



**National Library  
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

201  
160  
STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR SOU 1960:9 A

Inrikesdepartementet



---

**DE EKONOMISKA VILLKOREN  
FÖR EN HUVUDMANNASKAPSREFORM  
INOM MENTALSJUKVÅRDEN**

BETÄNKANDE AVGIVET AV  
MENTALSJUKVÅRDENS STATS BIDRAGSUTREDNING

---

*Stockholm 1960*

# Statens offentliga utredningar 1960

## Systematisk förteckning

---

1. Folkvandvården. Idun. 189 s. **I**.
2. Högre utbildning, forskning och försök på lantbrukets område. Almqvist & Wiksell, Uppsala. XII + 508 s. **Jo**.
3. Grusexploateringen i Sverige. Idun. 85 s. **Jo**.
4. Fastighetsbeskattningen. Marcus. 179 s. **Fi**.
5. Förslag till namnlag. Idun. 362 s. **Ju**.
6. Studiekostnader vid beskattningen. Idun. 211 s. **Fi**.
7. Redogörelseansvaret och anmärkningsprocessen. Kihlström. 146 s. **Fi**.
8. Preliminär nationalbudget för år 1960. Marcus. V + 121 s. **Fi**.
9. De ekonomiska villkoren för en huvudmannaskapsreform inom mentalsjukvården. Idun. 168 s. **I**.

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

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1960:9

*Inrikesdepartementet*



DE EKONOMISKA VILLKOREN  
FÖR EN HUVUDMANNASKAPSREFORM  
INOM MENTALSJUKVÅRDEN

BETÄNKANDE AV

MENTALSJUKVÅRDENS STATS BIDRAGSUTREDNING

IDUNS TRYCKERIAKTIEBOLAG ESSELTE AB

STOCKHOLM 1960

STATENS ÖFRANTILLIG FÖREDRAG 1909  
Inrikesdepartementet



DE EKONOMISKA VILKORNA  
FÖR EN HUVUDMANNSKAPSREFORM  
INOM MENTALSKÄRDEN

BETÄNDELSE

MENTALSKÄRDENS STATISTISKA FÖRENINGEN

*Till*

*Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet:*

Genom beslut den 6 juni 1957 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för inrikesdepartementet att tillkalla högst tolv sakkunniga för att utreda frågan om de ekonomiska villkoren för överförande av huvudmannaskapet för mentalsjukvården till landstingen och städerna utanför landsting samt för driften av vårdgrenen genom dessa huvudmän ävensom därmed sammanhängande spörsmål. Med stöd av detta bemyndigande tillkallades genom beslut den 20 september 1957 såsom sakkunniga generaldirektören Bertil Olsson, överdirektören Erik Björkquist, förbundsdirektören Ivar Dahlgren, direktören Sixten Humble, numera statsrådet Rune B. Johansson, numera avdelningschefen Georg Ringström, riksdagsmännen Lennart Stiernstedt, Johan Sunne och Per Svensson samt numera byråchefen Bengt Söderqvist, varjämte uppdrogs åt Olsson att vara de sakkunnigas ordförande. Såsom sekreterare åt de sakkunniga, vilka antagit benämningen mentalsjukvårdens statsbidragsutredning, förordnades byrådirektören Eric Brolinson.

Sedan statsrådet Johansson på därom gjord framställning entledigats från honom meddelat uppdrag såsom ledamot i utredningen, tillkallades genom beslut den 22 november 1957 riksdagsmannen Sten Söderberg såsom sakkunnig i utredningen. Till biträdande sekreterare åt utredningen förordnades genom beslut den 15 januari 1958 numera förste byråsekreteraren hos medicinalstyrelsen Åke Esseen. Härjämte har amanuensen hos medicinalstyrelsen Tore Hjorth biträtt utredningen med vissa sekreterargöromål, därtill särskilt förordnad under tiden den 1 juli--31 oktober 1959.

För att beaktas vid fullgörandet av statsbidragsutredningens uppdrag har till utredningen överlämnats mentalsjukvårdsdelegationens betänkande III »Mentalsjukvården Planering och organisation». Vidare har för att tagas i övervägande vid utredningsuppdragets fullgörande till utredningen överlämnats *dels* en av svenska stadsförbundets styrelse den 25 maj 1957 gjord framställning om statsbidrag till den barnpsykiatriska vården m. m., *dels*

framställningar av Stockholms stadskollegium den 24 april 1958 och av Göteborgs stadskollegium den 14 maj samma år om statsbidrag till uppförande eller inrättande samt driften av psykiatriska avdelningar vid eller i anslutning till lasarett, dels ock Malmö stads sjukhusdirektions framställning den 20 februari 1958 angående statsbidrag till driften av den psykiatriska avdelningen vid Malmö allmänna sjukhus m. m. För att finnas tillgänglig vid utredningsuppdragets fullgörande har slutligen till utredningen överlämnats en av svenska stadsförbundets styrelse den 27 november 1953 gjord framställning om statsbidrag till driften av kommunala sinnessjukhus.

Utredningen har till Kungl. Maj:t avgivit infordrade utlåtanden den 11 september 1958 över mentalsjukvårdsdelegationens betänkande II angående behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar (SCOU 1958: 20) och

den 2 februari 1960 med anledning av vad riksdagens revisorer i sin den 15 december 1959 dagtecknade berättelse yttrat angående fördelningen av samhällsuppgifterna mellan stat och kommun (§ 26).

Sedan utredningsarbetet numera slutförts, får mentalsjukvårdens statsbidragsutredning härmed vördsamt avlämna betänkade angående de ekonomiska villkoren för en huvudmannaskapsreform inom mentalsjukvården.

Reservation har avgivits av undertecknad Ringström.  
Stockholm den 16 februari 1960

*Bertil Olsson*

*Erik Björkquist*

*Ivar Dahlgren*

*Sixten Humble*

*Georg Ringström*

*Lennart Stiernstedt*

*Johan Sunne*

*Per Svensson*

*Sten Söderberg*

*Bengt Söderqvist*

*/Eric Brolinsson*

## Innehåll

Skrivelse till Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet	
Kap. 1. Utredningsuppdraget . . . . .	9
Kap. 2. Översikt över mentalsjukvårdens nuvarande organisation och finansiering m. m. . . . .	13
1. Organisation . . . . .	13
A. Huvudmannaskap . . . . .	13
B. Statlig mentalsjukvård . . . . .	13
C. Kommunal mentalsjukvård . . . . .	16
2. Vissa statsbidragsbestämmelser . . . . .	22
3. Statsbidrag till städerna Stockholm, Göteborg och Malmö. . . . .	26
4. Vården av epileptiker (organisation och finansiering). . . . .	29
5. Kostnader för mentalsjukvård och epileptikervård. . . . .	30
A. Byggnadskostnader m. m. . . . .	30
B. Driftkostnader . . . . .	31
Kap. 3. Huvuddragen av mentalsjukvårdens planerade utbyggnad och organisation m. m. . . . .	35
1. 1956 års reviderade generalplan . . . . .	35
2. Mentalsjukvårdsdelegationens förslag . . . . .	38
3. Vissa yttranden över delegationens förslag . . . . .	46
Kap. 4. Principiella synpunkter på villkoren för huvudmannaskapets överförande. . . . .	51
1. Inledning . . . . .	51
2. Överförandets innebörd och omfattning . . . . .	51
3. Ekonomiska verkningar . . . . .	53
4. Likställighet mellan blivande huvudmän . . . . .	54
5. Samtidigt eller successivt överförande av huvudmannaskapet . . . . .	55
6. Storstädernas ställning vid en huvudmannaskapsreform . . . . .	57
Kap. 5. Villkoren för de statliga sjukhusanläggningarnas överlämnande till nya huvudmän . . . . .	59
1. Allmänt . . . . .	59
2. Sjukhusbyggnader. . . . .	59
3. Markområden. . . . .	61
Kap. 6. Allmänna synpunkter på frågan om statsbidrag till mentalsjukvården m. m. . . . .	63
1. Bidrag till egentlig mentalsjukvård . . . . .	63
2. Samordning med vissa nuvarande bidrag. . . . .	65
A. Bidrag till mentalsjukvården . . . . .	65
B. Bidrag till epileptikeranstalter m. m. . . . .	66



	3. Reglering av nuvarande bidragsbelopp . . . . .	68
	4. Utvidgning av den nuvarande bidragsrätten . . . . .	68
Kap. 7.	Bidrag till landstingens byggnadskostnader m. m. . . . .	72
	1. Bidrag till upprustning av befintliga sjukhus (upprustningsbidrag)	72
	2. Bidrag till fortsatt utbyggnad (anläggningsbidrag). . . . .	74
	A. Allmänt. . . . .	74
	B. Grunder för beräkning av bidragsbeloppet. . . . .	75
Kap. 8.	Bidrag till landstingens driftkostnader . . . . .	81
	1. Bidragssektorns omfattning . . . . .	81
	2. Bidragets utformning . . . . .	81
	3. Beräkning av bidragsbelopp . . . . .	86
	A. Kostnader för egentlig mentalsjukvård . . . . .	86
	B. Kostnader för samordnade bidrag m. m. . . . .	89
	C. Bidragsbeloppens storlek . . . . .	91
	4. Bidragssystemets ekonomiska innebörd för landstingen. . . . .	92
	A. I utgångsläget . . . . .	92
	B. Vid full utbyggnad. . . . .	97
Kap. 9.	Driftbidragets värdebeständighet . . . . .	102
	1. Allmänt . . . . .	102
	2. Värdebeständighetsfrågans principiella lösning . . . . .	105
	3. Justering av bidraget efter den allmänna löneutvecklingen . . . . .	107
	4. Justering av bidraget med hänsyn till förändringar i personalens antal, sammansättning och löneställning . . . . .	107
Kap. 10.	De föreslagna bidragens tillämplighet på städerna Stockholm, Göte- borg och Malmö . . . . .	111
	1. Bidrag till byggnadskostnader . . . . .	112
	2. Bidrag till driftkostnader. . . . .	114
Kap. 11.	Sammanfattning. . . . .	119
Reservation av ledamoten Ringström . . . . .		129

