvård uppkommit under den försäkrades vistelse utom det län, inom vilket han är bosatt, och har han på grund av att insjuknandet skett utom hemlandet intagits på Spenshults sjukhus, skall ersättning för utgifter för återresan från sjukhuset dock ej utges. Det är alltså i fråga om ersättning för dylika utgifter i och för sig utan betydelse, huruvida och i vilken utsträckning ersättning utgår för intagningskostnaderna.

Enär Spenshults sjukhus icke är allmänt sjukhus och ej heller sådan för enbart öppen vård avsedd sjukvårdsinrättning som åsyftas i SFL kan, även om hänvisning av läkare för läkarvård vid nämnda sjukhus föreligger, ersättning för utgifter för resa i samband med denna vård ej utges med högre belopp än som skulle ha utgått vid besök hos den provinsialläkare eller stadsläkare, inom vars distrikt den försäkrade vistas.

Motiveringen till gällande bestämmelser

Gällande bestämmelser om ersättning för resekostnader vid besök hos läkare och i samband med sjukhusvård går i allt väsentligt tillbaka på *socialvårdskommitténs* betänkande med förslag till lag om allmän sjukförsäkring (SOU 1944:15).

I förordningen om erkända sjukkassor sänkades bestämmelser om resekostnadsersättning vid läkarbesök. Enligt socialvårdskommittén hade detta visat sig särskilt kännbart inom sjukkasseområden, där avstånden var stora. Om de som var bosatta på långt avstånd från läkarstationer skulle kunna

erhålla en tillfredsställande läkarvård syntes det nödvändigt att sjukkasorna åtminstone i viss utsträckning betalade kostnaderna för de sjukas resor till läkare. Om allmän sjukförsäkring bleve införd och allmänheten på grund därav i större utsträckning än förut komme att hänvända sig till läkare, vore en dylik ordning påkallad även med hänsyn till önskvärheten att hålla läkarvårdskostnaderna nere. Dessutom bleve det i ett sådant läge omöjligt för läkarna att besöka alla sjuka i deras hem. Kommittén räknade vidare med, att rätt till reseersättning skulle bidra till att underlätta de sjukas vård i hemmen och på så sätt verka avlastande på sjukhusen.

Kommittén fann likväl, att ersättningsbestämmelserna måste utformas restriktivt, om inte försäkringen skulle åsamkas stora utgifter och stort administrativt arbete. Ersättningen borde därför i princip endast avse längre resor. Detta syfte kunde lättast tillgodoses genom att den försäkrade själv hade att erlægga ett visst grundbelopp för varje resa. Kommittén föreslog detta belopp till 3 kronor. Vidare borde bestämmelserna utformas så, att de försäkrade bleve ekonomiskt intresserade av att inte begagna dyrare fortskaffningsmedel än som oundgängligen krävdes. Därför borde ersättningen utgå med endast en viss andel av beloppet. Kommittén föreslog för sin del, att ersättningen skulle utgöra tre fjärdedelar av kostnaden i vad den översteg grundbeloppet.

Socialvårdskommittén föreslog även begränsning av ersättningsrätten vid återresa från läkaren. Det kunde ganska ofta inträffa, anförde kommittén, att en person, som insjuknat på sin arbetsplats och därifrån begett sig till läkaren, efter läkarbesöket reste direkt till sin bostad. Vore bostaden belägen så långt från arbetsplatsen att resan normalt företoges med tåg eller annat avgiftsbelagt fortskaffningsmedel, föreläge i princip inte anledning för sjukförsäkringen att bekosta sådan resa. Kommittén föreslog därför att återresan ej skulle ersättas i vad färdvägen med mera än en mil överstege färdvägen vid resan till läkaren.

Från grunderna för beräkning av ersättning föreslog kommittén undantag för ett fall, nämligen där den sjuke av läkare hänvisats för läkarvård vid närmaste allmänna sjukhus, där vården kunnat meddelas. I sådant fall borde kostnaden ersättas helt i vad den överstege grundbeloppet. Härigenom avsåg kommittén att möjliggöra för landsbygdens läkare att utnyttja de vid lasaretten förefintliga hjälpmedlen i diagnostiskt hänseende utan att de sjuka därför skulle behöva intagas på lasaretten. Den förmånligare ersättningsregeln skulle även avse fall då röntgen- eller radiumbehandling eller gasbehandling vid lungtuberkulos lämnades vid sjukvårdsinrättning utan att intagning vid denna vore erforderlig.

Ersättning för intagning på sjukvårdsanstalt kunde utges också av de erkända sjukkasorna, dock inte med högre belopp än som skulle ha utgått för den sjukas intagande på lasarett, drivet av det landsting eller den i landsting ej deltagande stad, inom vars område han var bosatt. Kostnaderna för

återresa ersattes däremot ej. Bestämmelserna hade enligt socialvårdskommittén i praktiken medfört tolkningssvårigheter, särskilt i de fall då insjuknandet ägt rum utom hemorten. Det vore från såväl den enskildes som det allmännas synpunkt önskvärt, att ersättning alltid kunde lämnas för kostnaderna för intagning på närmaste allmänna sjukhus, där vården kunnat beredas. Kommittén föreslog därför en bestämmelse med detta innehåll. Den föreslagna regeln tillgodosåg emellertid inte den försäkrades berättigade intresse att alltid få ersättning för kostnaderna i samband med intagning på närmaste hemortssjukhus. Även om en person insjuknade i en kommun som gränsade till hemortsområdet borde kostnaderna för intagning på närmaste hemortssjukhus ersättas. Kommittén föreslog därför en kompletterande bestämmelse, som skulle tillgodose dessa önskemål.

Kommittén fann vidare, att det i vissa delar av landet förelåge ett starkt behov att kunna ersätta även återresa från sjukhus. Detta vore påkallat med hänsyn såväl till de sjukas ekonomi som till det allmännas intresse att de sjuka så fort som möjligt skulle kunna utskrivras från sjukhusen. För att sjukassorna inte skulle behöva ta befattning med småresor borde kostnaderna för återresa dock ersättas endast i vad de överstege grundbeloppet av tre kronor.

Med hänsyn till svårigheterna att erhålla en tillfredsställande regel för det fall att någon insjuknade utom hemorten och i anledning därav bleve intagen på annat sjukhus än hemortssjukhus föreslog kommittén, att ersättning för återresa ej skulle utgå i sådant fall. Det vore nämligen långt ifrån säkert att en person, som under vistelse utom hemorten blivit intagen på sjukhus, efter sjukhusvistelsens slut återvände till den plats, där han insjuknat. Att en återresa till bostadsorten, vilken vore det vanliga, icke borde ersättas av sjukassan ansåg kommittén uppenbart.

Kommittén föreslog ytterligare vissa begränsande bestämmelser för ersättningsrätten, gemensamma för resor till läkare och resor för sjukhusvård.

I *propositionen 1946:312* följdes i stort sett kommitténs förslag. I ett avseende vidtogs dock, på förslag av medicinalstyrelsen, en mindre jämkning i kommittéförslaget. Kommittén hade föreslagit, att reseersättning för besök hos läkare skulle utgå endast om resan föranletts uteslutande av behovet av läkarvård. Denna bestämmelse befanns vara onödigt snävt utformad. Enligt uttalande av chefen för socialdepartementet i nämnda proposition borde rätten till reseersättning inte betagas den som i samband med läkarbesöket passade på att tillgodose ett annat behov. Besöket hos läkaren skulle dock vara den egentliga anledningen till resan.

Riksdagen godkände propositionen i nu ifrågakvarande delar. Sedan SFL efter riksdagsbehandlingen utfärdats den 3 januari 1947 för att träda i kraft den 1 juli 1950, blev dess ikraftträdande uppskjutet, först till den 1 juli 1951 och sedermera till tidpunkt som framdeles skulle bestämmas. Lagen

blev därefter föremål för översyn av *socialförsäkringsutredningen*, som i betänkande om yrkesskadeförsäkring och sjukförsäkring (SOU 1952:39) föreslog väsentliga ändringar i densamma. I fråga om reseersättningsbestämmelserna framlade dock socialförsäkringsutredningen förslag endast om ändring av grundbeloppet. Indirekt påverkades ersättningsbestämmelserna därjämte av utredningens förslag att sjukvårdsförsäkringen skulle utsträckas till att omfatta tandläkarvård och att den skulle omfatta yrkesskadefall under viss samordningstid.

Vad angår grundbeloppen anförde socialförsäkringsutredningen, att penningvärdets fall motiverade en höjning, såvida inte förmånen skulle få större räckvidd än som ursprungligen avsetts. Höjningen borde dock i fråga om läkarvårdsresor avse endast det första besöket under en behandlingsperiod. För en försäkrad, som måste besöka läkaren flera gånger innan behandlingen avslutats kunde nämligen redan ett grundbelopp på 3 kronor bli en mycket kännbar utgift, särskilt om han därutöver skulle vidkännas en del av den överskjutande resekostnaden och en del av vårdkostnaden. En sådan belastning på den försäkrade skulle säkerligen, särskilt vid yrkesskador, framstå som obillig. Kommittén föreslog därför att grundbeloppet för första besöket skulle höjas till 4 kronor och grundbeloppet för återbesök samtidigt sänkas till 1 krona. Vidare föreslog utredningen en övre gräns för den del av kostnaden för återbesök som den försäkrade skulle ha att svara för själv. Beloppet härför borde sättas vid 2 kronor.

Någon definition av begreppet första besök och återbesök föreslogs ej skola ingå i lagtexten. Utredningen anförde dock, att anvisningarna i den då gällande sjukkassetaxan borde tjäna som ledning vid bedömning av spörsmålet. Enligt denna skulle såsom första besök av sjuk ersättas jämväl senare besök, vid vilket antingen minst 90 dagar förflutit efter tidigare avslutad behandling eller efter kortare tid än 90 dagar symtom av annan sjukdom yppat sig.

I *propositionen 1953:178* godtogs socialförsäkringsutredningens förslag efter vissa redaktionella jämkningar. Propositionen bifölls av riksdagen.

Sedan SFL efter socialförsäkringsutredningens överarbetning trädde i kraft den 1 januari 1955 har reseersättningsbestämmelserna ändrats vid ett tillfälle, nämligen år 1956. Det skedde på framställning av *riksförsäkringsanstalten*.

I anledning av förslag av anstalten genomfördes såväl en del förtydliganden i lagtexten som vissa sakligt betydelsefulla ändringar. De senare innefattade främst en utvidgning av rätten till reseersättning enligt den förmånligare beräkningsgrunden. Förut gällde att denna beräkningsgrund tillämpades endast när försäkrad efter hänvisning av läkare sökt läkarvård vid närmaste allmänna sjukhus. Bestämmelsens utformning innebar, att kostnaderna för resa till fristående centralsdispensär eller poliklinik ej kunde ersättas enligt de gynnsammare reglerna. Bl. a. med hänsyn till betydelsen

av en effektiv vårdverksamhet för bekämpande av tuberkulos borde centraldispensär jämställas med allmänt sjukhus i detta hänseende. Detsamma borde gälla fristående polikliniker, eftersom dessa vore försedda med fullt modern teknisk utrustning och i fråga om sjukvårdsresurserna i övrigt i klass med poliklinikerna vid allmänna sjukhus.

I *propositionen 1956:22*, vilken bifölls av riksdagen, följdes riks-försäkringsanstaltens förslag i huvudsak. Dessutom genomfördes emellertid — efter förslag av landsorganisationen och arbetsgivareföreningen i remissyttranden över riks-försäkringsanstaltens framställning — en uppmjukning av bestämmelsen om läkarhänvisning såsom förutsättning för reseersättning enligt den förmånligare beräkningsgrunden. Sålunda infördes nu den jämkningen att den som sökt läkarvård vid allmänt sjukhus för olycksfallsskada skulle kunna få ersättning enligt de förmånligare reglerna även om läkarremiss ej erhållits. Enligt departementschefsuttalandet i denna fråga framstode det som ett utslag av onödig byråkrati att uppsöka eller tillkalla läkare för att erhålla remiss till sjukhus, då en försäkrad drabbats av olycksfall och den därvid uppkomna skadan, såvitt det kunde bedömas, vore av så svårartad beskaffenhet, att trängande behov av läkarvård på sjukhus föreläge.

De särskilda bestämmelserna om ersättning för resa med vissa *färdmedel*, som *ej går i allmän trafik*, bygger på ett av riks-försäkringsanstalten i december 1954 avgivet förslag.

Att viss ersättning för resor med eget fortskaffningsmedel skulle utgå hade socialvårdskommittén förutsatt. Motiveringen härför var att risk eljest kunde föreligga, att dyrare färdmedel komme till användning. Enligt riks-försäkringsanstaltens förslag borde ersättningen för sådana resor — liksom för resor med färdmedel, tillhörigt någon nära anhörig till den sjuke — beräknas med de löpande kostnaderna som utgångspunkt. Det syntes nämligen oegentligt att ta hänsyn till de fasta kostnaderna, eftersom dessa ändock åvilade ägaren. En taxesättning med beaktande av de fasta kostnaderna skulle dessutom innebära en påtaglig risk för missbruk. Det av riks-försäkringsanstalten föreslagna beloppet för resor med egen bil, 10 öre per färdkilometer, ansågs i stort sett överensstämma med den löpande kostnad per kilometer som man hade att räkna med i fråga om bil, vars tjänstevikt i standardutförande understeg 1 100 kilogram. För färd med egen motorbåt föreslogs samma ersättningsbelopp, medan för färd med egen motorcykel föreslogs 5 öre per kilometer.

Beträffande färd med moped föreslog riks-försäkringsanstalten, att ersättning ej skulle utgå. Den löpande kostnaden beräknade anstalten i detta fall till endast ca 3 öre per kilometer. Med en ersättning av denna storlek skulle det fordras en tillryggalagd väglängd för fram- och återresa av mer än $13\frac{1}{3}$ mil vid ett första läkarbesök och mer än $3\frac{1}{3}$ mil vid återbesök för att ersättning överhuvudtaget skulle komma i fråga. Anstalten fann, att

man ej borde belasta sjukkasseorganisationen med kontroll, uträkning och utbetalning av de småbelopp som det här i allmänhet skulle bli fråga om.

Vad beträffar resor med fortskaffningsmedel, tillhörigt annan än den sjuke själv eller nära anhörig till honom, ansåg riksförsäkringsanstalten, att ersättningen visserligen borde maximeras men att maximibeloppet borde sättas högre än vad som motsvarade de löpande kostnaderna. Om ersättningen maximerades enbart i förhållande till sistnämnda kostnader, komme en alltför stor del av resekostnaden att falla på den sjuke. Det syntes nämligen sannolikt, att den ersättning fordonets ägare skulle betinga sig i allmänhet inte komme att stanna vid ett belopp som motsvarade de löpande kostnaderna. Anstalten föreslog med hänsyn härtill, att maximiersättningen i nu avsedda fall skulle beräknas efter en resekostnad av 20 öre per kilometer för bil och motorbåt samt 10 öre per kilometer för motorecykel.

Riksförsäkringsanstalten anförde vidare, att ersättning vid resa med egen eller nära anhörigs hästskjuts borde utgå för särskilda kostnader, såsom färjpenningar eller utgifter för stallhyra på annan ort. Vid resa med hästskjuts, som tillhörde annan än den sjuke eller nära anhörig till denne, borde reseersättningen beräknas högst efter i orten vanlig skjutslega.

Kungl. Maj:t följde riksförsäkringsanstaltens förslag utom däri att ersättningen för resa med hästskjuts bestämdes till samma belopp som för resa med bil och motorbåt.

Motioner vid 1956 och 1957 års riksdagar

Frågan om utformningen av reseersättningsbestämmelserna i SFL upptogs till behandling i fyra motioner till 1956 års riksdag. I de likalydande motionerna I:463 av herr Sundelin och II:598 av herr Königson m. fl. hemställdes, att riksdagen måtte komplettera 16 § SFL med en bestämmelse om att reseersättning enligt de gynnsammare beräkningsgrunderna skulle utgå jämväl när försäkrad, utan föregående remiss av läkare, sökt vård vid sjukvårdsinrättning för hastigt påkommande svårare sjukdom. I motionen I:52 av herrar Norling och Öhman yrkades sådan ändring av ersättningsgrunderna, att hela resekostnaden bleve ersatt av försäkringen.

I motionen II:293 av herr Lindström m. fl. föreslogs att de allmänna sjukkassorna skulle beredas tillfälle att såsom frivillig prestation införa ersättning för resekostnader till och från av riksförsäkringsanstalten godkända konvalescenthem efter samma grunder som enligt SFL gäller vid resa till och från sjukvårdsanstalt. I motionen uttalades, att resekostnadsersättningen därvid ej borde utges med högre belopp än som motsvarade kostnaden för resa med buss eller järnväg i lägsta klass.

I utlåtande över de tre förstnämnda motionerna anförde andra lagutskottet (L²U 1956:10) i anledning av yrkandena i motionerna I:463 och II:598, att de åsyftade sjukdomsfallen mången gång torde föranleda att den

sjuka bleve intagen på sjukhus, varvid ersättning utginge för hela kostnaden för resa till sjukhuset och i fråga om återresan för vad som överstege 4 kronor. Den föreslagna utvidgningen av ersättningsbestämmelserna skulle enligt utskottets mening kunna ge upphov till svårbedömda gränsdragningsproblem, och det syntes inte uteslutet, att en sådan utvidgning skulle kunna föranleda missbruk. Under hänvisning till svårigheterna att i dessa och andra hänseenden överblicka konsekvenserna av förslaget avstyrkte utskottet detsamma.

Yrkandet i motionen I:52 avvisades likaledes av utskottet. Man borde, anförde utskottet, vid en ändring av SFL gå fram med försiktighet och inte frångå de gällande bestämmelserna med mindre ett påtagligt behov därav föreläge och konsekvenserna kunde överblickas. En så genomgripande och kostnadskrävande reformering av SFL som motionärerna föreslagit kunde utskottet inte förorda.

Utskottets utlåtande godkändes av riksdagen.

I anledning av motionen II:293 inhämtade utskottet yttrande av bl. a. riksförsäkringsanstalten, som erinrade, att merprestationerna enligt 18 § SFL — till vilka kostnadsersättning för konvalescentvård hör — finansieras helt genom de avgifter till sjukvårdsförsäkringen som sjukkassemlemmarna erlägger till lokalsjukkassor och stadscentralsjukkassor. Införandet av ersättning för resekostnader i samband med konvalescentvård kunde enligt anstaltens mening i många fall medföra en icke obetydlig höjning av ifrågavarande avgifter.

Utskottet anförde i anledning av motionen i huvudsak följande (L²U 1956:54).

Uppenbarligen begränsas möjligheterna för en konvalescent att komma i åtnjutande av här avsedd vård därav att han själv har att svara för de med vården förenade resekostnaderna. Då här ifrågavarande konvalescenthem i vissa delar av landet är förhållandevis glest belägna, kan resekostnaderna stundom komma att uppgå till icke obetydliga belopp. Vad sålunda anförts talar för en utvidgning av ersättningsrätten till att omfatta även försäkrads resor i samband med vård av förevarande slag.

Skäl kan emellertid även åberopas för en viss återhållsamhet, när det gäller den ifrågasatta utvidgningen av ersättningsrätten. — — — Såsom riksförsäkringsanstalten i remissyttrande över motionen uttalat, torde införandet av ersättning för resekostnader i samband med konvalescentvård som en merprestation kunna komma att i många fall medföra en icke obetydlig höjning av medlemsavgifterna. Det förhållandet att konvalescenthemmen är mera glest belägna i vissa delar av landet än i andra torde även kunna medföra, att denna höjning blir mycket varierande i olika delar av landet. Härtill kommer att det genom motionen aktualiserade spörsmålet icke bör ses isolerat från frågor rörande ersättning för resor inom andra vårdområden. Det kan även ifrågasättas, om icke motionens syfte att nedbringa resekostnaderna vid konvalescentvård kan uppnås även på andra vägar, exempelvis genom en utökning av antalet konvalescenthem, där vården ersättes, varigenom resorna bleve kortare och därigenom billigare.

Enligt utskottets mening bör det icke komma i fråga att utan ytterligare prov-

ning av de problem, som motionen aktualiserar, genomföra en sådan utvidgning av försäkringsskyddet som i motionen föreslås. Frågans vikt motiverar emellertid att den göres till föremål för undersökning. En sådan synes lämpligen böra ske i samband med en översyn av sjukförsäkringslagen. Härvid får angelägenheten av den i motionen föreslagna ändringen vägas mot önskvärdheten av förbättringar av försäkringsförmånerna på andra områden.

Riksdagen beslöt att i skrivelse till Kungl. Maj:t (rskr. 1956:416) såsom sin mening ge till känna vad utskottet anfört i sitt utlåtande. Såsom framgår av våra direktiv har vi att pröva den genom motionen väckta frågan.

Vid 1957 års riksdag väcktes frågor om ändring av reseersättningsbestämmelserna i sex motioner, nämligen I:3 av herr Näsgård, II:102 och II:104 av herr Spångberg m. fl., II:399 av herr Ståhl, I:40 av herr Edström m. fl. och II:31 av fröken Höjer m. fl.

I motionen I:3 hemställdes, att riksdagen måtte i skrivelse till Kungl. Maj:t anhålla om en översyn av bestämmelserna om ersättning för resekostnader enligt SFL i syfte att bereda lättnader för patienter med långa avstånd till läkare eller allmänt sjukhus. I motionen II:102 yrkades, att riksdagen måtte besluta, att patient som av läkare inom sjukvårdsinrättning anvisats återbesök för vård eller kontroll måtte utan hänvisning av läkare utanför inrättningen erhålla resekostnadsersättning enligt SFL. Motionen II:104 utmynnade i en hemställan, att riksdagen måtte hos regeringen anhålla om sådan ändring av bestämmelserna om ersättning för resor till och från läkare och sjukvårdsinrättningar att såsom billigaste färd sätt skulle räknas det som med hänsyn till trafikförhållandena kunde anses rimligt och vanligen förekommande. I motionen II:399 yrkades att riksdagen måtte i skrivelse till Kungl. Maj:t begära sådan ändring snarast möjligt av tillämpningen av 16 § SFL att ersättning för havda kostnader vid resor kunde beredas även den som bodde på den mest avlägsna landsbygden.

I de likalydande motionerna I:40 och II:31 föreslogs att riksdagen skulle besluta om ett statsbidrag om 20 000 kronor till Riksföreningen mot reumatism som bidrag till driften av Spenshults reumatikersjukhus under budgetåret 1957/58. Som motiv anfördes särskilt att sjukhuset genom det föreslagna statsbidraget skulle bli att betrakta som allmänt sjukhus enligt SFL, i följd varav sjukhusets patienter skulle komma i ett gynnsammare läge i fråga om ersättning från allmän sjukkasse för resor till och från sjukhuset.

Andra lagutskottet anförde i utlåtande (L²U 1957:33) över de fyra förstnämnda motionerna, att dessa icke borde föranleda annan riksdagens åtgärd än en hemställan till Kungl. Maj:t att motionerna måtte överlämnas till oss för övervägande vid fullgörandet av vårt uppdrag. Riksdagen beslöt i enlighet härmed (rskr. 1957:316). Kungl. Maj:t har genom beslut den 6 juni 1957 överlämnat de tre motionerna jämte utskottsutlåtandet till oss.

I utlåtande över motionerna I:40 och II:31 anförde statsutskottet (SU 1957:164) bl. a., att det av motionärerna aktualiserade spørsmålet fölle inom ramen för vårt utredningsuppdrag. På grund därav och då motionärerna i övrigt enligt utskottets mening ej anfört bärande skäl för sitt yrkande om statsbidrag avstyrkte utskottet motionerna. Riksdagen biföll utskottets förslag.

Utredningsuppdraget

I anförande till statsrådsprotokollet över socialärenden den 26 april 1957 anförde chefen för socialdepartementet, statsrådet Nilsson, bl. a. följande.

Sjukförsäkringslagen har nu varit i kraft i mer än två år. Härunder har bestämmelserna om reseersättning varit livligt omdebatterade. Oaktat den förhållandevis korta tid bestämmelserna varit i tillämpning har det blivit erforderligt att i vissa avseenden ändra dem. Sålunda infördes genom lagändring år 1956 möjligheten att vid läkarvård på sjukhus i anledning av olycksfall under vissa omständigheter erhålla reseersättning efter den förmånligare beräkningsgrunden trots att hänvisning av läkare inte ägt rum. Därjämte likställdes genom nämnda lagändring besök vid fristående poliklinik eller centraldispensär i reseersättningshänseende med besök vid allmänt sjukhus. En detaljfråga beträffande reseersättningsreglerna är vidare föremål för utredning. Den av Konungen fastställda taxan för ersättning för färd med fordon eller farkost, som inte går i allmän trafik, skall sålunda överses av den utredningsman, som enligt bemyndigande den 15 juni 1956 tillkallats för att biträda med revision av sjukkassetaxan m. m.

Bestämmelserna om rätt till reseersättning har även i andra hänseenden föränlett kritik. Vid såväl fjolårets som årets riksdagar har motionsvis framförts yrkanden på ändringar och kompletteringar av bestämmelserna i olika avseenden. Framställningar och påpekanden av liknande slag har gjorts till Kungl. Maj:t av organisationer och enskilda. De allmänna sjukkassorna har också i åtskilliga fall på grundval av sina erfarenheter av bestämmelsernas tillämpning till riksförsäkringsanstalten framställt önskemål om ändring av bestämmelserna. De erfarenheter, som sålunda samlats rörande de nuvarande reglernas verkan i praktiken såväl för de försäkrade som för läkarna och sjukkassorna, synes mig ge vid handen, att bestämmelserna lider av en viss svårhanterlighet i administrativt hänseende och att de i en del fall leder till resultat, som från olika synpunkter ter sig mindre önskvärda.

Sjukförsäkringslagen har inte tillämpats så länge, att några säkra hållpunkter för en mera allmän översyn av densamma ännu kan anses föreligga. Detta får emellertid inte hindra, att lagen redan nu överses på sådana punkter, om vilka tillräcklig erfarenhet vunnits för att motivera en revision. Reseersättningsbestämmelserna utgör enligt min mening ett problemkomplex, som är i klart behov av översyn och som därjämte är så avgränsat att de lämpar sig för att utbryta till särskild behandling. Jag finner mig därför böra förorda, att dessa bestämmelser nu överses. Arbetet härmed synes böra anförtros åt särskilda utredningsmän.

De grundtankar, som ligger bakom den nuvarande lagstiftningen, bör vara vägledande för utredningsmännens arbete. Resekostnadsbestämmelserna bör med andra ord syfta till att bereda försäkrade, som är bosatta på förhållandevis långt avstånd från läkare och sjukvårdsinrättningar, möjlighet att erhålla erforderlig läkar- och sjukhusvård utan att betungas av alltför dryga reseutgifter. Bestämmel-

serna bör därjämte vara så utformade, att de försäkrade har intresse av att göra det val av vård och färd sätt, som med hänsyn till sjukdomens art och den sjukes tillstånd i varje särskilt fall ställer sig mest ekonomiskt. Inom ramen för denna allmänna målsättning bör utredningsmännens uppdrag avse att göra reglerna så enkla och lätthanterliga som möjligt. Intresset av att det allmännas kostnader för sjukförsäkringen begränsas och att sjukförsäkringsavgifterna hålles på en rimlig nivå bör därvid självfallet beaktas.

Vad angår de särskilda spörsmål inom området för 16 § sjukförsäkringslagen, som härvid anmäler sig, synes till en början frågan om storleken av det grundbelopp, för vilket den försäkrade själv har att svara vid resa till och från läkare, böra upptas till övervägande. Det har visat sig, att bestämmelsen om olika grundbelopp vid första besöket hos läkare och vid återbesök dragit med sig ett förhållandevis omständligt administrativt arbete. Det kan därför ifrågasättas, om inte grundbeloppet bör göras enhetligt för samtliga fall. Med hänsyn till de förändringar, som penningvärdet och den allmänna inkomstnivån undergått sedan de nuvarande grundbeloppens storlek fastställdes, synes frågan om beloppets storlek böra omprövas med utgångspunkt från grundsatsen att kortare resor inte bör medföra rätt till ersättning. I detta sammanhang anmäler sig spörsmålet huruvida i vissa fall en eller flera resor skall anses föreligga. Om en försäkrad först reser till en läkare och sedan, efter remiss av läkaren, omedelbart fortsätter till en sjukvårdsinrättning för att erhålla läkarvård därstädes, torde de nuvarande bestämmelserna föranleda till att två resor för förstabesök anses företagna och att det högre grundbeloppet således avdrages från kostnaden för vardera resan. För den sjuke är det däremot naturligt att betrakta färden till läkaren och vidare till sjukvårdsinrättningen som en enhet.

Ersättningen för den del av resekostnaden, som överskjuter grundbeloppet, bör såsom redan anförts beräknas efter sådana grunder, att den försäkrade har intresse av att hålla resekostnaden nere. De nuvarande reglerna bygger i detta hänseende på en kombination av flera faktorer, som på olika sätt begränsar ersättningsrätten. Det bör övervägas, huruvida dessa begränsningsregler, som visat sig leda till mindre tillfredsställande resultat i vissa fall och som dessutom berett sjukhusen åtskilliga svårigheter vid tillämpningen, kan utformas på annat sätt än för närvarande. Det är angeläget att åstadkomma en ordning, som är tillfredsställande ur kostnads- och kontrollsynpunkt utan att vara alltför betungande för allmänhet, läkare och sjukhus. Under alla omständigheter är det av vikt, att bestämmelserna inte leder till att organisationen för öppen läkarvård utanför sjukhusen inte utnyttjas till sin fulla kapacitet till följd av att fall, som med fördel kunde behandlas i sådan vård, i stället söker sig till sjukhusens avdelningar för öppen vård.

Bland andra spörsmål angående reseersättning i samband med läkarvård, som bör övervägas, kan nämnas frågan huruvida särbestämmelser lämpligen bör gälla för de största städerna. Vidare bör frågan om innebörden av begreppet billigaste färd sätt och det därmed sammanhängande problemet, huruvida ersättningen skall inbegripa även andra kostnader än rena resekostnader, exempelvis kostnader för övernattning, beaktas. Såsom förut anförts är frågan om taxan för ersättning för färd med vissa fordon och farkoster, som inte går i allmän trafik, inbegripen i det utredningsuppdrag, som lämnats utredningsmannen för översyn av sjukkassextan m. m. Det torde vara lämpligt att de utredningsmän, som får i uppdrag att överse sjukförsäkringslagens reseersättningsbestämmelser, övertar frågan om taxan för ersättning för färd med de ifrågasvarande färdmedlen.

De spörsmål, som sammanhänger med rätten till ersättning för resa då patien-

ten intages på sjukhus och för återresa från sjukhuset, sammanfaller i viss utsträckning med motsvarande problem beträffande resor för erhållande av öppen vård. Bestämmelserna i 17 § sjukförsäkringslagen om rätt till reseersättning för intagning på sjukhus är utformade närmast med tanke på resor till ett sjukhus för intagning där och tar inte direkt sikte på överflyttningar mellan olika sjukhus. Enligt förarbetena till sjukförsäkringslagen är det dock avsett att ersättning i viss omfattning skall kunna utgå i sådana fall. Tvekan har emellertid yppats rörande det närmare innehållet i ersättningsrätten på denna punkt. Denna tvekan synes främst vara att föra tillbaka på rådande ovisshet om sjukhushuvudmännens skyldighet att på grund av sjukhuslagens bestämmelser eller andra föreskrifter bekosta de överflyttningar, varom här är fråga. Spörsmålet bör bli föremål för utredningsmännens övervägande.

Rätten till reseersättning vid intagning på sjukhus är begränsad till kostnaden för resa till närmaste sjukhus eller i vissa fall närmaste hemortssjukhus, där erforderlig vård kunnat beredas. Principerna för bedömningen, huruvida erforderlig vård kunnat beredas, synes enligt hittills vunna erfarenheter vara i starkt behov av att bli närmare klarlagda. Vidare ger begreppet hemortssjukhus ingen ledning, när ett allmänt sjukhus drives av en annan huvudman än landsting eller sådan stad, som ej deltar i landsting. Detta gäller exempelvis de statliga sjuksjukhusen. Det bör undersökas om inte den otydlighet som sålunda vidlåder de nuvarande bestämmelserna kan undanröjas. Begränsningen i ersättningsrätten vid resa för intagning på sjukvårdsinrättning har inte någon motsvarighet när det gäller ersättning för återresa från sjukvårdsinrättningen. Det synes lämpligt att utredningsmännen överväger om det är motiverat att denna olikhet kvarstår.

Såväl vid resor för erhållande av öppen läkarvård som vid resor i anledning av intagning på sjukhus utgår i vissa fall ersättning för resekostnad för följeslagare åt den sjuke. Vid intagning på sjukhus eller återresa därifrån kan ersättning komma ifråga även för kostnaden för vårdare. Några regler om vem som är att anse som vårdare eller angående de närmare grunderna för beräkning av ersättningen för vårdaren anges emellertid inte. Då detta i många fall vållat tillämpningssvårigheter, bör problemen undersökas av utredningsmännen.

Ett samband råder mellan bestämmelserna om rätt till reseersättning i 16 och 17 §§ sjukförsäkringslagen och en fråga, som riksdagen i skrivelse år 1956 (nr 416) fäst uppmärksamheten på. Sjukförsäkringslagen stadgar i 18 §, att sjukkassa med tillsynsmyndighetens medgivande må besluta, att den obligatoriska försäkringen i kassan skall omfatta vissa s. k. merprestationer, bland dem ersättning för konvalescentvård. Ersättning för resor till och från konvalescenthem utgår dock inte. I anledning av väckt motion uttalade andra lagutskottet, att frågan om reseersättning i dylika fall borde göras till föremål för undersökning i samband med en översyn av sjukförsäkringslagen. På utskottets hemställan har riksdagen i förenämnda skrivelse som sin mening givit till känna vad utskottet anfört. Frågan torde få prövas i detta sammanhang och skrivelsen bör därför överlämnas till utredningsmännen.

De nu anförda spörsmålen angående sjukförsäkringslagens reseersättningsbestämmelser är givetvis inte de enda, som bör beaktas vid översynen. De är att betrakta som exempel, och det har inte varit min avsikt att därmed i något avseende begränsa utredningsmännens handlingsfrihet. Tvärtom är det angeläget, att alla de problem, som föreligger inom detta ämnesområde, blir så allsidigt belysta som möjligt och att utredningsmännen framlägger alla de förslag de anser påkallade.

AVDELNING II

Verkställda undersökningar

Vissa statistiska uppgifter

Antalet medlemmar i de allmänna sjukkassorna uppgick den 31 december 1955, 1956 och 1957 till resp. 5 404 789, 5 453 378 och 5 495 544. Kassornas utgifter för resekostnadsersättningar utgjorde år 1955 ca 20 milj. kronor, år 1956 ca 25 milj. kronor och år 1957 ca 28 milj. kronor. Hur utgifterna fördelade sig på olika ändamål samt på landsbygd och städer framgår av tab. 1, som för jämförelses skull även visar storleken av kassornas samtliga sjukvårdsutgifter och fördelningen av dessa.

Tab. 1. De allmänna sjukkassornas utgifter för reseersättningar.

Utgifter i 1000-tal kronor för	År	Lokal-sjuk-kassor i städer	Lokal-sjuk-kassor på lands-bygden	Samtliga lokal-sjuk-kassor	Läns-central-sjuk-kassor	Stads-central-sjuk-kassor	Samtliga sjuk-kassor
ersättning för resor till och från läkare och tandläkare	1955	2 344	7 273	9 617	1	300	9 918
	1956	2 965	9 239	12 204	1	483	12 688
	² 1957	3 473	10 652	14 125	—	535	14 660
ersättning för resor till och från sjukhus och förllossningsanstalter	1955	2 356	7 464	9 820	1	690	10 511
	1956	2 840	8 619	11 459	1	901	12 361
	² 1957	3 116	9 215	12 331	1	1 014	13 346
samtliga ersättningar enligt sjukvårdsförsäkringen ¹	1955	55 471	66 829	122 718	4	51 382	174 104
	1956	65 737	78 405	144 142	101	63 638	207 881
	² 1957	70 169	83 731	153 900	70	66 909	220 879

¹ Innefattar kostnader för läkar- och tandläkarvård, resor till och från läkare och tandläkare, sjukhusvård och vård på förllossningsanstalt, resor till och från sjukhus och förllossningsanstalt samt förmåner enligt 18 § SFL.

² Preliminära uppgifter.

Av tab. 2 framgår storleken av resekostnadsersättningarna per år och medlem, fördelade såsom i tab. 1.

Tab. 1 och 2 visar, att reseersättningarnas ekonomiska betydelse, såsom man kan vänta, är långt större på landsbygden än i städerna. Medan rese-

Tab. 2. De allmänna sjukförsäkringarnas reseersättningsutgifter, per år och medlem.

Utgifter i kr för	År	Lokalsjuk- kassor i städer	Lokalsjuk- kassor på landsbyg- den	Samtliga lokalsjuk- kassor	Stadscentralsjuk- kassor	Samtliga sjukkassor
ersättning för resor till och från läkare och och tandläkare	1955	1,34	3,06	2,33	0,23	1,84
	1956	1,67	3,88	2,94	0,37	2,33
	² 1957	..	..	3,38	0,41	2,67
ersättning för resor till och från sjukhus och förloss- ningsanstalter	1955	1,35	3,14	2,38	0,54	1,94
	1956	1,60	3,62	2,76	0,69	2,27
	² 1957	..	..	2,95	0,77	2,43
samtliga ersätt- ningar enligt sjukvårdsför- säkringen ¹	1955	31,75	28,09	29,74	40,17	32,21
	1956	37,06	32,94	34,70	48,98	38,12
	² 1957	..	..	36,82	50,87	40,19

¹ Jfr not ¹ till tab. 1.

² Preliminära uppgifter.

utgifterna blott utgör 8 à 9 % av stadslokalsjukkassornas samlade utgifter för sjukvårdsändamål är motsvarande andel för landsbygdens lokalsjuk-
kassor 22 à 24 %. För stadscentralsjukkassornas vidkommande uppgår
reseutgifterna endast till ca 2 % av sjukvårdsutgifterna.

Storleken av reseersättningsutgifterna per år och medlem under år 1956
och 1957 för de olika centralsjukkassorna visas i tab. 3. Av tabellen fram-
går även utgifternas andel av kassornas totalutgifter för sjukvård.

Såsom siffrorna i tab. 3 utvisar, föreligger avsevärda variationer mellan
olika delar av landet i fråga om reseersättningsutgifternas storlek. Redan
mellan städerna är variationen för 1957 så stor som från 73 öre per år och
medlem till 2 kronor 63 öre. För landsbygdens del varierar reseersättnings-
utgifterna mellan 3 kronor 61 öre och 11 kronor 75 öre per år och medlem.

Reseutgifternas relativa andel av sjukvårdsutgifterna uppvisar också
mycket betydande geografiska variationer. För stadscentralsjukkassornas
vidkommande utgör denna andel för år 1957 mellan 1,5 och 7,2 % och för
länscentralsjukkassorna från 8,3 % till 30,6 %. Sjukförsäkringarnas totalutgif-
ter per år och medlem för sjukvård uppvisar också vissa geografiska skill-
nader. Dessa korresponderar dock ej med variationerna i fråga om rese-
ersättningsutgifter. Förhållandet illustreras i tab. 4, som visar storleken
av de olika centralsjukkassornas sjukvårdsutgifter under åren 1956 och
1957 i absoluta tal.

Tab. 3. De allmänna sjukkassornas utgifter för reseersättningar, per år och medlem, 1956 och 1957¹.