#### Tabeller

Tabell L: I. Beräknad fördelning å landstingen av statens driftkostnader för egentlig mentalsjukvård under 1958 . . . . .	137
Tabell L: II. Landstingens driftkostnader för övrig mentalsjukvård och för vård å epileptikeranstalter under 1958 . . . . .	140
a) Vårdhem för lättskötta mentalt sjuka . . . . .	140
b) Psykiatriska avdelningar vid lasarett (vuxen Klientel) . . . . .	141
c) Psykisk barna- och ungdomsvård . . . . .	142
d) Undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna . . . . .	143
e) Vård å epileptikeranstalter . . . . .	144
Tabell L: III A. Det ekonomiska utfallet för landstingen av ett enhetligt drift- bidrag om 14 kr. per invånare och 2 550 kr. per vårdplats vid nuvarande ut- byggnad av dels hela mentalsjukvården exklusive vård av svårskötta psy- kiskt efterblivna och dels vården å epileptikeranstalter . . . . .	145
Tabell L: III B. Det ekonomiska utfallet för landstingen av ett enhetligt drift- bidrag om kr. 29:60 per invånare vid nuvarande utbyggnad av dels hela	

mentalsjukvården exklusive vård av svårskötta psykiskt efterblivna och dels vården å epileptikeranstalter . . . . .	151
Tabell L: IV. Fördelning å landstingen av statens beräknade driftkostnader för egentlig mentalsjukvård vid förutsatt utbyggnad . . . . .	152
Tabell L: V. Landstingens driftkostnader för övrig mentalsjukvård och för vård å epileptikeranstalter vid förutsatt utbyggnad . . . . .	153
a) Vårdhem för lättskötta mentalt sjuka. . . . .	153
b) Psykiatriska avdelningar vid lasarett (vuxenklientel) . . . . .	154
c) Psykisk barna- och ungdomsvård . . . . .	155
d) Undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna . . . . .	156
e) Vård å epileptikeranstalter . . . . .	157
Tabell L: VI. Det ekonomiska utfallet för landstingen av ett enhetligt driftbidrag om 14 kr. per invånare och 2 550 kr. per vårdplats vid förutsatt utbyggnad av dels hela mentalsjukvården exklusive vård av svårskötta psykiskt efterblivna och dels vården å epileptikeranstalter . . . . .	159
Tabell S: I. Storstädernas driftkostnader för egentlig mentalsjukvård under 1958 . . . . .	161
Tabell S: II. Statens bidrag tillorstädernas driftkostnader för övrig mentalsjukvård och vård å epileptikeranstalter under 1958 . . . . .	162
a) Vårdhem för lättskötta mentalt sjuka . . . . .	162
b) Psykiatriska avdelningar vid lasarett (vuxenklientel) . . . . .	162
c) Psykisk barna- och ungdomsvård . . . . .	163
d) Undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna . . . . .	163
e) Vård å epileptikeranstalter . . . . .	163
Tabell S: III. Det ekonomiska utfallet förorstäderna av ett enhetligt driftbidrag om 14 kr. per invånare och 2 550 kr. per vårdplats vid nuvarande utbyggnad av dels hela mentalsjukvården exklusive vård av svårskötta psykiskt efterblivna och dels vården å epileptikeranstalter. . . . .	164
Tabell S: IV. Beräkning av statens bidrag tillorstädernas driftkostnader för egentlig mentalsjukvård vid förutsatt utbyggnad . . . . .	166
Tabell S: V. Beräkning av statens bidrag tillorstädernas driftkostnader för övrig mentalsjukvård och vård å epileptikeranstalter vid förutsatt utbyggnad . . . . .	166
a) Vårdhem för lättskötta mentalt sjuka. . . . .	166
b) Psykiatriska avdelningar vid lasarett (vuxenklientel) . . . . .	166
c) Psykisk barna- och ungdomsvård . . . . .	167
d) Undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna . . . . .	167
e) Vård å epileptikeranstalter . . . . .	167
Tabell S: VI. Det ekonomiska utfallet förorstäderna av ett enhetligt driftbidrag om 14 kr. per invånare och 2 550 kr. per vårdplats vid förutsatt utbyggnad av dels hela mentalsjukvården exklusive vård av svårskötta psykiskt efterblivna och dels vården å epileptikeranstalter . . . . .	168
<i>Bilagor</i>	
1. Tillämpning av bidragsbestämmelser enligt gällande avtal mellan staten och städerna Stockholm, Göteborg och Malmö angående städernas övertagande av mentalsjukvården. . . . .	169
2. Sammanställning över disponerade markområden m. m. vid vissa statliga mentalsjukhus. . . . .	172

151	... ..
152	... ..
153	... ..
154	... ..
155	... ..
156	... ..
157	... ..
158	... ..
159	... ..
160	... ..
161	... ..
162	... ..
163	... ..
164	... ..
165	... ..
166	... ..
167	... ..
168	... ..
169	... ..
170	... ..
171	... ..
172	... ..
173	... ..
174	... ..
175	... ..
176	... ..
177	... ..
178	... ..
179	... ..
180	... ..
181	... ..
182	... ..
183	... ..
184	... ..
185	... ..
186	... ..
187	... ..
188	... ..
189	... ..
190	... ..
191	... ..
192	... ..
193	... ..
194	... ..
195	... ..
196	... ..
197	... ..
198	... ..
199	... ..
200	... ..

## KAPITEL 1

### Utredningsuppdraget

Direktiven för mentalsjukvårdens statsbidragsutredning innefattas i ett anförande till statsrådsprotokollet över inrikesärenden den 6 juni 1957 av dåvarande chefen för inrikesdepartementet, statsrådet Hedlund.

Efter att inledningsvis ha berört ansvarsfördelningen inom mentalsjukvården i vårt land erinrar departementschefen om den pågående upp- rustningen av den statliga sektorn av vårdområdet med den av 1956 års riksdag godkända reviderade generalplanen som riktlinje. Planens målsättning att inom varje sjukvårdsområde skall finnas ett statligt primärsjukhus och att sjukhusens upptagningsområden i görligaste mån skall anpassas efter landstingens sjukvårdsområden har varit avhängig av önskemålen att samordna all mentalsjukvård inom varje sådant område inbördes och med kroppssjukvården där samt att skapa förutsättningar för införandet av ett enhetligt huvudmannaskap för all sjukvård. De vårdorganisatoriska problem, som äger samband härmed, vore föremål för prövning av mental- sjukvårdsdelegationen.

Beträffande spørsmålet om det enhetliga huvudmannaskapet för mentalsjukvården framhåller departementschefen, att denna fråga länge varit aktuell och sedan slutet av 1940-talet berörts i olika sammanhang bl. a. i den proposition (nr 106) till 1956 års riksdag, där förslag om den reviderade generalplanen framlades. Departementschefen hade därvid uttalat bl. a. följande.

»Den fullständiga samordningen av all mentalsjukvård inom ett sjukvårdsområde liksom av denna vård och kroppssjukvården torde icke komma till stånd förrän all sjukvård åtminstone i princip sammanförts under ett enhetligt huvudmannaskap. En dylik samordning är otvivelaktigt betydelsefull för att få en effektiv och god sjukvård. Som en allmän målsättning för reformarbetet på detta område kan jag därför acceptera ett sådant huvudmannaskap. Jag förutsätter självfallet härvid, att detta kommer att åvila landstingen och städerna utanför landsting. Emellertid delar jag den av bl. a. medicinalstyrelsen och landstingsförbundet framförda meningen, att ett generellt överförande av huvudmannaskapet för sinnessjukvården icke lämpligen kan ske förrän den nu planerade upp- rustningen av de statliga sinnessjukhusen genomförts. Tänkbart är emellertid, att ett överförande av huvudmannaskapet endast inom något eller några landstingsområden kan komma ifråga redan innan upp- rustningen i hela landet är slutförd. Det är därför angeläget att utan onödig tidsutdräkt klarlägga de ekonomiska förutsättningarna och villkoren för ett överförande och för driften i landstingens regi.

Med hänsyn härtill är det min avsikt att vid lämplig tidpunkt begära bemyndigande att föranstalta om en allsidig utredning härom.»

I sitt utlåtande (nr 128) i anledning av förenämnda proposition förklarade sig statsutskottet icke vara berett att taga ställning till frågan om det framtida huvudmannaskapet för mentalsjukvården. Det anslöt sig dock till departementschefens uppfattning, att en förutsättningslös utredning borde komma till stånd för att klarlägga den ur vårdsynpunkt lämpligaste utformningen av mentalsjukvården inom sjukvårdsområdena ävensom vilket huvudmannaskap, som ur ekonomisk synpunkt kunde vara att föredraga.

Även sjukhuslagstiftningskommittén behandlade frågan i sitt betänkande med förslag till sjukhuslag m. m. (SOU 1956: 27) och anförde därvid, att en partiell överflyttning av huvudmannaskapet för mentalsjukvården borde ske efter avtal mellan staten och respektive landsting. Någon skyldighet för huvudmännen att ombesörja anstaltsvård för sådana psykiskt sjuka, som vore i behov av vård på sinnessjukhus, hade därför icke fastslagits i lagförslaget. Utformningen av lagbestämmelserna hade gjorts sådan, att den icke skulle lägga hinder i vägen för ett successivt överförande av huvudmannaskapet.

En utredning angående de ekonomiska villkoren för överförandet och driften bör enligt departementschefen klarlägga, hur dessa frågor bör lösas, därest huvudmannaskapet för mentalsjukvården i princip skall åvila landstingen och städerna utanför landsting. Utredningen har därvid att räkna med att överförandet icke bör innefatta de grenar, som mentalsjukvårdsdelegationen anser böra stanna kvar under statens huvudmannaskap. I dessa frågor anför departementschefen vidare:

I fråga om de villkor på vilka överförandet skulle ske, och storleken av de driftbidrag, som i fortsättningen skulle lämnas av staten, bör utredningen vara förutsättningslös. Eftersom det överhuvudtaget icke torde vara möjligt att draga en fast gräns mellan principiellt statliga och principiellt kommunala uppgifter kan utredningen självfallet inte ha till utgångspunkt att vården av ifrågavarande mentalsjuka i princip bör åvila vare sig staten eller landstingen. Såsom allmänna statsbidragsutredningen framhållit i sitt 1952 avgivna betänkande utgöres den enda gräns som i praktiken kan upprätthållas mellan statliga och kommunala uppgifter av den faktiska arbetsfördelningen sådan den angivits av statsmakterna. I detta sammanhang vill jag understryka, att grunden till att jag i princip är positivt inställd till ett överförande av huvudmannaskapet är att söka i intresset att få en så god mentalsjukvård samt en så effektiv och samordnad sjukvårdsorganisation som möjligt. De ekonomiska synpunkterna har icke varit bestämmande. Emellertid har ett överförande betydande ekonomiska konsekvenser. För innevarande budgetår är cirka 148,5 miljoner kronor anvisade endast till avlöningar och omkostnader vid statens sinnessjukhus. Uppenbarligen kan icke kostnader av denna storlek överflyttas på de kommunala sjukvårdshuvudmännen att bestridas genom allmän kommunalskatt utan bidrag från staten. Storleken av detta bidrag får bedömas med utgångspunkt från de nuvarande kostnaderna för den statliga sinnessjukvården.

Huruvida ett sådant bidrag bör utgå i förhållande till de på visst sätt fastställda

verkliga kostnaderna eller bestämmas efter mera generella, schematiska grunder bör prövas av utredningen. Vissa skäl synes tala för den sistnämnda linjen, som överensstämmer med den, efter vilken allmänna statsbidragsutredningen arbetat för primärkommunernas del. Principerna har, såvitt avser driftbidragen, redovisats i utredningens betänkande om förenklad statsbidragsgivning (SOU 1956: 8), på grund av vilket förslag i ämnet framlagts för och numera godkänts av 1957 års riksdag (prop. 112, riksdagens skrivelse 239). Vad nu sagts gäller även de anläggningsbidrag, som utredningen kan finna påkallade att utgå för nybyggnader och motsvarande vid mentalsjukhusen. I detta hänseende kan hänvisas till statsbidragsutredningens den 3 december 1956 avgivna betänkande om förenklad statsbidragsgivning till primärkommunernas kapitalutgifter.

Utredningen bör framlägga förslag till allmänna riktlinjer att gälla för överförandet av huvudmannaskapet samt för statens bidrag till anläggnings- och driftkostnader. Däremot synes utredningen icke nu böra taga upp frågan om villkoren i de enskilda fallen eller tillämpningen på dessa av de allmänna riktlinjerna. De förhandlingar, som här kunna erfordras, torde få föras i annan ordning, sedan nämnda riktlinjer godtagits av statsmakterna. Det sagda bör även gälla för det fall, att sedan ställning i princip tagits till överförandet av huvudmannaskapet det anses att överförandet kan ske successivt genom att inom något eller några sjukvårdsområden genomföras tidigare än i landet i övrigt. Vid utredningen bör prövas, om för denna eventualitet andra riktlinjer och villkor bör gälla intill dess en mera betydande del av denna sjukvård övergått till de nya huvudmännen. Såsom sjukhuslagstiftningskommittén framhållit bör här måhända avtalslinjen komma till användning.

Beträffande de tre största städerna, som själva enligt särskilda avtal mot ersättning av staten handhar huvudparten av sin mentalsjukvård, framhåller departementschefen, att utredningen bör eftersträva generella bidragsbestämmelser, som kan tillämpas även för storstäderna, då efter ett överförande av mentalsjukvården till landstingen enhetliga statsbidragsregler om möjligt bör gälla för hela vårdgrenen. Eventuella förhandlingar, som erfordras för att revidera avtalen efter dessa nya riktlinjer, bör emellertid föras i annan ordning. Ej heller bör utredningen upptaga lagstiftningsfrågor. Avsikten är att, då utredningen framlagt förslag om villkoren för överförande av huvudmannaskapet och dessa godtagits av statsmakterna, till behandling upptaga frågan om erforderliga lagbestämmelser för att fastslå huvudmannaskapet och reglera mentalsjukvården över huvud.

I fråga om de för närvarande utgående statliga bidragen till de kommunala huvudmännen för av dem redan omhändertavda mentalvårdsgrenar anför departementschefen slutligen följande.

Beslutas i enlighet härmed att huvudmannaskapet för all mentalsjukvård skall åvila kroppssjukvårdens huvudmän, synes det vara angeläget att de statsbidrag som då skall utgå för den del av mentalsjukvården, som f. n. omhänderhas av staten, samordnas med de bidrag, som nu utgår för de grenar av mentalsjukvården, för vilka ansvaret redan åvilar landstingen. Härigenom torde nämligen en rationell organisation av all sådan vård inom sjukvårdsområdet främjas och en sådan samordning ligger också helt i linje med de principer för förenkling av statsbidragsgivningen som enligt vad förut sagts numera på förslag av allmänna statsbidragsutredningen godkänts av statsmakterna för primärkommunernas del. Frågan om

ett sammanförande av de nu utgående bidragen till mentalsjukvård med de nya bidragen för den egentliga sinnessjukvården bör därför prövas av utredningen. De bidrag, jag här åsyftar är i första hand bidragen till psykiatriska lasarettssavdelningar, vårdhem för lättskötta sinnessjuka, anstalter för psykopatiska och nervösa barn samt till undervisningen och vården av de psykiskt efterblivna. Även bidraget till psykisk barna- och ungdomsvård, som f. n. inom ramen för dess allmänna uppdrag prövas av mentalsjukvårdsdelegationen, bör kunna komma i fråga för inordnande i ett generellt bidrag. Vid utredningsarbetet bör samråd ske med nämnda delegation, som ju över huvud har att undersöka hur all mentalsjukvård inom ett sjukvårdsområde lämpligen bör uppbyggas och fungera, och de förslag som delegationen kommer fram till bör, i den mån de godkännes, ligga till grund för utformningen av de nya bidragen och de statsbidragsvillkor, som alltjämt anses nödvändiga. Här bör dock en väsentligt större frihet kunna lämnas huvudmännen än f. n. En annan riktpunkt för denna del av utredningsarbetet bör vara att ett enhetligt bidragssystem i fråga om mentalsjukvården icke leder till allvarliga omkastningar i landstingens och städernas utanför landsting ekonomi och skattetryck. I detta hänseende torde de riktlinjer, som den 20 november 1953 av chefen för finansdepartementet uppdrogs i direktiven för allmänna statsbidragsutredningen kunna tjäna till vägledning.

## KAPITEL 2

# Översikt över mentalsjukvårdens nuvarande organisation och finansiering m. m.

### 1. Organisation

#### A. Huvudmannaskap

Huvudmannaskapet för vården av psykiskt sjuka åvilar i vårt land delvis staten, delvis landstingen och städerna utanför landsting. Den egentliga mentalsjukvården, d. v. s. vården av mentalt sjuka, som kräver fullständig medicinsk utrustning eller kontinuerlig övervakning, har sedan länge omhänderhåfts av staten. Enligt särskilda avtal har emellertid städerna Stockholm, Göteborg och Malmö själva åtagit sig ansvaret för vården av större delen av detta klientel inom sina respektive områden. Dessutom har i vissa fall andra primärkommuner inrättat egna mindre mentalsjukhus, de flesta i anslutning till ålderdomshem. Anledningen härtill torde närmast ha varit den rådande bristen på vårdplatser inom de statliga vårdinrättningarna.

Landstingen och städerna utanför landsting är huvudmän för vården av de lättskötta mentalt sjuka ävensom av personer med lindrigare psykiska besvär, det s. k. neurosklientelet. Vården av dessa klientelgrupper sker huvudsakligen vid vårdhem respektive psykiatriska avdelningar vid lasarett. Landstingen och de landstingsfria städerna omhänderhar vidare den psykiska barna- och ungdomsvården samt undervisningen och vården av huvudparten av de psykiskt efterblivna. En del av dessa vårduppgifter har landstingen och städerna frivilligt åtagit sig.

#### B. Statlig mentalsjukvård

Den del av mentalsjukvården, som omhänderhas av staten, bedrivs dels i form av sluten vård, d. v. s. inom särskilda vårdinrättningar, inklusive familjevård, och dels såsom öppen vård, s. k. hjälpverksamhet. För *den slutna vården* finnes dels primärsjukhus och dels sekundärsjukhus eller sekundäravdelningar. Med primärsjukhus avses sjukhus med särskilda upptagningsområden. Storleken på respektive sjukhus och därmed dess upptagningsområde torde ha bestämts främst efter ett beräknat vårdplatsbehov för större befolkningsområden än länen. Områdena ansluter därför endast undantagsvis till landets indelning i landstingsområden.

De befintliga primärsjukhusen, redovisade länsvis, deras antal vårdplatser



den 31 december 1958 samt medelbeläggning under år 1958, patienter i familjevård icke inräknade, framgår av följande sammanställning.