Sjukasseområde	Resor för läkarvård kr		Resor för sjukhusvård kr		Samtliga resor			
	1956	1957	1956	1957	1956		1957	
					kr	% av utgifterna för sjukvård ²	kr	% av utgifterna för sjukvård ²
<i>Stadscentralsjukkassor</i>								
Malmö	0,32	0,32	0,42	0,41	0,74	1,6	0,73	1,5
Stockholm	0,28	0,29	0,70	0,73	0,98	1,8	1,02	1,8
Hälsingborg	0,46	0,50	0,58	0,55	1,04	2,5	1,05	2,3
Göteborg	0,33	0,37	0,75	0,99	1,08	2,2	1,36	2,7
Eskilstuna	0,55	0,67	0,56	0,59	1,11	2,8	1,26	2,8
Landskrona	0,90	1,09	0,53	0,59	1,43	3,5	1,68	3,9
Norrköping	0,65	0,74	0,91	1,11	1,56	3,8	1,85	4,3
Gävle	0,76	1,01	1,25	1,42	2,01	5,7	2,43	6,5
Trelleborg	1,77	1,98	0,77	0,65	2,54	7,3	2,63	7,2
<i>Länscentralsjukkassor</i>								
Stockholms län	1,91	1,95	1,69	1,66	3,60	8,7	3,61	8,3
Skåne	1,89	2,18	1,45	1,49	3,34	10,9	3,67	11,1
Västmanlands län	2,10	2,29	1,82	1,98	3,92	10,6	4,27	11,2
Örebro län	1,86	2,19	2,23	2,25	4,09	11,8	4,44	12,3
Bohuslän-Halland	1,96	2,41	2,28	2,36	4,24	12,7	4,77	13,1
Södermanlands län	2,15	2,73	1,87	2,16	4,02	12,0	4,89	13,4
Östergötlands län	2,61	2,72	2,04	2,20	4,65	13,4	4,92	13,6
Uppsala län	2,67	3,13	2,09	2,07	4,76	13,5	5,20	13,7
Blekinge län	2,12	2,35	2,77	2,97	4,89	14,7	5,32	15,0
Älvsborgs län	2,80	3,26	2,39	2,69	5,19	14,6	5,95	15,9
Gotlands län	2,63	2,86	2,45	2,58	5,08	15,2	5,44	16,0
Jönköpings län	2,64	3,06	2,48	2,58	5,12	15,6	5,64	16,1
Dalarna	3,10	3,63	2,76	2,80	5,86	18,4	6,43	19,1
Skaraborgs län	3,10	3,79	3,07	3,40	6,17	18,4	7,19	19,7
Värmlands län	3,65	4,36	2,92	3,16	6,57	18,7	7,52	20,2
Västernorrlands län	3,59	4,07	3,97	4,07	7,56	21,6	8,14	22,0
Gävleborgs län	4,17	4,47	3,58	3,80	7,75	22,6	8,27	23,1
Kronobergs län	4,76	5,11	3,38	3,66	8,16	23,4	8,77	23,6
Kalmar län	4,18	4,89	3,77	3,89	7,95	23,3	8,78	23,8
Norrbottnens län	4,35	5,04	4,55	5,06	8,90	23,7	10,10	24,9
Västerbottens län	4,45	5,36	4,95	5,98	9,39	27,2	11,34	30,2
Jämtlands län	4,95	5,88	5,43	5,87	10,36	28,8	11,75	30,6
<i>Samtliga stadscentralsjukkassor</i>	0,37	0,41	0,69	0,77	1,05	2,1	1,18	2,3
<i>Samtliga länscentralsjukkassor</i>	2,94	3,38	2,76	2,95	5,70	16,7	6,33	17,2
<i>Samtliga centralsjukkassor</i>	2,33	2,67	2,27	2,43	4,59	12,1	5,10	12,7

¹ Uppgifterna för 1957 är preliminära.

² Jfr not ¹ till tab. 1.

Tab. 4. De allmänna sjukförsäkringarnas sjukvårdsutgifter¹, per år och medlem 1956 och 1957².

Sjukförsäkringsområde	Totalutgift för sjukvård per år och medlem, kr		Sjukförsäkringsområde	Totalutgift för sjukvård per år och medlem, kr	
	1956	1957		1956	1957
<i>Stadscentralsjukförsäkringar</i>					
Trelleborg	34,76	36,45	Hälsingborg	41,27	44,78
Gävle	35,22	37,28	Malmö	45,65	48,09
Eskilstuna	39,15	39,80	Göteborg	48,94	50,59
Norrköping	40,95	43,11	Stockholm	53,32	55,36
Landskrona	40,90	43,60	<i>Samtliga stadscentral-sjukförsäkringar</i>		48,85 50,87
<i>Länscentralsjukförsäkringar³</i>					
Skåne	30,77	32,96	Kalmar län	34,15	36,89
Dalarna	31,87	33,75	Västenorrlands län	35,03	37,04
Gotlands län	33,40	33,94	Värmlands län	35,08	37,15
Jönköpings län ...	32,92	35,08	Kronobergs län	34,92	37,19
Blekinge län	33,28	35,43	Älvsborgs län	35,63	37,45
Gävleborgs län	34,34	35,79	Västerbottens län ...	34,50	37,52
Örebro län	34,66	36,05	Uppsala län	35,14	37,90
Östergötlands län ...	34,62	36,06	Västmanlands län	36,98	37,98
Södermanlands län	33,43	36,42	Jämtlands län	35,97	38,34
Skaraborgs län	33,61	36,43	Norrbottnens län	37,55	40,61
Bohuslän-Halland	33,50	36,46	Stockholms län	41,58	43,40
<i>Samtliga länscentral-sjukförsäkringar</i>					
	34,06	36,83			
<i>Samtliga centralsjukförsäkringar</i>					
	38,04	40,19			

¹ Jfr not ¹ till tab. 1.

² Uppgifterna för 1957 är preliminära.

³ Inkl. anslutna lokalsjukförsäkringarnas utgifter.

Som ett anmärkningsvärt förhållande framstår att sjukvårdsutgifterna för stadscentralsjukförsäkringarnas del är avsevärt större än inom länscentral-sjukförsäkringarna. Utgifterna per år och medlem i de förra är sålunda i genomsnitt över 14 kronor större än i de senare, trots att reseutgifterna utgör en väsentligt större belastning för länscentralsjukförsäkringarna. Troligen är detta resultatet av att stadsinvånarna anlitar läkare i större utsträckning än landsbygdens befolkning samt att resor inom städerna ofta är så billiga att ingen eller endast ringa ersättning från sjukförsäkringen kan ifrågakomma.

I syfte att få verkningarna av nu gällande reseersättningsbestämmelser närmare belysta och samtidigt få underlag för utformningen av förslag till nya bestämmelser på området har vi företagit en statistisk undersökning inom ett antal centralsjukförsäkringsområden. För insamlandet av uppgifter samt bearbetningen av materialet har riks-försäkringsanstalten svarat.

Undersökningen har omfattat samtliga 207 lokalsjukvårdskassor i följande centralsjukvårdsområden, nämligen Stockholms län, Jönköpings län, Skåne, Värmlands län, Jämtlands län och Norrbottens län. Urvalet av undersökningsområden har skett på ett sådant sätt, att geografiskt betingade skillnader i fråga om färdssätt och kostnader m. m. skulle bli beaktade. Även om de framkomna resultaten givetvis ej kan göra anspråk på att vara representativa för andra än de undersökta områdena, har avsikten dock varit att det samlade resultatet därjämte skulle kunna läggas till grund för omdömen med huvudsaklig giltighet för hela riket.

Uppgifterna till undersökningen har hämtats från de verifikationer över utbetalad resekostnadsersättning, vilka ligger till grund för sjukvårdskassornas bokföring två månader under tiden 1 juli 1956—30 juni 1957. Från varje kassa har uppgifter lämnats, avseende en månad under vart och ett av de två halvåren. Månaderna har uttagits så, att alla årets månader ingår i materialet lika många gånger. Samtliga berörda sjukvårdskassor har inkommit med uppgifter.

Antalet resor som omfattas av undersökningen utgör 100 605. Av dessa är 73 588 resor i samband med läkarvård och 27 017 resor i samband med sjukhusvård. Av läkarvårdsresorna avser 52 929 (71,9 %) återbesök hos läkare. Detta behöver ej innebära att lika stor andel av samtliga företagna läkarbesök skulle utgöras av återbesök. Eftersom självriskan vid beräkning av reseersättning för återbesök är avsevärt lägre än för första besök, kan nämligen en förhållandevis större del av återbesöksresorna berättiga till försäkringsersättning än vad som är fallet med resorna för första besök. Emellertid kan nämnas att en av riksförsäkringsanstalten företagen urvalsundersökning avseende av de allmänna sjukvårdskassorna utgiven läkarvårdsersättning för tiden 1 juli 1955—30 juni 1956 gett till resultat, att antalet såsom första besök angivna ersättningsfall skulle utgöra endast ca 22 % av hela antalet besök på läkarmottagningar. (För Stockholmsområdet¹ är procenttalet ännu lägre.) Möjligen har frånvaron av markering såsom för första besök på läkarvårdskvittona medverkat till att åtskilliga resor har blivit ersatta som återbesök även när det i själva verket varit fråga om första besök.

Resorna i samband med sjukhusvård fördelar sig med 16 572 på intagningsresor och 10 445 på återresor. Att återresorna är färre än intagningsresorna torde i första hand bero på att ersättning vid återresa utgår endast om resekostnaden överstiger 4 kronor, medan någon sådan självrisk ej gäller för intagningsresor.

En ungefärlig uppfattning om antalet resor per år i hela landet, för vilka försäkringsersättning utgår, erhålls genom att antalet i undersökningen ingående resor räknas upp i proportion till den andel som utgifterna

¹ Stockholm, Solna, Lidingö, Nacka och Sundbyberg.

Tab. 5 Resor i samband med läkarvård. Procentuell fördelning efter färdstätt och antal resor för helt år.

Färdmedel	Sjukkassemråde						
	Stockholms län	Jönköpings län	Skåne	Värmlands län	Jämtlands län	Norrbottnens län	Samtliga
Annat färdmedel i allmän trafik än taxebil	51,2	63,2	61,5	69,5	72,5	76,5	65,7
Egen bil	6,5	6,8	6,9	5,3	4,2	2,1	5,4
Annans privatbil	0,4	2,4	1,0	1,3	1,4	1,1	1,2
Taxebil	32,1	21,7	24,8	18,0	17,3	15,0	21,5
Ambulans	2,5	0,7	0,9	0,4	0,3	0,5	0,9
Motocykel eller moped	—	0,0	—	0,0	0,0	—	0,0
Annat färdmedel	0,0	—	—	0,1	—	0,1	0,0
Kombinerade färdmedel	7,3	5,2	4,9	5,4	4,3	4,7	5,3
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal resor för helt år	65 208	58 482	97 950	98 952	45 432	75 504	441 528
därav resor i samband med återbesök	46 770	40 794	74 124	71 316	30 546	54 024	317 574
Antal resor per 100 medlemmar för helt år	22,5	28,1	24,5	45,1	43,1	43,6	31,6
Antal besök hos läkare per 100 medlemmar för helt år ¹	252,8	202,0	200,7	212,5	170,0	207,7	
Antal ersatta resor i % av företagna läkarbesök ¹	8,9	13,9	12,2	21,2	25,4	21,0	

¹ Totalantalet årliga besök hos läkare per 100 medlemmar har hämtats från riksförsäkringsanstaltens undersökning avseende sjukkasornas läkarvårdsutgifter 1/7 1955—30/6 1956 och omfattar ej viss industri- och verksläkarvård. Då de jämförda uppgifterna dessutom avser skilda tidsperioder, kan de erhållna procenttalen endast betraktas som mycket ungefärliga.

i undersökningen utgör av de totala utgifterna för resekostnadsersättning i hela riket under motsvarande tid. Resultatet av en sådan beräkning blir att sammanlagt ca 1 990 000 resor kan uppskattas för hela landet under ett år, därav 1 415 000 resor för läkarvård och 575 000 resor för sjukhusvård. Detta skulle betyda, att per 100 sjukkasmedlemmar ca 26 resor för läkarvård och 10 å 11 resor för sjukhusvård årligen ersätts från försäkringen. Av de besök hos läkare som de försäkrade företar är det endast en ringa del som föranleder resekostnadsersättning. Den nyss omnämnda av riksförsäkringsanstalten utförda undersökningen visar sålunda, att i genomsnitt för hela riket ca 250 besök hos läkare årligen företas per 100 medlemmar i sjukkasorna.

Resultatet av den statistiska undersökningen redovisas i det följande. I vissa av de efterföljande tabellerna återges också uppgifter avseende Stockholms stad. Dessa uppgifter har erhållits genom en av Stockholms allmänna centralsjukkas utförd statistisk undersökning, avseende samt-

Tab. 6. Resor i samband med sjukhusvård. Procentuell fördelning efter färd sätt och antal resor för helt år.

Färdmedel	Sjukkassemråde						
	Stockholms län	Jönköpings län	Skåne	Värmlands län	Jämtlands län	Norrbottnens län	Samtliga
Annat färdmedel i allmän trafik än taxebil	18,2	27,8	23,0	33,3	45,7	44,4	30,6
Egen bil	4,0	10,8	11,2	7,8	3,8	3,2	7,3
Annans privatbil	0,8	3,7	2,8	2,6	1,4	2,0	2,3
Taxebil	49,7	36,9	45,0	37,0	37,5	33,5	40,4
Ambulans	24,2	13,3	14,7	13,5	6,4	9,8	14,2
Motorecykel eller moped	—	—	—	—	—	—	—
Annat färdmedel	0,0	0,1	0,0	—	—	—	0,0
Kombinerade färdmedel	3,1	7,4	3,3	5,8	5,2	7,1	5,2
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal resor för helt år	27 306	24 468	38 094	28 908	15 606	27 720	162 102
därav resor från sjukhus	10 632	9 732	13 392	11 274	6 432	11 208	62 670
Antal resor per 100 medlemmar för helt år	9,4	11,8	9,5	13,2	14,8	16,0	11,6

liga resor för vilka kassan utgett ersättning under februari och augusti månader 1957. Uppgifterna för Stockholms stad är inte helt jämförbara med de uppgifter som avser övriga sjukkassemråden, men detta torde sakna betydelse i förevarande sammanhang.

I tab. 5 och 6 visas dels hur resorna relativt fördelar sig på skilda färd sätt, dels hur stort antal resor som ersatts för helt år, totalt och per 100 medlemmar.

Som synes är resor med andra färdmedel i allmän trafik än taxebil betydligt oftare förekommande i norrlandsläna än i de övriga undersökta områdena. Vad angår läkarvårdsresor faller för Stockholms län endast drygt hälften men för Jämtlands och Norrbottens län ca tre fjärdedelar av alla resor på sådana färdmedel i allmän trafik. I fråga om sjukresorna är skillnaden ännu mera markant. I Stockholms län företas endast en knapp femtedel av dessa resor med avsedda färdmedel i allmän trafik; i Jämtlands och Norrbottens län däremot närmare hälften. Förhållandet torde i viss mån förklaras därav att resor med tåg, buss, diligens osv. i de två nordliga läna blir så mycket dyrare på grund av de långa avstånden att en större andel sådana resor blir ersättningsbar. Detta är sannolikt också den huvudsakliga förklaringen till att antalet läkarvårdsresor per 100 medlemmar i Värmlands län och de två norrlandsläna blir så mycket högre än i de övriga undersökta sjukkassemrådena. Av tabell 5 kan sålunda utläsas att andelen läkarbesök, som ej medför någon rätt till reseersättning,

storleken av de försäkrades faktiska kostnad per resa, av sjukkassan som ersättningsunderlag godtaget belopp samt utbetalad ersättning. Av tabellerna framgår att de genomsnittliga resekostnaderna företer betydande geografiska differenser. För första besök hos läkare är skillnaden mellan Skåne och Jämtlands län 9 à 10 kronor per resa. För återbesöken är de genomsnittliga resekostnaderna genomgående betydligt lägre än för första besöken, vilket torde sammanhånga dels med att de försäkrades tillstånd då har förbättrats så att billigare färdsätt kan anlitas, dels att självrisker för återbesök är så låga att resor för sådana besök kommer med i statistiken, även om resekostnaden är tämligen obetydlig. Även skillnaderna mellan olika sjukkasseområden har krympt avsevärt vid återbesöken. De långa avstånd som de försäkrade måste resa för att komma till sjukhus i de norrländska länen återspeglas i tab. 9. Medan en innevånare i Stockholms län betalar i medeltal 20 kronor för en sjukhusresa, måste jämtlänningen betala över 50 kronor.

Tab. 8. Resor i samband med läkarvård. Faktisk och godtagen resekostnad samt lämnad försäkringsersättning, i genomsnitt per resa.

Sjukkasseområde	Faktisk resekostnad kr	Godtagen resekostnad kr	Försäkringsersättning kr
<i>Första besök</i>			
Stockholms län	16,34	15,65	10,96
Jönköpings län	17,98	17,76	12,85
Skåne	15,29	14,71	9,83
Värmlands län	17,76	17,09	12,22
Jämtlands län	24,74	23,39	17,78
Norrbottnens län	20,81	19,49	14,04
<i>Samtliga</i>	18,47	17,69	12,65
<i>Återbesök</i>			
Stockholms län	9,70	9,19	7,82
Jönköpings län	11,05	10,85	9,39
Skåne	9,45	9,12	7,79
Värmlands län	9,38	9,04	7,50
Jämtlands län	12,42	11,76	10,17
Norrbottnens län	11,01	10,52	8,94
<i>Samtliga</i>	10,23	9,83	8,36
<i>Första besök och återbesök</i>			
Stockholms län	11,58	11,02	8,71
Jönköpings län	13,15	12,94	10,44
Skåne	10,87	10,48	8,28
Värmlands län	11,72	11,29	8,82
Jämtlands län	16,46	15,57	12,66
Norrbottnens län	13,80	13,07	10,40
<i>Samtliga</i>	12,54	12,03	9,56
<i>Första besök och återbesök</i>			
Stockholms stad	13,02	11,10	8,06

Tab. 9. Resor i samband med sjukhusvård. Faktisk och godtagen resekostnad samt lämnad försäkringsersättning, i genomsnitt per resa.

Sjukkasseområde	Faktisk rese- kostnad kr	Godtagen rese- kostnad kr	Försäkrings- ersättning kr
<i>Resor till sjukhus</i>			
Stockholms län	20,34	19,85	19,85
Jönköpings län	24,55	23,59	23,59
Skåne	18,70	16,91	16,91
Värmlands län	24,46	23,18	23,18
Jämtlands län	51,29	48,22	48,22
Norrbottnens län	34,25	31,76	31,76
Samtliga	26,45	24,86	24,86
<i>Resor från sjukhus</i>			
Stockholms län	16,64	16,32	12,32
Jönköpings län	22,34	21,81	17,81
Skåne	17,44	16,31	12,31
Värmlands län	23,69	22,91	18,92
Jämtlands län	28,71	27,43	23,43
Norrbottnens län	28,04	26,86	22,88
Samtliga	22,24	21,38	17,38
<i>Resor till och från sjukhus</i>			
Stockholms län	18,90	18,47	16,92
Jönköpings län	23,67	22,88	21,29
Skåne	18,25	16,70	15,29
Värmlands län	24,16	23,07	21,52
Jämtlands län	41,98	39,65	38,00
Norrbottnens län	31,74	29,78	28,17
Samtliga	24,82	23,51	21,97
<i>Resor till och från sjukhus</i>			
Stockholms stad	15,55	14,17	12,32

Tab. 10, 11 och 12 belyser verkningarna för de försäkrade av de olika ersättningsbegränsande reglerna i SFL.

I tab. 10 visas hur dessa regler verkar i fråga om läkarvårdsresor. Talet i första kolumnen utgör skillnaden mellan den försäkrades resekostnad och den av sjukkassan godtagna kostnaden. Det ger alltså uttryck för effekten av de regler, som begränsar ersättningen med hänsyn till reseavstånd och färd sätt. Som synes är det avdragna beloppet större i Stockholms stad och i norrlandslänen än i de övriga områdena. Även i Stockholms län är avdraget ganska stort. Avdragets storlek i Stockholm kan bero på att ersättningsunderlaget för åtskilliga resor, som företas från ytterområdena till sjukhus i stadens centrum, beräknas som om resan företagits till distriktsläkare. Att avdraget blir större i norrlandslänen än i de övriga sjukkasseområdena låter sig inte förklara av det tillgängliga materialet. Troligen sammanhänger det både med att avståndsskillnaderna blir mycket större i norrlandslänen än i övriga Sverige och att de försäkrade i icke obetydlig

Tab. 10. Resor i samband med läkarvård. Effekten av olika ersättningsbegränsande faktorer, i genomsnitt per resa.

Sjukkassemråde	Begränsning med hänsyn till färdsätt och reseavstånd kr	Fast karensbelopp kr	Rörligt karensbelopp kr	De olika begränsningsfaktorernas sammanlagda effekt kr
Stockholms län				
Ordinär beräkningsgrund	0,86	1,76	1,15	
Förmånlig »	0,33	1,91	0,00	
Summa	0,56	1,85	0,46	2,87
Jönköpings län				
Ordinär beräkningsgrund	0,29	1,63	1,18	
Förmånlig »	0,14	2,17	0,04	
Summa	0,21	1,91	0,59	2,71
Skåne				
Ordinär beräkningsgrund	0,56	1,62	1,06	
Förmånlig »	0,26	1,81	0,02	
Summa	0,39	1,73	0,47	2,59
Värmlands län				
Ordinär beräkningsgrund	0,46	1,62	0,99	
Förmånlig »	0,40	2,20	0,02	
Summa	0,43	1,84	0,63	2,90
Jämtlands län				
Ordinär beräkningsgrund	0,79	1,85	1,41	
Förmånlig »	1,07	2,24	0,02	
Summa	0,89	1,98	0,93	3,80
Norrbottnens län				
Ordinär beräkningsgrund	0,76	1,70	1,19	
Förmånlig »	0,67	2,17	0,04	
Summa	0,73	1,85	0,82	3,40
Samtliga				
Ordinär beräkningsgrund	0,60	1,68	1,13	
Förmånlig »	0,40	2,03	0,02	
Summa	0,51	1,84	0,63	2,98
Stockholms stad, summa	1,92	2,58	0,46	4,96

utsträckning nyttjar taxebil för att därigenom undgå behov av övernattning under resan, under det att sjukkassorna beräknar ersättningen som om resan företagits med tåg eller buss.

Det fasta karensbeloppet vid läkarvårdsresor, vilket för första besök utgör 4 kronor och för återbesök 1 krona, uppgår i genomsnitt per resa för de undersökta länscentralsjukhusen till 1 krona 84 öre. För Stock-

Summan av de olika avdragsfaktorerna är, såsom tab. 10 utvisar, störst i Stockholms stad, ca 5 kronor. I övriga områden varierar den kring 3 kronor; Skåne har det lägsta beloppet, 2 kronor 59 öre, och Jämtlands län det högsta, 3 kronor 80 öre. Beräknas avdragsfaktorernas sammanlagda effekt på enbart första besök, blir det lägsta genomsnittet för de undersökta länscentralsjukvårdskassorna 6 kronor 92 öre (Jönköpings län) och det högsta 8 kronor 10 öre (Norrbottens län).

I tab. 12 lämnas uppgifter beträffande avdragsfaktorernas effekt i fråga om resor för sjukhusvård.

Tab. 12. Resor i samband med sjukhusvård. Effekten av olika ersättningsbegränsande faktorer, i genomsnitt per resa.

Sjukkasseeområde	Begränsning med hänsyn till färd-sätt och reseavstånd kr	Fast karensbelopp kr	De olika begränsningsfaktorernas sammanlagda effekt kr
Stockholms län	0,43	1,56	1,99
Jönköpings län	0,79	1,59	2,38
Skåne	1,55	1,41	2,96
Värmlands län	1,09	1,56	2,65
Jämtlands län	2,33	1,65	3,98
Norrbottens län	1,96	1,62	3,58
<i>Samtliga</i>	<i>1,31</i>	<i>1,55</i>	<i>2,86</i>
Stockholms stad	1,38	1,84	3,28

Något rörligt karensbelopp förekommer ej för dessa resor. Det fasta karensbeloppet dras av vid regleringen av kostnaderna för återresan; att beloppet ej blir lika för alla de undersökta områdena beror på att förhållandet mellan mängden intagningsresor och mängden återresor varierar mellan områdena. Att självriskan blir högre i Jämtlands och Norrbottens län än i de andra områdena, med undantag av Stockholms stad, är alltså ett uttryck för att ersättning utgår för ett större antal återresor i förhållande till antalet ersatta intagningsresor. Skillnaden i avdrag på grund av reseavståndet eller färd-sättet är som synes betydande. I Stockholms län utgör det i genomsnitt 43 öre; i Jämtlands län 2 kronor 33 öre.

I tab. 13 har den genomsnittliga effekten av begränsningsfaktorerna slagits ut på alla slags resor. Det sammanlagda avdragsbeloppet varierar, som framgår av tabellen, mellan 2 kronor 61 öre och 3 kronor 84 öre för länscentralsjukvårdskassorna, medan genomsnittet för dessa kassor är närmare 3 kronor. I Stockholms stad är avdragsbeloppet i medeltal 4 kronor 30 öre.

Tab. 14 visar hur samtliga i undersökningen ingående reseersättningsärenden fördelar sig procentuellt efter storleken av den godtagna rese-

kostnaden. Av tabellen framgår att i det närmaste en fjärdedel av alla ärenden avser godtagna kostnader på mindre än 5 kronor. Omkring hälften av ärendena gäller en godtagen kostnad på mellan 5 och 15 kronor. I Stockholms län och Skåne håller sig över 97 % av ärendena på kostnader under 50 kronor; i Jämtlands län utgör dessa ärenden 88 % av alla.

De allmänna sjukförsäkringarnas erfarenheter och synpunkter

Vi har funnit det angeläget att i vårt utredningsarbete tillgodogöra oss erfarenheter, som inom de allmänna sjukförsäkringarna vunnits av reseersättningsbestämmelsernas tillämpning. I viss utsträckning har material för detta ändamål kunnat erhållas från riksförsäkringsanstalten. I samband med att anstalten senast utfärdade tillämpningsföreskrifter till sjukförsäkringslagens reseersättningsbestämmelser infordrades nämligen i oktober 1956 yttranden från samtliga centralsjukförsäkringar över de föreskrifter i ämnet som anstalten tidigare utfärdat. Ifrågavarande yttranden berörde i huvudsak endast tillämpningsföreskrifternas utformning, under det att synpunkter beträffande själva lagbestämmelserna endast i ringa utsträckning redovisades. För att komplettera materialet i detta hänseende har vi hos samtliga allmänna centralsjukförsäkringar anhållit om en redogörelse angående de brister i nuvarande bestämmelser som enligt vunnit erfarenhet framträtt vid tillämpningen samt innebörden av de problem som därvid främst gjorts sig gällande. Samtliga försäkringar har, efter att ha inhämtat synpunkter från lokalsjukförsäkringar, inkommit med begärda yttranden. I det följande lämnas en redogörelse för huvudinnehållet i dessa.

Läkarvårdsresor

Differentiering av ersättningen mellan första besök och återbesök. I fråga om ersättningen för läkarvårdsresor har *samtliga centralsjukförsäkringar* föreslagit, att någon skillnad i ersättningshänseende ej skall göras mellan första besök och återbesök. Önskemålet härom har i vissa fall framförts med stor bestämdhet. Flertalet försäkringar hänvisar till, att det föreligger svårigheter att bestämma besökets art och att ersättningsfrågan därför ibland avgörs på slumpmässiga grunder. Ett första besök skall av läkaren markeras på läkarvårdskvittot med en ring kring besöksdatum. Är det fråga om återbesök skall någon markering på läkarvårdskvittot ej göras. Däremot skall den försäkrade i sin ersättningsframställning ange, att det gäller ett återbesök. Ifrågavarande system för kontroll av besökets art fungerar enligt centralsjukförsäkringarnas erfarenhet dåligt. Det förekommer sålunda, att vederbörande läkare försummar att markera första besök på sätt som avsetts eller att ett besök, som försäkringsmässigt är att anse som ett återbesök, markeras såsom första besök. Försummelsen kan bero på förbiseende eller ovetskap om innebörden av begreppet återbesök i lagens mening. Det har

enligt *Södermanlands läns centralsjuk-kassa* också hänt, att röntgenläkare, vilkas arvode är differentierat efter besökets art, såsom första besök markerat flera besöksdata under samma sjukperiod. *Norrköpings stads centralsjuk-kassa* påpekar, att det vid t. ex. underläkarmottagningar på sjukhus finns åtskilliga praktiska omständigheter, som omöjliggör eller försvårar för läkaren att avge ett korrekt utlåtande om besökets art. Samma kassa framhåller svårigheterna, då framställningar om läkarvårdersättning och resekostnadsersättning inges vid skilda tidpunkter. Ett antal kassor erinrar om de fall, då poliklinikpatient endast erhåller maskinstämplat kvitto, vilket ej utvisar besökets art.

Uppgifter av de försäkrade om arten av besöket kan enligt flera centralsjuk-kassor inte heller reservationslöst tillmätas vistord. Dels är det svårt för den medicinskt osakkunnige att tillämpa begreppet »ny sjukdom», dels är det svårt att i minnet hålla ihop ett tidssamband, utsträckt till 18 månader. Okunnighet bland allmänheten om innebörden av begreppet återbesök gör det ofta nödvändigt med särskilda utredningar vid reglering av ersättningsfrågan. Avsaknaden av diagnosuppgifter på läkarvårdskvittot försvårar kassans kontroll av medlems uppgifter angående medicinskt samband mellan olika besök. Den omständigheten att utbetalade ersättningar för läkarvård ej registreras gör det vidare svårt för kassorna att kontrollera medlems uppgift angående tidpunkter för besök. Speciella svårigheter uppkommer, då ärendena regleras per post och utan personlig kontakt mellan den försäkrade och kassans personal. De försäkrades bristande insikt om bestämmelsernas innebörd skapar enligt några kassor missnöje bland medlemmarna och extra arbete för kassorna med att förklara vad som gäller.

Kassorna i Eskilstuna stad samt Uppsala, Södermanlands, Jönköpings, Blekinge, Skaraborgs, Värmlands, Örebro och Västmanlands län ävensom *Skånes och Bohuslän-Hallands centralsjuk-kassor* anser den nuvarande bestämningen av begreppet återbesök lämplig, om första besök och återbesök även i framtiden skall särskiljas i ersättningshänseende. *Stadscentralsjuk-kassorna i Stockholm, Malmö, Landskrona, Trelleborg och Göteborg* finner däremot, att det utan registrering av varje läkarbesök ej finns stora möjligheter att avgöra om första besök och återbesök föreligger. *Kassan i Norrköpings stad* håller för troligt, att sjuk-kassorna i de flesta fall får ta ganska lätt på frågan om medicinskt samband mellan de sjukdomar som föranlett läkarbesök vid ena och andra tillfället. Skall större noggrannhet härvidlag eftersträvas, får man enligt kassans mening överväga frågan om diagnosuppgifter på läkarvårdskvittona samt registrering av utgiven läkarvårdersättning.

Kassan i Östergötlands län föreslår — därest ersättningsgrunderna skall vara differentierade — att begreppet återbesök knyts till alla besök, som

inom viss tid (18 månader) företas hos läkare på grund av samma sjukdom. Besöken skulle således inte behöva företas hos samma läkare eller vid samma sjukvårdsinrättning.

Kassorna i Kronobergs, Gotlands och Älvsborgs län anser, att anknytningen till viss tid bör borttas och begreppet återbesök bestämmas endast med hänsyn till det medicinska sambandet mellan besöken.

Karensbeloppet. I konsekvens med ståndpunkten att första besök och återbesök bör likställas i fråga om ersättningen för läkarvårdsresor föreslår *samtliga centralsjukkassor*, att karensbeloppet skall vara av samma storlek för alla sådana resor. Beträffande den lämpliga storleken av beloppet föreligger flera olika förslag. *Kassorna i Eskilstuna stad* samt *Uppsala, Jönköpings, Kronobergs, Älvsborgs och Skaraborgs län* föreslår sålunda, att beloppet sätts till 2 kronor. *Kassorna i Uppsala och Jönköpings län* anför såsom skäl härför, att en försämring av de nu gällande ersättningsgrunderna ej bör komma i fråga. Ett belopp på 3 kronor förordas av *kassorna i Stockholm, Landskrona och Trelleborg*, samt *Kalmar, Värmlands, Örebro och Västmanlands län* ävensom i *Bohuslän-Halland, Göteborgs stads och Dalarnas centralsjukkassor* jämte *kassorna i Östergötlands och Gotlands län* uttalar sig för ett karensbelopp på 4 kronor. *Kassorna i Malmö och Hälsingborg, Skånes centralsjukkassa* samt *kassorna i Stockholms, Södermanlands, Blekinge, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län* anser, att karensbeloppet kan sättas till 5 kronor. De norrländska sjukkassorna framhåller dock, att de ekonomiska konsekvenserna måste undersökas, innan man bestämmer karensbeloppet. *Kassorna i Norrköping och Gävle* uttalar sig för en höjning av karensbeloppet utan att precisera sin ståndpunkt.

Reduktion med $\frac{1}{4}$ av resekostnaderna. Av 18 centralsjukkassor föreslås vidare, att resekostnaderna skall ersättas helt, i vad de överstiger det fasta karensbeloppet. Den nuvarande reduktionen med $\frac{1}{4}$ av de överskjutande kostnaderna för vissa resor skulle således slopas. *Kassorna i Östergötlands och Jönköpings län* har sökt utröna den troliga ekonomiska effekten av en sådan ändring och därvid funnit, att avvikelserna i de sammanlagda ersättningsbeloppens storlek skulle bli ganska ringa. Såsom motiv för ändringen har anförts att administrationen skulle förenklas och bestämmelserna bli lättare för allmänheten att förstå. *Dalarnas centralsjukkassa* framhåller, att en enhetlig självrisk på 4 kronor samt slopande av reduktionen skulle innebära att ekonomiskt betydelselösa ersättningsärenden elimineras från administrativ handläggning samtidigt som behövlig hjälp skulle beredas dem som har höga kostnader.

Läkarvalets begränsning i ersättningshänseende. Enligt flertalet centralsjukkassor är principen om begränsning av läkarvalet i ersättningshänse-

ende riktig och de nuvarande bestämmelserna härom lämpligt utformade. *Vissa stadscentralsjukkassor* påpekar likväl, såsom närmare redovisas i det följande, att begränsningen är olämplig för de större städernas vidkommande.

Kassorna i Östergötlands och Jönköpings län vill vidga ersättningsrätten till att gälla resa till läkare vid närmast belägna allmänna sjukhus eller hemortssjukhus, den förra kassan dock endast i fråga om efterkontroll eller efterbehandling av försäkrad, som åtnjutit sjukhusvård på sådant sjukhus.

Undantag från fordran på hänvisning av läkare. Centralsjukkassorna har vidare uttalat sig i frågan, huruvida — om kostnader som överskjuter karensbeloppet alltfört skall ersättas efter differentierade grunder — den förmånligare beräkningsmetoden bör tillämpas i annat fall av öppen vård vid sjukvårdsinrättning än vid olycksfallsskada, fastän hänvisning av läkare ej föreligger. 12 kassor har besvarat denna fråga jakande. Att så bör bli fallet vid återbesök efter sjukhusvård anser sålunda *kassorna i Hälsingborgs stad, Uppsala, Södermanlands och Jönköpings län samt Dalarna. Skånes och Bohuslän-Hallands centralsjukkassor* samt *kassan i Älvsborgs län* anser, att undantag jämväl bör gälla vid akut insjuknande, då läkare ej kunnat anträffas och sjuksköterska styrker, att skyndsam läkarvård vid sjukvårdsinrättning varit behövlig. *Kassan i Kronobergs län* vill stadga undantag vid hastigt insjuknande, då den behandlande läkaren styrkt behovet av vården, och *kassorna i Stockholms och Södermanlands län* anser, att hänvisningskravet skall kunna efterges, när det kan antas att den försäkrade till följd av sjukdom varit i trängande behov av läkarvård vid sjukvårdsanstalt. *Kassan i Norrköpings stad* tänker sig någon form av skälighetsprövning vid exempelvis plötsliga insjuknanden.

Kassorna i Landskrona och Trelleborg samt *Södermanlands och Örebro län* ifrågasätter, om inte hänvisningskravet skulle kunna efterges vid läkarvårdsresor till sjukhus inom den försäkrades sjukvårdsområde. De två sistnämnda kassorna vill kombinera en sådan eftergift med förhöjd självrisk för dylika fall.

Kassan i Södermanlands län föreslår vidare undantag från hänvisningskravet vid besök på sjukvårdsinrättningar för röntgenundersökning och -behandling samt radiumbehandling. *Dalarnas centralsjukkassa* vill utsträcka undantagsbestämmelserna till fall av diabeteskontroll vid medicinsk avdelning samt glaucomkontroll vid ögonavdelning.

Centralsjukkassorna i Eskilstuna och Gävle samt *Östergötlands, Blekinge, Skaraborgs, Värmlands, Västmanlands, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län* motsätter sig ytterligare undantag från hänvisningskravet med motiveringen att sådana skulle skapa administrativa svårigheter och irritation bland de försäkrade.

Hälsingborgs centralsjukkassa föreslår, att hänvisning till privatpraktiserande specialist bör få samma verkan i ersättningshänseende som hänvisning för öppen vård vid sjukvårdsinrättning. Även *kassan i Östergötlands län* uttalar sig i sådan riktning.

Hänvisnings giltighet. I fråga om hänvisnings giltighet har en del kassor uttalat, att nuvarande anknytning till begreppet återbesök bör slopas. *Kassorna i Hälsingborgs stad, Uppsala, Älvsborgs, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län* samt *Dalarna* anser, att hänvisningen, utan annan begränsning i tiden, bör gälla, så länge läkarvård erfordras för en och samma sjukdom. *Kassan i Stockholms län* föreslår, att den behandlande läkarens anteckning på läkarvårdskvittot skall äga vitsord beträffande förekomsten av hänvisning, och *kassan i Skaraborgs län* företräder en liknande mening. *Kassan i Blekinge län* finner begränsning av hänvisningens giltighet överflödig, om hänvisningen utformas så att dess syfte klart framgår, och om sjukhusläkare åläggs att ange skälen till att han kvarhåller hänvisad patient för behandling i vidare omfattning än som remissen angett.

Styrkande av hänvisning. Av *samtliga centralsjukkassor* uppges, att det föreligger svårigheter att i ersättningsärendena fastställa om hänvisning av läkare lämnats eller ej. Läkarvårdskvittona är bristfälligt ifyllda i detta hänseende, dels beroende på glömska av läkaren, dels därför att läkaren ibland saknar kännedom om att hänvisning föreligger. Den remitterande läkaren kan ha underlåtit att underrätta sjukvårdsinrättningen om att han dit hänvisat patient, vidare kan patienten vid återbesök bli behandlad av annan läkare, som inte känner till att hänvisning ursprungligen föreläggat. Poliklinikkvittona ger heller inte någon upplysning om, huruvida hänvisning föreligger eller ej. Några kassor framhåller, att läkarna på ett effektivare sätt måste upplysas om vikten av att de gör ifrågavarande anteckningar på läkarvårdskvittot. *Kassorna i de norrländska länen* uttalar, att i lag eller tillämpningsföreskrifter bör intas bestämmelser om, hur förekomsten av hänvisning skall styrkas.

Ersättningsrättens begränsning med hänsyn till valet av sjukvårdsinrättning. Den i 16 § SFL stadgade begränsningen av ersättningsrätten till att avse närmaste allmänna sjukhus, där vården kunnat meddelas, har enligt vissa centralsjukkassor vållat en del tillämpningssvårigheter. *Dalarnas centralsjukkassa* och *kassan i Uppsala län* pekar på fall, då patient hänvisats till odelat lasarett, som är närmaste allmänna sjukhus, och därifrån remitterats vidare till specialavdelning vid längre bort beläget lasarett, trots att vårdresurser kanske i och för sig funnits vid det odelade lasarettet. Enligt den förstnämnda kassan ökar antalet sådana hänvisningar på grund

av den kontinuerliga utbyggnaden av specialavdelningar. *Stadscentralsjuk-kassorna i Stockholm och Norrköping* framhåller, att läkarvårdskvittona saknar uppgift om den sjukdom behandlingen avser, vilket försvårar bedömningen. Den senare kassan anför vidare, att remisshandlingarna endast sällan är tillgängliga för sjukkassan. *Kassan i Uppsala län* uttalar, att läkarna själva stundom har skiljaktig uppfattning om vårdbehovet.

Åtskilliga sjukkassor har åberopat de svårigheter som gör sig gällande i gränsregionen mellan två sjukvårdsområden. De försäkrade är vana att besöka hemortssjukhus även för öppen vård och blir kanske inte ens mottagna för sådan vård, om de söker den vid ett närmare beläget utomlänssjukhus. Särskilda problem uppstår, när försäkrad varit intagen för sjukhusvård på hemortssjukhus, men efterbehandling i form av öppen vård måste sökas vid närmare beläget utomlänssjukhus, för att resekostnadsersättning skall erhållas. *Kassorna i de norrländska länen* framhåller i detta sammanhang, att det på det senare sjukhuset ofta kan vara omöjligt att bedöma fallet utan tillgång till sjukjournalerna från hemortssjukhuset. Andra problem uppkommer, om vid dylikt återbesök behov av återintagning konstateras.

15 *centralsjukkassor* föreslår, att uttrycket »där erforderlig vård kunnat meddelas» skall tolkas så, att kostnader för resa till närmaste hemortssjukhus alltid ersätts, eller att lagbestämmelsen omformuleras så, att detta önskemål tillgodoses. I övrigt anser kassorna, att uttrycket bör tolkas som nu sker med tyngdpunkten på den medicinska bedömningen av vårdbehovet. *Dalarnas centralsjukkasse* och *kassan i Norrköpings stad* finner, att viss hänsyn bör kunna tas till den tid inom vilken vårdbehovet kan bli täckt. Är väntetiden vid det närmaste sjukhuset oskäligt lång, bör sålunda kostnaderna för resa till ett avlägsnare sjukhus kunna ersättas.

Kassan i Stockholms län berör problemet om ersättningsgrunder för fall, när hänvisning för öppen vård sker till sjukvårdsanstalt, som ej är allmänt sjukhus eller sådan sjukvårdsinrättning som anges i 16 § SFL. Befolkningen i Nacka stad och angränsande kommuner hänvisas regelmässigt för öppen vård till Ersta sjukhus, som ej är allmänt sjukhus, och får resekostnaderna reducerade som vid resa till närmaste tjänsteläkare. Patienter i vissa kommuner hänvisas på liknande sätt till Samariterhemmet i Uppsala. För ifrågavarande sjukkassemédlemmar ter sig reduktionen av reseersättningen obegriplig. *Bohuslän-Hallands centralsjukkasse* önskar bekräftande verkan av hänvisning för öppen vård likställa Spenshults reumatikersjukhus med allmänt sjukhus.

Ersättning vid återfärd från läkare. Regeln om ersättningsrättens begränsning vid återresa från läkare till bostaden, då denna färdsträcka är längre än framresan, har föranlett problem i ett flertal sjukkassor. 11 *kassor* anmäler dock, att bestämmelsen ej erbjudit några svårigheter.

Kassorna i Stockholms, Södermanlands och Gotlands län anser, att begränsningsregeln bör avskaffas och ersättning utges för hemresa till den plats, där den försäkrade har sin dygnsvila. Enligt den sist angivna sjukkassan bör högre ersättning dock ej utgå än för resa till den fasta bostaden. *Kassorna i Landskrona och Trelleborg, Skaraborgs och Värmlands län samt Dalarna* vill utsträcka den nu gällande enmilsbegränsningen till två eller tre mil, de två förstnämnda kassorna likväl endast i fråga om resor, som måste företagas med taxebil eller ambulans. Kassan i Värmlands län hänvisar främst till hemresor efter olycksfall, då i allmänhet dyrare färd sätt måste anlitas. *Kassan i Östergötlands län* vill stadga möjlighet för sjuk-kassorna att, när särskilda skäl föreligger, bortse från begränsningsregeln och tänker därvid särskilt på medlemmar, som insjuknar på sin arbetsplats.

Kassorna i Jönköpings, Kronobergs, Blekinge och Älvsborgs län samt Skåne och Bohuslän-Halland vill slopa begränsningsregeln vid fall av insjuknande på arbetsplatsen. Sistnämnda kassa tänker sig, att undantaget skall gälla endast om annat än billigaste färd sätt måste begagnas.

Intyg att resan föranletts av behovet av läkarvård. Centralsjuk-kassorna i Östergötlands, Kronobergs och Värmlands län anser det obehövt att i samtliga fall, då anspråk på reseersättning för läkarvårdsresa framställs, kräva skriftligt intyg av den försäkrade om, att resan föranletts huvudsakligen av behovet av läkarvård. Bestämmelsen är administrativt tyngande utan att vara till större praktisk nytta. Risken för obehörigt utnyttjande är liten. *Kassan i Värmlands län* anser emellertid, att sjuk-kassa skall ha rätt att kräva medlem på sådant intyg, när kassan finner skäl därtill.

Läkarvårdsresa under tid då försäkrad åtnjuter sjukhusvård. Kassan i Skaraborgs län påpekar, att medlem, som åtnjuter sjukhusvård, enligt gällande bestämmelser ej kan få ersättning för resa för att erhålla läkarvård. En patient på ett sanatorium, vilken måste resa till lasarett för behandling av en ögonsjukdom, får sålunda varken läkarvårdsersättning eller reseersättning. Lagen bör kompletteras i detta hänseende.

Sjukhusvårdsresor

Karensbelopp. Samtliga centralsjuk-kassor utom fyra anser, att visst karensbelopp alltjämt bör gälla vid sjukhusresor. *Kassan i Norrköpings stad* framhåller, att beloppet borde vara avsevärt högre för att fylla avsedd funktion. Då det emellertid är svårt att försämra försäkringsvillkoren, bjuder i stället konsekvensen att karensbeloppet slopas även för återresa. *Kassorna i Uppsala och Värmlands län* anser också, att karensbeloppet bör slopas helt, den förstnämnda kassan dock med det tillägget, att ersättning

på lägre belopp än 3 kronor ej bör utbetalas. Av de kassor som önskar, att ett karensbelopp skall finnas kvar, vill flertalet, att det liksom hittills endast skall avdras från ersättning för återresa. Samtliga föreslår, att beloppet skall ha samma storlek som för läkarvårdsresa. *Skånes* och *Bohuslän-Hallands centralsjuk-kassor* ävensom *kassorna i Kalmar, Blekinge, Älvsborgs* och *Västmanlands län* föreslår, att ett karensbelopp av samma storlek som för läkarvårdsresor skall beräknas på såväl intagnings- som återresa.

Hemortssjukhus. Begreppet hemortssjukhus synes inte ha berett sjuk-kassorna några större svårigheter vid prövningen av frågor om reseersättning. *Sju kassor* framhåller dock, att vissa besvärligheter uppstår vid intagning på sinnessjukhus. På grund av bestämmelserna i sinnessjukstadgan blir patienterna ibland inte mottagna på närmaste mentalsjukhus utan transporteras därifrån långa sträckor till mantalsskrivningsortens sinnessjukhus. Sjuk-kassorna kan få vidkännas betydande kostnader härför. Alla sjukvårdsanstalter bör i fråga om intagningen av patienter följa enahanda regler. Såsom lösning på problemet föreslår *tre kassor* en ändring av sinnessjukstadgan, så att den i fråga om intagningsbestämmelserna blir analog med sjukhuslagen.

Ersättningens begränsning med hänsyn till sjukhusvalet. *Samtliga centralsjuk-kassor* finner, att den nuvarande begränsningen av sjukhusvalet i ersättningshänseende är ändamålsenlig och föreslår ingen ändring av den i lagen intagna bestämningen härav. De kassor som närmare kommenterat bestämmelsen anser i allmänhet, att spörsmålet om »erforderlig vård kunnat beredas» eller ej bör bedömas med hänsyn till de för ifrågavarande sjukdom erforderliga medicinska resurserna samt tillgången på vårdplatser. *Kassan i Södermanlands län* föreslår, i syfte att förenkla tillämpningen, att den remitterande läkarens beslut skall vara utslagsgivande för bedömningen. *Kassan i Skaraborgs län* ifrågasätter, om inte valfrihet inom det egna sjukvårdsområdet borde övervägas. *Kassorna i Landskrona och Trelleborg, Kronobergs, Blekinge* och *Älvsborgs län* samt *Bohuslän-Halland* finner, att hänsyn också bör tas till att vårdbehovet blir tillgodosett inom rimlig tid. Kan så ej bli fallet vid närmast belägna sjukhus, vars vårdresurser i och för sig räcker till, bör resa till avlägsnare sjukhus godtas.

Ersättning vid återresa efter sjukhusvård. Av *samtliga centralsjuk-kassor utom fyra* anförs, att ersättningsrätten vid återresa från sjukhus efter sjukhusvård bör begränsas på samma sätt som vid intagningsresan. Ersättning skulle alltså utgå endast för resa från närmaste allmänna sjukhus (hemortssjukhus) där erforderlig vård kunnat beredas. *Kassan i Östergötlands län* vill dock ifrågasätta, om ej särskild begränsningsregel bör gälla be-

träffande medlem som bytt bostadsort under sjukhusvistelsen. *Kassan i Örebro län* gör den reservationen, att ersättning för resa till bostaden alltid bör beredas den försäkrade och pekar på möjligheten att fastställa visst högsta belopp, varmed ersättningen för återresa får överstiga ersättningen för intagningsresan.

Kassorna i Stockholms, Gotlands och Västmanlands län föreslår, att ersättningen för återresa efter sjukhusvård begränsas på samma sätt som ersättningen för återresa efter läkarvård.

Kassan i Blekinge län vill för de fall, då insjuknandet skett utom hemlandet och den försäkrade på grund därav intagits på utomlänssjukhus, införa möjlighet för sjukkassorna att efter skälighetsprövning ersätta resekostnaderna i vad de överstiger vad den försäkrade hade fått vidkännas, därest han inte hade blivit sjuk.

Transporter mellan sjukvårdsinrättningar. Samtliga centralsjukkassor vitsordar, att svårigheter uppkommer i samband med att reseersättning yrkas för resa mellan olika sjukvårdsinrättningar. Företrädesvis avses härvid resor för överflyttning från utomlänssjukhus till hemortssjukhus. Motiven för sådana resor skär ofta in i varandra. Stundom föreligger medicinska skäl för förflyttningen, ibland tillkommer resan på patientens egen önskan. En del förflyttningar avser att tillgodose hemlandstingets intressen, andra åter att främja den främmande sjukhushuvudmannens. I syfte att eliminera svårigheterna att utröna och bedöma skälen för överflyttningsresor föreslår 18 *sjukkassor*, att kostnaderna för sådana resor, när de ej påyrkats av patienten, skall betalas av endera av huvudmännen. Flertalet är av den meningen att hemlandstinget bör stå för kostnaderna. Överläggningar med huvudmännen för att få till stånd avtal i ämnet rekommenderas. Vissa kassor är dock ej främmande för tanken att resor, som är medicinskt motiverade, bör bekostas av sjukförsäkringen. *Kassorna i Södermanlands och Skaraborgs län* föreslår, att sjukhusen skall vara skyldiga att skriftligen ange motiven för hemsändning av utomlänspatient till hemortssjukhus samt att därvid också uttala sig om det billigaste färd sätt som kan komma i fråga.

Ett antal kassor har särskilt berört frågan om transporter mellan sjukvårdsinrättningar, vilka tillhör en och samme huvudman. Nödvändigheten av bestämmelser, som reglerar ersättningsfrågan vid sådana förflyttningar, understryks i flera yttranden, bl. a. av *kassorna i de norrländska länen*. Kassorna synes rätt allmänt hysa den uppfattningen, att kostnaderna bör gäldas av huvudmannen själv. *Dalarnas centralsjukkassa* anser, att kostnader för resor mellan hemortssjukhus bör kunna ersättas av sjukförsäkringen enligt samma grunder som kommer att gälla för övriga överflyttningsresor. Har patient förflyttats utan egen förskyllan, bör han kunna beredas ersättning för resekostnaderna.

Konvalescenthemsresor. Centralsjukkassorna har särskilt tillfrågats om sin uppfattning i frågan, huruvida kostnader för resor till och från konvalescenthem bör ersättas av sjukförsäkringen. I denna fråga är meningarna mycket delade. Ungefär hälften av kassorna anser att försäkringsförmåner bör utvidgas till att omfatta sådan reseersättning, medan de övriga avstyrker dylik ändring.

Av dem som yttrat sig positivt har *kassorna i Stockholms stad* och *Gotlands län* särskilt framhållit angelägenheten av reseersättning för resor direkt från sjukhus till konvalescenthem. Kassan i Gotlands län vill för sin del begränsa ersättningsrätten till sådana resor, medan däremot rekreationsresor till konvalescenthem ej skulle ersättas. *Kassan i Norrköpings stad* framhåller, att konvalescenthemmen i stor utsträckning avlastar sjukhusen, och *kassan i Södermanlands län* påpekar, att vissa konvalescenthem redan nu jämställs med sjukhus, varför reseersättning kan utgå vid resor till och från dessa hem. Denna olikhet bör elimineras. Ett flertal kassor förutsätter, att ersättningsrätten skall gälla endast för resor till och från konvalescenthem, som är upptagna i den av riksförsäkringsanstalten utfärdade förteckningen, och vidare att den skall begränsas till att avse närmast belägna konvalescenthem, där erforderlig vård kunnat beredas. *Skånes centralsjukkassa* vill att reseersättningen skall få beräknas högst efter tåg- eller bussresa.

De kassor, som avvisar tanken, anför skilda motiv. *Kassan i Hälsingborgs stad* anför, att läkarna är alltför generösa med remisser till konvalescenthem, och *kassan i Älvsborgs län* pekar på de skiftande intagningsgrunderna. *Kassan i Gävle stad* ställer sig avvisande, enär endast ett fåtal sjuka kan beredas plats på hemmen, och *kassan i Södermanlands län* finner försäkringsersättning onödig, eftersom bidrag i regel kan erhållas från lands-ting eller motsvarande myndighet. *Kassan i Värmlands län* anser ändamålet synnerligen behjärtansvärt men finner det olämpligt att införa ersättningsrätt i försäkringen med hänsyn till konvalescenthemmens olika former. *Kassan i Skaraborgs län*, som inte heller vill acceptera denna utvidgning av sjukförsäkringen, hänvisar till, att den skulle föranleda anspråk på motsvarande ersättning vid resor för sjukgymnastik, foniatrisk behandling m. m. De ekonomiska konsekvenserna skulle då bli omfattande och föranleda avgiftshöjningar.

Centralsjukkassan i Stockholms län betecknar spørsmålet som en kostnadsfråga. Skall reseersättningsrätten utvidgas, bör utvidgningen ej endast avse konvalescentvård. Än mer påkallat är det att ersättning kan utges för resor till sjukgymnaster. Enligt kassans mening bör ersättning för båda typerna av resor utges, under förutsättning att de i 18 § SFL angivna merprestationerna görs obligatoriska och statsbidrag införs. Ersättningen för resor till konvalescenthem bör i sådant fall maximeras.

Begreppet vårdare. När det gäller att bestämma, vem som skall anses såsom vårdare i sjukförsäkringslagens mening, är *de flesta centralsjuk-kassor* benägna att anknyta bestämningen till vårdarens utbildning eller yrke. Såsom vårdare bör därför enligt en utbredd uppfattning anses läkare, sjukvårdare, sjuksköterskor, barnmorskor och andra sjukvårdsutbildade personer. Några kassor vill utvidga definitionen till att innefatta också personal inom socialvården och i ett par yttranden framhålls, att ingen betydelse bör tillmätas vårdarens eventuella släktskap med den försäkrade.

Ett antal kassor uttalar sig för en mindre snäv tolkning och föreslår en allmännare formulering, såsom att vårdaren skall äga förutsättningar för att tillgodose vårdbehovet, äga insikter i sjukvård e. dyl. *Kassan i Skaraborgs län* anser, att man vid bestämningen av begreppet vårdare måste ta utgångspunkt i det speciella vårdbehov som föreligger i det enskilda fallet. Även en icke sjukvårdskunnig person kan vara en sjuk eller skadad person behjälplig med att t. ex. stoppa blodflöde, vilket kanske är den enda vård som erfordras. I ett flertal yttranden framhålls, att bestämningen av begreppet vårdare måste göras vidare, när det är fråga om resor för erhållande av psykisk vård. Vårdare vid sinnessjukhus ävensom polispersonal bör vid sådana transporter kunna betraktas som vårdare i lagens mening.

Kostnader för vårdare. På frågan om vilka kostnader för vårdare som bör ersättas är svaren i stort sett likartade. *Praktiskt taget samtliga kassor* anser sålunda, att traktamente bör kunna utgå till vårdare. De som närmare preciserat sin uppfattning på denna punkt anför i regel, att bestämmelserna i allmänna resereglementet bör gälla. *Kassan i Dalarna* föreslår enhetligt traktamente enligt klass C i resereglementet, och *kassan i Gotlands län* förordar traktamente enligt gällande arbetsavtal eller såsom för sjukvårdspersonal på orten.

26 kassor uttalar sig för att ersättningen till vårdare bör inbegripa kompensation för mistad arbetsförtjänst. Några kassor förutsätter, att inkomstförlusten skall styrkas; andra föreslår, att ersättningen utgår efter vissa normer eller maximeras.

Nästan alla kassor finner också, att resekostnader för vårdarens återresa bör kunna beräknas för annat än billigaste färd sätt. *Kassorna i Södermanlands och Älvsborgs län* hänvisar till, att det är angeläget att vårdaren snarast möjligt kan återvända till sina ordinarie arbetsuppgifter. *Kassorna i Stockholms stad, Jönköpings, Gotlands, Blekinge, Skaraborgs och Örebro län* samt *Skåne och Bohuslän-Halland* anser, att resekostnaderna för vårdare bör beräknas efter det färd sätt som medför de lägsta sammanlagda kostnaderna för vårdaren.

Gemensamma bestämmelser

Billigaste färd sätt. Av närmare hälften av centralsjukkassorna anför, att den nu gällande bestämningen av begreppet billigaste, vanligen förekommande färd sätt är lämplig och ej har medfört några tillämpningssvårigheter. Övriga kassor önskar att den sjukes tillstånd liksom hittills skall vara i huvudsak avgörande för bedömningen av billigaste färd sätt men uttalar sig för, att tillämpningen blir mjukare än som hittills varit fallet, dock utan att föreslå begränsningsregelns borttagande eller någon jämkning i dess formulering. *Kassorna i Trelleborg och Landskrona, Stockholms, Södermanlands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar, Blekinge och Älvsborgs län samt Dalarna* föreslår, att även den tid resan tar i anspråk skall tillmätas betydelse vid bedömningen av ersättningsärendena. Innebär det dyrare färd sättet, att övernattningskostnader eller förluster av arbetsinkomst undgås, som skulle uppkomma, om det i och för sig billigaste färd medlet begagnades, bör ersättning för faktiska resekostnader utges. *Kassorna i Norrköpings stad samt Östergötlands län och Skåne* uttalar sig för, att kostnaderna för annat än billigaste färd sätt skall få ersättas efter skälighetsprövning, då särskilda förhållanden föreligger. Förstnämnda kassa anför, att sjukförsäkringen »inte bör utan trängande skäl motverka medlemmarnas tillfällen och lust till mera produktiva insatser än att vänta på kommunikationsmedel». *Dalarnas centralsjukkassa* yttrar, att man bör ta hänsyn till sjukkassornas skyldighet att utge sjukpenning vid bortovaro från arbetet för läkarbesök och erinrar om, att bilismens kontinuerliga tillväxt medför en ständig minskning i trafiktätheten på tåg- och busslinjer. Kassan finner det ofrånkomligt med ändrade föreskrifter, så att ej enbart medicinska indikationer blir avgörande för, vilket färd sätt som godtas.

Kassan i Uppsala län anser, att läkarens intyg bör tillmätas större betydelse än hittills vid prövningen av färd sättet. Kassan rekommenderar, att riksförsäkringsanstalten utarbetar en broschyr om läkarens uppgifter inom sjukförsäkringen. I denna skulle bl. a. lämnas uppgifter angående förutsättningarna för bedömande av frågan om billigaste färd sätt.

Ersättningsbara kostnader. Centralsjukkassorna har vidare uttalat sig om vilka kostnader i samband med resa, som bör ersättas från försäkringen. *Inemot hälften av kassorna* anser, att någon ändring av nu gällande regler ej bör vidtas på denna punkt. *Kassorna i Norrköping, Stockholms, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar, Älvsborgs och Skaraborgs län samt i Bohuslän-Halland* föreslår, att kostnader för logi skall kunna ersättas, då övernattning varit erforderlig. En av dessa kassor förutsätter, att sådan ersättning skall utges, endast om den sammanlagda ersättningen därigenom blir lägre. Såsom ersättningsgrund nämns nattractamente enligt allmänna resereglementets lägsta traktamentsklass. Några kassor föreslår högst-

belopp på 7—10 kronor per natt. *Kassorna i Landskrona och Trelleborg* samt i *Blekinge län* är mera tveksamma, men uttalar att ersättning för logi möjligen bör komma i fråga.

Kassorna i Stockholms, Uppsala och Södermanlands län föreslår, att ersättning skall få utges för väntetid med taxebil i samband med intagning på sjukhus. En av dessa tänker sig därvid, att kostnader för högst en timmes väntetid skall ersättas. *Kassan i Östergötlands län* föreslår, att ersättning skall få utges för väntetid, om intagningstransport sker i bårbil och denna måste vänta för att läkaren ej är tillstädes.

Kassan i Örebro län ifrågasätter om inte medlemmar, som remitteras till anstalter för radioterapi, Finseninstitutet samt anstalter för behandling av tbc men ej blir intagna utan får stanna på platsen för erhållande av daglig behandling, bör åtnjuta ersättning såsom för sjukhusvård, om de styrker att de har kostnader för logi.

Resa till läkare fortsätter till sjukvårdsinrättning. Samtliga centralsjuk-kassor utom en, som ej yttrat sig i frågan, anser att resa till läkare och därifrån efter hänvisning direkt till sjukvårdsinrättning bör i ersättningshänseende betraktas som en resa. *Omkring 20 kassor* hänvisar till, att en ändring av tillämpningsföreskrifterna på denna punkt skulle innebära en administrativ förenkling. *Centralsjuk-kassan i Östergötlands län* anför, att sjuk-kassan i varje ärende, som avser ersättning för resa till sjukvårdsinrättning, måste undersöka om medlemmen besökt läkare i omedelbart samband med resan. Denna kontroll, för vilken i första hand läkarvårdskvittona ligger till grund, försvåras, om den försäkrade äger kännedom om, att ett döljande av uppgiften om besök hos en hänvisande läkare under vägen kan vara honom till fördel. För en strikt tillämpning av föreskriften krävs dessutom en minutiös utredning om färdavstånd, på olika färdsträckor belöpande resekostnader m. m.

Sju kassor framhåller, att föreskriften är en källa till irritation bland sjukkassem medlemmarna, för vilka motiveringen till densamma är obegriplig. *Kassan i Uppsala län* anför, att resorna bör betraktas som en enda, enär den hänvisande läkaren i dylika fall inte lämnar någon egentlig läkarvård. En liknande synpunkt framföres av *kassan i Blekinge län*, som yttrar, att behovet av vård vid sjukvårdsinrättningen i regel föreligger, redan när resan till den hänvisande läkaren anträds. De *norrländska centralsjuk-kassorna* samt *kassorna i Bohuslän-Halland* och *Dalarna* erinrar om, att ifrågavarande typ av resor enligt de för de erkända sjukkasorna gällande anvisningarna skulle anses som en sammanhängande resa. *Två kassor* har yttrat sig i kostnadsfrågan och anför, att föga är att vinna från kostnads-synpunkt med nuvarande tillämpning. *Kassan i Östergötlands län* hävdar sålunda, att det endast är i undantagsfall, som omedelbar resa från hänvisande läkare till sjukvårdsinrättning äger rum.

Färdmedelstaxan. Bestämmelserna i kungörelsen 1954: 783 med taxa för resa med vissa färdmedel har föranlett kritiska kommentarer från ett flertal sjukkassor. Endast *kassan i Örebro län* uttalar, att höjning av taxorna i kungörelsen är opåkallad och hänvisar till, att en sådan höjning skulle menligt inverka på droskägarnas rörelse.

Flertalet av de övriga kassorna anför, att kostnadsutvecklingen motiverar en taxehöjning. 13 kassor framhåller vidare, att taxebestämmelserna i hög grad missgynnar skärgårdsbefolkningen, och att ersättningsgrunderna för båtresor därför måste förbättras. Några kassor anser, att bestämmelserna medför orättvisor mot landsbygdsbefolkningen, och de norrländska kassorna framhåller taxans orättvisa verkningar för fjällbefolkning och skogsarbetare.

Kassorna i Landskrona, Trelleborg, Södermanlands, Östergötlands, Kronobergs, Kalmar, Älvsborgs, Skaraborgs och Värmlands län ävensom i *Skåne, Bohuslän-Halland* och *Dalarna* förordar sådan jämkning av den stadgade bilersättningen, att samma belopp blir gällande för resa med egen och med annans bil. Som motiv anför kassorna, dels att kostnaderna är lika stora oavsett vem som äger bilen, dels att differentieringen skapar administrativa olägenheter för sjukkassorna, som nu har att utreda äganderättsförhållanden och frågor om släktskap. Sex av de angivna kassorna föreslår en enhetlig ersättning av 25 öre per kilometer, en föreslår 20—30 öre och de övriga 20 öre. Såsom skäl för höjning av taxan hänvisas till de ökade driftkostnaderna för bilar. Vidare anføres, att bilersättningen nu är så låg, att åtskilliga bilägare, som har stiftat bekantskap med ersättningsbestämmelserna, föredrar att därefter färdas med taxebil, eftersom de eljest inte får sina verkliga kostnader täckta. Följden härav är att sjukförsäkringen blir belastad med ökade kostnader.

De norrländska centralsjukkassorna föreslår, att ersättningen för färd med egen bil höjs till 15 öre per kilometer och att ersättning för resa med annan privatbil skall utgå efter de grunder som i allmänna resereglementet stadgas beträffande resor med mindre bilar vid en årlig körlängd av 500—1 500 mil. *Kassan i Norrköping* anför, att transporter till sinnessjukhus inte sällan utförs med polisbil. Taxan för dessa transporter, vilken fastställs av länsstyrelsen, är ungefär dubbelt så hög som den i kungörelsen 1954: 783 fastställda. Det vore önskvärt, om hela kostnaden kunde täckas.

Ett flertal kassor yrkar på väsentlig justering av taxan för resa med maskindriven farkost. Enligt *kassan i Göteborg* är kostnaderna för båtfärd regelmässigt högre per färdkilometer, då små båtar är olämpliga som sjuktransportmedel, och större båt ofta måste bemannas med mer än en person. Vidare erfordras ofta ett omfattande arbete, innan båten är avgångsklar, och tidsåtgången under själva färden är väsentligt större än för motsvarande färdsträcka med bil. Enligt *kassan i Stockholms län* måste man därjämte ta hänsyn till årstid och väderleksförhållanden. Taxan för båtfärd

bör därför baseras på tidsåtgång i stället för färdsträcka. Samma uppfattning har *kassorna i de norrländska länen*. *Kassan i Blekinge län* anser, att ersättningen för båtresa bör beräknas efter tidsåtgång eller efter av länsstyrelsen fastställd taxa. *Kassorna i Norrköping, Värmlands län och Dalarna* ifrågasätter, om inte ersättning för bl. a. båtresor bör utgå med belopp, som för varje särskilt fall prövas skäligt.

Bohuslän-Hallands centralsjukkassa har företagit en utredning angående de faktiska kostnaderna för båtresor inom kassans verksamhetsområde. Utredningen visar, att kostnaderna för båtresor varierar högst avsevärt. Sålunda redovisas resekostnader på mellan 18 öre och 15 kronor per kilometer. Sistnämnda kostnad avser färd med pråm för transport av ambulans eller bårbil. Vanligast synes kostnader på mellan 1 och 3 kronor per kilometer vara. En helt ny taxa för båtresor är påkallad, anser kassan, för att öbefolkningen skall få återbäring av sina resekostnader i samma utsträckning som befolkningen på fastlandet.

En del kassor föreslår, att ersättning skall kunna utges också för andra transportsätt än de i kungörelsen angivna. Transporter med bår och kälke nämns i detta sammanhang, vidare färd med snöevessa, traktor och roddbåt. Ersättning bör utgå med vad som befinner sig skäligt eller efter tidsåtgång. Enligt *kassan i Norrköping* bör förlorad arbetsinkomst för bårbärare kunna ersättas av sjukassa. *Kassan i Dalarna* ifrågasätter, om inte också kostnader för färd med hästskjuts bör ersättas efter skälighetsprövning, och *de norrländska kassorna* anser, att tidsåtgången bör vara avgörande för ersättning av sådana transporter.

Minimibelopp i ersättning för att utbetalning skall äga rum. 18 *centralsjukkassor* uttalar sig för att ersättningsbelopp, understigande 1 krona, inte betalas ut. *Kassan i Göteborg* anför, att utgiven ersättning bör stå i rimlig proportion till kostnaderna för det administrativa arbetet med utbetalningen. Även andra kassor framhåller, att ett dylikt minimibelopp är motiverat från administrativa synpunkter.

Åtta kassor avvisar tanken på en anordning med minimibelopp. Den skulle i vissa fall innebära ett slags dubbel självrisk och föranleda irritation och onödiga diskussioner med de försäkrade. Återstående kassor har inte uttalat sig i ämnet.

Särskilda bestämmelser för större städer. Av åtta kassor förordas särbestämmelser för större städer, medan sju kassor förklarar, att sådana inte är önskvärda. Återstående kassor har ej uttalat sig i ämnet. Till dem som vill ha särbestämmelser hör *stadscentralsjukkassorna i Stockholm, Göteborg och Malmö*. Dessa tre kassor föreslår för sina verksamhetsområden, att ett enhetligt grundbelopp skall fastställas för alla slags resor samt att ersättning med $\frac{3}{4}$ av överskjutande kostnader skall utges utan begränsning

med hänsyn till läkarval eller sjukhusval. Undantaget skulle gälla endast för resor, som i sin helhet företas inom respektive städers områden (för Stockholms vidkommande jämväl resor till och från karolinska sjukhuset). För övriga resor skulle tillämpas samma regler som i riket för övrigt.

Som motiv anføres, att gällande regler i fråga om begränsning av läkarvalet, vilka har utformats främst med tanke på landsbygdens förhållanden, är svåra för kassorna att tillämpa och för medlemmarna att förstå. Stadsdistriktsläkarna har ej samma ställning som landsbygdens provinsialläkare. Det är sålunda praktiskt taget omöjligt, att dessa läkare skulle kunna tillgodose alla sjukkasemedlemmars behov av läkarvård. Avståndet till sjukhusens polikliniker är dessutom inte större, än att det ter sig fullt normalt för de större städernas invånare att besöka dessa inrättningar utan att dessförinnan skaffa sig remiss av läkare. De privatpraktiserande läkarna, vilka i övrigt svarar för huvuddelen av den läkarvård som meddelas, har i allmänhet sin mottagning i städernas centralare delar medan huvuddelen av befolkningen är bosatt i ytterområdena. Begränsningsregeln måste på grund av dessa förhållanden komma till praktisk användning i ett mycket stort antal reseersättningsärenden och blir därigenom administrativt tyngande för sjukkasorna. Det arbete som måste läggas ned på att utreda väglängder och utföra fiktiva beräkningar av resekostnader står inte i någon rimlig proportion till storleken av de ersättningar, som tillkommer medlemmarna. Då avstånden i städerna är små, blir besparingarna på grund av begränsningsregeln ej betydande. Ett införande av särbestämmelser skulle därför inte innebära någon kostnadsökning av större ekonomisk betydelse. Den skulle uppvägas av väsentliga administrativa lättnader och därmed av minskningar i förvaltningskostnaderna.

Kassan i Norrköping anför, att inte heller distriktsläkarna i Norrköping kan täcka sjukkasemedlemmarnas behov av läkarvård. Vidare är distriktet inte alltid sammanhängande områden, varför det stundom är svårt att avgöra till vilket distrikt medlemmen skall hänföras. *Kassan* anser att man mycket väl kan tänka sig en ersättningsberäkning, grundad på ett annat enhetligt avstånd än det till närmaste tjänsteläkare. *Kassan i Älvsborgs län* finner det böra övervägas att i lagtexten ersätta ordet »stadsläkare» med uttrycket »inom staden bosatt läkare».

AVDELNING III

Sjukreseutredningens förslag till ersättningsbestämmelser

Allmänna utgångspunkter

I direktiven för utredningen har framhållits, att de grundtankar, som ligger bakom den nuvarande lagstiftningen, borde vara vägledande för vårt arbete. Resekostnadsbestämmelserna borde syfta till att bereda försäkrade som är bosatta på förhållandevis långt avstånd från läkare och sjukvårdsinrättningar, möjlighet att erhålla erforderlig läkar- och sjukhusvård utan att betungas av alltför dryga reseutgifter. Bestämmelserna borde därjämte vara så utformade, att de försäkrade hade intresse av att göra det val av vård och färd sätt, som med hänsyn till sjukdomens art och den sjukets tillstånd i varje särskilt fall ställde sig mest ekonomiskt. Inom ramen för denna allmänna målsättning borde utredningsuppdraget avse att göra reglerna så enkla och lätthanterliga som möjligt. Intresset av att det allmännas kostnader för sjukförsäkringen begränsas och att sjukförsäkringsavgifterna hålls på en rimlig nivå borde därvid beaktas.

I enlighet med det anförda och på grundval av de hittillsvarande erfarenheterna av nu gällande bestämmelser föreslår vi i det följande vissa ändringar i dessa. En del av förslagen tar sikte på att erhålla enklare och mera lättillämpade regler. Andra förslag syftar till en komplettering av gällande bestämmelser, där dessa inte är uttömmande eller klargörande. Slutligen föreslår vi vissa ändringar, som avser att åstadkomma en förbättring av försäkringsskyddet på punkter, där vi anser en sådan förbättring motiverad. Då vårt uppdrag endast avser ett begränsat avsnitt av bestämmelserna om den allmänna sjukförsäkringen, har vi beträffande ändringar av sistnämnda art ansett oss böra inskränka oss till att framlägga förslag, som vi anser helt förenliga med de grundsatser efter vilka sjukförsäkringen i sin helhet utformats. Vi har sålunda avstått från att lägga fram förslag i frågor, där enligt vår bedömning ändringar skulle kunna föregripa en kommande mera allmän översyn av sjukförsäkringen. Vi vill emellertid framhålla, att enligt vår mening åtminstone vissa av dessa frågor är av den arten att det är önskvärt att de relativt snart tas upp till behandling.

I viss mån innebär våra förslag, att utrymmet för sjukkassornas skälighetsprövning vidgas. Vi har ansett detta försvarligt, då det därigenom är möjligt att smidigare anpassa försäkringsersättningen till omfattningen av

den ekonomiska belastning, mot vilken försäkringen avser att bereda skydd. Emellertid har utrymmet för sjukkassornas skälighetsbedömning ändock hållits inom en tämligen snäv ram, för att inte mera betydande skiljaktigheter i tillämpningen skall uppkomma olika sjukkassor emellan.

Vi har begränsat ämnet för vår framställning till att avse ersättning för kostnader i samband med de försäkrades resor. Frågan om kostnader för läkares resor har vi däremot ej upptagit till behandling. Enligt gällande bestämmelser skall utgifter för sådant ändamål inräknas i kostnaderna för läkarvård och ersättas enligt de grunder som gäller i fråga om läkarvården. Då alltså kostnader för läkares resor i ersättningshänseende är att anse som läkarvårdskostnader — vilket förhållande vi inte ansett oss böra påkalla någon ändring i — har vi ansett spørgsmålet falla inom ramen för det uppdrag som lämnats utredningen för verkställande av översyn av sjuk-kassetaxan m. m.

Vilka slags resor bör omfattas av försäkringsskyddet?

Det nuvarande försäkringsskyddet för sjukresekostnader avser i princip endast resor för erhållande av sådan vård som, i den mån den betingar utgifter för den försäkrade, berättigar till kostnadsersättning enligt den obligatoriska försäkringen, alltså läkarvård och sjukhusvård (förlossningsvård). Ersättningsrätten begränsas av de i 4 § SFL givna bestämmelserna av begreppen läkarvård och sjukhusvård samt av särskilda begränsningsregler.

För att kostnader för läkarvård skall kunna ersättas från sjukförsäkringen, skall tre förutsättningar vara för handen. Vårdbehovet skall vara föranlett av sjukdom, vården skall ha meddelats av läkare och sjukdomen skall ha krävt läkares medverkan. Läkarvård som lämnas försäkrad, vilken åtnjuter sjukhusvård, berättigar ej till läkarvårdsersättning. I fråga om sjukhusvård gäller likartade begränsningsregler. Vården skall sålunda ha påkallats av sjukdom samt ha meddelats vid sjukvårdsanstalt, varmed förstås allmänt sjukhus samt annan sjukvårdsinrättning, som finns upptagen på en särskild av Kungl. Maj:t fastställd förteckning. Även vård vid annan sjukvårdsinrättning inbegrips i försäkringsförmånerna, om vården bereds genom pensionsstyrelsens försorg. I fråga om förlossningsvård gäller i huvudsak enahanda grunder. Resor som erfordras för erhållande av vård, vilken kan ersättas av sjukkassa såsom merprestation enligt bestämmelserna i 18 § SFL, berättigar inte till kostnadsersättning.

Vi har övervägt, om ersättningsrätten bör vidgas till att avse kostnader för vissa andra resor än dem som nu omfattas av försäkringsskyddet, nämligen resor för erhållande av sjukvård, som meddelas av annan än läkare, läkarvård åt vanföra i vissa fall och vård som avses i 18 § SFL, främst konvalescentvård. Ehuru vi inte föreslår någon dylik utvidgning av ersätt-

ningsrätten, vill vi i det följande redogöra närmare för våra överväganden i nämnda frågor. Vidare dryftas frågan om resekostnadsersättning åt smittbärare, som åläggs isolering på sjukvårdsinrättning.

Spörsmålet om kostnadsersättning för transport av patient mellan olika sjukvårdsinrättningar diskuteras i ett särskilt avsnitt.

Resor för sjukvård som meddelas av annan än läkare

I viss utsträckning förekommer det, att de försäkrade belastas med kostnader i anledning av resor för att komma i åtnjutande av öppen sjukvård, som meddelas av annan än läkare. Sådana resor kan företas i samband med sjukgymnastisk behandling och viss annan vård enligt 18 § SFL. Till frågan om sådana resor återkommer framställningen i ett följande avsnitt. Här avses närmast den vård som lämnas av sjuksköterska. Det förekommer, att provinsialläkare eller annan läkare överlåter åt distriktssköterska att ombesörja viss enklare sjukvård, såsom injektioner och omläggningar av förband. Oftast meddelar distriktssköterskan sådan vård vid sjukbesök hos patienterna, men stundom får dessa i stället besöka hennes mottagning. Enligt uppgift av medicinalstyrelsen fördelade sig distriktssköterskornas verksamhet i sjukvård under 1956 på ca 1 282 000 hembesök och ca 690 000 besök på den egna mottagningen.

Någon kostnadsersättning för resor i samband med vård av nu ifrågasvarande slag utgår ej från sjukförsäkringen. Från de försäkrades synpunkt kan denna begränsning av ersättningsrätten te sig obefogad. Den vård som sköterskan lämnar kan vara väsentlig för att återställa deras hälsa och arbetsförmåga, och kostnaderna för resan kan mången gång vara lika stora som de som föranleds av resor till läkare. Ett införande av reseersättning för ifrågasvarande resor skulle emellertid innebära ett principiellt avsteg från den begränsning av sjukförsäkringens område, som statsmakterna, främst av försiktighetsskäl, ansåg nödvändig vid försäkringens genomförande. Ett sådant avsteg bör inte göras annat än i samband med en prövning av hela frågan huruvida annan sjukvård än läkarvård och sjukhusvård bör omfattas av sjukförsäkringen. Denna fråga har i sin tur samband med spörsmålet om förebyggande sjukvård, vilken inte heller ersätts genom försäkringen. Ingenting av dessa frågor kan anses tillhöra vårt utredningsuppdrag.

Vad särskilt angår vård som distriktssköterskorna lämnar bör beaktas att dessa också har att svara för åtgärder inom den förebyggande hälsovården. Om man skulle införa rätt till ersättning för resor till och från distriktssköterskornas mottagningar för sjukvård, skulle det sannolikt leda till praktiska problem för sjukhusen att därifrån särskilja resor för vård i förebyggande syfte. Vidare må framhållas att kostnaderna för resor, som distriktssköterskan företar för hembesök hos de sjuka, i en del lands-

tingskommuner påförs vederbörande patienter. Även spørsmålet om regleringen av dessa kostnader skulle aktualiseras genom den antydda utvidgningen av ersättningsrätten.

Vi är med hänsyn till det anförda inte beredda att föreslå införande av rätt till resekostnadsersättning i samband med sjukvård, som meddelas av sjuksköterska. Vi har likväl velat peka på problemet, då vi anser att det bör uppmärksammas vid den mera allmänna översyn av sjukförsäkringen som förutskickats.

Vanföras resor för läkarvård

En annan fråga, som bl. a. har aktualiserats genom besvär hos riksförsäkringsanstalten över beslut av sjukkassor, är spørsmålet om ersättning för vanföras resor för byte av proteser o. dyl. När det gäller dessa resor är tillämpningen av SFL ojämn. Detta sammanhänger med svårigheten att i enskilda fall bestämma vad som skall avses med sjukdom.

Sjukfassornas tolkning av sjukdomsbegreppet i avsedda fall bygger på ett uttalande av socialvårdskommittén (SOU 1944: 15 s. 162 f.), att tidigare praxis, enligt vilken kostnadsersättning lämnades för läkar- och sjukhusvård som föranletts av medfödda kroppsfel och genom vilken arbetsförmågan hos den vårdade kunde höjas, skulle tillämpas även efter införandet av SFL. Över huvud taget borde — utom då åtgärderna helt eller huvudsakligen betingats av önskan att förbättra utseendet — ersättning i tveksamma fall utges, när den lämnade vården enligt läkares utsago vore att betrakta som sjukvård. Läkarnas bedömning i nämnda avseende synes emellertid inte vara enhetlig. Ersättningsprövningen kan därför utfalla olika för olika patienter.