Län	Sjukhus	Platsantal 31/12 1958	Medelbeläggning 1958
Uppsala.....	Ulleråker, Uppsala	1 480	1 526
Södermanland.....	Sundby, Strängnäs	895	1 066
	S:ta Anna, Nyköping	206	215
Östergötland.....	Birgitta, Vadstena	1 033	1 023
Jönköping.....	Ryhov, Jönköping	1 400	1 610
Kronoberg.....	S:t Sigfrid, Växjö	970	1 039
Kalmar.....	S:ta Gertrud, Västervik	986	1 232
Gotland.....	S:t Olof, Visby	264	305
Blekinge.....	Gullberna, Karlskrona	800	534 <sup>1</sup>
Malmöhus.....	S:t Lars, Lund	1 442	1 433
	S:ta Maria, Hälsingborg	1 350	1 590
Göteborgs och Bohus.....	S:t Jörgen, Göteborg	542	513
Älvsborg.....	Restad, Vänersborg	1 204	1 279
Värmland.....	Marieberg, Kristinehamn	1 132	1 172
Kopparberg.....	Säter	1 164	1 236
Västernorrland.....	Sidsjön, Sundsvall	908	971
Jämtland.....	Frösö	813	910
Västerbotten.....	Umedalen, Umeå	1 039	1 143
Norrbottn.....	Furunäset, Piteå	766	788
		18 394	19 585

<sup>1</sup> Sjukhuset helt taget i bruk under maj 1958.

Vid två primärsjukhus, S:t Sigfrids sjukhus i Växjö och Sidsjöns sjukhus i Sundsvall, finns s. k. specialavdelningar inrättade om 100 respektive 102 vårdplatser, avsedda för omhändertagande av bl. a. vissa straffriförklarade, företrädesvis psykopater. Härjämte finnes vid S:ta Gertruds sjukhus i Västervik och Sätters sjukhus s. k. fasta paviljonger om 34 respektive 37 vårdplatser för vård av särskilt farliga patienter. Nu angivna platssiffror, tillhoppa 273, ingår i de ovan redovisade. Medelbeläggningen å dessa platser under år 1958 utgjorde 260. För vård av vissa psykiskt abnorma, det s. k. psykopatkielentelet, har beslut fattats om uppförande av ett specialistsjukhus i Katrineholm om 245 platser.

I avsikt att avlasta primärsjukhusen har i anslutning till vissa av dem anordnats sekundäravdelningar, avsedda för vård av mindre svårskötta kroniskt sjuka patienter. Dyliga avdelningar finnes f. n. vid Sundby sjukhus i Strängnäs, Birgittas sjukhus i Vadstena, S:t Sigfrids sjukhus i Växjö och Restads sjukhus i Vänersborg samt vid Sätters och Frösö sjukhus. För vård av visst kroniskt klientel finnes dessutom tre fristående sekundärsjukhus, nämligen Psykiatriska sjukhuset i Stockholm, huvuddelen av Källshagens sjukhus i Vänersborg och Gådeå sjukhus i Härnösand. Tillsammans representerade dessa sekundäravdelningar och sjukhus vid utgången av år 1958 ett platsantal för mentalt sjuka om 1 992 med en medelbeläggning under året av 2 014 patienter.

Något mentalsjukhus finnes f. n. icke inom Stockholms, Kristianstads, Hallands, Skaraborgs, Örebro, Västmanlands och Gävleborgs län samt ej heller inom Kalmar läns södra landstingsområde. I överensstämmelse med den av statsmakterna år 1956 i princip godkända reviderade generalplanen för mentalsjukvårdens upprustning har emellertid beslutats att nya mentalsjukhus skall uppföras i Skaraborgs län (Falbygdens sjukhus i Falköping med 784 platser), i Örebro län (Mellringe sjukhus i Örebro med 780 platser), samt i Gävleborgs län (sjukhus i Bollnäs med 660 platser). Vidare föreligger statsmakternas principbeslut om uppförande av ett sjukhus i Västmanlands län, varjämte i den av 1959 års riksdag bifallna propositionen nr 87 förordats ett mentalsjukhus i Stockholms län med 627 platser, förlagt i anslutning till Löwenströmska lasarettet i Upplands Väsby. Den reviderade generalplanen förutsätter dessutom, att ett mentalsjukhus uppföres i Hallands län. Efter planens genomförande kommer mentalsjukhus sålunda att finnas inom samtliga landstingsområden utom Kalmar läns södra och Kristianstads läns.

I fråga om de nu befintliga sjukhusen innebär den reviderade generalplanen bl. a., att S:ta Annas sjukhus i Nyköping nedlägges och att Källshagens sjukhus i Vänersborg jämte Gådeå sjukhus i Härnösand tages i anspråk för vård av psykiskt efterblivna. För övriga sjukhus förutsätter planen i regel, att en viss nedskärning av antalet vårdplatser vidtages i samband med sjukhusens upprustning.

I familjevård placerade patienter betraktas enligt sinnessjuklagen som intagna på sjukhus och erlägger stadgad vårdavgift. De erhåller från sjukhuset sängutrustning, kläder, medicin m. m. ävensom flitpengar efter samma normer som de å sjukhuset inneliggande patienterna. Särskild ersättning, fastställd av medicinalstyrelsen, utgår till de kontrakterade familjevårdshemmen. Arbetsuppgifterna inom denna vårdform handhas av särskild personal, som i regel är gemensam för sjukhusets familjevård och hjälpverksamhet. Dylig s. k. kontrollerad familjevård är f. n. anordnad vid samtliga primärsjukhus utom Sundby, Gullberna, S:ta Maria och S:t Jörgens sjukhus ävensom vid sekundärsjukhuset Källshagen.

*Öppen mentalsjukvård* i statlig regi bedrivs f. n. huvudsakligen i form av s. k. hjälpverksamhet i anslutning till sjukhusen. Denna verksamhet, varom regler finnes i sinnessjukvårdsstadgan, avser dels att meddela de sjuka och dem närstående erforderliga råd och anvisningar rörande vården och dels att bistå de å sjukhuset intagna eller därifrån utskrivna i personliga och ekonomiska angelägenheter. Hjälpverksamhet finnes anordnad vid samtliga primärsjukhus samt vid Källshagens sjukhus och ombesörjes i regel av härför särskilt anställda överläkare, föreståndarinnor och vid en del sjukhus sociala kuratorer. Denna personal står kostnadsfritt till allmänhetens förfogande vid mottagningar å sjukhusen eller under resor inom deras upptagningsområden. Kostnaderna för den öppna vård, som sålunda

bedrives vid de statliga mentalsjukhusen, uppgick år 1958 till omkring 1,3 milj. kronor.

Jämsides med hjälpverksamheten förekommer vid vissa av de statliga sjukhusen en undersöknings- och behandlingsverksamhet, som handhas av andra vid sjukhusen anställda läkare än hjälpverksamhetsöverläkaren. Denna form av öppen vård, som icke är författningsmässigt reglerad, bedrives endast i mycket begränsad omfattning.

Förutom de i egentlig mening psykiskt sjuka omfattar statens uppgifter inom mentalsjukvården även undervisning och vård av vissa asociala och svårskötta *psykiskt efterblivna*. Dessa grupper har i lagen den 4 juni 1954 om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna närmare angivits såsom undantag från landstingens och städernas utanför landsting vård- och undervisningsskyldighet. För vården av ifrågavarande klientel har staten f. n. fyra särskilda sjukhus, nämligen Västra Ny sjukhus vid Motala, Vipeholms sjukhus i Lund, Västra Marks sjukhus i Örebro samt Salberga sjukhus i Sala, varjämte vissa avdelningar å Källshagens sjukhus i Vänersborg disponeras för ändamålet. Tillsammans representerar dessa sjukhus ett platsantal av 2 114. Medelbeläggningen uppgick under år 1958 till 2 073 patienter.

De begränsade statliga vårdresurserna på detta vårdområde har medfört, att den avsedda uppdelningen av klientelet å statliga respektive icke statliga vårdinrättningar hittills icke kunnat helt genomföras. Beslut föreligger emellertid om uppförande av ett nytt sjukhus om 540 vårdplatser för det statliga klientelet i anslutning till Salberga sjukhus. Härtill kommer det ytterligare tillskott om 700—800 platser, som det planerade ianspråktagandet av hela Källshagens samt Gådeå sjukhus för denna vårduppgift medför.

Till den statliga vården av psykiskt efterblivna får även hänföras de två av staten drivna skol- och yrkeshemmen för barn med komplicerad utvecklingshämning, belägna i Vänersborg respektive Salbohed. Samma klientel omhändertages vid de med i huvudsak statsmedel drivna enskilda skolhemmen Söderhaga i Huddinge kommun och Sävstaholm i Vingåkers kommun.

För vård av patienter med lättare psykiska sjukdomstillstånd, i huvudsak s. k. *neurosklientel*, har under senare årtionden inrättats psykiatriska kliniker vid undervisningssjukhusen. Staten är formellt huvudman endast för kliniken vid Karolinska sjukhuset och Akademiska sjukhuset i Uppsala men svarar för huvudparten av driftkostnaderna även vid undervisningskliniken i Lund. Dessutom finnes sådana kliniker i Stockholm och Göteborg. Samtliga kliniker representerar tillsammans 537 platser, varav 34 å självständiga barnpsykiatriska kliniker.

### C. Kommunal mentalsjukvård

De grenar av mentalsjukvården, för vilka staten icke drager försorg, handhas av landstingen och städerna utanför landsting. Deras vårduppgifter om-

fattar sålunda som tidigare nämnts i huvudsak vården av s. k. lättskötta mentalt sjuka och av neurosklientelet, vidare den psykiska barna- och ungdomsvården samt undervisning och vård av huvudparten av de psykiskt efterblivna.

Gemensamt för vården av de till *landstingens huvudmannaskap* hänförliga klientelgrupperna gäller, att sinnessjuklagens bestämmelser om kvarhållningsrätt icke är tillämpliga. Den praktiska gränsdragningen i förhållande till det statliga klientelet har beträffande *de lättskötta mentalt sjuka* av statens sinnessjukvårdsberedning angivits böra ske så, att till sådana sjuka hänföres i huvudsak lugna och ordnade patienter, som i stort sett kan sköta sig själva och endast i ringa utsträckning är sängliggande. För vården av detta klientel finnes särskilda vårdhem inrättade inom landstingens sjukvårdsområden med ett sammanlagt godkänt vårdplatsantal av ungefär 4 500. För att inrätta och driva sådana hem fordras särskilt tillstånd av medicinalstyrelsen. För den medicinska vården svarar särskilt förordnade läkare. Utbyggnaden av vårdorganisationen är mycket ojämn de enskilda sjukvårdsområdena emellan. Ett område — Gotlands län — saknar helt vårdhem.