Åtskilliga resor inom vanförevården berättigar överhuvud inte till försäkringsersättning. När den vanföre infinner sig vid ortopedisk klinik för att inprova protes, bandage eller liknande hjälpmedel, erfordras i allmänhet inte läkares medverkan. Förutsättningar för att utge reseersättning är därmed inte för handen.

Den som inte får resekostnadsersättning från sjukkassan kan enligt särskilda bestämmelser i vissa fall erhålla resebidrag efter behovsprövning. Enligt gällande kungörelse i detta ämne (1954: 516) må sålunda medellös eller mindre bemedlad vanför, som beretts tillfälle till undersökning, behandling eller yrkesutbildning på någon av de statsunderstödda vanförestalterna eller som erhållit plats vid något i samband med dessa anstalter anordnat skolhem, under förutsättning att ersättning för resor till och från anstalten och hemmet inte skall utges av allmän sjukkassa, genom anstaltens försorg beredas bidrag till sådana resor. Resebidraget innefattar jämväl kostnader för följeslagares resa eller kostnader för vårdare, när sådan varit erforderlig. Bidrag utgår med samma belopp som skulle ha

utgivits, om kostnaderna skolat ersättas enligt 16 och 17 §§ SFL. Prövningen av bidragsbehovet samt utbetalningen av bidrag ankommer på anstaltens överläkare. Enligt av medicinalstyrelsen den 20 juli 1956 utfärdade anvisningar till kungörelsen bestäms begreppet mindre bemedlad med utgångspunkt från den vanföres eller den för honom försörjningspliktiges till statlig inkomstskatt taxerad inkomst. Inkomstgränsen är 5 400 kronor men kan efter prövning i varje särskilt fall förskjutas till 7 000 kronor för ensamstående vårdsökande och 8 000 kronor för gift vårdsökande. Har förmögenhetsskatt påförts vederbörande, utgår ej bidrag.

Det är önskvärt, att för sjukförsäkringens del en mera enhetlig praxis kommer till stånd i fråga om ersättning för resor till och från ortopediska kliniker. Detta förutsätter, att begreppet sjukdom definieras närmare i anslutning till de av socialvårdskommittén angivna riktlinjerna. Härvid synes en ganska vidsträckt tolkning motiverad. Vi föreslår, att riksförsäkringsanstalten och medicinalstyrelsen i samråd utarbetar tillämpningsföreskrifter beträffande den ortopediska vården samt delger sjukvårderna och vederbörande läkare dessa.

Vi har dryftat frågan om att utsträcka ersättningsrätten till att avse även sådana resor till och från ortopediska kliniker som ej står i samband med läkarvård. Vi har dock inte ansett oss böra framlägga något förslag härom. Lika angeläget kunde det vara att medge ersättning vid resor för exempelvis foniatrisk behandling av talpedagog. Liksom när det gäller vård, som lämnas av sjuksköterska, skulle en dylik utvidgning av försäkringsskyddet innebära en så betydelsefull förändring av sjukförsäkringens innehåll att den inte bör genomföras enbart på grund av överväganden om vad som kan vara motiverat från resekostnadssynpunkt. Spörsmålet bör därför, i enlighet med vad vi anfört i det föregående, prövas i ett större sammanhang.

Vi vill också fästa uppmärksamheten på en annan fråga. De behovsprövade resebidragen för vanföras resor gäller endast resor till och från statsunderstödda vanförestaltningsanstalter. En stor del av vanförevårderna ombesörjs emellertid vid lasarettens ortopediska avdelningar. Sådana avdelningar finns i Stockholm, Malmö och Norrköping samt i Uppsala, Östergötlands, Jönköpings, Kristianstads, Malmöhus, Älvsborgs, Örebro, Västmanlands och Norrbottens län. Det må erinras om, att det av statsmakterna år 1955 antagna principprogrammet för vanförestaltningsanstaltens framtida verksamhet förutsatte en fortsatt utbyggnad av lasarettens anslutna ortopediska kliniker och ett överförande av vanförestaltningsanstaltens kliniker till lasarettshuvudmännen. Den sålunda pågående utvecklingen av ortopedvårdens organisation synes påkalla en omprövning av frågan om statsbidrag för de vanföras resor i fall då ersättning ej kan utgå från sjukförsäkringen. Vi har emellertid ej ansett det ankomma på oss att företa en sådan omprövning.

Resor för erhållande av vård som avses i 18 § SFL

I 18 § SFL anges vissa tilläggsförmåner, med vilka lokal- eller stadscentralsjukkassa fakultativt kan utvidga försäkringsskyddet för sina medlemmar. Enligt stadgandet kan sjuk-kassa besluta, att ersättning skall utgå för försäkrads kostnader för sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, massage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed jämförlig behandling eller för konvalescentvård. Fattar sjuk-kassa sådant beslut, skall den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen i kassan omfatta även den förmån som avses med beslutet.

Riksförsäkringsanstalten har den 10 juli 1954 meddelat föreskrifter för utgivande av sådan ersättning som avses i angivna lagrum. Föreskrifterna har därefter kompletterats i vissa avseenden. Enligt anstaltens föreskrifter får lokal- eller stadscentralsjukkassas beslut om tilläggsförmåner avse dels en eller flera av följande behandlingsformer, nämligen sjukgymnastisk behandling (rörelsebehandling eller massage), behandling med hetluft, diathermi och kortvåg samt foniatrisk behandling, dels ock konvalescentvård. Ersättning får utges, då behandlingen eller vården föranletts av sjukdom och föreskrivits av läkare, dock ej om rätt till ersättning föreligger enligt 14 eller 15 §§ SFL.

Sjukgymnastisk behandling skall ha meddelats av läkare eller legitimerad sjukgymnast eller ock av person, som upptagits i en av riksförsäkringsanstalten fastställd förteckning över personer med sjukgymnastisk utbildning. Behandling med hetluft, diathermi och kortvåg skall ha meddelats under ledning och direkt ansvar av läkare, sjuksköterska, legitimerad sjukgymnast eller i anstaltens förteckning upptagen person med sjukgymnastisk utbildning samt i omedelbart samband med sjukgymnastisk behandling, arbetsterapi eller arbetsträning. Foniatrisk behandling skall ha meddelats under ledning och direkt ansvar av läkare. Konvalescentvård skall ha meddelats å konvalescenthem som upptagits i en av anstalten fastställd förteckning.

Samtliga lokalsjukkassor och stadscentralsjukkassor har beslutat införa tilläggsförmåner i hela den utsträckning som riksförsäkringsanstaltens tillämpningsföreskrifter medger. Statsbidrag till kostnaderna för dessa tilläggsförmåner utgår inte annorledes än som del i eventuella avgiftslindringsbidrag och avgiftsersättningsbidrag (43 och 44 §§ SFL). Ej heller återfår lokalsjukkassa någon del av utgifterna för ändamålet från vederbörande centralsjukkassa (86 § SFL). Stadscentral- och lokalsjukkassorna får alltså själva svara för kostnaderna för tilläggsförmåner.

Det har diskuterats, om inte reseersättning borde utgå också för resa för erhållande av sådan vård som här avses. Främst har därvid resor till och från konvalescenthem nämnts. Spörsmålet om kostnadsersättning för sistnämnda resor har sålunda, såsom förut anförts, behandlats i motion

till 1956 års riksdag. I motionen föreslogs att sjukkassorna skulle erhålla rätt att såsom merprestation utge kostnadsersättning för resa till och från av riksförsäkringsanstalten godkända konvalescenthem efter samma grunder som vid resa till och från sjukvårdsanstalt. Resekostnadsersättningen skulle enligt motionärerna begränsas till belopp, som motsvarade kostnaden för resa med buss eller järnväg i lägsta klass.

Till förmån för en utvidgning av reseersättningarna till att avse resor till och från konvalescenthem anfördes vid riksdagsbehandlingen i huvudsak, att konvalescentvården är en billig vårdform, som bör främjas, och att möjligheterna för konvalescenter att komma i åtnjutande av sådan vård begränsas av att de själva har att svara för resekostnaderna, vilka ibland kan uppgå till betydande belopp. Mot utvidgningen invändes främst, att den till följd av finansieringsgrunderna för merprestationer skulle kunna innebära en icke obetydlig höjning av de avgifter för sjukvårdsförsäkringen som de försäkrade har att erlægga till lokal- och stadscentralsjukkassor samt att konvalescenthemmens ojämna spridning skulle medföra att höjningen bleve mycket varierande i olika delar av landet.

Den av riksförsäkringsanstalten fastställda förteckningen upptar för närvarande 43 konvalescenthem, spridda i alla län utom Gotlands och Örebro län. Det sammanlagda antalet patienter som årligen längre eller kortare tid vårdas på dessa hem kan med ledning av uppgifter som har erhållits från omkring $\frac{3}{4}$ av hemmen beräknas till ca 12 000. Den sammanlagda kostnaden för patienternas resor kan med ledning av samma material uppskattas till omkring 250 000 kronor. I vissa fall torde de försäkrade få bidrag till sina resekostnader från vederbörande kommun.

Den genomsnittliga ökning av försäkringsutgifterna som skulle följa av att kostnadsersättning för konvalescenthemsresor infördes som försäkringsförmån är, såsom framgår av det nyss sagda, tämligen ringa. Likväl kunde naturligtvis kostnaderna för vissa lokalsjukkassor, vilkas medlemmar bor på långt avstånd från konvalescenthem, bli av sådan storlek att en höjning av försäkringsavgiften bleve nödvändig.

En annan fråga är, om det skall anses mest angeläget att just konvalescenthemsresorna i första hand införs bland tilläggsförmånerna. Det synes från flera synpunkter kunna hävdas, att resor för erhållande av sjukgymnastisk behandling är väl så angelägna som konvalescenthemsresorna. De sjukgymnastiska behandlingsformerna torde ofta vara av väsentlig betydelse för återställande av arbetsförmågan helt eller delvis efter olycksfalls-skador eller sjukdomar med partiellt invalidiserande verkningar. Det bör också beaktas, att konvalescenthemmens vård i viss utsträckning avser rekreation i profylaktiskt syfte.

Med hänsyn till det anförda bör kostnadsersättning för konvalescenthemsresor inte upptas som tilläggsförmån i sjukförsäkringen utan att detta samtidigt blir fallet med resor till och från sjukgymnast samt — för en-

hetlighetens skull — övriga resor för erhållande av vård som avses i 18 § SFL. Konsekvenserna av en så omfattande utvidgning av försäkringsförmånerna är emellertid svåra att överblicka. Sjukvårdens totala kostnader för andra merprestationer än konvalescentvård uppgick år 1956 till ca 7,5 miljoner kronor. Om man schematiskt antar, att proportionen mellan rese- och vårdkostnader är densamma i fråga om vård enligt 18 § SFL som i fråga om läkarvård, kan försäkringens kostnader för utvidgningen — på grundval av vårdens nuvarande omfattning — beräknas till ca 1 000 000 kronor inklusive utgifter för konvalescenthemsresor.

Utgifterna för sjukgymnastisk behandling är i hög grad koncentrerade till sjukvårdens i städer och vissa andra större samhällen, där de yrkesverksamma sjukgymnasterna har sin praktik. Förhållandet åskådliggörs av följande uppgifter avseende Norrbottens län. Av de 22 lokalsjukvårdskassorna i länet hade 10 kassor under år 1956 en utgift för ändamålet som understeg 10 öre per medlem, medan utgiften i sju kassor uppgick till mellan 10 och 50 öre, i två kassor (Kiruna och Nederluleå) till mellan 50 öre och en krona, i två kassor (Gällivare och Boden) till mellan en krona och en krona 50 öre samt i en kassa (Luleå) till över två kronor. Uppgifterna i medicinalstyrelsens sjukgymnastregister utvisar vidare, att av alla yrkesverksamma sjukgymnaster i riket vid årsskiftet 1957—58, vilka utgjorde 1 581 till antalet, ej mindre än 1 296 var verksamma i städer och endast 285 i landskommuner.

Man kan räkna med att ett införande av rätt till kostnadsersättning för resor till och från sjukgymnaster skulle kunna i avsevärd mån öka antalet sådana resor. Utgiftsökningen härför och för kostnadsersättningar i samband med konvalescenthemsresor kunde på sina håll bli betydande. En dylik utvidgning av försäkringsskyddet skulle därför, med de finansieringsgrunder som nu gäller, sannolikt nödvändiggöra icke obetydliga avgiftshöjningar i en hel del lokalsjukvårdskassor. Vidare har de försäkrade att bära andra kostnader i samband med hälso- och sjukvård, vilka det kunde vara lika angeläget att inbegripa i riskutjämnningen. Förutom sådana utgifter för vård av sjuksköterskor och ortopedisk personal som vi talat om i det föregående må här såsom exempel pekats på kostnaderna för tandvård.

En utsträckning av riskutjämnningen till att omfatta de kostnadsobjekt som nu är i fråga, synes kunna medföra så allvarliga ekonomiska konsekvenser för en del sjukvårdskassor att den inte bör genomföras utan att också andra alternativ till utvidgning övervägs, varvid även ändrade grunder för kostnadsfördelningen kan bli påkallade.

Vi har inte ansett, att vårt utredningsuppdrag innefattar någon mera allmän prövning och gradering sinsemellan av möjliga utvidgningar av sjukförsäkringen. Ej heller har vi ansett oss böra ingå på någon prövning av grunderna för fördelningen av sjukvårdens utgifter för sjukförsäkringen. Med hänsyn härtill har vi funnit oss böra avstå från att framlägga

förslag om kostnadsersättning för resor i samband med vård som avses i 18 § SFL. Frågan om sådan utvidgning av försäkringsskyddet bör lämpligen övervägas i samband med en mera allmän översyn av området för sjukförsäkringen och av grunderna för försäkringsutgifternas finansiering.

I detta sammanhang bör nämnas, att utredningen om socialförsäkring och arbetsanpassning i sitt nyligen avgivna betänkande (SOU 1958:17) har ställt sig avvisande till tanken att utge försäkringsersättning för resor till och från sjukgymnaster.

Resa som erfordras för att isolera smittbärare

Enligt epidemilagen (3 § 3 mom.) äger hälsovårdsnämnd underkasta person, vilken utan att vara sjuk likväl av läkare misstänks föra smitta av sjukdom, som avses i 2 § samma lag, den observation och isolering som nämnden finner erforderlig. Blir sådan person intagen på epidemivårdanstalt eller tillfällig sjukvårdslokal för isolering, är han berättigad att kostnadsfritt åtnjuta underhåll i allmänt rum på inrättningen, så länge han är intagen där. Kostnaden härför skall betalas av epidemidistriktet, dvs. vederbörande landstingskommun eller stad utanför landstingskommun.

I särskild lag (SFS 1956:294) stadgas om ersättning av statsmedel för inkomstbortfall till följd av sådant ingripande mot smittbärare som här avses eller ingripande enligt livsmedelsstadgan eller mejeristadgan. Ersättningen utgår i princip med det belopp som i form av sjukpenning (hempenning) skulle ha utgivits till vederbörande, om han hade varit sjuk. Någon karenstid gäller dock ej. Ersättningen beräknas och utbetalas av sjukkassorna, som återfår utgivna belopp av staten.

Fråga har uppkommit vem som skall bära kostnaderna för resa som må erfordras för att i enlighet med myndighets beslut med stöd av epidemilagen isolera smittbärare. Detta spørsmål är inte reglerat i författning. I brist på bestämmelser i ämnet torde den enskilde, som är föremål för ingripandet, själv få stå för sina resekostnader, försåvitt ej vederbörande kommun eller epidemidistrikt svarar för desamma.

Det förefaller inte rimligt, att smittbärare, som åläggs isolering på sjukvårdsinrättning, själv skall betala kostnaderna för den transport som erfordras för åtländnad av åläggandet. Man kan i princip tänka sig, att dessa kostnader övertas av staten varvid prövningen av ersättningsfrågan och utbetalningen av ersättningsbeloppet finge ankomma på vederbörlig sjuk-kassa, eller ock att epidemidistriktet ålägges att stå för kostnaderna. Då det sistnämnda förfarings sättet torde innebära den största enkelheten från praktisk synpunkt, och då kostnaderna knappast kan bli av större omfattning, föreslår vi, att epidemilagen kompletteras med ett stadgande, att epidemidistrikt har att gälda ifrågavarande resekostnader.

Vilka kostnader bör ersättas?

De sjukkasseersättningar som kan komma i fråga enligt nu gällande bestämmelser avser egentliga färdkostnader för den sjuke och för följeslagare eller vårdare, när sådan varit erforderlig, samt övriga kostnader för vårdare. Däremot kan andra kostnader som uppkommit i samband med resan inte ersättas. Till sådana kostnader, för vilka ersättning inte utges från sjukförsäkringen, får någon hänsyn inte heller tas vid kostnadsjämförelse för att fastställa det billigaste färd sätt som kunnat komma i fråga.

Om t. ex. den sjuke måst övernatta under resan och har haft utgifter för detta ändamål, kan försäkringsersättning härför ej utges. Ej heller kan någon ersättning ifrågakomma för sådana merkostnader för måltider som kan uppkomma vid längre resor. Kostnader i form av förlorad arbetsinkomst för den sjuke ersätts endast på grund av sjukpenningförsäkringen, varför dylik ersättning i samband med resa ej kan utgå, om resan företas under annan tid än då den försäkrade är sjukskriven och uppbär sjukpenning. Kostnader för ersättning åt följeslagare för arbetsinkomst, om vilken denne gått miste, kan inte täckas från sjukförsäkringen. Även när ersättning lämnas för färd med trafikbil, ersätts kostnad för väntetid endast i den mån kostnaden för fram- och återresa jämte väntetid ej ställer sig dyrare än kostnaden för två enkla resor.

Vi har övervägt, om försäkringen bör utvidgas att täcka andra kostnader i samband med sjukresa än dem, för vilka ersättning nu utgår. Därvid har vi funnit, att detta är motiverat beträffande övernattningskostnader. Vårt förslag härom utvecklas närmare i det följande. Därjämte föreslår vi viss ändring i fråga om grunderna för ersättning av kostnaderna för vårdare och följeslagare. Härtill återkommer framställningen.

I övrigt har vi inte ansett oss böra föreslå någon utvidgning av ersättningsrätten. Avgörande för vårt ställningstagande har härvid främst varit önskemålet att ej komplicera ersättningsreglerna och därmed sjukkassornas handläggning av ersättningärendena samt kostnadshänsyn.

Övernattningskostnader

Såsom nyss nämnts lämnar sjukförsäkringen inte någon ersättning för de kostnader försäkrad kan åsamkas, därför att han till följd av brist på kommunikationsmedel måste övernatta under sjukresa. De beaktas inte heller vid kostnadsjämförelse enligt regeln om billigaste färd sätt. Ersättningen beräknas sålunda på kostnaden för begagnande av det färdmedel som betingar lägsta färdavgift, oavsett om dess anlitande föranleder övernattningsutgifter och om dessa tillsammans med de egentliga färdkostnaderna blir större än den utgift som skulle ha uppkommit om ett dyrare färdmedel tagits i anspråk. Bestämmelserna kan alltså leda till att en försäkrad, som använder sig av det färd sätt som medför att hans

sammanlagda kostnader i samband med resan blir de lägsta möjliga, får ersättning beräknad efter ett färdstätt som skulle ha inneburit att sagda kostnader hade blivit större.

Frågan om ersättning för övernattningskostnader har betydelse i glesbygder med dåliga kommunikationer. Än så länge torde frågan kvantitativt sett ha en rätt begränsad räckvidd. Den uttunning av turtätheten på de reguljära trafiklinjerna som följer i den växande privatbilismens spår kan emellertid efterhand öka omfattningen av detta ersättningsproblem.

Enligt vår mening är verkningarna av nuvarande regler inte tillfredsställande. De förhållandevis fåtaliga befolkningsgrupper i glesbygderna som är hänvisade till att övernatta under sjukresa för att kunna anlita de billiga, reguljära kommunikationsmedlen blir missgynnade i förhållande till dem som bor så till, att de kan fullborda resan på en och samma dag. Det är önskvärt, att en ändring kommer till stånd på denna punkt. Vi har därför funnit, att sjukförsäkringen bör utvidgas att omfatta också ersättning för logikostnader.

Logikostnadsersättning kan i huvudsak endast förekomma i glesbebyggda områden. I dessa är sjukkassornas tjänstemän i regel väl förtrogna med kommunikationsförhållandena och känner åtskilliga av medlemmarna. Prövningen av ersättningsfrågan borde därför i allmänhet inte bereda större svårigheter. Man bör dock inte bortse från att vissa tillämpningsproblem kan uppkomma. Å ena sidan kan det, om inte ersättningsrätten fixeras inom noggrant utstakade gränser, inte undgås att avgörandet i en hel del ärenden blir beroende på sjukkassornas diskretionära prövning. Det vore inte lyckligt, om ramen för en sådan prövning bleve så vid, att väsentliga skiljaktigheter i tillämpningen olika kassor emellan kunde uppstå. Å andra sidan låter det sig knappast göra att ge författningsbestämmelserna i ämnet en så precis formulering att all skälighetsprövning från försäkringsorganens sida uteslutes.

Att ersättningsrätt i princip bör föreligga, när reslägenhet för återresa efter läkarbesök inte alls finns att tillgå den dag då resan till läkaren äger rum, är klart. Men hur bör man ställa sig, om reslägenhet visserligen finns men den försäkrade hävdar, att vården avslutats i sådan tid, att han ej kunnat anlita den? Och vilken ståndpunkt bör man inta, om läkaren förlagt den försäkrades behandling till sådan dag eller tidpunkt på dagen, att i anledning därav eljest befintliga ordinära trafikförbindelser ej kunnat utnyttjas? Sådana och andra frågor av liknande art kan visa sig besvärliga för sjukkassorna att pröva. Härtill kommer att övernattning i realiteten inte torde vara så vanlig i samband med sjukresa. I regel torde väl den försäkrade, när tåg eller buss inte kan begagnas för hemfärd en och samma dag, anlita taxebil för hemresan. Ett belopp motsvarande logikostnadsersättning bör i så fall tillkomma den försäkrade, i den mån det är förenligt med regeln om billigaste färdstätt. Man får därför räkna med, att försäk-

rade som färdats med bil — för att få så stor del av sina kostnader som möjligt täckt av sjukförsäkringen — i avsevärd omfattning kommer att söka göra gällande, att övernattning skulle ha blivit erforderlig, om ett billigare färd sätt kommit till användning.

Det anförda ger vid handen, att regeln om logikostnadsersättning bör utformas tämligen restriktivt. Mest angeläget synes oss vara att sådan kostnadsersättning kan utges, när det är helt uteslutet att nyttja reguljära trafikmedel utan att övernatta under vägen. Så måste ju alltid vara förhållandet, om tåg eller buss i riktning mot den ort där läkarmottagningen finns endast går någon eller några dagar i veckan och i motsatt riktning andra dagar.

Men det finns också fall, där enda förekommande tåg- eller bussförbindelse ankommer vid sådan tid, att läkarens mottagning inte kan besökas samma dag. Omvänt kan förekomma att enda förbindelse med tåg eller buss från den ort, där läkarmottagningen är anordnad, avgår så tidigt på dagen, att någon behandling dessförinnan inte varit möjlig. Även i sådana fall som nu nämnts bör logikostnadsersättning kunna utges. För sjukkasornas prövning av dylika ärenden erfordras emellertid närmare anvisningar för att få enhetliga bedömningsgrunder.

Om tåget eller bussen anländer till den ort där läkarmottagningen finns först sedan mottagningen stängts eller avgår därifrån redan innan mottagningen öppnats, behöver några problem inte uppkomma. Sjukkasornas prövning är då enkel. Men om avgångstiden för ifrågavarande trafikförbindelse infaller under tid, då läkarmottagningen är öppen, har sjukkasorna att pröva, om det skall anses ha varit möjligt för den försäkrade att under den tid som sålunda stått till hans förfogande hinna med besöket hos läkaren. Det synes av praktiska skäl vara nödvändigt att grunda denna prövning på vissa allmänna presumtioner — i annat fall skulle utgången bli godtycklig eller i alltför hög grad beroende på den försäkrades utsaga. I regel torde en tidrymd av 3—4 timmar få anses tillräcklig. Om alltså den försäkrade har kortare tid på sig än som nyss sagts för att besöka läkarmottagningen, innan tåg eller buss mot hans hemort avgår, bör sjukkassan kunna utgå från att buss- eller tågförbindelsen ej kunnat anlitas för resan.

Det torde inte kunna undgås, att sjukkassan i vissa fall också måste pröva, om inte med hänsyn till kommunikationerna en lämpligare tidpunkt hade bort väljas för undersökningen eller behandlingen. Denna prövning förutsätter stundom, att sjukkassan måste ta ställning till frågan, hur angeläget vårdbehovet skall anses ha varit. För dylik prövning, som endast torde bli erforderlig i relativt få fall och som för övrigt i princip kan påkallas redan med nu gällande bestämmelser, kan naturligen inte uppställas några närmare riktlinjer. Skulle emellertid sjukkassan — efter vederbörligt hänsynstagande till angelägenheten av att den försäkrade får sitt vårdbehov

tillgodosett — finna att tidpunkten för läkarbesöket varit olämpligt vald med hänsyn till trafikförbindelserna och att behov av övernattning ej skolat uppkomma om annan tid valts, bör någon logikostnadsersättning ej beräknas. Det torde nämligen i allmänhet finnas goda möjligheter att vid behov anpassa tiderna för mottagning av sjuka efter trafikföretagens tidtabeller.

Logikostnad bör i princip inräknas i ersättningsunderlaget med styrkt belopp. Ersättningen bör dock maximeras. Lämpligt synes vara att maximiersättningen får utgöras av belopp, motsvarande vad som enligt allmänna resereglementet utgår i natttraktamente till förrättningsman, tillhörande rese- och traktamentsklass C, alltså för närvarande 13 kronor. Vid kostnadsjämförelse enligt regeln om billigaste färd sätt torde man i fråga om logikostnad få hålla sig till maximibeloppet.

I det föregående har talats om övernattning i samband med resa för erhållande av läkarvård. Vid resor för sjukhusvård torde det knappast uppkomma behov att beräkna ersättning för övernattning. För den händelse så skulle bli fallet bör emellertid rätt till logikostnadsersättning föreligga även vid sådana resor.

Kostnader för vårdare och följeslagare

Om den försäkrades ålder eller tillstånd påkallar, att anhörig eller annan åtföljer honom på resa till och från läkare eller sjukvårdsinrättning, får kostnadsersättning utges också för följeslagarens resa. Dessa kostnader beräknas enligt samma grunder som gäller för den försäkrades egen resa. Vid resa för intagning på sjukvårdsinrättning liksom vid återresa därifrån får dock följeslagarens kostnad beräknas för tur- och returresa varje gång. Om vårdare behöver anlitas vid sistnämnda slags resor, ersätts också kostnaderna härför. I SFL har ej närmare angivits, hur kostnaderna för vårdare skall beräknas. Ej heller har tillsynsmyndigheten föreskrivit annat i detta ämne än att utgift för vårdares återresa i allmänhet bör ersättas efter de faktiska resekostnaderna med bortseende från bestämmelserna om billigaste färd sätt.

I våra direktiv har anförts att frånvaron av regler om vem som är att anses som vårdare och om beräkning av ersättningen för vårdare i många fall har vållat tillämpningssvårigheter, varför vi borde undersöka problemen.

Enligt vad vi funnit har praxis härvidlag utvecklats mot en rätt hög grad av enhetlighet. Endast mera sällan torde sålunda någon tveksamhet numera behöva uppstå kring frågan om en person som åtföljt den försäkrade är att anse som vårdare eller följeslagare eller i vilken utsträckning kostnaderna för vårdaren skall ersättas. Vi har emellertid funnit anledning att uppta de materiella reglerna i förevarande hänseende till behandling.

Till en början beskrivs innebörden av nuvarande praxis. På följeslagare ställs intet annat kvalifikationskrav än att han skall vara en vuxen person, som allmänt kan hjälpa den försäkrade till rätta på resan. Sjuk-kassan prövar om behov av följeslagare förelegat. Ofta är det möjligt att utan vidare dra slutsatser härom av föreliggande omständigheter. Att följeslagare erfordras vid sjukresa, som företas av barn, åldringar, blinda, psykiskt efterblivna personer m. fl. behöver sålunda inte ifrågasättas. Där ej behovet är uppenbart krävs i allmänhet att läkare styrkt detsamma.

För att någon i ersättningshänseende skall räknas som vårdare fordras, förutom att behov av vård under resan skall ha förelegat, att vederbörande på grund av sin utbildning eller sitt yrke kan anses ha speciella kvalifikationer för att meddela vård. Läkare och sjuksköterska anses sålunda alltid som vårdare. Detsamma torde i regel gälla barnmorska. När fråga varit om psykiskt sjukdom, har även sinnessjukvårdare eller polisman kommit att betraktas som vårdare. I fråga om behovet av vårdare fordras i regel intyg av läkare.

Kostnaderna för vårdare torde i allmänhet av sjuk-kassorna upptas med det faktiska beloppet i den mån det anses skäligt. Detta innebär, att ersättning kan utgå både för arvode och/eller kompensation för inkomstbortfall och för traktamente till vårdaren. Vad angår resekostnader torde ersättningen regelmässigt beräknas på grundval av kostnaderna för det färd-sätt som vårdaren i verkligheten begagnat sig av.

Sjuk-kassornas praxis när det gäller bestämmelserna om ersättning för följeslagare och vårdare torde i allt väsentligt överensstämma med de intentioner som kan utläsas ur förarbetena till SFL. Tolkningen av bestämmelserna innebär också, att de blivit relativt lätta att tillämpa för sjuk-kassorna. I tillämpningen har dock åtskillnaden i ersättningshänseende mellan de två kategorierna ibland framstått som oegentlig.

Om den sjuke haft ett ostridigt behov av följeslagare på färden och åsamkats kostnader härför utöver resekostnader, kan det sålunda framstå som egendomligt, att sjukförsäkringen endast ersätter resekostnaderna men lämnar åt den försäkrade att själv stå för övriga kostnader. Särskilt otillfredsställande förefaller gränsdragningen mellan vårdare och följeslagare, när ett klart behov av vård under resan är för handen men någon person som uppfyller kraven på vårdare i lagens mening inte står att uppbringa. I de fall som väckt uppmärksamhet har det vanligen varit fråga om en försäkrad som skadat sig på sin arbetsplats och snabbt måst föras till läkare eller sjukvårdsinrättning. När arbetsplatsen varit belägen på långt avstånd från bebyggelse, vilket ofta är förhållandet för exempelvis skogsarbetare, har vårdare merendels inte kunnat erhållas. Någon arbetskamrat till den skadade har då måst ställa sig till förfogande för att följa med honom på resan, i varje fall till allmän väg, där vårdare kunnat möta.

Dylika transporter, som kanske delvis får företagas i obanad terräng och eljest på vägar som ej är framkomliga med annat färdmedel än hästskjuts, kan bli tidsödande. Ej sällan går den arbetskamrat som medföljt den skadade miste om en avsevärd del av sin dagsinkomst. Det är naturligt, att han av den försäkrade betingar sig kompensation för denna inkomstförlust.

Innan vi går in på frågan om möjligheterna att utvidga försäkringskyddet i nu angivna fall vill vi behandla spörsmålet om vårdare, vilka är anställda hos stat och kommun. I det alldeles övervägande antalet fall då vårdare i den förut definierade bemärkelsen följer med vid sjukresa torde det vara fråga om överflyttning av patient från en vårdinrättning till en annan. Vårdaren är då nästan undantagslöst någon inom sjukvårdsväsendet anställd person, läkare, sjuksköterska eller sinnessjukvårdare. Vid överflyttning från vårdavdelning vid ålderdomshem till sjukvårdsanstalt kan det förekomma, att tjänsteman inom den kommunala socialvården följer med den sjuke. Enligt sinnessjuklagens bestämmelser har vidare polismyndighet att lämna viss handräckning vid intagning på sinnessjukhus. Ersättning till sådan personal inom polisväsendet som lämnat handräckning vid transport av sjuka skall enligt gällande bestämmelser betalas av statsverket eller av vederbörande polisdistrikt. Någon rätt till ersättning från sjukförsäkringen för polispersonalens resekostnader kan därför inte uppkomma.

Grunderna för vederbörande huvudmäns debitering av kostnader för anlåtande av andra vårdare skiftar. Vissa huvudmän nöjer sig med att debitera reseersättning, andra upptar även kostnad för traktamente och andra åter gör anspråk på ersättning också för daglön och/eller kostnad för anlåtande av vikarie under vårdarens bortovaro. Det är visserligen formellt fråga om utgifter, för vilka den försäkrade är betalningsansvarig; i annat fall kan ersättning från sjukförsäkringen inte utges. Men i realiteten gäller det ersättningar, som vederbörande huvudmän enligt tjänste- och resereglementen eller liknande bestämmelser har att utbetala till sina tjänstemän. Det rör sig således i verkligheten om en överföring av medel från sjukförsäkringen till sjukvårdens och socialvårdens huvudmän.

Vårdarnas resor är alltså i regel att anse som tjänsteresor. Den omständigheten att personal stundom anlitas utom tjänstgöringstid synes inte ändra detta förhållande. Det kan ifrågasättas, om det är motiverat att göra den sjuke betalningsansvarig för dessa kostnader. I vart fall framstår det som en onödig och administrativt tyngande omgång, att de ersättningar huvudmännen har att utge till sin personal för sådana tjänsteresor skall uttas från sjukförsäkringen. I annat sammanhang föreslår vi, att kostnadsansvaret för överflyttning av patienter mellan olika sjukvårdsinrättningar skall åvila sjukvårdshuvudmännen. Genomförs detta förslag, kom-

mer kostnaderna för flertalet vårdarresor att automatiskt överföras på huvudmännen. Även bortsett härifrån torde de ifrågavarande ersättningarnas ekonomiska betydelse för vederbörande huvudmän vara ringa. Under sådana förhållanden anser vi, att sjukförsäkringen inte bör utge ersättning för kostnader för vårdare, vilken är anställd i allmän tjänst och på grund därav får kostnaderna täckta av sin huvudman enligt gällande resereglementen eller dylika föreskrifter. Ej heller bör någon följeslagareersättning utgå för anlåtande av personal som nu sagts.

Här må anmärkas, att kostnaderna för resor, som distriktssköterskor företar i tjänsten, i vissa landstingsområden påförs vederbörande patienter, även när ersättning från sjukförsäkringen ej kan ifrågakomma. Detta förhållande har uppmärksammats av kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket, vilken i sitt betänkande Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958: 15 s. 355 ff.) har föreslagit, att frågan om bestridande av kostnaderna för bl. a. nu ifrågavarande befattningshavares resor underkastas en speciell översyn. Kommittén lämnar öppet i vad mån erforderliga förändringar väsentligen bör åstadkommas inom ramen för sjukförsäkringens bestämmelser om reseersättning eller om man icke hellre — med hänsyn till att dessa befattningshavares resor avser såväl hälsovård som sjukvård — bör omarbeta grunderna för statsbidrag till resekostnaderna. Vårt förslag angående ersättning av kostnader för vårdare och följeslagare förutsätter, att problemet om bestridande av distriktssköterskornas resekostnader löses på ett sådant sätt att kostnaden inte överflyttas på patienterna.

Såsom ovan sagts utgörs de vårdare, för vilka ersättning från sjukförsäkringen nu kan ifrågakomma, så gott som uteslutande av personal i allmän tjänst. Skall sjukförsäkringen inte ersätta huvudmännens kostnader för denna personal, kan det därför ifrågasättas, om det är angeläget att över huvud taget bibehålla någon rätt till ersättning för vårdarkostnader. Undantagsvis kan det emellertid förekomma att annan vårdare än sådan som nyss nämnts måste anlitas och att betydande kostnader därvid kan uppstå. Sådana kostnader bör kunna ersättas även framdeles. Ersättningen bör liksom hittills i princip avse de utgifter för ändamålet som den försäkrade faktiskt har måst vidkännas. Den bör följaktligen inte begränsas på annat sätt än som följer av att kostnaderna skall vara beräknade till skäliga belopp. De vunna erfarenheterna av den hittillsvarande tillämpningen ger oss inte anledning att söka uppdraga några närmare riktlinjer för den skälighetsprövning som sjukförsäkringen sålunda har att verkställa. Ej heller har vi funnit skäl att föreslå någon jämkning i den nuvarande tolkningen av begreppet vårdare.

Av vad vi förut anfört framgår att den försäkrade stundom kan belastas med sådana kostnader för följeslagare, vilka inte ersätts från sjukförsäk-

ringen. Oftast gäller det en inkomstförlust som någon tillskyndats i anledning av att han måst följa med en arbetskamrat vid transport från avsides beläget arbetsställe.

Det är inte tillfredsställande att den försäkrade själv skall bära de kostnader det här är fråga om. Vi har övervägt möjligheten att lösa problemet genom att föreslå inräknande av mistad arbetsinkomst i ersättningsunderlaget beträffande följeslagare. Detta skulle innebära, att ersättning alltid kunde utgå för inkomst som följeslagare gått miste om på grund av resan. Vi har emellertid kommit till den uppfattningen att en sådan utvidgning sannolikt skulle leda till betydande kostnadsökningar och stora administrationssvårigheter för sjukkassorna. Vi anser oss därför böra begränsa oss till att föreslå rätt till ersättning för mistad inkomst endast för fall sådana som de i det föregående angivna, där den försäkrade blivit skadad på arbetsplatsen eller under liknande omständigheter. För att ersättning till följeslagare för mistad inkomst skall få inräknas i ersättningsunderlaget bör fordras, att fråga är om olycksfall eller hastigt insjuknande på arbetsplatsen eller eljest under sådana förhållanden, att rådruum för anskaffande av vårdare i förut angiven bemärkelse uppenbarligen ej finns.

Vi är medvetna om att även en så begränsad utvidgning av ersättningsrätten innebär en komplicerering av försäkringen och kan komma att föranleda besvärliga tillämpningsfrågor. Vi har dock ansett det vara ett så väsentligt intresse att ersättningsrätten utvidgas i samband med främst olycksfall på arbetsplatsen att vi vill framföra förslaget. Vi vill emellertid påpeka, att när som följeslagare anlitas person, vilken enligt bestämmelserna i 47 § första stycket arbetarskyddskungörelsen fungerar som arbetsplatssamarit och som har sin inkomst under frånvaron säkerställd enligt avtal, någon kostnad ej uppkommer för den sjuke. I detta sammanhang anser vi oss böra framhålla, att den smidigaste lösningen av ersättningsproblemet troligen skulle åstadkommas genom en reglering avtalsvägen, så att följeslagare i ifrågavarande fall generellt säkerställdes mot inkomstförlust.

Med den snäva begränsning av ersättningsrätten som vi här föreslagit torde det ej vara påkallat med någon ytterligare begränsning för det fall att följeslagaren är släkt med den sjuke.

Särskilda ersättningsbegränsande bestämmelser

Gränserna för de försäkrades rätt till ersättning för sjukresekostnader bestäms dels genom positiva stadganden, som anger försäkringsskyddets objekt, dels genom särskilda begränsande bestämmelser. De förra har diskuterats i det föregående. I den mån därvid har föreslagits utvidgning av försäkringsskyddet till nya områden har också vissa särskilda begränsningar föreslagits. Övriga begränsningsregler behandlas i de följande avsnitten.

Härvid föreslås ändrade grunder för beräkning av karensbelopp samt vissa ändringar i reglerna om ersättningens begränsning med avseende på reseavståndet. I fråga om färdståttbegränsningarna har vi inte funnit anledning att föreslå annan ändring än som framgår av vad vi i ett senare avsnitt anför beträffande taxan för vissa färdmedel, som ej går i allmän trafik. Vi har sålunda inte funnit tillräckliga skäl föreligga för att föreslå någon jämkning av bestämmelsen om billigaste färdstått. Visserligen har tillämpningen av denna bestämmelse mången gång fått verkningar, som har förefallit obilliga. Detta har i huvudsak berott på att sjukhassorna vid bestämmandet av sjukreseersättningens storlek endast haft att ta hänsyn till kostnaderna för själva färdavgiften, under det att övriga av resan betingade utgifter inte har beaktats. Enligt vårt förslag skall även kostnader för nödvändig övernattning få inräknas i ersättningsunderlaget. Därmed bortfaller i själva verket den viktigaste grunden för de invändningar som kunnat riktas mot regeln om billigaste färdstått. Denna bör därför bestå i sin nuvarande utformning.

I detta sammanhang bör nämnas att några centralsjukhassor föreslagit slopande av det i fråga om ersättning för läkarvårdsresor stadgade förbehållet om intyg av den försäkrade att resan föranletts huvudsakligen av behovet av läkarvård. Vi har inte funnit tillräckliga skäl föreligga för ett slopande av denna bestämmelse utan anser att ifrågavarande förbehåll bör kvarstå.

Karensbelopp

De försäkrades självrisk för resekostnader är, såsom framgått av den i avd. I intagna redogörelsen för gällande bestämmelser, sammansatt av två skilda element, som vi kallat *fast karensbelopp* och *rörligt karensbelopp*. Fast karensbelopp, vilket, såsom framgår av beteckningen, är oberoende av resekostnadernas storlek i det enskilda fallet, gäller för både läkarvårdsresor och sjukhusvårdsresor. Rörligt karensbelopp, vars storlek är relativ till resekostnadernas omfattning i varje särskilt fall, tillämpas vid vissa slag av resor för läkarvård.

Det fasta karensbeloppet är av olika storlek för olika slags resor. I fråga om sjukhusvårdsresor tillämpas det endast för återresa; beloppet är 4 kronor. Kostnaderna för intagningsresa ersätts alltså helt. Med ett annat betraktelsesätt kan man säga, att karensbeloppet är gemensamt för intagningsresa och återresa och att det i sin helhet beräknas endast på resan i ena riktningen. Beträffande läkarvårdsresorna är reglerna mer invecklade. Det fasta karensbeloppet är olika stort för första besök och återbesök. I förra fallet är det 4 kronor, i senare fallet 1 krona. För läkarvårdsresor beräknas därutöver rörligt karensbelopp, dock ej beträffande sådana resor till sjukvårdsinrättning, vilka företas efter hänvisning av läkare eller, under vissa förutsättningar, för vård av skada på grund av olycksfall. Det

rörliga karensbeloppet utgör $\frac{1}{4}$ av den godtagbara resekostnad som överskjuter det fasta karensbeloppet. I fråga om resor för återbesök är det rörliga karensbeloppet maximerat till 1 krona.

I det följande diskuteras först frågan, om självriskan bör utformas olika för skilda slags resor. Därefter dryftas spörsmålet, om självriskan bör bestämmas av både en absolut och en relativ faktor eller endast endera. Slutligen behandlas frågan om självriskens storlek.

Differentieringen av karensbeloppen mellan första besök och återbesök hos läkare har i huvudsak tillkommit för att minska beloppens reducerande verkan på försäkringsersättningen till sådana försäkrade, som med korta intervaller måste företa upprepade besök hos läkare. Ett särskilt motiv för anordningen synes ha varit att man ville motverka en betydande försämring av försäkringsförmånerna vid olycksfallsskada efter samordningen av yrkesskadeförsäkringen och den allmänna sjukförsäkringen. Före sjukförsäkringslagens ikraftträdande ersattes nämligen vid yrkesskada hela kostnaden för resa till och från läkare eller sjukhus.

Samtliga centralsjukkassor har som sin erfarenhet uttalat, att det vid ersättningsberäkningen ofta är svårt att utan särskild utredning fastställa, huruvida ett besök hos läkare är första besök eller återbesök. Delvis synes detta hänga samman med utformningen av läkarvårdskvittot, på vilket markering skall ske om första besök föreligger men inte då fråga är om återbesök. Det framgår emellertid också, att det många gånger kan vara svårt för såväl läkaren som den försäkrade att veta om det är fråga om återbesök i den inom sjukförsäkringen tillämpade bemärkelsen, dvs. besök hos samma läkare eller vid samma sjukhus för samma sjukdom inom 18 månader från föregående besök. Då utbetalad läkarvårdersättning ej av sjukkassorna registreras individuellt, fordras ofta för en noggrann tillämpning av differentieringsbestämmelsen tidsödande undersökningar med utfrågning av den försäkrade och eventuellt läkaren. Ett sådant förfarande är i praktiken inte möjligt att tillämpa som allmän regel. Frågan om besökets art måste därför i realiteten inte sällan avgöras på tämligen osäkra premisser, vilket leder till att reglerna om differentierad självrisk får en i viss utsträckning slumpartad karaktär. Härtill kommer, att differentieringen mellan första besök och återbesök rent allmänt är ägnad att komplicera sjukkassornas handläggning av ersättningsärendena.

Då det otvivelaktigt kan finnas skäl för att utge förmånligare försäkringsersättning när flera resor i tät följd företas än vid enstaka resor, har vi övervägt olika möjligheter att undanröja de nuvarande svårigheterna att vid sjukkassornas ersättningsprövning fastställa besökets art. Vi har därvid kommit till slutsatsen, att sådana svårigheter, även om de kan reduceras, kommer att bestå också framdeles.

Även om de nuvarande differentieringsreglerna skulle kunna tillämpas helt enligt sitt syfte, kan de för övrigt ej sägas ge ett i allo tillfredsställande

resultat. För att återbesök skall anses föreligga krävs nämligen ej endast ett tidssamband mellan resorna utan också ett medicinskt samband. Eftersom det i själva verket är närheten i tiden mellan två och flera resor som varit motivet till att självriskan för återbesök gjorts förmånligare, har vi prövat möjligheten att konstruera en självrisk, baserad på den försäkrades utgifter per tidsenhet i stället för per resa, men funnit ett sådant system innesluta avsevärda administrativa komplikationer. Det skulle nämligen nödvändiggöra en individuell registrering av utbetalade reseersättningar, vilket skulle leda till en betydande ökning av sjukkassornas bokföringsarbete. På grund av vad sålunda anförts och med hänsyn till önskemålet att förenkla det administrativa handhavandet av ärenden angående reseersättning ansluter vi oss till den uppfattning som uttalats av samtliga central-sjukkassor, nämligen att enhetliga ersättningsregler bör gälla för första besök och återbesök.

Differentieringen i fråga om läkarvårdsresor mellan resor med endast fast karensbelopp samt resor med både fast och rörligt karensbelopp leder sitt ursprung till socialvårdskommitténs förslag. Enligt detta skulle endast fast karensbelopp beräknas, när den sjuke av läkare i öppen vård hänvisats till sjukhus för läkarvård. Som motiv härför anförde kommittén (SOU 1944:15 sid. 171), att den med sitt förslag avsett att möjliggöra för landsbygdens läkare att utnyttja sjukhusens diagnostiska resurser utan att de sjuka därför skulle behöva intas på lasaretten. För att minska vissa konsekvenser av hänvisningsvillkoret, vilka betraktats som stötande, har man sedermera slopat detta villkor i fråga om resor på grund av olycksfalls-skada, för vilken trängande behov av vård vid sjukvårdsinrättning föreligger. Även ersättning för dessa resor utgår utan avdrag med rörligt karensbelopp. Sådant karensbelopp avräknas alltså ej från ersättning för resa till sjukhus för läkarvård. Däremot finns rörligt karensbelopp vid andra resor för läkarvård, dock med den förut nämnda begränsningen beträffande återbesök.

Det av socialvårdskommittén åberopade motivet synes svårförståeligt. Sannolikt har väl meningen varit, att den som först rest till exempelvis provinsialläkaren och därefter för att få sin sjukdom diagnosticerad måst resa till sjukhus borde beredas viss lättnad i resekostnaderna utöver vad de allmänna reglerna medgav. Även med bortseende från det ursprungliga motivet till differentieringen skulle man möjligen kunna hävda, att resorna till sjukhus är angelägnare än andra resor och att därför skäl föreligger för skiljaktigheter i ersättningsgrunderna. Såsom ytterligare skäl härför skulle kunna anföras att resa till sjukvårdsinrättning i regel är längre än resa till närmaste läkare, varför behovet av försäkringsersättning är större. En dylik motivering är emellertid ganska godtycklig. Det är uppenbart, att resonemanget ej kan stämma för alla enskilda fall. I varje fall finns det enligt vår mening inte tillräcklig anledning att vidmakthålla någon åtskill-

nad i ersättningshänseende mellan resor till sjukhusläkare och resor till andra läkare i den mån man kan åstadkomma ett system som allmänt tillgodoser dem som har de största resekostnaderna.

I fråga om ersättningen för sjukhusvårdsresor — där intet karensbelopp alls beräknas för intagningsresan och endast fast karensbelopp för återresan — föreligger inga andra administrativa olägenheter med nuvarande system än att ersättning vid intagningsresa måste betalas, även om resekostnaden är rent obetydlig. Att full ersättning utgår för intagningsresa i samband med sjukhusvård torde vara historiskt betingat. Sådan ersättning utgavs nämligen av de erkända sjukförsäkringskassorna och utgick även enligt 1916 års olycksfallsförsäkringslag. Såsom inledningsvis antydde kan man anse, att det karensbelopp som beräknas för återresan också avser intagningsresan. Detta är naturligt, om man, i analogi med vad som gäller i fråga om beräkning av karensbelopp för läkarvårdsresor, betraktar intagnings- och återresan som en resa. Visserligen är det ofta så stort tidsavstånd mellan intagningsresan och återresan, att ersättning för de två resorna beräknas och utbetalas vid två skilda tillfällen. Vi har dock ej funnit detta utgöra tillräckligt skäl för att införa karensbelopp såväl för intagningsresan som för återresan. Liksom hittills bör kostnaderna för intagningsresan i princip ersättas helt och karensbelopp beräknas endast på återresan.

Vi övergår nu till att diskutera självriskens närmare utformning. Det allmänna motivet för anordningen med självrisk i form av karensbelopp får anses vara att minska kostnaderna för försäkringen genom att den försäkrade själv får bära viss del av utgifterna vid sjukdom. I princip bör det sålunda inte vara försäkringens uppgift att ge skydd mot utgifter av obetydlig storlek. Härvid är dock att märka, att utgifterna med anledning av sjukdom kan vara stora, även om resekostnaderna är små. Karensbeloppen fungerar emellertid också som ett instrument för att sälla bort ärenden om småresor från administrativ hantering. En dylik utsällning är angelägen. Ersättningsbeloppen bör ju stå i rimlig proportion till kostnaderna för beräkning och utbetalning av dem, eljest blir försäkringen en dålig affär för de försäkrade. Och just resekostnadsärendena är jämfört med flertalet andra ersättningsärenden inom sjukförsäkringen genomsnittligt sett tidsödande och svårbehandlade.

För att självriskens funktion att reducera antalet ersättningsärenden, måste den vara fastställd till ett absolut belopp. Vi finner oss därför böra utgå från, att i varje fall ett fast karensbelopp skall finnas. Frågan är då, om även det rörliga karensbeloppet bör bibehållas.

Motivet för det rörliga karensbeloppets tillkomst var att det skulle ligga i de försäkrades ekonomiska intresse att nedbringa resekostnaderna. Det är emellertid osannolikt att det rörliga karensbeloppet har spelat någon mera betydande roll för att åstadkomma den avsedda effekten på valet av färd-

sätt. Vid återbesök är det rörliga karensbeloppet så ringa — högst en krona — att det knappast kan ha någon inverkan överhuvud i detta avseende. Vid resa för intagning på sjukhus och vid återresa efter sjukhusvård beräknas intet rörligt karensbelopp. Sådant karensbelopp till högre belopp än en krona finns alltså endast vid första besök för läkarvård. I den mån det rörliga karensbeloppet motiveras som ett medel att förmå den försäkrade att bringa ned resekostnaderna, torde de begränsningsregler som gäller i övrigt — och som enligt vårt förslag i huvudsak skall gälla även framdeles — främst bestämmelsen om billigaste färdsätt, i stor utsträckning fylla samma funktion. Från kostnadssynpunkt torde därför ett slopande av det rörliga karensbeloppet i varje fall ej medföra någon mera betydande olägenhet.

Det rörliga karensbeloppet på $\frac{1}{4}$ har sin motsvarighet i grunderna för läkarvårdsersättning. Även när det gäller läkarvård får den försäkrade i princip stå för $\frac{1}{4}$ av kostnaderna själv. Om man anser resekostnaderna sekundära i förhållande till vårdkostnaderna kan det — oavsett den motivering för rörligt karensbelopp som angivits i sjukförsäkringslagens förarbeten — i och för sig synas följdriktigt, att samma kostnadsfördelning mellan den försäkrade och försäkringen tillämpas i fråga om resekostnaderna.

Det synes emellertid vara riktigare att spørsmålet om ersättning för resekostnader bedöms fristående från frågan om hur vårdkostnaderna ersätts. Läkarvårdsersättningens värde är i stort sett oberoende av sådana faktorer som den försäkrades bostadsort och tillgången på kommunikationsmedel. Ersättningen blir i huvudsak densamma för samma slags behandling. Den kostnad som faller på den försäkrade kan variera något, då läkarnas arvoden inte alltid följer läkarvårdstaxan, men skillnaderna i detta hänseende kan inte undanröjas med mindre de verkliga vårdkostnaderna får utgöra ersättningsunderlag. Annorlunda förhåller det sig med resekostnaderna. Utgiftsskillnaden olika försäkrade emellan kan i fråga om dem bli betydande, beroende på avstånd till läkare, gleshet i kommunikationerna m. m. (För dessa förhållanden redogörs i avd. II.) Om endast en viss kvotdel av resekostnaden ersätts av sjukförsäkringen, kommer i en del fall en helt obetydlig kostnad att falla på den försäkrade, i andra fall en avsevärd sådan. Det rörliga karensbeloppet missgynnar således dem som har långt till läkare.

Utjämningspunkter talar alltså för att det rörliga karensbeloppet slopas. Från ekonomisk synpunkt finns inga vägande invändningar här emot. Slopas det rörliga karensbeloppet, kan det fasta karensbeloppet höjas i motsvarande mån, låt vara att kostnaderna i en del kassor, vars medlemmar har särskilt långa resor, ändock kan komma att öka något. Genom att det fasta karensbeloppet höjs, får sjukkassorna dessutom en större administrativ avlastning än eljest. Ytterligare innebär det allmänt sett en för-

enkling för sjukassorna att slippa handskas med såväl ett fast som ett rörligt karensbelopp.

Det anförda leder till slutsatsen, att det rörliga karensbeloppet bör slopas. De försäkrades självrisk för resekostnader bör bestämmas enbart i ett fast belopp, vilket för åstadkommande av överskådlighet och administrativ enkelhet bör vara av samma storlek för olika slags resor.

Här må anmärkas, att betydelsen av det rörliga karensbeloppet skulle vara en helt annan, om man inte hade regeln om att ersättning endast utgår enligt billigaste färd sätt. Det finns onekligen vissa motiv för att slopa denna regel. Det torde nämligen inte kunna undvikas, att tillämpningen av regeln blir tidsödande och besvärlig samt ofta föranleder irritation hos de försäkrade. Man skulle därför kunna tänka sig att slopa regeln och godta de faktiska resekostnaderna som underlag för ersättningsberäkningen. Detta synes emellertid förutsätta ett rörligt karensbelopp med så stor andel av kostnaderna att det verkligen kan beräknas påverka den försäkrades val av färd sätt. I sin tur skulle detta leda till att försäkrade, som måste företa långa resor, skulle få svara för betydande kostnader själva. Vi har av detta skäl inte ansett oss kunna förorda den nu antydda ordningen.

När det gäller att bedöma karensbeloppets storlek bör flera omständigheter beaktas. I våra direktiv har särskilt framhållits angelägenheten av att det allmännas kostnader för sjukförsäkringen begränsas och att sjukförsäkringsavgifterna hålls på en rimlig nivå. Effekten av de nuvarande reglerna om karensbelopp har blivit belyst genom den i avd. II redovisade statistiska undersökningen. De vid undersökningen framkomna uppgifterna visar att den sammanlagda effekten av nuvarande fast och rörligt karensbelopp, beräknad i genomsnitt på alla slag av resor, således även resor som nu ersätts utan något karensbelopp alls, varierar mellan omkring 2 kronor och 2 kronor 60 öre i de undersökta sjukasseområdena. Härvid har resa till och från läkare enligt 16 § SFL betraktats som en resa, medan däremot intagningsresa och återresa efter sjukhusvård har betraktats som skilda resor. Om intagningsresa och återresa för sjukvård i stället anses som en resa, får man fram belopp, varierande mellan ca 2 kronor 40 öre och drygt 3 kronor. Det för hela riket gällande genomsnittstalet, vilket torde ligga mellan de sålunda beräknade värdena, kan sägas representera det minsta belopp, till vilket en enhetlig självrisk bör beräknas.

I det föregående har vi föreslagit, att viss ersättning för övernattningskostnader skall kunna utges. Vidare lägger vi i de följande avsnitten fram förslag, som innebär dels att ersättningsrätten begränsas mindre snävt än nu med hänsyn till reseavståndet, dels att ersättningsbeloppen för vissa färd sätt höjs. Då det är önskvärt att undvika en ökning av sjukförsäkringens utgifter bör karensbeloppet beräknas så, att det täcker de merkostnader som våra förslag kan komma att ge upphov till. Det är svårt

att beräkna hur stort karensbeloppet behöver vara för att detta syfte skall tillgodoses. Av allt att döma erfordras emellertid åtminstone för de tre största städernas vidkommande ett karensbelopp på 5 kronor. Även i en del länscentralsjukkassor torde ett belopp av denna storlek behövas, om avgiftshöjningar skall kunna undvikas. I andra sjukkasseområden skulle dock ett lägre belopp vara tillräckligt.

Det hör i sammanhanget ihåggkommas, att penningvärdet har sjunkit med ca 20 %, sedan de nuvarande karensbeloppen fastställdes. Härtill liksom till ökningen av realinkomsterna bör hänsyn tas när man bestämmer karensbeloppet. Det finns också anledning att beakta de fördelar i administrativt hänseende som kan vinnas med ett icke alltför lågt belopp. Den i avd. II intagna tab. 14 synes ge underlag för antagandet, att ett karensbelopp på 3 kronor kommer att sälla bort ca 6 % av ersättningsärendena från sjukkassornas administration. Blir karensbeloppet 4 kronor, torde omkring 13 % av ärendena falla bort. Sättes beloppet till 5 kronor, kan man räkna med att bortåt $1/5$ av alla reseersättningsärenden försvinner från kassornas handläggning. Visserligen innebär ej detta något motsvarande bortfall av ärenden avseende läkarvårds- eller sjukhusvårdsersättning, men med hänsyn till reseärendenas natur blir den administrativa vinsten av ett karensbelopp av sist angivna storlek ändock betydande.

Såsom vi förut anfört torde ett karensbelopp på 5 kronor i vissa sjukkasseområden vara motiverat, om det skall kunna beräknas täcka de merutgifter för sjukkassorna som våra förslag sammanlagt kan antas leda till. I det övervägande antalet områden torde det emellertid räcka med ett lägre belopp. Vi har vid våra överväganden funnit oss, med det undantag som framgår av det följande, böra föreslå ett karensbelopp på 4 kronor att avräknas vid alla slag av läkarvårdsresor samt vid återresor efter sjukhusvård. Med detta belopp torde säkerhet erhållas för att våra förslag till ändringar i ersättningsbestämmelserna och deras tillämpning inte skall leda till några kostnadsökningar för sjukförsäkringen, om man ser till landet i dess helhet. Ett karensbelopp av sådan storlek tillgodoser också önskemålet att med hänsyn till kostnaderna för sjukförsäkringens administration begränsa försäkringsskyddet till utgifter av verklig betydelse för de försäkrades ekonomi.

I det följande framlägger vi förslag, som innebär att de regler, genom vilka försäkringsersättningen begränsas med hänsyn till valet av läkare och sjukhus, ej skall tillämpas i de tre största städerna. Med hänsyn härtill är det motiverat att i dessa städer bestämma ett något högre karensbelopp än i övriga sjukkasseområden. Vi föreslår ett belopp av 5 kronor för dessa fall.

Innebörden av vårt förslag torde få belysas något. Härvid bortses från de föreslagna särreglerna för vissa städer. I fråga om drygt hälften av alla resor för första besök hos läkare innebär förslaget ingen förändring av

självriskens effekt för den enskilde. För så stor del av dessa resor beräknas nämligen kostnadsersättningen enligt de gynnsammare grunderna, dvs. utan rörligt karensbelopp. För återstoden av resorna, vid vilka självrisker nu varierar mellan drygt 4 kronor och inemot 50 kronor, medför förslaget en betydande förbättring.

När det gäller återbesök får den försäkrade enligt vårt förslag genomgående svara för större del av resekostnaden än som nu är fallet. Om man antar, att en patient företar återbesök en gång i veckan, får han enligt vårt förslag svara för 16 kronor i självrisk under en månad, medan han för närvarande endast behöver betala högst 8 kronor. Att ersättningen för återbesök på detta sätt blir mindre gynnsam än nu uppvägs dock i många fall av en förbättrad ersättning vid första besök. Dessutom må erinras om vad vi tidigare i detta avsnitt anfört om att ersättningsprövningens resultat för närvarande blir i hög grad godtyckligt, enär sjukkassorna ej med tillräcklig säkerhet kan bestämma arten av det företagna läkarbesöket. Särskilt om verkningarna i övrigt av våra förslag beaktas, synes ökningen inte kunna betraktas som alltför betungande.

Vad angår sjukhusvårdsresor innebär förslaget ingen förändring av vad som nu gäller.

Samtidigt bör framhållas, att de försäkrade för närvarande i åtskilliga fall får svara för avsevärda kostnader utöver den egentliga självrisker, för vilka de enligt vårt förslag kommer att få täckning. Vi syftar här på sådana fall då de försäkrade av läkare remitteras för öppen eller slutenvård vid sjukvårdsinrättning, som ligger längre bort än närmaste allmänna sjukhus, och då alltså sjukkassan med hänsyn härtill reducerar den kostnad som skall läggas till grund för ersättningsberäkningen. Enligt de förslag vi lägger fram i det följande skall sådan reduktion av ersättningen inte förekomma annat än undantagsvis. Våra förslag angående ersättning för övernattningskostnad samt förslagen till justering av taxan för färdmedel, som ej går i allmän trafik, torde likaledes medföra en betydande förbättring av ersättningen i många fall.

Den samlade effekten av våra förslag beträffande karensbelopp och de övriga faktorer som begränsar ersättningen blir sålunda att de försäkrades kostnader allmänt sett blir jämnare fördelade än nu. Vi har ansett detta vara så väsentligt, att det uppväger de olägenheter som följer av att karensbeloppet höjs i fråga om återbesöksresorna.

Ett antal sjukkassor har föreslagit, att ersättningsbelopp understigande 1 krona inte skall betalas ut. Syftet härmed skulle vara att det utbetalade beloppet skall stå i rimlig proportion till kostnaderna för utbetalningen. Även om det otvivelaktigt finns vissa skäl som talar för detta förslag, har vi inte ansett oss böra lägga fram det. Såsom andra sjukkassor framhållit

skulle anordningen troligen uppfattas som ett slags dubbel självrisk och därigenom vålla onödig irritation bland de försäkrade.

I detta sammanhang torde få beröras frågan om hur karensbeloppet skall beräknas, när en resa till läkare, enligt av denne erhållen remiss till sjukvårdsinrättning för poliklinisk eller slutna vård, omedelbart fortsätts till sjukvårdsinrättningen. Enligt nuvarande regler anses att två skilda resor har ägt rum, i följd varav två karensbelopp dras av från ersättningen. Det har emellertid gjorts gällande, att detta förfaringssätt är alltför formalistiskt, eftersom det i verkligheten är fråga om en enda resa, under vilken uppehåll har gjorts på vägen. Bl. a. har framhållits att en olycksfallsskadad person har kunnat få full ersättning för sina resekostnader — vid öppen vård så när som på 4 kronor — om han färdats direkt till sjukvårdsinrättning för att få vård, under det att 4 kronor — vid öppen vård 8 kronor — dragits av, om han under vägen först sökt vård hos läkare och av denne remitterats till sjukvårdsinrättningen — varjämte han i sistnämnda fall endast har fått ersättning med $\frac{3}{4}$ av de återstående kostnaderna för den första delen av resan. Förutom att ifrågavarande regel har vållat irritation bland de försäkrade har den, utan att medföra mera betydande kostnadsbesparingar, verkat administrativt tyngande.

Enligt vår mening är det naturligt att betrakta en resa, som företas till läkare och som därifrån omedelbart fortsätts till sjukvårdsinrättning i enlighet med remiss av läkaren, såsom en enda sammanhängande resa. Vid beräkning av kostnadsersättning bör därför i sådana fall endast ett karensbelopp dras av. Blir den sjuke intagen för slutna vård, bör intet karensbelopp räknas av. Om däremot den försäkrade efter besöket hos den remitterande läkaren återvänt hem eller begett sig på annat håll och först vid senare tidpunkt företagit resan till sjukvårdsinrättningen, är det givetvis fråga om två resor. För var och en av dem bör karensbelopp dras av.

Valet av läkare

Valet av läkare är — liksom valet av sjukhus — fritt inom den allmänna sjukförsäkringen. I ersättningshänseende gäller dock vissa begränsningar.

Såsom huvudregel gäller beträffande läkarvårdsresor att ersättning får utges högst såsom vid besök hos provinsialläkare eller stadsläkare i distriktet. Högre ersättning må dock utgå, om den försäkrade sökt läkarvården vid allmänt sjukhus eller för enbart öppen vård avsedd sjukvårdsinrättning, vilken tillhör staten eller till vars drift statsbidrag utgår eller som drivs av landstingskommun eller stad utanför landstingskommun. För sådan högre ersättning gäller två slags begränsningar. Dels skall den försäkrade i regel ha erhållit hänvisning av läkare till sjukvårdsinrättning, dels ut-

går ersättning högst för kostnader för resa till och från närmaste allmänna sjukhus, där vården kunnat meddelas.

I det följande diskuteras frågorna om gällande villkor avseende hänvisning av läkare, eftergift av hänvisningsvillkoret i vissa fall, hänvisnings giltighet och styrkandet av hänvisnings förekomst. Vidare behandlas valet av sjukvårdsinrättning för erhållande av öppen vård såväl allmänt som i vissa specialfall, och ytterligare dryftas spørsmålet om särbestämmelser för de största städerna, när det gäller läkarvalet.

Vid olika tillfällen har frågan om en *uppmjukning av hänvisningsvillkoret* diskuterats. I anslutning till 1956 års proposition (nr 22) med förslag bl. a. om undantag från hänvisningsregeln beträffande olycksfallsskador väcktes sålunda motioner i riksdagen (I:463 och II:598), vari yrkades att hastigt påkommande svårare sjukdom skulle jämföras med olycksfall i fråga om eftergift av fordran på hänvisning av läkare. Såsom framgår av redogörelse i avd. I avvisades motionsyrkandet av riksdagen med motivering att den föreslagna utvidgningen kunde ge upphov till svårbedömda gränsdragningsproblem och möjligen föranleda missbruk. I motion till 1957 års riksdag (II:102) föreslogs att patient, som av läkare inom sjukvårdsinrättning anvisas återbesök för vård eller kontroll, skulle utan hänvisning av läkare utanför inrättningen erhålla reseersättning enligt SFL.

Över sistnämnda motion inhämtades yttrande av riksförsäkringsanstalten, som i huvudsak anförde följande.

Ett sådant eftergivande av kravet på hänvisning, som motionärerna avser, skulle icke blott få betydande ekonomiska konsekvenser utan även kunna komma att på ett icke önskvärt sätt påverka fördelningen av de vårdsökande mellan de allmänna sjukhusens öppnavårdsmottagningar och läkarna i den öppna vården utanför sjukhusen. Så t. ex. är det sannolikt, att nämnda mottagningar skulle belastas med fall, som rätteligen borde vårdas utanför sjukhusen, ävensom att de redan nu föreliggande svårigheterna att i vissa delar av landet erhålla tillräckligt antal läkare för vården utanför sjukhusen skulle — till men särskilt för landsbygdens folk — bli än större. Det må i detta sammanhang framhållas, att vid remissbehandlingen nyligen av sjukhuslagstiftningskommitténs betänkande med förslag till sjukhuslag m. m. (SOU 1956: 27) till och med ifrågasattes, om icke remiss skulle krävas för att vård över huvud taget skulle kunna erhållas vid öppen mottagning å allmänt sjukhus.

I kap. 2 har redovisats uttalanden av de allmänna centralsjukkassorna angående ändringar av reseersättningsbestämmelserna. Kassorna har bl. a. yttrat sig om eftergift av hänvisningsvillkoret i vissa fall. Av redogörelsen framgår att fem kassor anser hänvisning överflödigt, när det gäller öppen vård vid återbesök efter sjukhusvård. Fyra kassor uttalar sig för eftergift, när trängande behov av läkarvård vid sjukvårdsinrättning uppkommer i samband med hastigt insjuknande. Såsom exempel härpå har nämnts yrselsjukdomar, akuta hjärtsjukdomar, coma vid sockersjuka, njursten, inre blödningar samt s. k. falsk krupp. En av kassorna anser, att den behand-

lande läkaren i sådant fall skall styrka behovet. Tre kassor föreslår, att sjuksköterskas intyg om vårdbehovet skall äga vitsord vid akut insjuknande, när läkare inte kunnat anträffas, och en kassa vill införa skälighetsprövning vid exempelvis hastiga insjuknanden. Fyra kassor ifrågasätter, om inte hänvisningskravet skulle kunna helt uppges i fråga om resor till sjukvårdsinrättning inom den försäkrades eget sjukvårdsområde, och två kassor önskar utsträcka eftergiften till vissa särskilt angivna typer av vårdfall. Tolv kassor har däremot förklarat, att ytterligare undantag från hänvisningsregeln skulle skapa administrativa svårigheter och vålla irritation bland de försäkrade och har därför inte velat rubba de gällande hänvisningsbestämmelserna.

Hänvisningsregeln är grundad på förutsättningen, att läkarvårdsresurserna utom sjukhusen skall tas tillvara, innan de försäkrade söker vård vid sjukhus. Enligt våra direktiv är det av vikt att reseersättningsbestämmelserna inte leder till motsatt resultat. För sjukförsäkringens del är det väsentligt från kostnadssynpunkt att resorna inte blir längre än nödvändigt. Hänvisningsregelns betydelse som regulator härvidlag blir i fortsättningen större än hittills, om det rörliga karensbeloppet slopas enligt vårt förslag. Visserligen är det svårt att bedöma vilken betydelse sjukförsäkringens ersättningsregler har för de försäkrades val av läkare och visserligen leder hänvisningskravet ibland till att ersättning kommer att utgå för två resor i stället för en, men på grund av de anförda skälen bör kostnaderna vid läkarvårdsresa till sjukvårdsinrättning inte heller framdeles godtas såsom underlag vid beräkning av försäkringsersättningen utan särskild prövning. För att nyss angivna önskemål om de vårdsökandes fördelning mellan läkare vid och utanför sjukhus skall tillgodoses, torde det vara nödvändigt att ifrågavarande prövning i huvudsak grundas på hänvisning av läkare utanför sjukhusen.

Huvudregeln bör således liksom hittills vara att resekostnadsersättningen begränsas såsom vid besök hos närmaste tjänsteläkare. Kostnad för resa till sjukvårdsinrättning bör — om avståndet dit är längre — i princip godtas som ersättningsunderlag, endast när läkare utanför sjukvårdsinrättningen hänvisat patienten för vård där. I likhet med vad som nu är fallet bör dock undantag från hänvisningsvillkoret gälla, när resan föranleds av olycksfallsskada, som medför trängande behov av läkarvård vid sjukvårdsinrättning.

När vi föreslår, att hänvisningsregeln i princip skall bibehållas, gör vi detta i medvetande om att starka skäl i och för sig kan åberopas för en uppmykning. Det har sålunda i många fall onekligen framstått som en brist, att sjukkassorna helt har saknat möjlighet att efter skälighetsprövning medge eftergift från fordran på hänvisning. När försäkrad ostridigt är i behov av läkarvård vid sjukvårdsinrättning och söker sådan vård utan att

först ha erhållit hänvisning av läkare kan ju sjukassans reduktion av ersättningsunderlaget utan tveivel synas obillig. Ännu besynnerligare kan reduktionen te sig för den försäkrade, om han av läkare vid sjukvårdsinrättningen har anvisats att återkomma dit för vård, helst som dylik anvisning skulle ha godtagits såsom hänvisning i lagens mening, om läkaren meddelat den vid privat mottagning utanför sjukhuset.

Mot bakgrunden av de mindre tillfredsställande verkningar, som den snäva hänvisningsregeln synes kunna innebära, har vi noggrant prövat förutsättningarna för att låta sjukassornas ställningstaganden till frågan om läkarvalet i viss mån grundas på en skälighetsbedömning. Därvid har vi dock funnit övervägande skäl tala mot att öppna en sådan möjlighet. Skulle dylik prövningsrätt införas, komme med all sannolikhet betydande tillämpningssvårigheter att göra sig gällande. Det är risk för att sjukassornas tjänstemän skulle bli ställda inför svårbedömda och ömtåliga gränsdragningsproblem, vilka komme att kräva omfattande utredningar. Det är vidare troligt, att diskretionära avgöranden av sjukassornas tjänstemän i ifrågakommande fall skulle ge upphov till en ännu större irritation bland sjukassemedlemmarna än den, som grundar sig på tillämpningen av de nuvarande, fullt klara hänvisningsreglerna. Ytterligare skulle en skälighetsbedömning sannolikt leda till avsevärda ojämnheter i tillämpningen de olika sjukasseområdena emellan.

Utöver vad nu sagts må anföras att de med hänvisningsvillkoret förenade olägenheterna med tiden torde bli mindre påtagliga, allteftersom allmänheten blir medveten om innebörden av sjukförsäkringslagens bestämmelser. Av vad vi nyss anført framgår att vi inte är beredda att förorda införande av någon allmän skälighetsbedömning från sjukassornas sida, när det gäller prövningen av patientens läkarval såsom underlag för resekostnadsersättning. För ett fall har vi emellertid funnit särskilt starka skäl tala för undantag. Det kan förekomma, att en försäkrad blir i trängande behov av läkarvård och att tjänsteläkare eller annan läkare utanför sjukvårdsinrättning inte kan anträffas inom rimlig tid. Tjänsteläkaren kan exempelvis vara stadd på en längre sjukresa i sitt distrikt eller han kan själv ha insjuknat hastigt, utan att vikarie ännu hunnit förordnas. Det torde för dylika fall principiellt stå utanför diskussion att ersättning bör kunna utgå för resa till en längre bort belägen läkarmottagning eller sjukvårdsinrättning.

Det får anses ligga i sakens natur att kravet på hänvisning av läkare ej kan upprätthållas i nu åsyftade fall. Detta skulle ju innebära att ersättningsberäkningen grundades på en ren fiktion. Vederbörande sjukassa bör i stället kunna beräkna ersättning som om hänvisning förelegat, om den försäkrade på trovärdigt sätt kan styrka att han varit i trängande behov av läkarvård och att tjänsteläkare eller annan läkare på närmare håll än vid sjukvårdsinrättningen ej kunnat anträffas inom rimlig tid. Det

sagda bör dock inte gälla återbesök, som företas, när läkare utanför sjukvårdsinrättningen varit anträffbar.

Vissa sjukkassor har föreslagit, att hänvisningskravet skall kunna efterges då den försäkrade har åtnjutit sjukhusvård och av läkare vid sjukhuset anmodas återkomma för eftervård. För närvarande gäller i detta hänseende enligt riksförsäkringsanstaltens anvisningar att, om hänvisning för öppen vård eller remiss för sjukhusvård utfärdats före intagningen på sjukhuset, hänvisningen anses gälla även den fortsatta läkarvård, som läkare vid sjukhuset finner erforderlig. Om patienten blivit intagen utan att nyss angivet förhållande föreligger och om han efter utskrivningen på anmodan av sjukhusläkaren infinner sig för efterbehandling, skall ersättning beräknas såsom vid resa till närmaste tjänsteläkare, försåvitt inte hänvisning av läkare erhållits i fråga om efterbesöket. Enligt riksförsäkringsanstaltens tillämpningsföreskrifter må sjukkassa efterge hänvisningskravet beträffande det *första* återbesök som den försäkrade sålunda företar.

Vi anser, att kravet på hänvisning av läkare utanför sjukvårdsinrättningen i nu avsedda fall bör kunna efterges i fråga om samtliga de återbesök patienten företar på sjukhusläkares anmodan. För sjukkassornas prövning av ersättningsrätten har en hänvisning för öppen vård eller remiss för sjukhusvård väsentligen den betydelsen att den tjänar som bevisning om att vård vid sjukvårdsinrättning är erforderlig, med andra ord att vården ej kan lämnas av läkare utanför sjukvårdsinrättning. Har en patient blivit intagen för sjukhusvård, får hans behov av vård vid sjukvårdsinrättning — däri inräknat efterbehandling sedan patienten blivit utskriven — därmed anses tillräckligt styrkt.

Vi vill understryka att vad vi nu sagt endast avser formen för styrkande av att vård vid sjukvårdsinrättning i och för sig erfordras. En annan fråga är vilken sjukvårdsinrättning som skall anses vara den närmaste där vården kan meddelas. Härtill återkommer vi.

Ett par sjukkassor har föreslagit, att *hänvisning till privatpraktiserande specialist* skall få samma verkan i ersättningshänseende som hänvisning till sjukvårdsinrättning. Enligt vår mening skulle emellertid en sådan tillämpning skapa mycket stora svårigheter för sjukkassorna redan på grund av vanskligheten att bestämma vilka praktiserande läkare som skall anses såsom specialister. Vi kan därför inte tillstyrka förslaget.

En *hänvisnings giltighet* är enligt nuvarande regler begränsad till första besöket vid sjukvårdsinrättningen samt de återbesök, som läkare vid inrättningen anser erforderliga för sjukdomens behandling. Som återbesök anses i sin tur besök, som på grund av en och samma sjukdom äger rum med högst 18 månaders mellanrum. Om mer än 18 månader förflyter mel-

lan två besök vid sjukvårdsinrättningen, förlorar alltså hänvisningen sin giltighet i ersättningshänseende.

Enligt våra förslag i det föregående bortfaller behovet att i ersättningshänseende göra skillnad mellan första besök och återbesök. Frågan blir då, om och på vad sätt en hänvisnings giltighet i fortsättningen bör begränsas. En hänvisning bör i princip kunna gälla all behandling, som vid sjukvårdsinrättningen meddelas för en och samma sjukdom. En tidsgräns kan dock komma att behövas av praktiska skäl. Tillsynsmyndigheten bör i så fall vara oförhindrad att utfärda bestämmelser härom. Om den remitterande läkaren själv begränsar hänvisningens räckvidd på visst sätt, bör självfallet denna begränsning gälla.

Vissa centralsjukkassor har föreslagit, att i lag eller tillämpningsföreskrifter skall uppställas närmare regler om *hur förekomsten av hänvisning skall styrkas*. För vår del anser vi det olämpligt att i författning intaga bestämmelser härom. Det bör vara sjukkassornas sak att bedöma varje fall för sig. I möjlig mån bör formalism i ärendenas handläggning därvid undvikas. Såsom hänvisning bör även kunna godkännas muntlig uppmaning av läkare till patienten, om sjukkassa finner styrkt, att sådan har lämnats.

I detta sammanhang må erinras om innehållet i riks försäkringsanstaltens tillämpningsföreskrifter, enligt vilka det alltid skall anses som om hänvisning av läkare förelegat, när fråga är om återbesök vid vissa angivna vårdanstalter och vederbörande läkare vid anstalten ansett återbesöket erforderligt (jfr s. 11). Detta förfarande, som bygger på förutsättningen att patienterna vid ifrågavarande anstalter inte blir mottagna utan hänvisning, underlättar sjukkassorna prövning av reseersättningsfrågan i berörda fall och bör behållas även framdeles. En del sjukkassor har föreslagit, att bestämmelsens tillämpningsområde skall vidgas att avse besök vid vissa andra vårdanstalter eller i samband med särskilt angivna sjukdomar. Tillsynsmyndigheten torde vara oförhindrad att besluta om utvidgning av bestämmelsens tillämpning och bör lämpligen från tid till annan pröva frågan därom. För vår del har vi inte ansett oss ha anledning att framlägga något förslag i ämnet.

Valet av sjukvårdsinrättning för öppen vård är i ersättningshänseende begränsat på så sätt, att kostnadsersättning får utges högst för resa till närmaste allmänna sjukhus, där vården kunnat meddelas. Denna begränsning bör gälla också i fortsättningen. Någon ändring av stadgandets lydelse har vi ej funnit påkallad. Sjukkassornas prövning av frågan, vilket allmänt sjukhus som är det närmaste, där vården kan meddelas, har emellertid visat sig i vissa fall bereda svårigheter. Särskilt otillfredsställande är det när olika meningar hos läkaren och sjukkassan om var erforderlig vård kunnat

beredas går ut över den försäkrade, som anser sig böra följa läkarens hänvisning men ej erhåller ersättning i enlighet härmed. Vidare bör en sådan tillämpning av begränsningsregeln eftersträvas, att handläggningen hos sjukhassorna blir så smidig som möjligt. Helst bör prövningen i regel kunna företas av expeditionspersonal utan särskilda utredningar.