Under senare tid har inom ett antal landstingsområden inrättats *psykiatriska avdelningar* vid eller i anslutning till kroppssjukhusen. F. n. finnes dylika avdelningar vid centrallasaretten i Eskilstuna, Linköping, Jönköping, Kristianstad, Halmstad, Vänersborg, Borås, Karlstad, Örebro, Västerås, Östersund samt Boden. Dessa avdelningar, sammanlagt 12 st., representerar tillhoppa drygt 550 vårdplatser för vuxna. Ytterligare avdelningar är planerade och under byggnad.

Verksamheten vid de psykiatriska lasarettavdelningarna bedrivs dels som sluten vård, d. v. s. genom frivillig intagning å särskilda vårdavdelningar, och dels som öppen vård. Denna utövas vid särskilt anordnad poliklinisk mottagning, som vid flertalet sjukhus handhas av avdelningens överläkare. Till den öppna vårdens förfogande står även kuratorer samt vid några sjukhus psykologer och arbetsterapeuter. Vid de psykiatriska avdelningarna utredes och diagnosticeras även olika remissfall. Därjämte förekommer en viss konsultverksamhet för lasarettens övriga avdelningar.

Ytterligare en form av öppenvård-verksamhet bedrivs inom vissa landstingsområden av de s. k. *landstings- eller länspsykiatrikerna*. I samband med tillkomsten av psykiatriska lasarettavdelningar har tidigare inrättade befattningar som länspsykiater på vissa håll indragits och kvarstår numera endast i Stockholms och Kristianstads län. Psykiaternas arbetsuppgifter är i förhållande till vårdhems-klientelet desamma som den statliga hjälpverksamhetens uppgifter beträffande de egentligt mentalt sjuka. I övrigt är verksamheten närmast av samma art som vid lasarettavdelningarnas öppna mottagningar. Psykiaterns tjänsteutövning har till väsentlig del varit förlagd ute på fältet.

Landstingens verksamhet inom *den psykiska barna- och ungdomsvården* skall enligt gällande bestämmelser om statsbidrag vara anordnad enligt plan, som godkänts av medicinalstyrelsen, och inom varje landstingsområde utövas vid minst en central samt, om så erfordras, vid en eller flera filialer. Centralen bör vara förlagd till sjukhus och anknuten till befintlig barnavdelning. Om detta icke låter sig göra, skall sådana anordningar vidtagas, att erforderligt antal vårdplatser står till förfogande vid närbeläget lasarett, i första hand å eventuell barnavdelning. För verksamheten skall inom varje område finnas anställda en eller flera specialutbildade läkare samt en eller flera assistenter.

Verksamheten inom den psykiska barna- och ungdomsvården, vars tyngdpunkt f. n. är förlagd till den öppna vårdformen, har hittills fått en förhållandevis begränsad omfattning, vilket främst torde ha sin grund i den rådande bristen på läkare och annan kvalificerad personal. I Jämtlands län har en tidigare igångsatt verksamhet måst nedläggas av denna anledning. En enligt ovan organiserad verksamhetsform förekom därför under år 1958 inom endast tio landstingsområden (Stockholms, Uppsala, Jönköpings, Kristianstads, Malmöhus, Älvsborgs, Värmlands, Örebro, Västerbottens och Norrbottens län). De vårdplatser, som hos landstingen står till förfogande för den psykiska barna- och ungdomsvårdens rådgivningscentraler, är förlagda antingen till barnpsykiatriska lasarettavdelningar eller till observationsplatser inom medicinska barnavdelningar. Barnpsykiatriska avdelningar finnes inrättade eller är beslutade bl. a. i Danderyd, Kristianstad, Örebro, Västerås, Sundsvall, Umeå samt Boden och omfattar ungefär 100 platser.

Verksamheten inom förevarande vårdgren bedrivs under intimt samarbete med olika barnhem och skolor inom respektive områden. Förutom den upplysningsverksamhet, som åvilar läkarna i förhållande till allmänhet och barnavårdande samhällsorgan, anlitas de i betydande omfattning som konsulter.

För patienter med beteenderubbningar, som inte lämpar sig för behandling i öppen vård, finnes ett landstingsägt hem för psykopatiska och nervösa barn, Råbylunds skolhem i Malmöhus län, samt ett i enskild regi drivet psykopathem, Mellansjö skolhem i Stockholms län. Detta senare hem står öppet för elever från hela riket.

Vad härefter angår vården av *psykiskt efterblivna* har landstingens och städernas utanför landsting vårdskyldighet fastslagits i lagen den 4 juni 1954 om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna. För varje landstingsområde skall upprättas en plan för ordnandet av undervisningen och vården av de psykiskt efterblivna. Denna plan, som fastställs av Konungen eller myndighet som Konungen bestämmer, skall upptaga specialskolor (särskolor) och vårdanstalter med erforderligt antal platser samt organ för öppen vård. Två eller flera landsting kan upprätta gemensam plan eller eljest förena sig om gemensamma särskolor och vårdanstalter med därtill

anknuten öppen vård. Plan må fastställas, även om den icke upptager plats åt alla psykiskt efterblivna inom området under förutsättning, att plats kan beredas dem å enskild särskola eller vårdanstalt, som godkänts för mottagande av dylika elever eller patienter från hela riket, s. k. rixanstalt. Landsting är pliktigt att bestrida kostnaderna för anordnande och drift även av annan tillhöriga skolor och anstalter, som upptagits i planen, i den mån platserna är avsedda för landstingsområdets behov och erforderliga medel icke tillhandahålles på annat sätt.

Särskola skall vara inrättad för externatundervisning eller såsom internat. De särskilda formerna av internat är *dels* småbarnshem med förskola för därför lämpade barn under skolåldern, *dels* skolhem med skola för teoretisk och praktisk undervisning för dem som är skolpliktiga vid särskola (d. v. s. psykiskt efterblivna, som kan tillgodogöra sig teoretisk eller praktisk undervisning vid särskola fr. o. m. 7 år t. o. m. 21 år eller 23 år då synnerliga skäl föreligger) *dels* ock yrkeshem för särskolepliktiga, som efter undervisning i skolhem anses böra erhålla yrkesundervisning. Av vårdanstalter finns följande former, nämligen arbetshem för arbetsföra efterblivna, som undervisats i särskola men icke kan taga vård om sig själva och med dem i förståndsutveckling och arbetsförmåga likställda, ålderdomshem för efterblivna, som vårdats eller kunnat vårdas i arbetshem men icke längre är arbetsföra, vårdhem för efterblivna barn, som kan antagas icke vara lämpade för undervisning i särskola eller icke kan tillgodogöra sig sådan undervisning samt slutligen vårdhem för höggradigt efterblivna vuxna, som icke kan vårdas i arbetshem eller ålderdomshem för efterblivna.

Landstingens och städernas skyldighet att ansvara för undervisning och vård föreligger icke beträffande psykiskt efterblivna, som är blinda, dövstumma, höggradigt vanföra eller epileptiska eller som på grund av asocialitet, indisciplinärt uppträdande, hypersexualitet eller av annat liknande skäl svårigen kan undervisas och vårdas tillsammans med andra psykiskt efterblivna, ej heller beträffande höggradigt psykiskt efterblivna, som är så svårskötta, att de fordrar vård å specialanstalt, eller som lider av tuberkulos i smittsamt skede. Vården av dessa grupper psykiskt efterblivna, vilka icke omfattas av 1954 års lag, omhänderhas som förut nämnts av staten.

F. n. disponerar landstingen för här avsedda vårduppgifter i runt tal 6 000 vårdplatser å egna anstalter. Detta platsantal svarar emellertid icke på långt när mot det föreliggande behovet. Landstingen disponerar emellertid platser även å vissa privatägda anstalter, dels s. k. plananstalter med sammanlagt ungefär 1 000 vårdplatser och dels s. k. rixanstalter med omkring 2 000 platser.

Ledningen av verksamheten, som omfattar såväl sluten som öppen vård, utövas av en särskilt tillsatt centralstyrelse, i regel en för varje landstingsområde. I de landstingsområden, där man förenat sig om gemensamma skolor eller vårdanstalter, ledes verksamheten av en gemensam centralstyrelse.

eller särskild skolstyrelse. Dylikt samarbete har i vissa fall etablerats mellan två eller flera huvudmän.

Såsom framgår av det föregående handhas den egentliga mentalsjukvården till största delen av staten. Genom särskilda, icke uppsägbara avtal med staten har emellertid de tre största städerna — *Stockholm, Göteborg och Malmö* — på vissa villkor förbundit sig att för framtiden omhänderha vården av de i respektive stad hemortsberättigade mentalt sjuka. En närmare redogörelse för avtalens innehåll och tillämpning lämnas i ett följande avsnitt.

Inom de tre storstäderna bedrivs *den egentliga mentalsjukvården* dels som slutna vård, d. v. s. inom särskilda vårdinrättningar, och dels som öppen vård i en form, som närmast motsvarar familjevården och hjälpverksamheten vid de statliga sjukhusen. För den slutna vården finnes f. n. fyra primärsjukhus, varav två i Stockholm (Beckomberga och Långbro sjukhus) samt ett i vardera Göteborg (Lillhagens sjukhus) och Malmö (Malmö östra sjukhus). Tillsammans omfattade dessa sjukhus vid 1958 års utgång 4 515 vårdplatser. Utöver dessa primärsjukhus har Stockholms stad två sekundärsjukhus (Norrtulls och Rånäs sjukhus) samt en sekundärvärdelning (å S:t Eriks sjukhus) med sammanlagt 820 platser.