Frågan om hur den försäkrades vårdbehov skall tillgodoses prövas primärt av den remitterande läkaren. Några bestämmelser om vilka grunder läkaren skall följa vid denna prövning finns inte. Även om man sannolikt kan utgå från att flertalet läkare objektivt låter de föreliggande medicinska indikationerna vara bestämmande för valet av sjukvårdsinrättning, kan man inte bortse från att såväl läkares värdering av olika kollegers kunnighet eller av vårdinrättningarnas resurser som den sjukes egna önskningar kan utöva ett visst inflytande.

Det skulle från sjukförsäkringens synpunkt vara önskvärt, om läkarna vid hänvisning av patienter för läkarvård vid sjukvårdsinrättning hade att följa bestämda regler; sjukhassorna skulle då kunna godta läkarnas val av sjukvårdsinrättning utan vidare prövning. Det är kanske inte möjligt att utfärda bindande föreskrifter i detta ämne, men det vore av värde, om medicinalstyrelsen — efter samråd med riksförsäkringsanstalten — utfärdade vägledande anvisningar för läkarna.

I brist på regler för remiss av patienter för öppen vård bör sjukhassorna tills vidare ha kvar en möjlighet att pröva remissläkarens val av sjukvårdsinrättning. Denna prövning torde dock ej behöva göras alltför snäv. Sålunda synes enligt vår mening remiss till allmänt sjukhus inom det sjukvårdsområde där vårdbehovet uppkommit böra godtas i ersättningshänseende, försåvitt inte synnerliga skäl talar däremot. Sådana skäl torde i regel få anses föreligga exempelvis när den vårdsökande remitterats till odelat lasarett, trots att centrallasarett finns på närmare håll. Genom en sådan utformning kan ett effektivare försäkringskydd erbjudas den enskilde. Skulle en sjukhassa finna, att viss läkare regelmässigt utfärdar remisser till sjukvårdsinrättning, till vilken avståndet är längre än till närmaste allmänna sjukhus, där vårdresurser för sjukdomens behandling finns, bör kassan och förtroendeläkaren söka få rättelse till stånd i vederbörande läkares praxis. Ersättningsvägran eller begränsning av ersättningen till att motsvara resa till en närmare belägen sjukvårdsinrättning bör förekomma endast undantagsvis.

Föreligger hänvisning för öppen vård vid sjukvårdsinrättning utanför det sjukvårdsområde, där vårdbehovet uppkommit, bör sjukhassans prövning vara mera restriktiv. I de flesta fall kan numera all öppen sjukvård som en patient kan vara i behov av beredas inom det egna sjukvårdsområdet. Hänvisning för öppen vård vid allmänt sjukhus i annat sjukvårdsområde bör dock godtas i ersättningshänseende, när den är medicinskt motiverad eller när sjukhuset är närmare beläget är närmaste allmänna

sjukhus inom sjukvårdsområdet. Även om sjukvårdsinrättningen ej är allmänt sjukhus, bör resan dit ersättas, när vården ej kan meddelas vid allmänt sjukhus, som är närmare beläget.

När en försäkrad utan läkarremiss sökt öppen läkarvård vid sjukvårdsinrättning antingen för skada genom olycksfall, som medfört trängande behov av vård vid sådan inrättning eller enär han ej kunnat i tid anträffa läkare utanför sjukvårdsinrättningen, måste sjukkassans prövning av sjukhusvalet bli snävare än om hänvisning utfärdats av läkare. I analogi med vad vi föreslagit i fråga om de fall då hänvisning av läkare föreligger synes emellertid resa till närmaste allmänna sjukhus inom det sjukvårdsområde, där vårdbehovet uppkommit böra godtas, även om sjukvårdsinrättning med erforderliga vårdresurser finns på närmare håll i annat sjukvårdsområde.

I det föregående har vi föreslagit, att kravet på hänvisning av läkare utanför sjukvårdsinrättningen skall efterges i fråga om försäkrad som har åtnjutit sjukhusvård och efter utskrivningen infinner sig för fortsatt läkarvård på anmodan av sjukhusläkaren. Beträffande sjukkassans prövning av sjukhusvalet i sådana fall bör gälla samma grunder som för intagningsresan. Till denna fråga återkommer vi i det följande.

Våra nu framlagda förslag innebär att av läkare utfärdad hänvisning kommer att tillmätas avsevärt större betydelse än hittills för att avgöra vilken sjukvårdsinrättning som är den närmaste där erforderlig vård kunnat beredas. Det sjukhusval läkaren sålunda träffar blir i huvudsak avgörande också för ersättningsprövningen i fråga om de återbesök den försäkrade företar. Det bör emellertid beaktas, att de omständigheter på vilka prövningen grundas i väsentliga avseenden kan förändras under den tid som förflyter från det en hänvisning utfärdas eller en intagning för sjukhusvård beslutas till dess patienten inställer sig för återbesök. Vårdbehovet kan ursprungligen ha uppkommit vid tillfällig vistelse annorstädes än på bostadsorten, under det att resan för återbesök anträds från denna ort. Vidare kan den försäkrade under mellantiden ha flyttat till ny bostad inom eller utom sjukvårdsområdet eller han kan, när resan för återbesök anträds, tillfälligt vistas på annat håll i landet. I sådana fall kan den ursprungliga hänvisningen naturligen inte tillmätas samma betydelse för återbesök som för det första besöket vid sjukvårdsinrättningen. Undantagsvis kan det emellertid — även om sådant förhållande föreligger som här avses — finnas skäl att i ersättningshänseende godkänna återbesök vid den sjukvårdsinrättning där vården från början har lämnats, nämligen om det kan förutsättas att fortsatt vård på ny sjukvårdsinrättning inte kan lämnas utan tillgång till journaler, röntgenfotografier o. dyl. och att ett byte av vårdinrättning skulle innebära ett besvärande dubbelarbete för sjukhusläkarna. Vi har inte funnit det erforderligt att utarbete några detaljerade anvisningar om vilken betydelse som i skilda fall bör tillmätas sådana

omständigheter som här nämnts. Sjukförsäkrarna bör efter självständig prövning kunna avgöra dessa frågor i varje särskilt fall. Skulle behov av detaljanvisningar framdeles uppstå, bör det ankomma på tillsynsmyndigheten att utfärda sådana.

En del centralsjukförsäkringar har påpekat, att problem kan uppkomma, när personer, som är bosatta i *gränsregion mellan två sjukvårdsområden*, skall söka öppen vård vid sjukvårdsinrättning. Ej sällan är det närmaste sjukhuset i sådana fall ett utomlänssjukhus. Sålunda är exempelvis befolkningen i de norra delarna av Uppsala län enligt de för reseersättning gällande principerna i SFL hänvisad att söka öppen vård vid centrallasarettet i Gävle, som är ett utomlänssjukhus, under det att slutna vård skall beredas vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Har en försäkrad åtnjutit slutna vård vid hemortssjukhus, och behöver han för efterbehandling inställa sig på öppen mottagning vid sjukhus, uppstår komplikationer, när han söker vården vid utomlänssjukhuset. Ibland kan behandlingen inte komma till stånd av den anledningen att journaler m. m. inte är tillgängliga. Särskilda svårigheter blir det, om intagning blir erforderlig. Även eljest lär det förekomma, att utomlänspatienter avvisas vid sjukhusens öppna mottagningar.

Av vad vi ovan föreslagit följer att reseersättning i nyss åsyftade fall bör kunna grundas på kostnaden för resa till det hemortssjukhus, där den slutna vården meddelats, förutsatt att intagningen där skett efter remiss av läkare eller att läkare utfärdat hänvisning dit för efterbehandling. Även om sådana förutsättningar ej föreligger, finns emellertid vägande skäl att i nu avsedda fall anse det hemortssjukhus, där den slutna vården meddelats, som det närmaste där erforderlig vård kan beredas. Dels synes en sådan tillämpning mest rationell, om man ser till angelägenheten att undvika dubbelarbete för sjukhusläkarna, dels bör man ta hänsyn till att anordnandet av öppen vård vid sjukhusen är en frivillig prestation från huvudmännens sida. Vi förutsätter dock, att begränsningsregeln skall tillämpas på angivet sätt endast om de omständigheter i övrigt som legat till grund för prövningen av sjukhusvalet i samband med att resorna för slutna vård ersatts inte har förändrats i något väsentligt avseende.

I några fall förekommer det, att försäkrade regelmässigt hänvisas för öppen vård vid *sjukvårdsanstalter, som enligt av Kungl. Maj:t fastställd förteckning är att anse som sjukvårdsanstalter jämlikt SFL*. Så är förhållandet beträffande sjukförsäkrade medlemmar i Nacka, vilka hänvisas till Ersta sjukhus. Försäkrade, som bor inom vissa områden i Stockholms och Uppsala län hänvisas till Samariterhemmet i Uppsala, och på liknande sätt remitteras en del patienter från kommuner i Hallands län till Spenshults reumatikersjukhus.

När sådana sjukvårdsanstalter som nu nämnts är närmare belägna än

allmänt sjukhus eller annan i 16 § SFL avsedd sjukvårdsinrättning, är det otillfredsställande, att kostnaderna för resa dit ej kan ersättas. Skulle remiss utfärdas till en längre bort belägen offentlig sjukvårdsinrättning, bleve ju följden endast en större ekonomisk belastning av sjukkassorna.

Nu angivna konsekvens av ifrågavarande begränsningsregel torde knappast ha varit avsedd. Det må erinras, att kostnader för slutna vård vid sjukvårdsanstalt, som är upptagen i den av Kungl. Maj:t fastställda förteckningen, i princip ersätts från sjukförsäkringen. Begränsningsregeln bör modifieras, så att kostnadsersättning kan utges för läkarvårdsresor i ovan nämnda fall. Det i motioner till 1957 års riksdag (jfr s. 20) framförda önskemålet att Spenshults reumatikersjukhus skulle jämföras med allmänt sjukhus torde genom en sådan jämkning bli tillgodosett såvitt avser resor för öppen vård.

De nuvarande begränsningsreglerna har visat sig inte fullt tillfredsställande, när det gäller *de största städerna*. Stadsläkare och distriktsläkare har i dessa städer en helt annan ställning än landsbygdens provinsialläkare. De är för få till antalet för att kunna ta sig an mer än en ringa del av alla försäkrade, som behöver läkarvård. Vidare är de i regel skyldiga att i första hand, åtminstone viss del av dagen, mottaga patienter, som är mindre bemedlade. Slutligen har de inte mottagning hela dygnet och kan därför inte alltid nås vid brådskande sjukdomsfall. När kostnadsersättningen för läkarvårdsresor i de största städerna begränsas till vad som skulle utgå vid resa till närmaste stads- eller distriktsläkare, bygger alltså denna begränsningsregel på den medvetet oriktiga föreställningen, att vården skulle kunna beredas av ifrågavarande läkare. I själva verket är det i de större städerna tvärtom nödvändigt, att de försäkrade i huvudsak anlitar privatpraktiserande läkare och poliklinikläkare.

Uppgifter som erhållits från Stockholms allmänna centralsjukhus visar, att av alla under en månad inom sjukhusens område företagna läkarvårdsresor, för vilka kostnadsersättning utgivits, endast drygt 6 % utgjorde resor till distriktsläkare. Närmare 12 % utgjordes av resor till privatpraktiserande läkare, och ca 82 % var resor till sjukhusläkare. Då siffrorna grundar sig på uppgifter om de fall då reseersättning utgivits, ger de inte någon riktig bild av hur patienterna totalt sett fördelar sig på olika slags läkare. En av riksförsäkringsanstalten företagen urvalsundersökning för tiden 1/7 1955—30/6 1956 visar emellertid att för Stockholmsområdet, vari inkluderas även städerna Solna, Lidingö, Nacka och Sundbyberg, 43,8 % av alla av sjukhusen ersatta fall av läkarvård (besök på läkares mottagning samt sjukbesök i patientens hem) avser vård av privatpraktiserande läkare, 33,8 % poliklinikvård samt 16,9 % vård av sjukhusläkare i övrigt. Endast 4,8 % av fallen avser vård hos provinsialläkare eller kommunalläkare.

Det bör i möjlig mån undvikas, att sjukförsäkringens ersättningsregler baseras på fiktioner. Resekostnadsersättningens begränsning med hänsyn till läkarvalet vilar för de största städernas vidkommande uppenbarligen på en fiktion.

Man skulle kunna ersätta nuvarande regel med någon annan form av begränsning, exempelvis ett stadgande att resekostnadsersättning högst får beräknas för viss i kilometer angiven färdsträcka. En sådan regel skulle dock inte medföra någon större administrativ lättnad för vederbörande sjukkassor.

En annan möjlighet är att begränsa ersättningen till vad som skulle utgå vid resa till närmaste allmänna sjukhus, där vården kunnat meddelas. Ej heller denna regel skulle medföra önskvärd lättnad i ersättningsprövningen. Vid besök hos privatpraktiserande läkare — vilka enligt ovan återgivna uppgifter utgör nära hälften av samtliga läkarbesök i Stockholm — skulle den dessutom innebära, att ersättningen bleve irrationellt bestämd i förhållande till den faktiska kostnaden. För två personer, som har lika långt till en privatpraktiserande läkare, kunde ersättningen bli av mycket olika storlek, beroende på om de bor nära eller långt från allmänt sjukhus.

I betraktande av de relativt ringa avstånd det är fråga om — vanligen från städernas ytterområden till de centrala delarna — och de rätt blygsamma kostnadsbesparingar, som nås genom en begränsningsregel, kan man också tänka sig att någon begränsning överhuvud inte skall gälla för resor inom de största städernas områden. En så långtgående geografisk differentiering av ersättningsreglerna kan visserligen vara principiellt diskutabel, bl. a. med tanke på att reseersättningarna till hälften är skattefinansierade. Emellertid kan ett borttagande av begränsningen för de största städernas del knappast uppfattas som ett oskäligt gynnande av dessa städers invånare på den övriga befolkningens bekostnad, i synnerhet om karensbeloppet i enlighet med vårt förslag sätts högre för ifrågavarande städer än för riket i övrigt. Såsom framgår av den i avd. II införda tab. 3 är nämligen dessa stadssjukkassors reseersättningsutgifter per medlem ganska obetydliga vid sidan av motsvarande utgifter för flertalet övriga sjukkassor. Vid våra överväganden har vi funnit det sistnämnda alternativet mest lämpligt.

Berörda spörsmål torde i huvudsak endast ha betydelse för de tre största städerna i riket. Vi föreslår, att kostnadsersättning för läkarvårdsresa inom Stockholms, Göteborgs och Malmö centralsjukkassemråden inte begränsas på annat sätt än att ersättning må utges högst såsom vid resa till läkare inom kassans område. För Stockholms vidkommande bör resa till och från karolinska sjukhuset anses ha företagits inom sjukkassemrådet. Möjligheten bör lämnas öppen att, om så befins motiverat, utsträcka undantaget till att avse andra sjukkassemråden. Det synes lämpligt att Kungl. Maj:t beslutar om undantagsbestämmelsernas tillämpningsområde.

Valet av sjukvårdsinrättning

Vid tillämpningen av 17 § SFL har sjukvårdskassorna att pröva, om intagning för sjukvård skett på närmaste allmänna sjukhus eller — om vården beretts på hemortssjukhus och vårdbehovet uppkommit vid vistelse inom det egna sjukvårdsområdet eller därtill gränsande kommun — närmaste hemortssjukhus där erforderlig vård kunnat beredas. Är detta ej fallet, skall ersättningen begränsas till vad som skulle ha utgått, om nämnda förutsättning varit för handen. Vi har inte funnit anledning att föreslå någon ändring av lagens innehåll på denna punkt. Då emellertid oklarhet har yppats angående den närmare innebörden av ifrågavarande begränsningsregel, diskuteras i det följande hur regeln bör tillämpas i olika förekommande fall.

Att intagningen äger rum vid annat än det närmaste sjukhuset kan bero på en mångfald olika omständigheter. Ett omedelbart vårdbehov kan kanske inte tillgodoses på grund av platsbrist vid sistnämnda sjukhus, eller vården kan i andra fall med mindre tidsutdräkt beredas vid ett längre bort beläget sjukhus. En annan anledning kan vara att det närmaste sjukhuset inte har tillräckliga resurser för att bereda patienten en medicinskt tillfredsställande behandling. Om det närmaste sjukhuset är ett odelat lasarett, kan det förekomma, utan att vårdresurser i och för sig saknas där, att intagningen äger rum vid specialavdelning på centrallasarettet. Intagning på annat än det närmaste sjukhuset kan vidare bero på patientens önskan att komma i närheten av anhöriga. När patienten remitteras av läkare, kan dennes val av sjukvårdsinrättning stundom påverkas av hans uppfattning rörande vårdens kvalitet vid den ena eller andra inrättningen.

Särskilda problem gör sig stundom gällande, när behovet av sjukhusvård uppkommer vid vistelse utom det sjukvårdsområde, där vederbörande är bosatt. Detta kan sammanhånga med oklarhet om innebörden av den vårdskyldighet som åvilar sjukvårdshuvudman gentemot vårdsökande, som är bosatt inom annat sjukvårdsområde.

Enligt vad sjukhuslagstiftningskommittén anfört i sitt betänkande med förslag till sjukhuslag m. m. (SOU 1956: 27) anses emellertid sjukhuslagen allmänt ha samma innehåll gentemot dem som är bosatta inom sjukvårdsområdet och dem som vistas där utan att vara där bosatta. Enligt kommitténs förslag skall detta allttjämt vara fallet såvitt angår omedelbart behov av vård. Frågan vilket sjukhus som i ersättningshänseende skall anses vara det närmaste, där erforderlig vård kunnat beredas, bör därför avgöras efter i huvudsak samma grunder för dessa två kategorier.

Har intagning skett *efter remiss av läkare*, är det, åtminstone när det gäller intagning på allmänt sjukhus inom det sjukvårdsområde där vårdbehovet uppkommit, rimligt att den remitterande läkarens beslut blir utslagsgivande vid den prövning sjukvårdskassan enligt SFL har att göra av att intagning skett vid det närmaste allmänna sjukhus där vård kan beredas. I

allmänhet har nämligen patienten ganska små möjligheter att påverka valet av sjukhus, men det blir han som får stå för resekostnaderna, i den mån inte sjukkassan ersätter dem. I fall patientens egna önskningar i realiteten varit avgörande för sjukhusvalet kan den angivna tillämpningsregeln visserligen leda till att sjukförsäkringen tillskyndas något högre kostnader än som i och för sig är motiverat, men denna olägenhet torde uppvägas av de administrativa lättnader man samtidigt vinner. Vi föreslår därför — i hudsaklig överensstämmelse med vad vi för motsvarande fall föreslagit beträffande valet av sjukvårdsinrättning för öppen vård — att det allmänna sjukhus inom sjukvårdsområdet, till vilket en försäkrad remitterats av läkare, utan vidare prövning av sjukkassan skall anses vara det närmast belägna, där erforderlig vård kan beredas. Finns ingen ledig vårdplats vid det sjukhus remissen avser, bör resa till ett längre bort liggande sjukhus godtas.

För viss specialistvård förekommer remiss till sjukvårdsinrättning i annat sjukvårdsområde än det där vårdbehovet uppkommit. Även i dylikt fall synes den remitterande läkarens val av sjukhus böra godtas i ersättningshänseende, försåvitt det avser ett allmänt sjukhus. Remiss för specialistvård i annat sjukvårdsområde lär visserligen ibland utfärdas till längre bort beläget sjukhus än det närmaste, där specialiteten är företrädd. Det torde emellertid få förutsättas, att remissläkarens beslut i dylika fall regelmässigt grundas på medicinska överväganden, och det är under sådana förhållanden föga tillfredsställande att sjukkassans tjänstemän vid behandling av frågan om försäkringsersättning skall vara förpliktade att underkasta beslutet en överprövning med avseende på patientens vårdbehov. Enligt vad vi under hand inhämtat av regionvårdsutredningen kan det vidare väntas, att denna utredning kommer att lägga fram förslag till bestämmelser, genom vilka läkarnas remissrätt får en regional begränsning. Om sådana bestämmelser införs, kommer den särskilda prövningen genom sjukkassornas försorg att te sig helt onödig och oberättigad.

Har en försäkrad blivit i behov av sjukhusvård vid vistelse i främmande län och där vägrats intagning på allmänt sjukhus under hänvisning till att medicinska resurser för vården saknas inom länet, bör kostnaderna för resa till närmaste hemortssjukhus — där sådant sjukhus förfogar över erforderliga vårdresurser — kunna ersättas, även om vård till äventyrs också skulle kunna beredas på närmare håll av en tredje sjukhushuvudman.

Avvisas vårdsökanden av annat skäl, bör någon kostnadsersättning för resa till hemortssjukhus inte utgå från sjukförsäkringen.

Är hans tillstånd sådant, att resa till hemortssjukhus inte kan komma i fråga med mindre den företas i sjukvagn eller ambulans eller med annat, särskilt kostnadskrävande färdmedel, torde det väl i regel få anses ha förelagat ett omedelbart vårdbehov. Om sjukvårdshuvudmannen i dylikt fall

föredrar att inte bereda patienten vård, synes konsekvensen fordra, att huvudmannen i stället bestrider kostnaderna för transport till hemortssjukhus.

Är å andra sidan behovet av sjukhusvård ej mera trängande än att med dess tillgodoseende kan anstå tills vårdsökanden återvänt till sitt hemlän och kan återfärden dit företas med färdmedel i allmän trafik, kan han ej rimligen göra anspråk på någon ersättning för hemresekostnaden vare sig från sjukvårdshuvudmannen eller sjukförsäkringen. Det får nämligen förutsättas, att han under alla förhållanden skulle ha fått vidkännas denna kostnad förr eller senare, och det kan inte anses oskäligt, att så får bli fallet, även om hemresan till följd av insjuknandet måst anträdas tidigare än eljest.

Har försäkrad blivit intagen för sjukhusvård *utan att läkarremiss föreläggat*, bör ersättningen i princip begränsas såsom vid resa till det inom sjukvårdsområdet belägna allmänna sjukhus, som ligger närmast den ort där vårdbehovet uppkom. Om den försäkrades val av ett avlägsnare sjukhus inom sjukvårdsområdet beror på att vårdplats inte har kunnat beredas på närmare håll och han kan styrka detta förhållande på ett för sjukkassan godtagbart sätt, bör emellertid det längre bort liggande sjukhuset anses som det närmaste, där vården kunnat meddelas. Om vården har meddelats på specialavdelning vid sjukhus inom sjukvårdsområdet, bör likaså valet av sjukhus godtagas i ersättningshänseende, därest det ej är uppenbart att tillfredsställande behandling hade kunnat beredas på närmare håll. Andra skäl än de nu nämnda bör däremot ej föranleda, att resekostnadsersättning lämnas för resa längre än till närmaste allmänna sjukhus.

Specialregeln om att den som blir i behov av sjukhusvård vid vistelse inom det egna sjukvårdsområdet eller därtill gränsande kommun alltid skall äga rätt till ersättning för resa till närmaste *hemortssjukhus*, där vården kan beredas, bör behållas.

Vid *intagning på sinnessjukhus* uppkommer vissa särskilda problem. För sinnessjukhusen gäller andra intagningsbestämmelser än för kroppssjukhusen. Sålunda föreskrivs i sinnessjukstadgan, att intagning skall äga rum på sinnessjukhus, inom vars upptagningsområde den, för vilken intagning söks, har sin hemort. Den som under vistelse inom annat upptagningsområde befinnas vara i behov av vård eller observation på sinnessjukhus eller vars hemort är tvistig ävensom utlänning kan dock tas in på närmaste sinnessjukhus, där plats kan beredas.

Intagning av person som är bosatt inom annat upptagningsområde är, såsom framgår av intagningsreglernas lydelse, fakultativ. Någon skyldighet

att inta patient från annat upptagningsområde, liknande den som i fråga om kroppssjukvården gäller beträffande utomlänspatienter, åvilas alltså inte de statliga sinnessjukhusen. Att döma av uttalanden av vissa central-sjuk-kassor lär det inte vara ovanligt att patient, som insjuknar vid vistelse utom det upptagningsområde, till vilket han själv hör, transporteras långa sträckor för att tas in på det sinnessjukhus, inom vars upptagningsområde han är bosatt. Enligt praxis har i sådana fall reseersättning från sjukförsäkringen beräknats på hela den företagna resan.

Vi har övervägt frågan, om inte beträffande kostnadsersättning för resor till och från sinnessjukhus borde gälla samma slags begränsning som i fråga om resor till och från kroppssjukhusen. Detta skulle emellertid förutsätta sådan ändring av sinnessjukstadgan, att dess intagningsbestämmelser bleve analoga med sjukhuslagens. Sådan ändring av sinnessjukstadgan är vi inte i nuvarande läge beredda att föreslå. Med hänsyn härtill och då vård på sinnessjukhus ofta nog blir så tidskrävande, att särskilda skäl kan anses föreligga för att patient blir intagen på sjukhus, som ligger så nära till som möjligt för hans anhöriga, har vi ansett den nuvarande tillämpningen böra bibehållas. För att inte långa och kostnadskrävande resor skall behöva förekomma i onödan förutsätter vi emellertid, att lättare vårdfall, för vilka en kortvarig klinisk behandling är tillräcklig, skall bli mottagna vid närmaste sinnessjukhus.

I våra direktiv har framhållits, att det i SFL förekommande begreppet hemortssjukhus inte ger någon ledning när fråga är om t. ex. de statliga sinnessjukhusen. Detta beror på att de statliga sinnessjukhusen ej är att anse som hemortssjukhus i lagens mening. Så länge begränsningsreglerna i 17 § SFL tolkas så att närmaste allmänna sjukhus, där erforderlig vård kan beredas, i fråga om sinnessjukhusen anses vara det sinnessjukhus, inom vars upptagningsområde den försäkrade är bosatt, har frågan om hemortssjukhus inte heller någon praktisk betydelse när det gäller reseersättning till sinnessjukhus. Det kan emellertid vara lämpligt att begreppet hemortssjukhus utvidgas så, att det inrymmer även statligt sinnessjukhus, inom vars upptagningsområde den försäkrade är bosatt. En sådan utvidgning skulle ge ökad klarhet åt bestämmelserna i 15 § SFL om ersättning för sjukhusvård, såvitt gäller vård som vid kommunalt sinnessjukhus meddelats åt utomlänspatient.

Återfärd från läkare

Kostnadsersättning för återresa efter besök hos läkare begränsas till kostnaderna för resa till den plats varifrån resan till läkaren företogs eller till den försäkrades bostad. Är färdsträckan till bostaden, räknat från läkarmottagningen, längre än till resans utgångspunkt, utges ersättning såsom för resa sistnämnda färdsträcka, ökad med högst en mil. Om alltså

avståndet mellan läkarmottagningen och bostaden med mer än en mil överstiger den sträcka som den försäkrade tillryggalagt vid färd till läkaren, får han helt stå för den överskjutande färdkostnaden.

Bestämmelsen går tillbaka på ett förslag av socialvårdskommittén, som närmast hade det fallet i tankarna, att en person insjuknar på sin arbetsplats och därifrån beger sig till läkaren samt efter läkarbesöket reser direkt till sin bostad. Om bostaden är belägen så långt från arbetsplatsen, att resan dit normalt företas med tåg eller annat avgiftsbelagt fortskaffningsmedel, fanns det enligt socialvårdskommitténs mening i princip icke anledning för sjukförsäkringen att bekosta återresan till bostaden.

De erfarenheter som centralsjukhusen redovisat ger vid handen, att bestämmelsen får verkningar som inte är helt tillfredsställande. Omkring hälften av sjukhusen har därför påyrkat vissa modifikationer i begränsningsregelns utformning. Såsom skäl härför har främst anförts att den försäkrade efter läkarbesöket ofta nödgas anlita ett färdstätt, som medför högre kostnader än det han vanligen använder vid sina dagliga resor till och från arbetet. Särskilt vid olycksfall på arbetsplatsen har begränsningsregeln stundom fått onödigt stränga konsekvenser, i synnerhet med tanke på de mera generösa villkor, som i fråga om olycksfall i arbete gällde före samordningen med den allmänna sjukförsäkringen. Administrativt sett är regeln emellertid lätthanterlig och underlättar i många fall sjukhusens beräkningar av ersättningsunderlaget för återresa.

Vissa skäl föreligger för en ändring av berörda regel. När någon insjuknar på sin arbetsplats och efter läkarbesök reser hem till sin bostad, är det väl ganska vanligt, att han inte kan nyttja det fortskaffningsmedel, med vilket han eljest företar sina dagliga resor. Det framstår som rimligt, att resekostnadsersättning i sådana fall beräknas på hela resan till bostaden. I övriga fall bör emellertid ersättningsrätten vid återresa till bostaden efter besök hos läkare alltjämt vara begränsad. Eljest skulle ersättning för en längre återresa till bostaden komma att utgå jämväl i en rad fall, när behovet av läkarvård inte uppkommit på arbetsplatsen utan i samband med tillfälligt besök på annan ort för helt andra ändamål, exempelvis besök hos släktingar. När det gäller fall av sist antydda slag finns det enligt vår mening inte anledning att ersätta någon del av de utgifter för återresan vilka överstiger kostnaderna för återfärd till den plats, där resan till läkaren anträdde.

Vi föreslår, att nuvarande enmilsregel slopas. Såsom allmän begränsning bör gälla, att kostnader för återresa efter besök hos läkare ersätts högst med belopp motsvarande kostnad för återresa till den plats, varifrån resan till läkaren företogs. Har behovet av läkarvård uppkommit på arbetsplatsen och företar den försäkrade dagliga resor mellan bostaden och arbetsplatsen, bör kostnaden för återresan till bostaden ersättas utan särskild begränsning.

Återresa från sjukvårdsinrättning

En egendomlighet i bestämmelserna angående sjukhusvalet är att detta, när vårdbehovet uppkommit *inom det egna länet*, inte inverkar på ersättningsrätten vid återresan. Även om det sjukhus, där vården meddelats skulle vara det mest avlägsna i landet i förhållande till den försäkrades vistelseort, utgår full resekostnadsersättning — överstigande självrisk — för hemresa därifrån, förutsatt att vederbörande inte blivit sjuk utom hemlänet. Denna påtagliga inadvertens i ersättningsreglerna bör elimineras genom att de begränsningsregler, som gäller i fråga om intagningsresa, också får avse återresan.

För närvarande gäller att ersättning för återresa ej må beräknas högre än för resa till den sjukas bostad. Denna begränsning torde inte medföra några nämnvärda olägenheter i andra fall än då patienten överflyttas från sjukvårdsinrättningen direkt till ett konvalescenthem. Är konvalescenthemmet beläget på större avstånd från sjukvårdsinrättningen än den sjukas bostad, får han inte ersättning för längre sträcka än som motsvarar avståndet till bostaden. Det kunde övervägas, om inte ersättningen i dessa fall borde utgå för resan till konvalescenthemmet. I det föregående har vi emellertid på anförda skäl framhållit, att vi inte är beredda att nu lägga fram förslag om att utvidga rätten till reseersättning till att avse resor till och från konvalescenthem. Så länge sådan rätt inte införs generellt, bör den heller inte gälla resor mellan sjukvårdsinrättningar och konvalescenthem. Den nuvarande begränsningen av ersättningen till att gälla till den försäkrades bostad bör följaktligen behållas.

En sjukkasse har föreslagit särskilda regler för det fall att den försäkrade byter bostadsort under tiden för sjukhusvistelsen. Då sådana fall torde vara sällsynta, anser vi dock ej några särbestämmelser påkallade. Har vårdbehovet uppkommit vid vistelse inom hemlänet och vården beretts på närmaste allmänna sjukhus där så kunnat ske, bör alltså — såsom sker enligt nuvarande praxis — återresa till bostaden ersättas, även om patienten har flyttat under mellantiden.

När någon insjuknar *utom det egna länet* och i anledning därav blir intagen på sjukhus i annat län, må enligt 17 § SFL ingen ersättning för återresekostnaden utgå. I det förslag som ligger till grund för sagda bestämmelse hänvisade socialvårdskommittén till svårigheten att erhålla en tillfredsställande regel för nämnda fall. I motsats till vad som gällde vid besök hos läkare ansåg kommittén det långt ifrån säkert, att en person, som under vistelse utom hemorten blivit intagen på sjukhus, efter sjukhusvistelsens slut återvände till den plats, där han insjuknat. Kommittén antog, att vederbörande i de flesta fall reste hem till sin bostadsort och fann det uppenbart att sådan återresa inte borde ersättas av sjukförsäkringen.

Nu ifrågavarande regel leder stundom till otillfredsställande resultat. Hemresan efter sjukhusvistelsen måste ibland till följd av sjukdomen före-

tas i sådana former, att den föranleder utlägg utöver vad en hemresa från den tillfälliga vistelseorten normalt skulle ha kostat vederbörande patient. Om den försäkrade mera varaktigt vistas utom hemlandet, exempelvis i samband med arbete, torde det inte vara ovanligt, att han efter kortare sjukhusvistelse återvänder till sin tillfälliga bostad i det främmande länet. Detsamma gäller vid semestervistelse i främmande län. Det synes i sådana fall ej omotiverat att sjukförsäkringen lämnar viss ersättning för återresa efter sjukhusvistelse, helst som återresekostnaderna ersätts, när endast läkarvård erfordrats.

Många sjukkassem medlemmar, som är bosatta i närheten av länsgräns, har sin arbetsplats förlagd till grannkommun i det främmande länet. Det förekommer, att de drabbas av sjukdom eller olycksfall och i anledning därav blir intagna på sjukhus i sistnämnda län. Även i sådana fall förefaller det obilligt, att återreseersättning inte får utges, i synnerhet om — såsom i enstaka fall kan vara förhållandet — utomlänssjukhuset är beläget på kortare avstånd från den försäkrades bostad än närmaste hemortssjukhus.

Spörsmålet om en revision av ifrågavarande bestämmelse har behandlats av centralsjukkassan i Blekinge län, som föreslår, att sjukkassorna ges möjlighet att i avsedda fall lämna ersättning efter särskild skälighetsprövning.

Då det har synts oss önskvärt att justera bestämmelsen så, att den bättre ansluter sig till övriga ersättningsregler, har vi prövat förutsättningarna härför. Att helt slopa begränsningsregeln kan vi inte förorda, då det skulle innebära, att sjukförsäkringen ofta finge ersätta kostnader, som skulle ha drabbat den försäkrade även om han inte hade blivit sjuk. Om någon blir intagen på utomlänssjukhus, därför att han insjuknat vid tillfällig vistelse i det främmande länet, är det ju rimligt, att han själv får betala den resa till bostadsorten, som han ändå skulle ha företagit förr eller senare. Vi kan inte heller biträda tanken på en skälighetsprövning från sjukkassornas sida.

Vi har övervägt två olika möjligheter att reglera försäkringsersättningen för sådan återresekostnad, som nu är i fråga. Det ena alternativet innebär, att kostnaden beräknas högst såsom för resa från närmaste hemortssjukhus, där vården kunnat beredas, till den försäkrades fasta bostad. Den andra möjligheten är att kostnadsersättning beräknas högst för återresa till den plats, varifrån resan till sjukhuset anträtts.

En ersättningsregel enligt det förra alternativet lider av en väsentlig svaghet. Den skulle nämligen innebära, att förhållandet mellan ersättningens storlek och den försäkrades faktiska utgift bleve högst slumpartat. En försäkrad som anträtt sin intagningsresa från tillfällig bostad i det främmande länet och som efter sjukhusvistelsens slut återvänt dit finge sina återresekostnader utöver självriskens täckta, endast om avståndet mellan hans fasta bostad och närmaste hemortssjukhus vore lika långt eller längre än den sträcka han i verkligheten rest. Vore den fasta bostaden belägen i

omedelbar närhet av ett hemortssjukhus, skulle ingen ersättning alls utgå, oavsett hur lång den faktiska återresan varit.

Det senare alternativet, enligt vilket ersättningen skulle beräknas högst för återresa till den plats, där intagningsresan påbörjats, förefaller rimligare. I fråga om försäkrad, vars vistelse i det främmande länet har en viss varaktighet, torde sålunda den relativa kostnadstäckningen enligt denna regel — i motsats till vad som blir fallet enligt den först antydda — i allmänhet bli lika god som vid återresa inom hemlänet. Man kan nämligen anta, att han i vanliga fall både startar och avslutar resan vid sin tillfälliga bostad i det främmande länet. För den som från sjukhuset färdas direkt till den fasta bostaden i hemlänet, och för vilken ersättningen alltså närmast är motiverad av de uppkommande merkostnaderna för hemfärden, blir täckningen av dessa däremot ganska ojämn. Liknande ojämnhet torde emellertid bli förbunden med varje metod för beräkning av dylik ersättning, försåvitt inte fri skälighetsprövning införes. Då vi inte har funnit denna olägenhet uppväga värdet av att införa möjlighet till kostnadsersättning för angivna slag av återresor, anser vi det senare av de två alternativen utgöra en acceptabel lösning av ifrågavarande ersättningsproblem.

Vi föreslår sålunda, att kostnadsersättning för återresa från utomlänssjukhus, där försäkrad blivit intagen, därför att vårdbehovet uppkommit vid vistelse utom hemlänet, skall beräknas högst för återresa till den plats, varifrån intagningsresan företagits. Även om resan i verkligheten företas direkt till den försäkrades fasta bostad i hemlänet, bör beräkningens av ersättningen inte vålla sjukkassan några svårigheter. Erforderliga utgångspunkter för beräkningen kan nämligen erhållas med ledning av de uppgifter, som legat till grund för utbetalande av ersättning för intagningsresan.

För ett speciellt fall vill vi föreslå undantag från nyss angivna regel. Såsom ovan nämnts kan det förekomma, att den som bor i närheten av länsgräns har sin bostad i det ena länet och sin arbetsplats i en angränsande kommun i det andra länet. Om han, efter att under vistelse på sin arbetsplats ha blivit i behov av sjukhusvård, blir intagen för sådan vård på sjukhus inom det län, där arbetsplatsen är belägen, och avståndet från detta sjukhus till bostaden är kortare än från bostaden till närmaste hemortssjukhus, vore det inte rimligt att beräkna återreseersättningen blott på grundval av kostnaderna för återresa till arbetsplatsen. Det skulle nämligen innebära, att han missgynnas därför att han sparat reseutgifter, eftersom återresa från närmaste hemortssjukhus till bostaden skulle ha ersatts om vården i stället meddelats vid hemortssjukhus.

Vi föreslår, att kostnaden för återresa efter sjukhusvård på utomlänssjukhus, om vårdbehovet har uppkommit vid vistelse i en till det egna sjukvårdsområdet gränsande kommun, skall få beräknas på grundval av

kostnaderna för återresa till den försäkrades bostad, om denna färdsträcka ej är längre än avståndet från bostaden till närmaste hemortssjukhus, där vården kunnat beredas. Detta bör gälla oavsett av vilken anledning vederbörande uppehållit sig i den angränsande kommunen.

Hemtransport efter insjuknande utomlands

Har den försäkrade vid vistelse utomlands blivit i behov av sjukhusvård och blir han fördensskull hemtransporterad till Sverige, skall sjukförsäkringen icke ersätta kostnaderna för resa utom riket. Beträffande den del av transporten som försiggår inom landet gäller nu, enligt riksförsäkringsanstaltens tillämpningsföreskrifter, att ersättning utges med belopp som skulle ha utgått om vårdbehovet uppkommit vid vistelse i den försäkrades bostad i hemorten. Denna regel är inte ägnad att ge en i allo tillfredsställande lösning av ifrågavarande ersättningsproblem. Vi har emellertid inte funnit det praktiskt möjligt att konstruera någon annan regel, som bättre tillgodoser detta ändamål och som samtidigt är acceptabel från administrativ synpunkt. Vi anser därför, att nuvarande regel bör bestå.

Transporter mellan olika sjukvårdsinrättningar

I viss utsträckning förekommer det att försäkrade, som åtnjuter sjukhusvård, transporteras från en sjukvårdsinrättning till en annan. Motiven till sådan förflyttning kan skifta. Ibland är transporten betingad av att det sjukhus där patienten är intagen för vård ej har tillräckliga medicinska resurser för sjukdomens behandling. Av sådant skäl kan exempelvis förflyttning från sjukstuga eller odelat lasarett till specialavdelning vid centrallasarett inom ett och samma sjukvårdsområde förekomma. Till de medicinskt indicerade transportererna hör också de som påkallas av att patienten blir remitterad till rikssjukhus eller annat specialsjukhus utanför sjukvårdsområdet. Överförs en patient från centrallasarett till sjukstuga, kan motivet vara att huvudmannen vill utnyttja den billigare vården vid sjukstugan för patientens eftervård eller att denne själv önskar vårdas närmare hemmet. Patientens egna önskemål kan vara utslagsgivande för förflyttningen också när intagningen ägt rum vid tillfällig vistelse utom det egna sjukvårdsområdet och han vill komma i närheten av anhöriga.

Det synes vidare vara ganska vanligt, att utomlänspatienter, som vid vistelse inom främmande sjukvårdsområde blivit intagna på sjukhus inom detta område, utan att medicinska skäl till förflyttning är för handen, överförs till hemortssjukhus, när deras hälsotillstånd förbättrats så, att transporten kan äga rum utan risk. Anledningen kan då vara att hemlandstinget ej längre vill bekosta vården enligt utomlänsavtalet. Ett annat skäl kan vara, att sjukhuset blivit tillfälligt överbelastat med utomläns-

patienter — så kan t. ex. vara fallet med sjukhus, som är belägna i närheten av livligt frekventerade rekreationsorter — och att vårdplatser därför ej utan viss evakuering kan beredas vårdsökande från det egna sjukvårdsområdet. Hemsändning av utomlänspatient kan också föranledas av att vårdtiden beräknas bli långvarig, varför den sjuke bör vara i närheten av anhöriga.

Det må erinras om att sjukhuslagstiftningskommittén i betänkande med förslag till sjukhuslag m. m. (SOU 1956: 27) har föreslagit en viss jämkning i nu gällande bestämmelser om sjukvårdshuvudmännens vårdskyldighet gentemot andra än dem som är bosatta inom sjukvårdsområdet. Kommittén föreslår sålunda, att denna vårdskyldighet uttryckligen endast skall avse fall då omedelbart vårdbehov föreligger samt upphöra att gälla när patienten utan men kan flyttas till det egna områdets sjukhus.

Beträffande överflyttningsresor mellan sjukvårdsinrättningar, tillhörande samma huvudman, har riksförsäkringsanstalten uttalat, att kostnadsersättning ej skall utges av sjukförsäkringen. Vidare må nämnas, att Svenska landstingsförbundet år 1954 utfärdade en rekommendation till landstingen, vilken innebär att kostnaderna för överflyttningsresor, som med landstingens egna ambulansbilar företas inom ett och samma sjukvårdsområde, bör bäras av landstingen. Rekommendationen har följts av flertalet landsting; några landsting i Norrland anser dock, att sjukförsäkringen bör ersätta kostnaderna. Ärenden avseende kostnader för dylika transporter inom Malmö stad samt inom Västerbottens läns landstingsområde är för närvarande, på grund av besvär, beroende på Kungl. Maj:ts prövning.

Spörsmålet om kostnaderna för nu avsedda resor har uppmärksamrats av samarbetsdelegationen för de fyra nordligaste länen, vilken består av landshövdingarna i berörda län, två representanter för vart och ett av de fyra länen landsting samt en representant för Norrlandsmässan. Delegationen har i skrivelse till oss framhållit, att riksförsäkringsanstaltens tolkning av reseersättningsbestämmelserna är föga övertygande, då den leder till olika resultat vid behandlingen av samma sjukdomsfall, beroende på vilket förfarande den sjuke använder sig av. Till belysning av sin uppfattning har delegationen exemplifierat framställningen med följande tänkta fall.

En person i Hemavan, 2 mil nordväst om Tärnaby, insjuknar. Han transporteras till sjukstugan i Tärnaby och lägges in för observation. Efter någon dag konstaterar sjukstuguläkaren, att patienten omedelbart måste transporteras till lasarettet i Umeå. I detta fall får den enskilde, såvida ej landstinget träder emellan, svara för den 38 mil långa transporten Tärnaby—Umeå, under det att endast den 2 mil långa resan Hemavan—Tärnaby faller under allmänna sjukförsäkringslagens bestämmelser. Men om läkaren genast kommit underfund med sjukdomen och

nödvändigheten av att vidarebefordra den sjuke till Umeå, hade reseersättning utgått enligt allmänna sjukförsäkringslagen för hela den 40 mil långa sträckan Hemavan—Umeå.

Delegationen har vidare anfört, att den av anstalten tillämpade tolkning-
en medför, att den enskilde eller landstinget kommer i en sämre ställning,
ju större avstånden är och ju fler sjukstugor eller små sjukhus som
finns i länet.

17 § SFL innehåller icke några uttryckliga regler beträffande resor mel-
lan sjukvårdsinrättningar utan talar endast om intagningsresor och åter-
resor efter sjukhusvård. På grund av uttalanden i lagens förarbeten ersätter
dock sjukförsäkringslagen även överflyttningsresor i viss utsträckning. Sådan er-
sättning torde för närvarande i allmänhet inte lämnas för andra över-
flyttningsresor än dem som på grund av medicinska indikationer måste
företas mellan sjukvårdsinrättningar i olika sjukvårdsområden. Överflytt-
ningar inom ett och samma sjukvårdsområde bekostas, som nämnts, i
flertalet sjukvårdsområden av sjukvårdshuvudmännen. I övriga fall torde
vederbörande patient själv, oavsett motivet för transporten, helt få stå
för uppkommande kostnader utan rätt till ersättning från sjukförsäk-
ringen.

Har behovet av sjukhusvård uppkommit på t. ex. en semesterresa och
blir den försäkrade efter att ha fått det akuta vårdbehovet avhjälpt på
utomlänssjukhus transporterad till hemortssjukhus, kan visserligen på
samma sätt som vid utskrivning från sjukhuset vissa skäl anses tala för,
att han själv bör stå för överflyttningskostnaden. Då överflyttning av vård-
behövande patient mellan sjukhus regelmässigt torde företas på sådant sätt
att kostnaderna blir avsevärt större än de kostnader patienten fått vidkän-
nas för hemresan om han ej blivit sjuk, föreligger det emellertid otvivelak-
tigt en sjukvårdskostnad, som kan bli i hög grad betungande för den
enskilde. Det är angeläget att frågan om överflyttningsresornas finansiering
får en lösning som innebär att den enskilde bereds skydd för sådana kost-
nader.

I det följande diskuteras hur kostnaderna för överflyttningsresorna bör
bestridas. Även för bedömningen av denna fråga är omfattningen av sjuk-
vårdshuvudmans vårdskyldighet gentemot utomlänspatient, som insjuknat
inom hans sjukvårdsområde, av grundläggande betydelse. Om vårdskyldig-
heten innefattar att utomlänspatient skall beredas sjukhusvård intill dess
att han ej längre behöver dylik vård och han trots det sagda flyttas till
hemortssjukhus, skulle det förefalla mest följdriktigt att den vårdskyldige
sjukvårdshuvudmannen bekostar transporten. Om däremot vårdskyldig-
heten begränsas i tiden såsom sjukhuslagstiftningskommittén föreslagit,
uppkommer frågan vem som skall bestrida överflyttningskostnaden, när

patienten anses kunna flyttas till hemortssjukhus. Samma fråga kan ställas beträffande medicinskt betingade överflyttningsresor.

Valet står här mellan att låta sjukvårdshuvudmännen stå för kostnaderna eller att göra dem ersättningsgilla inom sjukförsäkringen.

Vid bedömningen av dessa alternativ bör flera synpunkter beaktas. Först må nämnas angelägenheten av att åstadkomma enkelhet i administrationen. För sjukkassornas del medför ersättningsprövningen avseende överflyttningsresor åtskilligt besvär. Prövningen av de försäkrades ersättningsanspråk kan i regel inte företas förrän någon tid förflutit sedan resan avslutades; detta innebär att ersättningsrätten ofta inte kan tillfredsställande bedömas utan vidlyftiga utredningar särskilt beträffande billigaste färd sätt. Vidare är det svårt för sjukkassorna att avgöra på vems initiativ transporten tillkommit. För sjukvårdshuvudmännen torde dessa frågor bereda avsevärt mindre arbete. De kan sålunda pröva ersättningsfrågan redan innan resan påbörjas. Har sjukvårdshuvudmannen begagnat egen ambulans för transporten, bortfaller hela den omständliga proceduren med att debitera transportkostnad och att göra framställning om försäkringsersättning. Även när annat färdmedel har anlitats, slipper man omgången med att ta ut ersättning från sjukkassan.

Också de ekonomiska konsekvenserna av olika finansieringsmetoder bör beaktas. Av särskild vikt synes härvidlag vara att resekostnaderna begränsas så mycket som möjligt. Sjuktransportväsendet inom sjukvårdsområdena håller sedan någon tid på att undergå en betydelsefull förändring. Under det att sjukvårdshuvudmännen tidigare i stor utsträckning själva ombesörjt ambulanstjänsten övergår allt flera sjukvårdshuvudmän till att i stället träffa överenskommelser med transportentreprenörer, som mot viss beredskapsavgift åtar sig att hålla ambulanser och bårbilar i beredskap för sjuktransporter. Överenskommelserna innehåller också bestämmelser om den taxa vederbörande företag skall följa vid sin debitering av färdavgifter. Sjukkassorna har f. n. inte några möjligheter att påverka utformningen av ifrågavarande taxeöverenskommelser. Även om man får anta att sjukvårdshuvudmännen inte avtalar om högre transporttaxor än de anser skäligen, skulle deras övertagande av det direkta kostnadsansvaret för vissa resor utgöra ett ytterligare incitament att söka hålla taxorna så låga som möjligt. Det måste också rent principiellt te sig naturligt att den part som skall stå för kostnaderna är företrädd vid förhandlingar om dessa. I nuvarande läge ställs emellertid den betalande parten, sjukkassorna, helt åt sidan.

Mot vad nyss sagts kan invändas att intresset av att hålla nämnda taxor låga skulle kunna tillgodoses också genom att sjukkassorna inträder som förhandlingspart i sjukvårdshuvudmännens ställe eller jämte dem. Överenskommelse därom borde kunna träffas med sjukvårdshuvudmännen. Sjukkassornas möjligheter att på detta sätt utöva inflytande torde emellertid

vara begränsade. Sjukvårdshuvudmännen kan, om tillfredsställande överenskommelse ej uppnås, själva organisera ett transportväsen. Då det inte synes lämpligt att sjukkassorna skaffar sig transportmedel, kommer de att ha en svagare ställning vid förhandlingar.

Det bör vidare beaktas, att sjukvårdshuvudmännens företrädare också på annat sätt genom sina åtgärder direkt bestämmer resekostnadernas storlek utan att sjukkassorna har tillfälle att annat än i efterhand göra sin uppfattning gällande. Resekostnaden bestäms nämligen vid överflyttningsresor företrädesvis av sjukhuspersonalens val av färdsätt. Det kan i vart fall inte anses uteslutet att de avgöranden som träffas härom kunde komma att röna en viss inverkan av den omständigheten att huvudmannen själv i stället för sjukkassan har att stå för resekostnaden. Även i fråga om antalet resor skulle sådant betalningsansvar troligen komma att verka som en hämsko, vilket får anses angeläget, särskilt om sjukvårdshuvudmännens vårdskyldighet mot utomlänspatient enligt sjukhuslagstiftningskommitténs förslag begränsas att gälla till dess patienten utan men kan förflyttas.

När det gäller transporter mellan sjukvårdsinrättningar, som drivs av en och samme huvudman, bör följande synpunkter beaktas.

För en sjukhushuvudman kan det framstå som en ekonomiskt rationell ordning att koncentrera den kvalificerade slutna sjukvården till ett eller två lasarett med flertalet specialiteter företrädda och att i sjukvårdsområdets periferi anordna sjukstugor med enklare utrustning. Vid sjukstugorna mottas huvuddelen av alla vårdfall från en viss räjong, varefter de enklare vårdfallen behålls på sjukstugan under det att de, som kräver specialistvård, hänvisas till centrallasarett. Patient kan efter specialistvårdens slut återsändas till sjukstuga för eftervård, tills han kan utskrivas. I Västerbottens läns landstingsområde är sjukvården uppbyggd efter ett sådant mönster.

En huvudman kan även finna det förenligt med sina intressen att förvärva sjukvårdsanstalt, som är belägen inom främmande sjukvårdsområde, eller att genom avtal försäkra sig om rätten att disponera visst antal vårdplatser vid annan huvudmans sjukvårdsinrättning i stället för att bygga ut sjukvårdsorganisationen inom det egna området.

I de ekonomiska överväganden som väsentligen bestämmer sjukvårdsresursernas fördelning inom ett sjukvårdsområde bör emellertid vid sidan av andra faktorer kostnaderna för transport av patienter mellan de olika sjukvårdsinrättningarna beaktas. Det förefaller uppenbart att transportkostnaderna, särskilt i vidsträckta sjukvårdsområden, måste ses som en del av de totala sjukvårdskostnaderna och följaktligen tillmätas betydelse vid huvudmannens planering av sjukvården. Detta talar för att kostnaderna bestrids av sjukvårdshuvudmannen.

Ytterligare en omständighet bör uppmärksammas i detta sammanhang, nämligen den riskutjämning som följer av olika finansieringsprinciper. Denna fråga saknar ej betydelse, eftersom överflyttningsresorna ofta blir rätt kostnadskrävande och därför kan drabba små lokalsjukkassor jämförelsevis hårt. Den nuvarande riskfördelningen innebär nämligen, att lokalsjukkassorna själva får stå för viss del, f. n. 25 %, av utgivna reseersättningar. (I prop. 1958:126 har föreslagits att lokalsjukkassornas andel skall nedsättas till 20 %.) Syftet härmed torde bl. a. vara, att lokalsjukkassorna skall ha ett intresse av att hålla tillbaka sina utgifter. Om sjukvårdshuvudmännen skall ta kostnadsansvaret för nu ifrågavarande resor, blir kostnaderna fördelade på samtliga boende inom ett sjukvårdsområde.

Vid den närmare regleringen av kostnadsansvaret kan man tänka sig tre olika alternativ. En möjlighet är att sjukförsäkringen tar på sig ansvaret för att ersätta alla överflyttningsresor. Denna lösning kunde i och för sig framstå som naturlig med hänsyn till att sjukassorna skall ersätta kostnaderna för intagnings- och återresa. Man kunde hävda att ett system där alla resekostnader prövades och ersattes av samma institution bleve enhetligare och enklare. Såsom framgått av vad förut sagts är emellertid värdet härav i hög grad illusoriskt, eftersom en sådan ordning skulle medföra större administrativa komplikationer än nödvändigt. Även angelägenheten av att kostnaderna för överflyttningar begränsas synes tala mot att sjukassorna skall ha kostnadsansvaret för alla överflyttningsresor.

En annan möjlighet är att kostnadsansvaret delas mellan sjukförsäkringen och sjukvårdshuvudmännen. Hittills har sjukförsäkringen ersatt kostnaderna för medicinskt betingade överflyttningsresor mellan olika sjukvårdsområden. Man kunde tänka sig att följa denna princip även i fortsättningen samt stadga att sjukvårdshuvudmännen skall bekosta övriga transporter. De medicinskt indicerade överflyttningarna kan ju till skillnad från de övriga betraktas som ofrånkomliga konsekvenser av sjukdomen, varför det kunde te sig följdriktigt att sjukassorna lämnade ersättning för dem. Mot detta talar emellertid att en sådan uppdelning inte skulle nämnvärt förenkla sjukassornas administration. Det skulle bli svårt, liksom det hittills har visat sig vara, att dra en gräns mellan överflyttningsresor, som är medicinskt motiverade, och övriga.

En tredje möjlighet är att låta sjukvårdshuvudmännen helt överta kostnadsansvaret för överflyttningsresorna, oavsett om de företagits på grund av medicinska överväganden eller eljest. En sådan lösning skulle tillgodose önskemålet om administrativ förenkling och samtidigt skapa vissa garantier för att endast ekonomiskt försvarliga överflyttningar kommer till stånd. När det gäller överflyttningsresor inom ett och samma sjukvårdsområde skulle ett fastställande av sjukvårdshuvudmännens kostnadsansvar för flertalet sjukvårdsområden inte medföra någon ändring i nu rå-

dande förhållanden. Vid våra överväganden har vi funnit detta alternativ vara att föredra framför de övriga. Vi förordar alltså, att kostnadsansvaret för överflyttningsresor mellan olika sjukvårdsinrättningar skall åvila sjukvårdshuvudmännen.

Kostnadsansvaret kan läggas på den sjukvårdshuvudman som beslutar om transporten eller på huvudmannen inom det sjukvårdsområde där patienten är bosatt. Sistnämnda ordning överensstämmer i princip med grunderna för utomlänsavtalet. För att kostnadsansvaret skall resultera i den åsyftade begränsningen av kostnaderna för överflyttningsresor ligger den tanken nära till hands att den sjukvårdshuvudman som beslutar om en resa också skall betala kostnaderna för den. Det synes emellertid rimligare, att den sjukvårdshuvudman som skall stå för kostnaderna vid utomlänsvård av en patient — alltså den landstingskommun eller stad utanför landstingskommun, där vederbörande är bosatt — också svarar för patientens resekostnader. Vi föreslår därför, att så blir fallet. Detta hindrar givetvis inte att huvudmännen sinsemellan kan träffa avtal om att kostnaderna skall bestridas på annat sätt.

Huvuddelen av överflyttningsresorna företas mellan kommunala sjukvårdsinrättningar. Men det förekommer också resor mellan statliga sjukhus liksom mellan statligt och kommunalt sjukhus. Vidare kan det, ehuru mera sällan, förekomma överflyttningsresor mellan enskilda vårdanstalter och kommunala eller statliga sjukhus. Om inte den landstingskommun eller stad utanför landstingskommun där patienten är bosatt skall bekosta alla ifrågasvarande transporter, behöver kostnadsansvaret preciseras närmare. Vi har funnit, att detta ansvar lämpligen bör avse alla överflyttningsresor, som påbörjas eller avslutas vid ett sjukhus med kommunal huvudman, dock ej resor mellan sjukhus och konvalescenthem. Resor mellan statliga sjukhus bör bekostas av statsmedel. Det bör tilläggas, att överflyttningsresa som kommer till stånd på patientens eget initiativ utan att vederbörande sjukvårdshuvudman har påyrkat den givetvis bör bekostas av patienten själv.

Även om man bestämmer att sjukvårdshuvudmännen skall stå för kostnaderna för överflyttningsresor, kan man i princip tänka sig att viss gottgörelse för deras utgifter skulle kunna utges av sjukförsäkringen. Vi vill nämna, att vi har övervägt tanken att sjukförsäkringen skulle, antingen obligatoriskt eller genom frivilligt avtal för varje särskilt sjukvårdsområde, kunna mot viss gottgörelse på sjukvårdshuvudmännen överlåta sitt betalningsansvar för alla slag av resor i samband med sjukhusvård. Vi har emellertid funnit övervägande skäl tala mot en sådan ordning, i varje fall för närvarande.

I fråga om överflyttningsresorna kunde man tänka sig att vederbörande sjukförsäkring — som för enkelhets skull borde vara centralsjukförsäkringen —

betalar en viss procent av de faktiska utgifterna eller överenskommer med sjukvårdshuvudmannen om en schablonmässigt beräknad, i förväg bestämd summa, som skall utgöra gottgörelse för huvudmannens kostnader. Efter som statsbidrag utgår med 50 % av sjukvårdens utgifter för reseersättningar, skulle därmed vinnas att kostnaderna bleve jämnare fördelade på landets befolkning. Vi har likväl inte velat föreslå ett system med sådana gottgörelser. En utjämning på hela riket av de relativt begränsade kostnader det här kan vara fråga om synes nämligen inte vara så angelägen ens för de mest vidsträckta sjukvårdsområdenas del att den motiverar det merarbete som beräkningen och utbetalningen av gottgörelsens belopp skulle innebära. Det må nämnas, att kostnaderna för överflyttningsresor inom Västerbottens läns landstingsområde — där dessa kostnader troligen är högst — kan beräknas till ca 85 000 kronor om året. Det nuvarande statsbidraget till sjukvårdsförsäkringsutgifter av denna storlek medför emellertid inte, att mer än ca 30 000 kronor av ifrågavarande belopp blir avlyft från länsbefolkningen. Statsbidraget uppgår visserligen till 50 %, men medlemmarna i den sjukvårdskassa som erhåller statsbidraget får själva vara med om att finansiera detta. För de enskilda invånarna blir skillnaden i finansiering med andra ord knappast märkbar. Såsom förut anförts innebär finansiering genom sjukvårdshuvudmännen f. ö. en förbättrad kostnadsutjämning inom sjukvårdsområdet, vilken i detta sammanhang synes vara väsentligare.

För hela riket torde kostnaderna för överflyttningar inom sjukvårdsområdena kunna uppskattas till ca 1 000 000 kronor. I fråga om kostnaderna för överflyttning mellan olika sjukvårdsområden har vissa uppgifter inhämtats från centralsjukvården i Norrbottens län. Enligt dessa uppgifter ersatte sjukvården i länet under år 1957 tillhoppa 79 sådana transporter, för vilka de försäkrade hade gett ut sammanlagt närmare 26 000 kronor. Man bör kunna utgå från att kostnaderna per resa i övriga län blir lägre; de av sjukvården i Norrbottens län ersatta resorna torde i huvudsak ha utgjorts av transporter till och från sjukhus i Stockholm. Om man tar hänsyn härtill, kan de årliga kostnaderna för medicinskt motiverade överflyttningar mellan olika sjukvårdsinrättningar i hela riket — under antagande att resefrekvensen för hela riket är densamma som för Norrbottens län — beräknas till ca 500 000 kronor. Om man antar att de medicinskt motiverade transporterna utgör en tredjedel av samtliga överflyttningar mellan sjukvårdsområdena kan kostnaden för alla ifrågavarande transporter uppskattas till i runt tal 1 500 000 kronor. Antar man, att de medicinskt indicerade transporterna utgör en fjärdedel av alla överflyttningar, kan kostnaderna i stället uppskattas till ca 2 000 000 kronor. Beträffande kostnaderna för transporter mellan statliga sjukhus har vi ej gjort några uppskattningar; antalet sådana resor torde emellertid vara så ringa, att ifrågavarande kostnader inte blir av någon praktisk betydelse.

Vad vi här har föreslagit bör också avse resor för erhållande av öppen läkarvård under tid, då försäkrad är intagen på sjukvårdsinrättning. Enligt 4 § SFL skall sådan vård som läkare meddelar person, vilken åtnjuter sjukhusvård, ej anses som läkarvård. Syftet härmed är givetvis, att dubbel ersättning ej skall utgå för en och samma tid. Ersättning för sjukhusvården avser sålunda i princip all vård, som genom sjukhushuvudmannens försorg har meddelats patienten under den tid han varit intagen på inrättningen. Fall kan förekomma då en på sjukvårdsinrättning intagen patient måste forslas till annan vårdinrättning för att erhålla poliklinisk vård av läkare. Såsom exempel må nämnas en patient på sanatorium, vilken behöver komma under vård av ögonspecialist. På grund av bestämmelsen i 4 § SFL utgår ej ersättning från sjukkassan för den resa som må erfordras i dylikt fall.

I det föregående har vi talat om förflyttningar för beredande av slutenvård. Öppen vård utgör visserligen, i varje fall tills vidare, ej någon skyldighet för de kommunala sjukhushuvudmännen, varför det kunde synas naturligt att kostnader för nu åsyftade resor bleve ersatta av sjukförsäkringen. »Öppen» och »sluten» läkarvård skiljer sig emellertid i princip inte från varandra på annat sätt än att den förra meddelas när patienten är intagen på vederbörande inrättning och den senare vid besök på inrättningen. Om viss läkarvård meddelas polikliniskt eller som slutenvård är därför närmast en fråga om hur sjukvårdshuvudmannen fördelar resurserna mellan sina olika sjukvårdsinrättningar. Med hänsyn härtill bör även resor, som en intagen patient, medan den slutna vården pågår, måste företas för att erhålla läkarvård vid annan sjukvårdsinrättning, bekostas av sjukvårdshuvudmannen.

Om de skyldigheter för sjukvårdshuvudmännen som vårt förslag innefattar bör bestämmelser lämpligen införas i sjukhuslagen. Då sjukhuslagen är under omarbetning inom inrikesdepartementet, har vi inte ansett lämpligt att utarbeta något författningsförslag i ämnet.

Resersättning vid färd med vissa färdmedel, som ej går i allmän trafik

Taxan för resor med privatbil

Beträffande innebörden av gällande bestämmelser och motiveringen till dessa samt centralsjukkassornas synpunkter och förslag hänvisas till avd. I och II.

När riks-försäkringsanstalten lade fram förslag till den taxa för resor med privatbil som fastställdes i december 1954 var utgångspunkten, att de löpande kostnaderna vid färd med egen eller nära anhörigs bil skulle ersättas. Det ansågs oegentligt att ersätta någon del av de fasta kostnaderna,

eftersom dessa kostnader ändock åvilade bilägaren. Toges vid taxesättningen hänsyn till fasta kostnader, finge en bilägare möjlighet att täcka en del av dessa genom att begagna bilen för sjukresor. En sådan taxesättning skulle vidare innebära risk för missbruk. Beträffande resa med annans privatbil anförde anstalten, att ersättningen borde sättas högre, då eljest en alltför stor del av resekostnaden komme att stanna på den sjuke. Med dessa utgångspunkter fastställdes taxan till 10 öre per kilometer för egen eller nära anhörigs bil samt 20 öre per kilometer för annans bil.

I en till oss överlämnad skrivelse från Svenska skogs- och flottningsarbetareförbundet har yrkats, att bilreseersättningen skall bestämmas med utgångspunkt från de grunder som gäller för ersättning till statstjänstemän vid användande av egen bil i tjänsten. Resekostnadsersättningen vid tjänsteresa med egen bil är så avvägd (jfr prop. 1957: 158, rskr. 1957: 301), att statsverket och den enskilde vid årliga körlängder av upp till 500 mil skall bestrida hälften var av de fasta kostnaderna för bilen vid 1 500 mils körlängd. Vid 1 500 mils årlig körlängd skall staten ersätta 85 % av de fasta kostnaderna vid samma körlängd, och vid 3 000 mils årlig körlängd 95 % av de fasta kostnaderna vid denna körlängd. De rörliga kostnaderna skall ersättas helt av staten.

Ersättningarna har på grundval av en sådan kostnadsfördelning senast bestämts på följande sätt (SFS 1958: 283):

Körlängd mil/budgetår	Ersättning öre/km	
	Mindre bil (tjänstevikt under 1 100 kg)	Större bil (tjänstevikt om minst 1 100 kg)
t. o. m. 500	39	55
500—1 500	22	31
1 500 och däröver	18	25

Anm. Vid tjänsteresa inom de fyra nordligaste länen utgår tilläggsersättning med 2 öre per kilometer under tiden 1 december—30 juni och 1 öre per kilometer under annan tid på året.

Då ersättningen för tjänsteresor med egen bil är bestämd i förhållande till den årligen tillryggalagda körsträckan torde ifrågavarande ersättningsbestämmelser av administrativa skäl lämpa sig mindre bra som utgångspunkt för att bestämma reseersättningar inom sjukförsäkringen.

Ett flertal centralsjukkassor har framhållit, att bilreseersättningen bör höjas, dels på grund av kostnadsstegringar sedan ersättningen fastställdes, dels ock därför att den låga ersättningen leder till att försäkrade, som stiftat bekantskap med ersättningsgrunderna, i fortsättningen föredrar att färdas med taxebil, vilket medför ökade kostnader för sjukkassorna.

Enligt de inom statens sakrevision utförda beräkningar, som ligger till grund för resekostnadsersättning till statens befattningshavare vid tjänstresa med egen bil, uppgick kostnaderna för större och mindre bil till följande belopp i maj 1954 och i juni 1958.

Fasta och rörliga kostnader per mil, kr				
Fasta kostnader, årlig körlängd:	Mindre bil		Större bil	
	1954	1958	1954	1958
500 mil	4,27	4,62	5,43	6,68
1 000 »	2,19	2,36	2,71	3,34
1 500 »	1,61	1,72	2,01	2,47
2 000 »	1,31	1,38	1,62	1,99
2 500 »	1,12	1,17	1,40	1,71
3 000 »	0,98	1,02	1,21	1,47
Rörliga kostnader	1,26	1,33	1,69	1,80

Det bör beaktas, att de fasta kostnaderna innefattar bl. a. avskrivningar, vilka emellertid till sin natur delvis är rörliga. Om man skall söka bestämma de faktiska merkostnader, som uppkommer på grund av att bilen begagnas för en resa, bör därför till de ovan beräknade rörliga kostnaderna läggas en del av de fasta kostnaderna. Enligt vad vi inhämtat från statens sakrevision, kan denna del uppskattningsvis beräknas till i medeltal ca 50 öre per mil. Ovan angivna rörliga kostnad per mil bör alltså ökas med detta belopp.

Kostnadsförändringarna från 1954 synes inte i och för sig vara av sådan storlek, att de motiverar någon ändring av bilreseersättningen vid sjukresor. Emellertid anser vi, att sjukrassornas uttalanden, att de knappt tillmätta bilreseersättningarna leder till ökad användning av taxebil, inte kan fränkännas en viss betydelse. Det bör tillses, att ersättningen för resa med privatbil i varje fall sätts så högt, att de faktiska rörliga kostnaderna blir täckta. Om man utgår från ovan beräknad kostnad av ca 13 öre per kilometer för mindre bil samt ökar detta belopp med 5 öre för de till sin natur rörliga kostnader, som enligt sakrevisionens bilkalkyl ingår i de fasta kostnaderna, finner man att kilometerersättningen bör utgöra minst 18 öre vid resa med egen bil.

Då syftet med att utge ersättning för resa med egen bil just varit att förmå de försäkrade att avstå från resa med dyrbarare färdmedel, bör den sålunda framräknade kilometerersättningen lämpligen jämföras med kostnaden vid färd med taxebil. Drosktaxorna upptar i juni 1958 följande belopp:

	Stockholm	Göteborg	Riket i övrigt
Påslagsavgift, kr	1,30	1,30	1,30
Framkörning och returkörning kr/mil	4,05	4,30	4,60
Väntetid, kr/timme	6,00	6,00	5,80
Taxa 1, 1—2 personer, kr/mil	7,40	7,70	8,30
Taxa 2, 3—4 personer, kr/mil	8,90	9,30	10,10
Taxa 3, 5 eller flera personer, kr/mil	10,90	11,10	11,50

Uppgifterna i tabellen ger vid handen, att sjukresor med taxebil drar en kostnad av drygt 83 öre per kilometer i landsorten. Begagnas samma taxebil för återfärden, kan kostnaden bli lägre, enär avgiften för återfärden beräknas efter taxan för framkörning och returkörning. Å andra sidan tillkommer i dylikt fall kostnad för väntetid.

Det säger sig självt, att det skulle betyda en avsevärd fördyring för sjuk-kassorna, om medlemmar, som begagnar privata bilar för sina resor, i större utsträckning skulle övergå till att nyttja taxebil. Det bör observeras, att resa med egen privatbil redan efter nuvarande ersättningsgrunder oftast ställer sig något dyrare än tågresa. Detta torde framgå av följande sammanställning, som utvisar kilometerpriset för olika förekommande avstånd enligt SJ:s taxa för tur- och returbiljetter i lägsta klass.

Avstånd fram och åter km	Kostnad för färd-biljett öre/km	Avstånd fram och åter km	Kostnad för färd-biljett öre/km
50	10,0	350	9,1
100	9,4	400	9,0
150	9,5	500	9,0
200	9,2	600	8,8
250	9,0	700	8,7
300	9,0	800	8,5

För längre avstånd fortsätter tariffens degression, så att kilometerkostnaden vid de längsta avstånden nedgår till 3,5 öre. Taxan för bussresor överensstämmer för de avstånd som kan ifrågakomma i huvudsak med taxan för tågresor.

Att ersättningen för bilresa är högre än för tåg- och bussresa innebär, att kostnad för resa med privatbil i allmänhet torde kunna ersättas, endast när bilfärd varit medicinskt indicerad. Är så förhållandet, står alltså valet — när det ej är fråga om ambulansfärd — mellan taxebil och privatbil. Det är med hänsyn till sjukförsäkringens ekonomi angeläget, att taxan för färd med privatbil sätts så högt, att de försäkrade stimuleras att, där så är möjligt, i första hand nyttja privatbilar för ifrågavarande resor. För att detta syfte skall nås bör taxan sättas något högre än som motsvarar de faktiska kostnaderna enligt förut redovisade beräkningar. Taxan bör å andra sidan inte sättas så högt att den inbjuder till missbruk.

Från de angivna utgångspunkterna vill det synas, som om en ersättning av 25 öre per kilometer vore en lämpligt avvägd ersättning för resa med privatbil. Fastställs detta belopp, torde det saknas anledning att särskilja resor med egen och nära anhörigs bil från resor med annans bil. Genom att ersättningen görs enhetlig nås, såsom påpekats av ett antal sjukkassor, en viss förenkling i sjukkassornas handläggning av ersättningsärendena. En enhetlig ersättningsregel blir säkert också lättare för de försäkrade att förstå.

Vi föreslår, att ersättning för resa med privatbil fastställs till 25 öre per kilometer.

Liksom hittills bör kilometerersättningen även innefatta kostnad för följeslagare eller vårdare. Det förekommer vidare, att flera sjuka färdas i samma privatbil. I sådant fall bör likaledes kilometerersättningen å 25 öre anses gälla samtliga passagerare, oavsett deras antal. Det nu sagda bör gälla även beträffande de transportsätt som behandlas i följande avsnitt.

Den av oss föreslagna kilometerersättningen är beräknad med utgångspunkt från nu rådande förhållanden. Uppkommer väsentliga kostnadsförändringar, bör ersättningsbeloppet justeras.

Ersättning vid andra transportsätt

I kungörelsen 1954: 783 regleras ersättning, förutom för resa med privatbil, också för färd med motorcykel, hästskjuts och maskindriven farkost, som ej går i allmän trafik. Däremot finns inga ersättningsregler avseende andra förekommande transportsätt, såsom bårbärning, ridning, färd med kälke, pulka, snövesla och roddbåt. I brist på sådana regler torde kostnader för ifrågavarande transporter i regel inte ha ersatts av sjukkassorna.

Beträffande motiveringen till gällande bestämmelser samt centralsjuk-kassornas erfarenheter av deras hittillsvarande tillämpning hänvisas till avd. I och II.

Kostnadsersättningen vid färd med motorcykel utgör 5 öre per kilometer, om motorcykeln tillhör den försäkrade själv eller nära anhörig. Beloppet torde i stort sett motsvara de rörliga kostnaderna för sådan resa. För färd med annans motorcykel utgår dubbelt så stor ersättning. Sjukresor med motorcykel är, såsom framgår av den i avd. II redovisade statistiska undersökningen rätt sällsynta för sådana avstånd som erfordras för att försäkringsersättning skall utgå. Några yrkanden om ändring av taxan för ersättning för motorcykelresor har ej framställts av centralsjukkassorna. Vi finner heller inte anledning att föreslå annan ändring därav än att ersättningen bör vara densamma, 10 öre per kilometer, oavsett vem som äger motorcykeln.

För färd med hästskjuts liksom för maskindriven farkost, som ej går i allmän trafik, är ersättningen 10 öre per kilometer, om farkosten eller

hästen tillhör den försäkrade eller nära anhörig till honom, och eljest 20 öre per kilometer. Erfarenheten har visat, att ersättningen vid båda dessa slag av resor är för knappt tillmätt för att ge den försäkrade en skälig återbäring av de verkliga utgifterna. Det är främst skärgårdsbefolkningen samt folk i ödemarksområdena, som har blivit lidande på de nuvarande snäva begränsningarna i ersättningsrätten. Samma befolkningsgrupper drabbas av att ersättningsregler saknas för vissa mindre vanliga transportsätt.

En del sjukkassor har föreslagit, att ersättningen för färd med hästskjuts och maskindriven farkost, som ej går i allmän trafik, skall grundas på den tid som åtgår för transporten och ej på den tillryggalagda vägsträckan. Andra sjukkassor håller före, att ersättning vid begagnande av ifrågasvarande slag av färdmedel bör utgivas efter vad som befinnes skäligt i varje särskilt fall. Riksförsäkringsanstalten, som ej har uttalat sig om ersättningen för resa med maskindriven farkost, har i yttrande över den förut nämnda framställningen från Svenska skogs- och flottningsarbetareförbundet anfört, att ersättningen för färd med hästskjuts, som ej tillhör den försäkrade eller nära anhörig till denne, bör höjas till 60 öre per kilometer.

Hästskjutsen torde endast i mycket ringa omfattning anlitas som sjuktransportmedel. Sin huvudsakliga användning finner den vid transporter i terräng, där motoriserade färdmedel ej kan begagnas, exempelvis i samband med olycksfall under skogsarbete. Tidsåtgången för dylika transporter är ofta betydande. I regel torde den försäkrade ha att ersätta kostnaderna för såväl häst som körare. Enligt från socialstyrelsen inhämtade uppgifter kan den genomsnittliga dagsförtjänsten för en skogskörare (häst och karl) under vintern 1956—57 uppskattas till 62 kronor. Med denna utgångspunkt har vi funnit, att ett belopp av 2 kronor per kilometer för de flesta fall torde utgöra en skälig ersättning vid färd med hästskjuts, varför vi föreslår detta belopp. Vid väsentliga kostnadsförändringar bör beloppet justeras. Någon differentiering av ersättningen med hänsyn till vem som äger hästen synes ej påkallad.

Beträffande övriga transportsätt, som kan komma i fråga, är det enligt vår uppfattning vanskligt att bestämma fixa ersättningsbelopp i förhållande till väglängd eller tidsåtgång. De utgifter per enhet i avstånd eller tid som den försäkrade kan åsamkas för samma slags färdmedel företer nämligen högst betydande variationer. Begreppet maskindriven farkost innefattar sålunda en mängd olika typer av båtar, alltifrån smärre motorbåtar för sportbruk till isbrytande fartyg. Det säger sig självt, att driftkostnaderna inte är desamma för framförande av exempelvis en mindre motorbåt, en bogserbåt eller en fiskekutter. Drivmedelsåtgången är mycket olika, och bemanningen kan också vara skiftande. Lika klart är det att skärgårdsborna vid inträffande sjukdomsfall ofta inte har möjlighet att välja mellan

flera olika färdmedel. De är i allmänhet hänvisade att anlita den farkost som står till buds, även om den drar höga kostnader. Väderleksförhållandena kan vidare förorsaka, att en eljest tillgänglig mindre båt ej kan nyttjas.

Av det sagda torde framgå att en taxa, som upptar ett enda fast belopp för färd med maskindriven farkost, inte är ändamålsenlig. Å andra sidan har det inte heller syntts oss lämpligt att taxan differentieras med hänsyn till skilda förekommande farttyper. Vi har i stället funnit, att de i varje särskilt fall styrkta kostnaderna efter skälighetsprövning bör få läggas till grund för kostnadsersättningen. Efter samma grunder bör kostnadsersättningen beräknas för andra ifrågakommande transportsätt än dem för vilka vi i det föregående har föreslagit fasta belopp per kilometer. Att ersättning skall vara utesluten när ett mindre vanligt transportsätt måst anlitas kan vi inte finna sakligt motiverat. På grund av sin lokala sakkunskap torde lokalsjukkassorna i regel vara väl ägnade att företa den skälighetsprövning som här avses.

Det är inte utan tvekan som vi förordar detta ersättningssystem. Man kan nämligen inte bortse från risken, att införandet av rätt till ersättning efter styrkta kostnader kan komma att medföra, att ägaren till de färdmedel som begagnas eller de personer som eljest medverkar vid sjuktransport kommer att betinga sig högre betalning för sina tjänster än de skulle ha gjort, därest ingen eller endast obetydlig ersättning utginge från försäkringen. Vidare kan man måhända befara, att skälighetsprövningen med det mått av subjektivitet den naturligen måste innehålla kommer att leda till en ojämn behandling av ersättningsärendena.

Vi har utgått från att skälighetsprövningen får en rätt begränsad räckvidd. Den får sålunda betydelse i huvudsak blott för skärgårdsbefolkningen och för dem som är bosatta i ödemarksbygder. Angelägenheten att ersättningsreglerna blir utformade på ett sätt som inte innebär diskrimination av dessa befolkningsgrupper har syntts oss väga tyngre än de nyss antydda riskerna för missbruk. Vad angår önskemålet om likformig behandling av alla försäkrade, synes det överhuvud inte möjligt att med någon från administrativ synpunkt försvarbar beräkningsmetod få en helt rättvis behandling av alla ersättningsärenden. Det är emellertid vår övertygelse, att en skälighetsprövning för de fall som nu är i fråga är avsevärt bättre ägnad att tillgodose rättvisekravet än en ersättning, grundad på fast taxa.