För s. k. kontrollerad familjevård disponerar Stockholm över ett hundratal platser i familjevårdshem och ett centralhem. Ytterligare ett dylikt hem planeras. Göteborg förfogar över ett konvalescenthem för manliga patienter, beläget i Skaraborgs län (med ett fyrtiotal familjevårdshem anknutna) och ett hem för kvinnor i närheten av Alingsås. Malmö bedriver en speciell form av familjevård, som närmast är knuten till socialvårdens med bistånd av psykiater bedrivna verksamhet. Denna familjevård syftar närmast till omhändertagande och rehabilitering av partiellt arbetsföra och utövas i två former, dels som hemvård, där de sjuka — företrädesvis psykiskt sjuka — placeras i enskilda hem på landet under tillsyn av en hemvårdsinspektör, och dels som hemövervakning, varvid patienten placeras i eget eller annat hem i staden.

Den öppna vården i form av s. k. hjälpverksamhet torde för Stockholms vidkommande ha en förhållandevis ringa omfattning medan den i Göteborg och Malmö är rätt betydande. I Göteborg erhåller försöksutskrivna från mentalsjukhuset och andra hjälpbehövande eftervård genom sjukhusets läkare och kuratorer i samarbete med en psykiatrisk klinik och med två psykiatriskt skolade socialläkare. Exspektanterna till lasarettskliniken står under tillsyn av klinikens läkare och kuratorer. I Malmö åter bedrivs hjälpverksamheten främst genom ett antal kuratorer bl. a. för hembesök samt tillsyn av försöksutskrivna.

För vården av *lättskötta mentalt sjuka* disponerar Stockholm f. n. 107 platser, fördelade på tre vårdhem. I Malmö finnes ett hem med 199 platser.

Göteborg har ej något eget vårdhem men disponerar 112 platser på privatägda hem.

Utöver de *psykiatriska avdelningar* vid storstädernas kroppssjukhus, som fungerar som undervisningskliniker — vid Södersjukhuset i Stockholm och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg — finnes vid Malmö allmänna sjukhus en av staden inrättad psykiatrisk avdelning. Liksom vid landstingens motsvarande avdelningar förekommer här både sluten och öppen vård (poliklinik). Till den öppna vården får även hänföras den vid S:t Eriks sjukhus i Stockholm inrättade öppna mottagningen med bl. a. poliklinisk insulin- och elektrochockbehandling.

För *den psykiska barna- och ungdomsvården* finnes en utbyggd organisation i Stockholm och Göteborg. Ledningen för verksamheten utövas i Stockholm av barnavårdsnämnden och i Göteborg av sjukhusdirektionen. Den öppna vårdverksamheten tillgodoses vid centraler och filialer.

I Stockholm påbörjades redan tidigt rådgivningsverksamhet i uppfostringsfrågor och verksamheten inom den psykiska barna- och ungdomsvården har där utvecklats i snabbare takt än annorstädes i landet, då tillgången på specialistutbildade läkare där varit större. För intagning av patienter disponerar staden vissa platser å Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus och Karolinska sjukhusets barnpsykiatriska avdelning. Patienter med beteenderubbningar, som icke lämpar sig för behandling i öppen vård, beredes plats på särskilt hem för psykopatiska och nervösa barn, barnbyn Skå.

I Göteborgs stad bedrivs den psykiska barna- och ungdomsvården f. n. vid tre rådgivningsbyråer och en filial med särskild avdelning för lekterapi. Observations- och vårdplatser, tillhoppa 17, står till verksamhetens förfogande i anslutning till rådgivningsbyrån vid Göteborgs barnsjukhus. Inom verksamheten är sysselsatta åtta heltidsanställda läkare. För vård av missanpassade barn (psykopatiska och nervösa barn) disponerar staden två hem, Mjörnhemmet för förskolebarn och Skårsbo skolhem för pojkar i skolåldern.

Även Malmö stad driver ett hem för psykopatiska och nervösa barn (Nyhem). För stadens verksamhet i övrigt inom den psykiska barna- och ungdomsvården föreligger vissa organisationsplaner.

För statsunderstödda hem av här angivet slag gäller, att de ej må mottaga barn, som lider av krampanfall av epileptisk natur eller av smittosam sjukdom. Grovt vanartad elev må, om våda för andra intagnas sedliga utveckling därigenom befaras uppkomma, ej kvarstanna med mindre åtgärd vidtagits för hans överflyttande till »skyddshem». Intagen som befinnes vara psykiskt efterbliven, skall utan dröjsmål anmälas till särskola. Hemmen är underkastade statlig inspektion i enlighet med Kungl. Maj:ts föreskrifter. Läkare förordnas av medicinalstyrelsen eller, vid landstingsägda och landstingsfria städers anstalter, av vederbörande sjukvårdsstyrelse efter medicinalstyrelsens förslag.



För undervisning och vård av *psykiskt efterblivna* disponerar Stockholms stad f. n. omkring 800 platser, fördelade på sex internat, och Malmö stad ungefär 70 platser på tre internat. Göteborgs stad driver tre internat i samarbete med Göteborgs och Bohus läns landsting. Av deras platsantal torde i runt tal 270 falla på staden.

Det tillgängliga platsantalet för ifrågavarande klientel svarar icke tillnärmelsevis mot behovet, varför städerna varit hänvisade att i stor utsträckning placera patienter på enskilda anstalter. Sjukhusdirektionen i Göteborg har dessutom anordnat två vårdhem med sammanlagt 42 vårdplatser för barn upp till fem års ålder.

Även *övriga städer utanför landsting*, d. v. s. Norrköping, Hälsingborg och Gävle, driver egen mentalsjukvård om än i mindre omfattning. Samtliga har särskilda mentalsjukhus, Sandbyhovs norra sjukhus i Norrköping, Bergalids sjukhus i Hälsingborg samt S:t Staffans sjukhus i Gävle om 108, 92 respektive 82 vårdplatser. Vid sjukhusen i Norrköping och Gävle vårdas ett klientel, motsvarande dels det å de statliga mentalsjukhusen intagna och dels de lättskötta mentalt sjuka. Hälsingborgssjukhusets klientel torde helt vara hänförligt till den senare kategorien.

För lindrigare psykiskt sjuka personer, neurosklientelet, finnes vid lasaretten i Norrköping en psykiatrisk avdelning om 39 vårdplatser. Dylig avdelning finnes för närvarande icke i Hälsingborg eller Gävle.

Inom psykisk barna- och ungdomsvård förekommer ännu icke någon verksamhet i de nu aktuella städerna.

För undervisning och vård av psykiskt efterblivna drives av Norrköpings stad anstalten Värnhem om 97 platser och en externatskola. Hälsingborgs stad saknar eget vårdhem för detta klientel men har en externatskola i Råå. Gävle stad driver vårdhemmet Karlsberg och har i övrigt etablerat visst samarbete med Gävleborgs läns landsting beträffande utnyttjande av Höghammars särskola och vårdanstalt samt vårdhemmet Mohed.

Slutligen må nämnas även den mentalsjukvård, som i viss utsträckning alltså omhänderhas av ett tiotal andra primärkommuner än de tidigare nämnda, huvudsakligen städer. Denna vård drives dels i självständiga enheter och dels vid särskilda avdelningar för mentalt sjuka inom eller i anslutning till sådana hem, som avses i 18 § lagen om socialhjälp. I takt med utbyggnaden av den statliga mentalsjukvården torde den primärkommunala vårdorganisationen av denna typ bli av allt mindre betydelse och kan förmodas komma att så småningom helt upphöra.

## 2. *Vissa statsbidragsbestämmelser*

Till kostnaderna för de vårduppgifter inom mentalsjukvården, för vilka ansvaret åvilar landstingen och de landstingsfria städerna, utgår med några få undantag statsbidrag efter varierande normer dels för uppförande, inrättande och inlösen av vårdinrättningar och dels för driften av desamma.

I fråga om vårdhem för *lättskötta mentalt sjuka* återfinnes gällande bestämmelser om statsbidrag i två kungörelser av den 4 juni 1937 (S. F. S. nr 296 och 297; ändr. 1950: 277 och 278 samt 1954: 486). Bidrag utgår till såväl uppförande, inrättande eller inlösen av vårdhem som till driften av desamma. Statsbidrag kan beviljas landsting eller stad, som ej deltagar i landsting, för anordnande av vårdhem för *lättskötta mentalt sjuka* enligt 4 kap. sinnessjukvårdsstadgan. Enbart kommunala huvudmän är således statsbidragsberättigade. Vidare utgår statsbidrag endast för sådana vårdhem — i regel med minst 30 vårdplatser — som ingår i en av medicinalstyrelsen godkänd plan för mentalsjukvårdens tillgodoseende inom länet respektive staden.

Anläggningsbidrag utgår med högst 1 500 kronor för varje vårdplats inom ramen för hemmets normalbeläggning vid uppförande av ny byggnad, med högst 1 000 kronor för varje vårdplats till inköp av byggnad jämte kostnader för erforderliga om- och tillbyggnadsarbeten samt slutligen med högst 750 kronor för varje vårdplats till kostnader för erforderliga om- eller tillbyggnadsarbeten av befintlig byggnad, som ej uppförts eller inköpts för här avsett ändamål. Bidraget må dock uppgå till högst hälften av köpesumman respektive av de verkliga kostnaderna för erforderliga byggnads- och ändringsarbeten.

Statsbidrag till driften av vårdhemmen utgår med 1 krona 25 öre för dag och patient, dock icke utan medicinalstyrelsens medgivande för större antal vårdplatser än styrelsen fastställt som normal beläggning av hemmet. Till följd av rådande platsbrist inom det psykiatriska vårdområdet har förekommit och förekommer alltjämt en avsevärd överbeläggning på vårdhemmen. Medicinalstyrelsen har därför — efter tillstyrkan i varje särskilt fall av överinspektören för sinnessjukvården — i förekommande fall ansett sig böra bevilja statsbidrag för en högre beläggning än den normala.