Att några närmare anvisningar för skälighetsprövningen inte kan meddelas ligger i sakens natur. I princip bör de verkliga kostnaderna ligga till grund för ersättningen. Denna bör följaktligen avse skäliga kostnader för drivmedel samt ersättning till de personer vilkas medverkan vid transporten varit erforderlig. Regeln om billigaste färd sätt torde på grund av den lokalkännedom som sjukkassornas tjänstemän besitter komma att verka som en allmänt återhållande faktor.

Övriga frågor

Sjukkassornas rätt att sluta avtal

I vissa fall kan sjukkassorna, i stället för att utge ersättning enligt sjukförsäkringen till den försäkrade, betala motsvarande belopp till den som berett eller bekostat den vård ersättningen avser. Har någon åtnjutit sjukhusvård, betalas sålunda försäkringsersättningen regelmässigt direkt till vederbörande sjukvårdsinrättning. Den försäkrade behöver alltså inte medverka i transaktionen som betalande mellanhand. Motsvarande gäller beträffande sjukvårdsförmåner åt befattningshavare i statens tjänst. I detta fall delas kostnaderna på schablonmässiga grunder mellan sjukkassan och den myndighet hos vilken den försäkrade är anställd. Denna myndighet insänder räkningar på sina sjukvårdskostnader av vissa slag till den sjuk-kassa som tjänstemannen tillhör, varefter kassan till myndigheten betalar sin andel av dessa kostnader, utan att den försäkrade själv behöver vända sig till kassan. En del kostnader står myndigheten själv för.

Enligt 19 § första stycket SFL kan Kungl. Maj:t förordna att kommun, som vidtar åtgärder för att bereda medellösa eller mindre bemedlade personer läkarvård, skall erhålla ersättning härför av vederbörande sjuk-kassa. I andra stycket av samma paragraf stadgas, att sjukkassa äger med arbetsgivare, som anordnar läkarvård eller vidtar andra sjukvårdande åtgärder så att kassans utgifter för sjukvårdsförsäkringen kan antas minska, överenskomma om skälig gottgörelse för arbetsgivarens kostnader. Sådan överenskommelse skall godkännas av tillsynsmyndigheten. Tredje stycket, slutligen, innehåller bestämmelse om att redare för svenskt fartyg, vilken haft att vid sjömans sjukdom vidkännas kostnad för sjukvård enligt SFL, äger erhålla gottgörelse av vederbörande sjukkassa.

De nu beskrivna bestämmelserna är ägnade att väsentligt underlätta sjukförsäkringens administration. Det är därför angeläget att, där så kan ske utan kostnadsökningar, liknande former för utgivande av försäkringsförmånerna anlitas på andra områden. Såsom vi nämnt i det föregående har vi bl. a. övervägt möjligheten att låta sjukkassorna avtala med sjukvårdshuvudmännen om schablonmässig ersättning för alla resor i samband med sjukhusvård. Ett sådant förslag har vi likväl ej velat framföra, då det är osäkert om det skulle medföra någon nettovinst i administrativt avseende. Detta hindrar inte att förenklingar i handläggningen av ersättningsärendena skulle stå att vinna genom att sjukkassorna får rätt att i begränsad omfattning sluta avtal om gäldande av kostnaderna för sjuktransporter.

Inom vissa sjukkasseområden ombesörjs ambulanstransporter av kommunal institution, vanligen brandkåren. I andra områden är det sjukvårdshuvudmannen som sköter ambulanstjänsten, och på andra håll åter har avtal om upprätthållande av denna service träffats med transportentrepren-

nörer. Det kan på sina håll tänkas vara lönande för sjukförsäkrarna att reglera ersättningen för ambulanstransporter genom avtal med den som ombesörjer transporterna i stället för att utge ersättning till den försäkrade. Karensbelopp kunde då påföras den försäkrade i form av färdavgift. Ersättningen till transportören kunde utgå i form av gottgörelse i ett för allt, avseende viss tidsperiod, eller i annan form.

Förutsättningarna för att sådant avtal som här avses skall få slutas av sjukförsäkrarna kan naturligen ej närmare preciseras. Allmänt bör dock gälla att den avtalade ersättningen kan antas ej överstiga vad som eljest skulle utgå i form av ersättningar till den försäkrade samt att färdavgifterna för de försäkrade ej blir högre än karensbeloppet enligt försäkringen. Som förbehåll för att avtal skall bli gällande bör stadgas, att det skall godkännas av tillsynsmyndigheten.

Vi har även diskuterat frågan, huruvida det kan vara motiverat att sjukförsäkrarna anskaffar egna fordon för att utföra vissa transporter. Vi har emellertid inte funnit det påkallat eller lämpligt att öppna en sådan möjlighet.

Författningsändringar

Bestämmelserna om reseersättning är nu till sina huvuddelar intagna i SFL. I en särskild kungörelse finns bestämmelser om beräkning av reseersättning vid färd med vissa särskilt angivna färdmedel. Dessutom har riksförsäkringsanstalten utfärdat tillämpningsföreskrifter, vilka publicerats i cirkulär till sjukförsäkrarna. F. n. gäller fem sådana cirkulär. I vissa hänseenden är innehållet i tillämpningsföreskrifterna av stor betydelse för att den försäkrades rätt till försäkringsersättning skall kunna konstateras.

Vi har ansett det vara av värde, att de stadganden som bestämmer ersättningsrätten blir bättre samlade. Därigenom blir de bl. a. lättare tillgängliga för de försäkrade. Det blir också enklare för sjukförsäkringspersonalen att överblicka dem, varjämte personalen får lättare att vid behov förklara innebörden av bestämmelserna för sjukförsäkrarnas medlemmar. För att tillgodose dessa önskemål vill vi föreslå att vissa tillämpningsföreskrifter, som kan anses vara av betydelse för att de försäkrade skall kunna bedöma sin rätt till ersättning, införs i en av Kungl. Maj:t utfärdad kungörelse, vilken även bör innehålla taxa för ersättning vid resa med färdmedel, som ej går i allmän trafik, m. m. Till kungörelsen bör också föras vissa detaljbestämmelser, som nu är intagna i SFL. Kungörelseformen underlättar en anpassning av bestämmelsernas innehåll till utvecklingens krav.

Författningsförslag, utarbetat enligt här angivet mönster, bifogas detta betänkande.

Sammanfattning

Förslagen i föreliggande betänkande syftar till att i vissa hänseenden förbättra försäkringsskyddet för sjukresekostnader, att inom ramen för vad som kan godtagas från ekonomisk synpunkt åstadkomma förenklingar i ersättningsreglerna samt att komplettera dessa där de ej är uttömmande. Förslagen avser endast ersättning för resor, som de försäkrade företar, däremot ej läkarnas resor.

I betänkandet diskuteras frågan om en utvidgning av området för försäkringen till vissa slag av sjukresor, som för närvarande inte innefattas däri. Sålunda dryftas spørgsmålet om att ersätta kostnaderna för bl. a. resor till och från sjuksköterskor för erhållande av sjukvård samt resor i samband med konvalescentvård, sjukgymnastisk behandling och annan vård, för vilken vårdersättning kan utgå såsom merprestation enligt 18 § SFL. Vi har funnit, att vissa skäl talar för en dylik utbyggnad av försäkringsskyddet men att frågan bör prövas i ett större sammanhang jämsides med att andra tänkbara kompletteringar av sjukförsäkringen övervägs. Vidare fäster vi uppmärksamheten på att till följd av olika tolkningar av sjukdomsbegreppet, ojämnheter förekommer i fråga om ersättning för vanföras resor i samband med läkarkonsultationer. För att råda bot på detta föreslår vi, att medicinalstyrelsen och riksförsäkringsanstalten på ortopedvårdens område utfärdar tillämpningsföreskrifter, i vilka sjukdomsbegreppet ges en klarare bestämning. En vidsträckt tolkning bör därvid eftersträvas.

För att smittbärare, som åläggs isolering vid vårdinrättning, inte själv skall behöva bära kostnaderna för transport till och från inrättningen föreslår vi, att epidemilagen kompletteras med ett stadgande om att epidemidistriktet skall gälda dessa kostnader.

Vad angår kostnader för förflyttning av patienter mellan olika sjukvårdsinrättningar — vilka kostnader hittills i viss mån har ersatts från sjukförsäkringen om transporter varit medicinskt betingade — föreslår vi, att någon försäkringsersättning i fortsättningen inte skall utgå. Å andra sidan skall kostnaderna inte belasta de sjuka. I stället föreslår vi, att i sjukhuslagen intas bestämmelser, varigenom de kommunala sjukvårdshuvudmännen åläggs att svara för ifrågavarande kostnader såvitt gäller transporter till och från kommunala sjukvårdsinrättningar. Transporter mellan statliga sjukhus skall enligt förslaget bekostas av statsverket.

I fråga om de slag av resekostnader, för vilka ersättning kan ifrågakomma framläggs förslag till vissa kompletteringar och jämkningar i gällande bestämmelser. För att bereda ett effektivare skydd åt befolkningen i glesbygderna föreslår vi, att försäkringsersättningen skall inbegripa kostnader, som uppkommer på grund av att den försäkrade vid sjukresa måste övernatta under vägen. Logikostnaden skall beräknas till styrkt belopp men

maximeras till vad som enligt allmänna resereglementet utgår såsom natt-traktamente i lägsta traktamentsklassen. I förenklings syfte föreslår vi därjämte, att ersättning för kostnader för vårdare och följeslagare ej skall utgå, när för uppgiften anlitas någon, som är anställd i allmän tjänst och på grund därav erhåller reseersättning enligt reglemente eller avtal. Vi förutsätter därvid, att dessa kostnader skall bäras av vederbörande huvudmän. Främst med tanke på de fall, då någon efter olycksfall eller hastigt insjuknande på en avsides belägen arbetsplats måste transporteras till läkare eller sjukvårdsinrättning, föreslår vi att ersättning under särskilda betingelser skall kunna utges för kostnader, som den försäkrade åsamkas genom att han nödgas ersätta följeslagare för mistad inkomst.

I fråga om grunderna för självrisk i form av karensbelopp föreslår vi betydande förändringar. Förslaget innebär, att självrisken skall vara enhetlig för olika slags resor samt utgöras endast av ett fast karensbelopp. Slopandet av de nuvarande bestämmelserna om differentierade karensbelopp föranleds främst av att dessa bestämmelser enligt vunnen erfarenhet leder till slumpmässiga resultat. Syftet med omläggningen är i övrigt att förenkla reglerna och befria sjukkassorna från handläggning av ärenden avseende kostnader av ringa storlek samt att förbättra ersättningen för dem som har höga kostnader därför att de bor långt från läkare. Liksom hittills skall något karensbelopp ej gälla för intagningsresor i samband med slutet sjukhusvård. Färdas den sjuke först till läkare samt efter besök hos denne omedelbart fortsätter resan till sjukvårdsinrättning, till vilken läkaren hänvisat honom, skall det vid tillämpningen av reglerna om karensbelopp anses att endast en resa har företagits. Såsom karensbelopp föreslår vi 4 kronor. Med ett sådant belopp räknar vi med att våra förslag i övrigt inte skall leda till några kostnadsökningar för sjukförsäkringen eller för staten. För de tre största städerna i riket skall dock självrisken uppgå till 5 kronor. I gengäld skall de sjuka i dessa städer i ersättningshänseende ha full frihet vid valet av läkare och sjukvårdsinrättning inom respektive städers områden.

För övriga sjukkasseområden innebär förslaget ett bibehållande av den regel, som principiellt begränsar ersättningen till att gälla resa till tjänsteläkare i distriktet. Har den försäkrade fått hänvisning av läkare för öppen vård vid sjukvårdsinrättning, skall ersättningen emellertid liksom hittills grundas på kostnaderna för resa till sådan inrättning. Under vissa förhållanden skall kravet på hänvisning kunna efterges. Förutom vid vissa olycksfallsskador, då hänvisning för närvarande ej påfordras, skall detta gälla fall då en försäkrad som behöver läkarvård, ej i rimlig tid kan anträffa läkare utanför sjukvårdsinrättning samt då någon, efter att ha åtnjutit slutet sjukhusvård, på anmodan av sjukhusläkaren inställer sig för fortsatt läkarvård vid sjukvårdsinrättningen.

Vad avser bestämmelserna om att ersättningen skall begränsas som om

vården sökts vid närmaste allmänna sjukhus, där vården kunnat beredas, föreslår vi inte någon ändring i begränsningsreglernas formulering men anger riktlinjer för en mjukare tillämpning än den hittillsvarande. Innebörden är i korthet den att de remitterande läkarnas val av sjukvårdsinrättning i huvudsak blir utslagsgivande för ersättningsbestämmande. När det gäller öppen vård vid sjukvårdsinrättning skall sjukkassan kunna ersätta kostnaden för resa till allmänt sjukhus inom sjukvårdsområdet, till vilken läkare hänvisat den sjuke, försåvitt inte synnerliga skäl talar däremot. Gäller hänvisningen ett utomlänssjukhus, skall emellertid resan dit ersättas endast om remiss till sådant sjukhus är medicinskt motiverad eller om allmänt sjukhus eljest inte finns på närmare håll inom det egna sjukvårdsområdet. Ersättning skall också kunna utgå för resa till sjukvårdsanstalt, vilken är upptagen i den av Kungl. Maj:t fastställda förteckningen, om anstalten är närmare belägen än närmaste allmänna sjukhus med erforderliga vårdresurser.

I fråga om slutna vård föreslår vi liknande uppmjukningar i tillämpningen. Har remiss av läkare utfärdats före intagningen, skall den remitterande läkarens val av sjukhus äga vitsord vid ersättningsprövningen. Föreligger ej remiss, skall ersättningen begränsas till vad som skulle ha utgått om vården sökts vid närmaste allmänna sjukhus, där vårdresurser för sjukdomens behandling finns. Sjukkassorna skall dock — även om remiss ej lämnats — kunna ersätta resa för vård vid specialavdelning på ett längre bort beläget sjukhus, om det ej är uppenbart att vården kunnat beredas på närmare håll.

Till skillnad från vad som nu gäller föreslår vi, att de med avseende på sjukhusvalet begränsande reglerna om ersättning för intagningsresa vid slutna vård skall äga tillämpning också beträffande återresan. Ersättning för återresa efter sjukhusvård skall liksom hittills utgå högst såsom för resa till bostaden.

För återfärd från läkare skall ersättning enligt förslaget begränsas till vad som skulle utgå vid resa till den plats, varifrån resan till läkaren anträdde. Om vårdbehovet uppkommit vid vistelse på den försäkrades arbetsplats och han dagligen reser mellan bostaden och arbetsplatsen, skall dock ersättningen grundas på kostnaden för resa till bostaden. Den nuvarande regeln om att ersättning för återfärd till bostaden får beräknas för en färdsträcka, som med högst en mil överstiger reseavståndet vid framresan, föreslås slopad.

Ersättning för återresa efter slutna vård vid utomlänssjukhus, där intagning ägt rum på grund av att vårdbehovet uppkommit vid vistelse utom det egna länet, utges för närvarande inte men skall enligt vårt förslag utgå högst såsom för återresa till den plats, där intagningsresan påbörjades.

I fråga om taxebestämmelserna avseende resa med vissa färdmedel, som ej går i allmän trafik, föreslås vissa ändringar, vilka har till syfte både

att bättre anpassa försäkringsersättningen till den ekonomiska belastning, som den avser att bereda skydd mot, och att åstadkomma förenklingar i tillämpningen. Bl. a. med hänsyn till att ersättningstaxan för färd med privatbil är så låg att den synes stimulera till nyttjande av dyrare färdmedel föreslår vi en höjning av ifrågavarande taxebelopp. Ersättningen skall grundas på en beräknad kostnad av 25 öre per kilometer och ej differentieras med hänsyn till vem som äger fordonet. I fråga om motorcyklar föreslår vi ett enhetligt belopp av 10 öre per kilometer och för färd med hästskjuts ett likaledes enhetligt belopp av 2 kronor per kilometer.

Vad angår färd med båt har vi ej funnit det ändamålsenligt att fastställa någon taxa. I stället skall ersättningen grundas på en kostnad, som bestäms från fall till fall efter skälighetsprövning. Detsamma föreslås gälla beträffande andra transportsätt, såsom bårbärning, pulkasläpning, ridning m. m. Förslaget innebär, att kostnadsersättning, till skillnad mot vad som hittills varit fallet, i princip skall kunna utgå oavsett vilket fortskaffningsmedel som begagnas. Som förutsättning gäller givetvis att en kostnad uppstår.

Slutligen föreslår vi, att en bestämmelse skall införas i SFL, genom vilken sjukkassorna får möjlighet att med tillsynsmyndighetens godkännande träffa avtal med kommuner och transportentreprenörer om viss gottgörelse för åtaganden att utföra sjuktransporter till en enhetlig avgift, motsvarande högst självriskan i sjukförsäkringen.

Förslag till lag angående ändring i lagen den 3 januari 1947 (nr 1)
om allmän sjukförsäkring

Härigenom förordnas att 4, 16, 17, 19 och 41 §§ lagen den 3 januari 1947 (nr 1) om allmän sjukförsäkring¹ skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan angives.

Nuvarande lydelse:

4 §.

I denna lag förstås med

läkare: den som äger behörighet att inom riket utöva läkarkonsten;

läkarvård: vård som meddelas av läkare, dock icke vård som lämnas försäkrad, vilken åtnjuter sjukhusvård;

sjukhusvård: vård som å sjukvårdsanstalt lämnas där intagen försäkrad ävensom vård å annan sjukvårdsinrättning, om vården beredes genom pensionsstyrelsens försorg;

sjukvårdsanstalt: allmänt sjukhus ävensom annan sjukvårdsinrättning som enligt av Konungen fastställd förteckning är att anse såsom sjukvårdsanstalt jämlikt denna lag;

allmänt sjukhus: sjukvårdsinrättning som tillhör staten eller till vars drift statsbidrag utgår eller som drives av landsting eller stad, som ej deltagar i landsting, och ej är anordnad vid *fattigvårdsanstalt* ävensom sjukvårdsinrättning, varöver pensionsstyrelsen förfogar för sin sjukvårdande verksamhet;

Sjukreseutredningens förslag:

4 §.

I denna lag förstås med

läkare: den som äger behörighet att inom riket utöva läkarkonsten;

läkarvård: vård som meddelas av läkare, dock icke vård som lämnas försäkrad, vilken åtnjuter sjukhusvård;

sjukhusvård: vård som å sjukvårdsanstalt lämnas där intagen försäkrad ävensom vård å annan sjukvårdsinrättning, om vården beredes genom pensionsstyrelsens försorg;

sjukvårdsanstalt: allmänt sjukhus ävensom annan sjukvårdsinrättning som enligt av Konungen fastställd förteckning är att anse såsom sjukvårdsanstalt jämlikt denna lag;

allmänt sjukhus: sjukvårdsinrättning som tillhör staten eller till vars drift statsbidrag utgår eller som drives av landsting eller stad, som ej deltagar i landsting, och ej är anordnad vid *ålderdomshem* ävensom sjukvårdsinrättning, varöver pensionsstyrelsen förfogar för sin sjukvårdande verksamhet;

¹ Senaste lydelse, se betr. 4 och 5 §§ SFS 1953:569, betr. 16 och 41 §§ 1956:74 samt betr. 19 § 1955:402.

hemortssjukhus: allmänt sjukhus, drivet av det landsting eller sådan i landsting ej deltagande stad, inom vars område den försäkrade är bosatt.

hemortssjukhus: allmänt sjukhus, drivet av det landsting eller sådan i landsting ej deltagande stad, inom vars område den försäkrade är bosatt, ävensom *statligt sinnessjukhus*, inom vars upptagningsområde den försäkrade är bosatt.

När nedan — — — — — inrättad, centralsjukkassa.

16 §.

Har försäkrad åtnjutit läkarvård, som i 14 § avses, skall ersättning utgå för utgifter för resor till och från läkaren, dock endast såframt resekostnaden överstiger fyra kronor för det första besöket hos läkaren och en krona för varje följande besök (återbesök). Därvid ersättes hela den överskjutande kostnaden, om försäkrad efter hänvisning av läkare sökt läkarvård vid allmänt sjukhus eller för enbart öppen vård avsedd sjukvårdsinrättning, vilken tillhör staten eller till vars drift statsbidrag utgår eller som drives av landsting eller stad, som ej deltagar i landsting; dock att ersättning icke må utgivas med högre belopp än som skulle hava utgått, om läkarvården sökts vid närmaste allmänna sjukhus, där vården kunnat meddelas. Har försäkrad sökt läkarvård vid allmänt sjukhus för skada, som drabbat honom genom olycksfall, skall, såframt det skäligen kunnat antagas att han till följd av skadan var i trängande behov av läkarvård vid sådant sjukhus, den överskjutande kostnaden ersättas enligt vad nu sagts ändå att hänvisning av läkare ej skett. I annat fall utgår ersättning med tre fjärdedelar av den

16 §.

1 mom. Har försäkrad åtnjutit läkarvård, som i 14 § avses, skall ersättning i enlighet med vad i 2—8 mom. sägs utgå för hans utgifter för resa till och från läkaren.

2 mom. Ersättning må endast utgå i den mån utgifterna överstiga fyra kronor.

3 mom. Ersättning må ej utgå med högre belopp än som skulle hava utgått vid besök hos den provinssiälläkare eller stadsläkare (stadsdistriktsläkare), inom vars distrikt den försäkrade vistas.

Ersättning må dock i följande fall utgivas högst med belopp, som skulle hava utgått om läkarvården sökts vid närmaste allmänna sjukhus, där vården kunnat meddelas:

a) om den försäkrade efter hänvisning av läkare sökt läkarvård vid sjukvårdsanstalt eller för enbart öppen vård avsedd sjukvårdsinrättning, vilken tillhör staten eller till vars drift statsbidrag utgår eller som drives av landsting eller stad, som ej deltagar i landsting;

b) om den försäkrade utan att hänvisning av läkare skett sökt läkarvård vid sjukvårdsanstalt för skada, som drabbat honom genom olycksfall, och det skäligen kunnat

överskjutande kostnaden; dock må högre belopp ej utgivas än som skulle hava utgått vid besök hos den provinsialläkare eller stadsläkare, inom vars distrikt den försäkrade vistas, och skall vid återbesök försäkrad svara för högst två kronor.

Ersättning, som i första stycket avses, utgår endast där resan föranletts huvudsakligen av behovet av läkarvård samt den försäkrade skriftligen betygar att så är fallet. I fråga om rätten till sådan ersättning skall vidare gälla

a) att ersättning må beräknas högst efter det billigaste, vanligen förekommande färd sätt som med hänsyn till den sjukets tillstånd kunnat användas;

b) att ersättning ej må utgivas, om med hänsyn till resans längd samt den sjukets tillstånd skäligen kunnat fordras att han gått, cyklat eller färdats på annat dylikt sätt, som icke krävt särskild kostnad;

c) att för resa med annan automobil än ambulansbil eller sådan bil, som går i allmän trafik, eller med hästskjuts, motorcykel eller maskindriven farkost, som ej går i allmän trafik, ersättning skall beräknas enligt av Konungen fastställd taxa;

d) att ersättning för återresa må utgivas högst för resa till den plats, varifrån resan till läkaren företogs, eller till den sjukets bostad, dock att ersättning för återresa till bostaden ej må beräknas för den del av färdsträckan, varmed denna med mer än en mil överstiger färdsträckan vid resan till läkaren;

e) att ersättning ej må utgivas för resa utom riket.

antagas att han till följd av skadan var i trängande behov av läkarvård vid sådan anstalt;

c) om den försäkrade på grund av sjukdom sökt läkarvård vid sjukvårdsanstalt eller annan sjukvårdsinrättning, som under a) avses, utan att dessförrinnan hava kunnat träffa läkare utanför sjukvårdsinrättningen och det skäligen kunnat antagas, att han till följd av sjukdomen var i trängande behov av läkarvård.

4 mom. Konungen äger för visst sjukkasseområde föreskriva, att ersättning skall utgå utan de begränsningar, som i 3 mom. avses. Härvid må föreskrivas, att ersättning endast skall utgå i den mån utgifterna överstiga visst högre belopp än det i 2 mom. angivna.

5 mom. Ersättning för återresa må utgivas högst för resa till den plats, varifrån resan till läkaren företogs, eller, om denna resa anträtts från den försäkrades arbetsplats och den försäkrade företager dagliga resor mellan bostaden och arbetsplatsen, till den försäkrades bostad.

6 mom. Ersättning enligt denna paragraf utgår endast där resan föranletts huvudsakligen av behovet av läkarvård samt den försäkrade skriftligen betygar att så är fallet.

7 mom. Ersättning må beräknas högst efter det billigaste, vanligen förekommande färd sätt, som med hänsyn till den sjukets tillstånd kunnat begagnas.

8 mom. Ersättning må ej utgivas för resa utom riket.

9 mom. Vid tandläkarvård, som i 14 § avses, skall vad i denna paragraf

Om försäkrads ålder eller tillstånd påkallar, att anhörig eller annan följer honom till läkaren, skall jämväl följeslagarens resa ersättas enligt ovan angivna grunder; ersättningen skall därvid beräknas å den sammanlagda resekostnaden för den sjuke och hans följeslagare.

Vid tandläkarvård som i 14 § avses, skall vad i denna paragraf sägs om läkarvård äga motsvarande tillämpning.

17 §.

Har försäkrad åtnjutit sjukhusvård, som på grund av sjukdom varit erforderlig, skall enligt vad nedan sägs ersättning utgå jämväl för utgifterna för resor till och från sjukvårdsinrättningen.

Utgifter för försäkrads resa för intagning å sjukvårdsinrättning ersättas högst med belopp som motsvarar kostnaden för resa till närmaste allmänna sjukhus, där erforderlig vård kunnat beredas, eller, om den sjuke intagits å hemortssjukhus och behovet av sjukhusvård uppkommit vid vistelse inom sjukvårdsområdet eller därtill gränsande kommun, högst med belopp, som motsvarar kostnaden för resa till närmaste hemortssjukhus, där erforderlig vård kunnat beredas.

Utgifter för försäkrads återresa från sjukvårdsinrättningen ersättas endast i den mån de överstiga fyra kronor. Ersättning för återresa utgår icke, om behovet av sjukhusvård uppkommit under det försäkrad vistats utom det län, inom vilket han är bosatt, och han i anledning därav intagits å sjukvårdsinrättning be-

sägs om läkarvård äga motsvarande tillämpning.

17 §.

1 mom. Har försäkrad åtnjutit sjukhusvård, som på grund av sjukdom varit erforderlig, skall enligt vad i 2—4 mom. sägs ersättning utgå jämväl för hans utgifter för resor till och från sjukvårdsinrättningen.

2 mom. Ersättning må ej lämnas med högre belopp än som skulle hava utgått, om vården sökts vid närmaste allmänna sjukhus, där erforderlig vård kunnat beredas, eller, om den sjuke intagits å hemortssjukhus och behovet av sjukhusvård uppkommit vid vistelse inom sjukvårdsområdet eller därtill gränsande kommun, vid närmaste hemortssjukhus, där erforderlig vård kunnat beredas.

3 mom. Utgifter för återresa från sjukvårdsinrättning ersättas endast i den mån de överstiga fyra kronor. Kostnad för sådan återresa må ej beräknas högre än för resa till den försäkrades bostad. Har behovet av sjukhusvård uppkommit under det att den försäkrade vistats utom det län där han är bosatt och har han i anledning därav intagits å sjukvårdsinrättning, som är belägen utom nämnda län, må kostnad för återre-

lägen utom nämnda län. Kostnad för återresa må ej beräknas högre än för resa från sjukvårdsinrättningen till den försäkrades bostad.

Vid beräkning av ersättning som i denna paragraf avses, skall vad i 16 § andra stycket a), b), c) och e) är stadgat äga motsvarande tillämpning.

Om försäkrads ålder eller tillstånd påkallar, att anhörig eller annan följer honom vid intagning å sjukvårdsinrättning eller vid återresa därifrån eller att vårdare därvid anlitas, skall ersättning utgivas jämväl för följeslagarens resa eller kostnaden för vårdare. Härvid skall gälla, förutom vad ovan i denna paragraf är stadgat, att ersättning skall beräknas å den sammanlagda kostnaden för den försäkrade och hans följeslagare eller vårdare samt att ersättning för följeslagares resekostnad varje gång högst må utgivas efter kostnaden för tur- och returresa.

19 §.

Har kommun — — — — — motsvarande kostnad.

Allmän sjukkassa äger med arbetsgivare, som anordnar läkarvård eller vidtager andra sjukvårdande åtgärder så att kassans utgifter för sjukvårdsförsäkringen kunna antagas minska, överenskomma om skälig gottgörelse för arbetsgivarens ifrågavarande kostnader. Överenskommelsen skall för att vara gällande fastställas av tillsynsmyndigheten.

san ej beräknas högre än för resa till den plats, varifrån resan till sjukvårdsinrättningen företagits, dock att ersättning för återresa till bostaden må utgå, om behovet av sjukhusvård uppkommit vid vistelse inom en till det egna sjukvårdsområdet gränsande kommun och vården beretts vid sjukvårdsinrättning, till vilken avståndet från bostaden ej är längre än till hemortssjukhus, som i 2 mom. avses.

4 mom. Vid beräkning av ersättning, som i denna paragraf avses, skola bestämmelserna i 16 § 7 och 8 mom. äga motsvarande tillämpning.

19 §.

Allmän sjukkassa äger med arbetsgivare, som anordnar läkarvård eller vidtager andra sjukvårdande åtgärder så att kassans utgifter för sjukvårdsförsäkringen kunna antagas minska, överenskomma om skälig gottgörelse för arbetsgivarens ifrågavarande kostnader.

Allmän sjukkassa äger jämväl att med kommun eller transportföretag, som åtager sig att ombesörja vissa

slag av sjuktransporter, för vilka ersättning enligt 14, 16 eller 17 §§ må utgivas, träffa överenskommelse om skälig gottgörelse härför samt om avgifter, vilka må uttagas av de försäkrade för utförda transportuppdrag.

Överenskommelse, som i andra och tredje styckena avses, skall för att vara gällande fastställas av tillsynsmyndigheten.

Om redare — — — — — denna lag.

41 §.

Sjukhjälsbidrag utgår till centralsjukkassa med nedan angivna procentuella andel av de utgifter under kalenderåret, som bestritts av centralsjukkassan och till denna anslutna lokalsjukkassor, nämligen för

a) läkarvård enligt 14 § och 19 § första stycket *samt* gottgörelse till arbetsgivare enligt 19 § andra stycket för läkarvård och för andra sjukvårdande åtgärder än som avses i 18 § *ävensom* resor enligt 16 och 17 §§ 50 procent;

b) grundsjukpenning och motsvarande del av hempenning 50 procent;

c) barntillägg 75 procent.

Konungen äger — — — — — tillkomma lokalsjukkassa.

Angående sjukhjälsbidrag — — — — — särskilt stadgat.

41 §.

Sjukhjälsbidrag utgår till centralsjukkassa med nedan angivna procentuella andel av de utgifter under kalenderåret, som bestritts av centralsjukkassan och till denna anslutna lokalsjukkassor, nämligen för

a) läkarvård enligt 14 § och 19 § första stycket, gottgörelse till arbetsgivare enligt 19 § andra stycket för läkarvård och för andra sjukvårdande åtgärder än som avses i 18 §, *gottgörelse enligt 19 § tredje stycket för transportåtaganden samt* resor enligt 16 och 17 §§ 50 procent;

b) grundsjukpenning och motsvarande del av hempenning 50 procent;

c) barntillägg 75 procent.

Denna lag träder i kraft den

, dock skola äldre bestämmelser alltjämt äga tillämpning i fråga om resor, vilka avslutats före nämnda dag.

Förslag till kungörelse angående resekostnadsersättning enligt
16 och 17 §§ lagen den 3 januari 1947 (nr 1)
om allmän sjukförsäkring

Kungl. Maj:t har med stöd av 16 § 4 mom. samt 125 § lagen den 3 januari 1947 (nr 1) om allmän sjukförsäkring funnit för gott förordna som följer.

1 §.

Vid beräkning av resekostnadsersättning, som avses i 16 och 17 §§ lagen den 3 januari 1947 (nr 1) om allmän sjukförsäkring, skola bestämmelserna i denna kungörelse lända till efterrättelse.

2 §.

Ersättning utgår för följande slag av utgifter, nämligen

- a) färdkostnad,
- b) kostnad för anlitan­de av vårdare eller annan följeslagare på resan, samt
- c) kostnad för övernattning, som må erfordras i samband med resan.

3 §.

Färdkostnad skall beräknas till följande belopp, nämligen

- a) vid resa med ambulansbil eller fortskaffningsmedel, som går i allmän trafik, enligt gällande taxa;
- b) vid resa med automobil, som ej går i allmän trafik, tjugufem öre för kilometer;
- c) vid resa med hästskjuts två kronor för kilometer;
- d) vid resa med motorcykel, för vilken registreringsplikt föreligger, tio öre för kilometer samt
- e) vid anlitan­de av annat färd­­sätt än under a) — d) sägs belopp, som sjuk­kassan prövar skäl­igt.

Belopp, som i första stycket b) — d) sägs, skall anses innefatta jämväl färdkostnaden för annan, som medföljer färdmedlet.

4 §.

Såsom billigaste färd­­sätt skall anses det färd­­sätt som medför de lägsta sammanlagda utgifterna. Vid bedöman­de av vilket färd­­sätt, som med hän­syn till den sjukes tillstånd kunnat be­gagnas, skall prövas, huruvida det

kan antagas att begagnandet av ett billigare färdssätt än det som kommit till användning skulle ha utövat ett ogynnsamt inflytande på den försäkrades hälsotillstånd. Härjämte skola den försäkrades ålder, risken för smitta och därmed jämförbara omständigheter beaktas.

Ersättning må ej utgivas, om med hänsyn till resans längd samt den försäkrades tillstånd skäligen kunnat fordras att han gått, cyklat eller färdats på annat dylikt sätt, som icke krävt särskild kostnad.

5 §.

Vid tillämpning av bestämmelserna i 16 § 3 mom. andra stycket lagen om allmän sjukförsäkring skall följande iakttagas.

Hänvisning enligt a) skall, för att erhålla den verkan i ersättningshänseende som i nämnda stycke avses, vara utfärdad av läkare, som vid hänvisningens meddelande ej varit i tjänstgöring vid den sjukvårdsinrättning, till vilken den försäkrade hänvisas. Har den försäkrade åtnjutit sjukhusvård och av läkare vid sjukvårdsinrättningen anmodats återkomma för fortsatt behandling av sjukdomen, skall dock sådan anmodan anses såsom hänvisning.

Hänvisning skall i ersättningshänseende anses omfatta, förutom det första besöket på sjukvårdsinrättning, även de återbesök på inrättningen, vilka den behandlande läkaren där finner erforderliga för att meddela sådan vård som hänvisningen avser. Har den hänvisande läkaren på visst sätt begränsat hänvisningens räckvidd, skall dock denna begränsning vara bestämmande för ersättningsprövningen.

Stadgandet under b) gäller endast det första besök, som den försäkrade på grund av olycksfallsskadan företager vid sjukvårdsinrättningen.

Stadgandet under c) gäller ej återbesök, som företages när läkare utanför sjukvårdsinrättningen kunnat anträffas.

Är fråga om tandläkarvård, skall vad i denna paragraf sägs om läkare jämväl avse tandläkare.

6 §.

Vid bestämmande av ersättning för resor, vilka i sin helhet äga rum inom områdena för Stockholms, Göteborgs och Malmö centralsjukkassor, skola bestämmelserna i 16 § 2 och 3 mom. lagen om allmän sjukförsäkring icke äga tillämpning. Sådan ersättning utgår endast i den mån utgifterna överstiga fem kronor. I fall som nu avses skall karolinska sjukhuset anses beläget inom området för Stockholms centralsjukkassa.

7 §.

Har försäkrad företagit resa till läkare för erhållande av läkarvård och i enlighet med hänvisning av läkaren omedelbart fortsatt till sjukvårdsinrättning, skall anses att en resa företagits.

8 §.

Ersättning för övernattningskostnad må utgå, när färdmedel i reguljär trafik icke kan nyttjas utan att den försäkrade övernattar under vägen.

Ersättning, som i första stycket avses, skall, då övernattningskostnad beräknas efter den kostnad, den försäkrade styrker sig ha haft för logi, dock högst efter 13 kronor för natt, och eljest efter sistnämnda belopp.

9 §.

Om försäkrads ålder eller tillstånd påkallar, att anhörig eller annan följer honom vid besök hos läkare eller vid intagning å eller återresa från sjukvårdsinrättning, skall även följeslagarens färdkostnad och övernattningskostnad ersättas enligt samma grunder som den försäkrades. Har försäkrad drabbats av svårare olycksfall eller blivit allvarligt sjuk på avsides belägen arbetsplats eller under därmed jämförbara förhållanden, må ersättning utgivas för arbetsinkomst, som följeslagare härigenom visat sig ha gått förlustig. Vid resa, som avses i 17 § lagen om allmän sjukförsäkring, må ersättning för följeslagares färdkostnad varje gång utgivas högst efter kostnaden för tur- och returresa. Erfordras att under resa, som sist sagts, vård lämnas den sjuke, ersättes skälig kostnad för medföljande vårdare, därest denne är läkare, sjuksköterska eller annan, som på grund av utbildning eller yrke kan anses äga särskilda förutsättningar att lämna den behöfliga vården.

Ersättning enligt denna paragraf utgår ej för anställningshavare i allmän tjänst, vilken i denna egenskap medföljer på resan.

10 §.

Om försäkrad insjuknat under tillfällig vistelse i utlandet och i anledning därav hemtransporterats och intagits å sjukvårdsinrättning i Sverige, skall ersättning för resorna inom landet utgivas högst efter vad som skolat utgå, därest behovet av sjukhusvård uppkommit i den sjukens bostad i hemorten.

11 §.

Det ankommer på den i 91 § lagen om allmän sjukförsäkring omförmälda tillsynsmyndigheten att meddela de ytterligare föreskrifter som må befinnas erforderliga för tillämpningen av denna kungörelse.

Denna kungörelse träder i kraft den _____ men skall icke äga tillämpning beträffande resor, vilka avslutats före nämnda dag.

Förslag till lag om ändrad lydelse av 23 § epidemilagen

Härigenom förordnas, att 23 § epidemilagen den 19 juni 1919 (nr 443)¹ skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

Nuvarande lydelse:

Person som — — — — — i 18 § omförmäles.

Den som — — — — — intagen därstädes.

Kostnaden för vård och underhåll, som i denna paragraf avses, gäldas av epidemidistriktet.

Sjukreutredningens förslag:

Kostnaden för vård och underhåll, som i denna paragraf avses, gäldas av epidemidistriktet. *Uppkommer särskild transportkostnad i anledning av att person, som i 3 § 3 mom. avses, intagits å epidemivårdanstalt eller tillfällig sjukvårdslokal, skall jämväl sådan kostnad gäldas av epidemidistriktet.*

Denna lag träder i kraft den

¹ Senaste lydelse, se SFS 1946:130.



Statens offentliga utredningar 1958

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.)

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård.

Häradsrätts sammansättning i brottmål. [9]
Förslag till varumärkeslag. [10]
Betänkande med förslag till allmän tjänstepliktslag m. m.
[16]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Utredning om vissa förhållanden vid konserveringsforskningsinstitutet. [3]
Författningsutredningen. 1. Kandidatnominering vid andrakammarval. [6] 2. Regeringsarbetet. [14]

Kommunalförvaltning.

Statens och kommunernas finansväsen.

Politi.

Nationalekonomi och socialpolitik.

Socialförsäkring och rehabilitering. [17]

Hälsa- och sjukvård.

Gemensam nordisk hälsovårdsutbildning. [8]
Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena. [15]
Mentalsjukvårdsdelegationen. 2. Behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar. [20]
Sjukreseersättningar. [23]

Allmänt näringsväsen.

Gotland. [18]
Tornedalsutredningen. [22]

Fast egendom. Jordbruk med binärningar

Småbrukarstödet. [7]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Industri.

Handel och sjöfart.

Kommunikationsväsen.

Vägplan för Sverige. Del. 1. Riktlinjer och förslag samt kartbilagor. [1] Del 2. Expertutredningar och övriga textbilagor. [2]

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Promemoria med förslag om fondförvaltning m. m. i samband med en utbyggd pensionering. [4]
Permanent skördekadestydd. [5]

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen.

Andlig odling i övrigt.

1955 års universitetsutredning. 3. Reserverna för högre utbildning. Beräkningar och metoddiskussion. [11] 4. Lärarbrist och läraröverskott. [21]
Supplement nr 9 till Sveriges familjenamn 1920. [19]

Försvarsväsen.

Civilt försvarsutbildningen. [12]
Civilt försvarets organisation. [13]

Utrikes ärenden. Internationell rätt.