Utgående statsbidrag till uppförande eller inrättande samt drift av *psykiatriska lasarettssavdelningar* regleras i två kungörelser av den 21 juni 1946 (S. F. S. nr 421 och 422; ändr. 1958: 572 och 573). Liksom i fråga om *lättskötta mentalt sjuka* må statsbidrag utgå till landsting och stad, som ej deltagar i landsting. Undantag härifrån har dock stipulerats för psykiatriska avdelningar i Stockholm, Göteborg och Malmö samt Uppsala och Lund (de båda sistnämnda universitetskliniker). Som allmänt villkor för bidrag gäller dessutom att psykiatrisk lasarettssavdelning skall vara anordnad vid eller i anslutning till i första hand ett delat, i andra hand ett odelat lasarett.

Bidrag till uppförande och inrättande av psykiatrisk avdelning har fixerats till högst hälften av byggnadskostnaderna. Om för ändamålet uppföres nybyggnad eller verkställes därmed jämförlig på- eller tillbyggnad, är dock bidraget maximerat till 6 000 kronor per vårdplats. Tages en för annat ändamål uppförd byggnad i anspråk för psykiatrisk lasarettssavdelning, utgår bidrag intill hälften av kostnaderna för om- och tillbyggnadsarbeten, dock med högst 3 000 kronor per plats. I sistnämnda fall må bidraget emellertid

bestämmas till högst hälften av de på avdelningen belöpande ursprungliga byggnadskostnaderna, maximerade till 6 000 kronor per vårdplats.

Statsbidrag till driften av psykiatrisk lasarettsavdelning utgår med 3 kronor för dag och patient på allmän sal eller därmed likställt rum. Avdelningen skall förestås av läkare med av medicinalstyrelsen godkänd psykiatrisk och neurologisk utbildning.

Det må här tilläggas, att några statliga bidrag inte utgår till barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar vid kroppssjukhusen.

I kungörelse den 22 juni 1945 (S. F. S. nr 489; ändr. 1949: 634) har bestämmelser meddelats om statsbidrag till *psykisk barna- och ungdomsvård*. Berättigad erhålla bidrag är endast landsting och landstingsfria städer för anordnande av psykisk barna- och ungdomsvård, som innefattar undersökning och behandling av psykiska rubbningar hos barn och ungdom, samt för rådgivning i uppfostringsfrågor.

Statsbidrag utgår till dels läkares och assistents avlöning och dels till dessa befattningshavares resor i tjänsten. Lönebidraget utgår med ett årligt belopp, motsvarande hälften av de verkliga kostnaderna, dock högst 6 000 kronor för läkare och 3 000 kronor för assistent. Vidare utgår bidrag till befattningshavarnas rese- och traktamentskostnader med 70 procent inom de tre nordliga länen, 60 procent inom Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län samt med 50 procent inom riket i övrigt. Nu ifrågasvarande bidrag utgår endast på villkor att undersökning, rådgivning och behandling meddelas avgiftsfritt.

I detta sammanhang skall nämnas något om gällande bestämmelser om statsbidrag till driften av *anstalter för psykopatiska och nervösa barn*. Dyligt bidrag, varom bestämmelser återfinnes i kungörelse den 4 juni 1937 (S. F. S. nr 303, ändr. 1942: 270 och 1952: 557), utgår till sådan anstalt för psykopatiska och nervösa barn, som drives av landsting, stad utanför landsting, barnvårdsförbund, förening eller stiftelse och som för ändamålet godkänts av medicinalstyrelsen. Godkännande må lämnas endast om behov av anstalten prövats föreligga.

Driftbidrag utgår med 2 kronor per dag och vårdad elev, dock högst hälften av anstaltens verkliga kostnader och ej för större antal vårdplatser än det av medicinalstyrelsen såsom normal beläggning fastställda. För den, som vid intagningen överskridit 17 års ålder, utgår icke bidrag, ej heller för intagen över 21 år.

Den enda enskilda anstalten av förevarande slag, Mellansjö skolhem, erhåller enligt särskilt avtal statsbidrag med f. n. 5 400 kronor för vårdplats och år, dock ej för större antal platser än medicinalstyrelsen fastställt såsom motsvarande normal beläggning (f. n. 36). Om beläggningen under bidragsåret avsevärt understigit det fastställda platsantalet, kan statsbidrag efter medicinalstyrelsens prövning utgå för ett mindre vårdplatsantal. Vårdavgiften vid hemmet fastställs av medicinalstyrelsen och utgör f. n. 22 kronor

per dag. Enligt avtalet gäller i övrigt ungefär samma villkor som beträffande andra anstalter för psykopatiska och nervösa barn.

Bestämmelserna om statsbidrag till uppförande eller inrättande samt drift av särskolor och vårdanstalter för *vissa psykiskt efterblivna* finnes intagna i två kungörelser av den 10 december 1954 (S. F. S. nr 738 och 739; ändr. 1955: 488 och 704 samt 1958: 403). Bidrag må i mån av tillgång på medel utgå till landsting och landstingsfria städer för anordnande av sådan särskola och vårdanstalt, som avses i lagen den 4 juni 1954 om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna och som upptagits i godkänd plan, s. k. plananstalt. Statsbidrag kan även utgå till enskild, förening eller stiftelse för anordnande av plananstalt eller skola eller anstalt, som godkänts för mottagande av efterblivna elever eller patienter från hela riket, s. k. riksanstalt.

Bidrag till anläggningskostnader erhålles dels för ny- eller tillbyggnad eller inköp jämte ombyggnad av för ändamålet lämpad byggnad, dels ock för erforderliga arbeten för omändring av byggnad i huvudmannens ägo, som ursprungligen uppförts för annat ändamål. Bidraget utgår i första fallet för varje av skolöverstyrelsen godkänd internatplats vid särskola med 12 000 kronor, för varje av medicinalstyrelsen godkänd internatplats å vårdanstalt med 9 000 kronor samt slutligen för sådan av vederbörande huvudtillsynsmyndighet (skolöverstyrelsen eller medicinalstyrelsen) godkänd externat-skola och extern vård-, arbets- eller sysselsättningsavdelning med 50 procent av den verkliga byggnadskostnaden, dock högst 9 000 kronor för plats. Vid omändring av befintlig byggnad i huvudmannens ägo, som uppförts för annat ändamål, utgår statsbidrag med 30 procent av den verkliga byggnadskostnaden, dock högst 12 000 kronor för godkänd internatplats vid särskola och 9 000 kronor för godkänd externatplats eller för internatplats vid vårdanstalt. Därest externatplatser anordnas vid internatskola eller vid vårdanstalt, anordnad som internat, kan statsbidraget höjas med belopp, som motsvarar högst 50 procent av ökningen av byggnadskostnaderna.

Statsbidrag till driftkostnader må utgå till — förutom landsting eller stad utanför landsting — enskild, förening eller stiftelse för driften av plananstalt eller riksanstalt. Bidrag kan erhållas till såväl lönekostnader som övriga driftkostnader. Lönebidrag utgår för rektorer (föreståndare) och lärare vid särskolor med belopp, som motsvarar 95 procent av de sammanlagda kontanta avlöningsförmånerna enligt vissa beräkningsgrunder. Till övriga driftkostnader utgår statsbidrag, för kalenderår räknat, med dels 1 200 kronor för varje vid särskola eller vårdanstalt den 1 oktober under bidragsåret befintlig, av huvudtillsynsmyndighet godkänd internatplats, dels 200 kronor för varje elev, som den 1 oktober under bidragsåret åtnjöt externatundervisning, och dels 200 kronor för varje psykiskt efterbliven, som den 1 oktober under bidragsåret var utackorderad i kontrollerad familje-

vård, ansluten till särskola eller vårdanstalt. Bidraget kan efter prövning av huvudtillsynsmyndigheten minskas, om beläggningen på särskola eller vårdanstalt under bidragsåret avsevärt understigit det godkända platsantalet eller eljest på särskilda skäl. Som villkor för åtnjutande av dessa driftbidrag gäller bl. a. att skolan eller anstalten anordnats och drives enligt 1954 års lag samt Kungl. Maj:ts eller huvudtillsynsmyndighetens bestämmelser, att fastställda avgifter för de intagna ej överskridits samt att, vad beträffar riksanstalt, bokföringen ordnats enligt myndighetens föreskrifter.

De författningar, som reglerar här ovan angivna statsbidrag, innehåller även vissa *formella föreskrifter*, som — ehuru i stort sett av samma innebörd — företer olikheter i detaljutformningen.

Såsom allmänna villkor för åtnjutande av statsbidrag till anläggningskostnader har för respektive bidrag föreskrivits bl. a., att i de kostnader, som ligger till grund för beräkning av bidragets storlek, icke får inräknas utgifter för anskaffande av tomt samt byggnadernas förseende med inventarier. Därjämte gäller att byggnader, till vilkas uppförande bidrag beviljas, icke utan särskilt medgivande av Kungl. Maj:t får användas för annat än det avsedda ändamålet. Statsbidraget skall helt eller delvis återbäras, om verksamheten vid vårdinrättningen nedlägges eller byggnaderna användes för annat ändamål. För samtliga bidrag till anläggningskostnader gäller vidare att de beviljas av Kungl. Maj:t och utbetalas av huvudtillsynsmyndigheten — skolöverstyrelsen i fråga om särskolor och medicinalstyrelsen i övriga fall — sedan lokalerna godkänts av myndigheten. Utbetalningen skall dessutom föregås av granskning av räkenskaperna över anskaffnings- och byggnadskostnaderna.

Driftbidragen utbetalas efter rekvisition halvårsvis eller årsvis i efterskott. Driftbidrag till särskolor och vårdanstalter för vissa psykiskt efterblivna utbetalas årsvis. Å dessa bidrag skall utan rekvisition utlämnas förskott för löpande redovisningsår med belopp, som beträffande lärarlönebidrag till särskolor motsvarar hälften av statsbidraget för närmast föregående redovisningsår. Förskott för övriga driftbidrag utgår med hälften av det för närmast föregående kalenderår utbetalade statsbidraget, allt avrundat till närmaste tusental kronor. Förskotten utbetalas i januari respektive juli månader. Slutligen har som villkor för åtnjutande av samtliga i det föregående redovisade statsbidrag till driftkostnader utom för vård av lättskötta mentalt sjuka stipulerats att i respektive författning bestämda eller av medicinalstyrelsen fastställda vårdavgifter icke får överskridas.

### 3. Statsbidrag till städerna Stockholm, Göteborg och Malmö

Som tidigare nämnts har städerna Stockholm, Göteborg och Malmö enligt särskilda avtal med staten förbundet sig att på vissa villkor själva ombesörja huvuddelen av sin mentalsjukvård. Avtalen är daterade för Stockholm

den 19 oktober och den 18 december 1925, för Göteborg den 1 och 18 december samma år samt för Malmö den 12 juli och den 9 september 1927. Sedermera har efter förhandlingar mellan städerna och medicinalstyrelsen överenskommelse träffats om viss revision av avtalen i formellt hänseende. Överenskommelsen har fått formen av ett tilläggsavtal, som godkänts av Kungl. Maj:t den 14 november 1958.

Enligt de träffade avtalen har respektive stad förbundit sig att beträffande i staden hemortsberättigade mentalt sjuka dels övertaga vården av de å statens anstalter för sinnessjuka intagna och dels för all framtid omhändera sjukvården utan annan kostnad för statsverket än som regleras i avtalet. Vissa grupper sjuka har undantagits från avtalens giltighet, nämligen *dels* patienter, som vårdas å psykiatrisk klinik eller lasarettsavdelning eller å kommunalt vårdhem, *dels* vissa närmare angivna kriminalpatienter, *dels* rumspatienter *samt dels* patienter i kontrollerad familjevård eller annan vård utom anstalt. Avtalen gäller vidare endast svenska medborgare.

På framställning av medicinalstyrelsen har Kungl. Maj:t sedermera genom beslut den 12 november 1948 medgivit, att i Stockholm, Göteborg eller Malmö hemortsberättigad sinnessjuk person, som är i behov av vård å specialavdelning för svårskötta och opålitliga psykopater och vilkens vård enligt gällande avtal åvilar vederbörande stad, utan hinder av avtalsbestämmelserna må vårdas å sådan specialavdelning vid statligt mentalsjukhus mot ersättning av staden, motsvarande minst vårdkostnaden för patienten. Avtalsmässigt torde det sålunda ankomma på de tre storstäderna att själva svara även för den vård å särskilt psykopatsjukhus, som erfordras för klientelet i dessa städer.

För ombesörjandet av sin mentalsjukvård erhåller respektive stad för all framtid årliga kostnadsbidrag av statsverket. Som allmän förutsättning härför gäller att sjukvården anordnats på sjukhus eller sjukhusavdelning, som tillhör staden och godkänts för ändamålet av Kungl. Maj:t samt är av likvärdig beskaffenhet med den statliga mentalsjukvården. Statsbidraget utgår dels som driftkostnadsbidrag och dels som platskostnadsbidrag.

*Driftkostnadsbidraget* utgår varje år för ett visst antal underhållsdagar, s. k. statsbidragsdagar, med ett belopp per dag, som motsvarar medeldagkostnaden för samma tid vid de statliga mentalsjukhusen — psykiatriska kliniker frånräknade. I statens medeldagkostnad får därvid inte inräknas kostnad för nyupprättande eller större utvidgning av sjukhus. Vid beräkningen av antalet statsbidragsdagar utgår man från antalet underhållsdagar under året å de statliga sjukhusen i proportion till folkmängden inom sjukhusens upptagningsområden med frånräknande såvitt nu är i fråga av antalet underhållsdagar för de patienter, å vilka avtalen enligt ovan inte är tillämpliga. Med ledning härav uträknas antalet underhållsdagar för respektive stad efter dess folkmängd, den s. k. folkmängdskvoten. Vidare fastställes det verkliga antalet underhållsdagar för de i respektive stad

hemortsberättigade mentalt sjuka å såväl de statliga sjukhusen som stadens godkända sjukhus med borträknande av underhållsdagarna för de undantagna patientgrupperna. Av de underhållsdagar, som därvid erhålles för stadspatienter, räknas som statsbidragsdagar dels hela det antal, som icke överstiger folkmängdskvoten, dels en tredjedel av det antal, som överstiger denna kvot, men icke den dubbla kvoten, och dels en niondel av det antal, som överstiger dubbla men icke den tredubbla folkmängdskvoten.

Avtalen med Stockholm och Göteborg skiljer sig från det med Malmö så tillvida att i förstnämnda båda avtal stadgas, att vederbörande stads folkmängdskvot skall uträknas med hänsyn till bl. a. folkmängden inom upptagningsområdena för statens mentalsjukhus under det aktuella året. Enligt malmöavtalet skall uträkningen däremot ske med hänsyn tagen till folkmängden inom det område, som vid tiden för avtalets ikraftträdande utgjorde upptagningsområden för nämnda sjukhus. Om således efter tiden för malmöavtalets ikraftträdande motsvarande avtal träffas med annan stad eller om någon av de städer, med vilka dylikt avtal redan träffats, utökas genom inkorporering, skall invånarantalet i de statliga mentalsjukhusens upptagningsområden vid uträkningen av Malmös folkmängdskvot ökas med antalet invånare i den stad, med vilken nytt avtal träffas, eller i det inkorporerade området.

Vissa inkorporeringar har under Malmöavtalets giltighetstid ägt rum med samtliga tre storstäder. Vid beräkningen av statsbidraget till Malmö lägges i enlighet härmed till folkmängden inom nuvarande upptagningsområden för statens mentalsjukhus folkmängden inom de med de tre storstäderna inkorporerade områdena.

Det bör vidare beaktas, att vid beräkningen av driftkostnadsbidraget till Stockholms stad hänsyn skall tagas även till pensionskostnaderna. En av Kungl. Maj:t den 28 juli 1958 godkänd ändring i det med staden ingångna avtalet innebär nämligen, att staden erhåller en ökad ersättning för driftkostnaderna motsvarande 15 procent av den avlöningssumma, som ingår i medeldagkostnaden för statens sjukhus och bokförts under det i riksstaten uppförda förslagsanslaget Statens sinnessjukhus: Avlöningar.

Det må framhållas, att antalet statsbidragsdagar i Stockholm alltid maximerats genom folkmängdskvoten, vilket medfört, att staden aldrig fått ersättning för det verkliga antalet vårddagar. Denna begränsning av bidraget har däremot endast för något år drabbat Göteborg och Malmö.

Det enligt avtalen utgående *platskostnadsbidraget* är avsett att giva respektive stad ersättning för anskaffat vårdutrymme på sjukhus. Bidraget utgår årligen med en årsränta efter 5 procent å ett kapital, benämnt byggnadsfond, beräknat enligt särskilda i avtalen angivna regler. Fonden ökas för varje år, då staten haft kapitalutgift för utbyggnad eller upprustning av sin sjukvård. Ökningen skall ske med ett belopp, som står i samma proportion till statsutgifternas belopp som antalet statsbidragsdagar för det

aktuella året till antalet underhållsdagar vid de statliga sjukhusen, på samma sätt som detta antal lagts till grund för uträkningen av samma års folkmängdskvot.

Den praktiska tillämpningen av avtalens bestämmelser om driftkostnadsbidrag respektive platskostnadsbidrag framgår närmare av bifogade sammanställning över bidragens beräkning för år 1958 (*bil. 1*).

#### 4. *Vården av epileptiker (organisation och finansiering)*

Huvudmannskapet för epileptikervården åvilar efter en år 1957 beslutad ändring i sjukhuslagen landstingen och de landstingsfria städerna, i den mån icke annan drager försorg därom. Denna vård bedrivs dels i form av sluten vård å epileptikeranstalt, dels såsom öppen vård. För sluten vård finnes f. n. endast ett statligt sjukhus, Vilhelmsro sjukhus vid Jönköping, och en landstingsägd anstalt, Sönnarslövsgården i Kristianstads län, medan övriga epileptikeranstalter — till ett antal av tio — med något undantag drives av föreningar och stiftelser. På icke statliga anstalter disponeras f. n. ca 750 vårdplatser. Den öppna epileptikervården bedrivs bl. a. som kontrollerad familjevård.

För staten ännu kvarstående uppgifter inom epileptikervården avser i första hand sådana mentalt sjuka epileptiker och höggradigt psykiskt efterblivna epileptiker, som bör omhändertagas enligt bestämmelserna i sinnessjuklagen. Dessa sjuka vårdas dels på mentalsjukhus och Vipeholms sjukhus dels ock på Vilhelmsro sjukhus, det sistnämnda med ett platsantal om 220. Verksamheten är uppdelad på upptagningshem, skolhem och arbetshem.

Gällande bestämmelser om statsbidrag till epileptikeranstalter finnes intagna i en kungörelse av den 6 juni 1957 (S. F. S. nr 469). Bidrag till driften av dylik anstalt må utgå till landsting eller stad utanför landsting ävensom till förening eller stiftelse. Kungl. Maj:t eller, efter Kungl. Maj:ts bemyndigande, medicinalstyrelsen kan medgiva, att även enskild, som driver sådan anstalt, må komma i åtnjutande av statsbidrag. Bidragsberättigad anstalt skall vara godkänd av medicinalstyrelsen, som har att fastställa antalet vårdplatser. Epileptikeranstalterna, för vilka medicinalstyrelsen är huvudtillsynsmyndighet, indelas av styrelsen i epilepsisjukhus och epileptikerhem (småbarnshem, skolhem, yrkeshem, arbetshem och vårdhem). Vid epilepsisjukhus bör därutöver finnas särskild observationsavdelning. I pedagogiskt hänseende står skolhem och yrkeshem under tillsyn av skolöverstyrelsen.

Driftkostnadsbidraget utgår dels till avlöningar åt rektorer och lärare dels till övriga driftkostnader. Avlöningsbidraget är utformat helt i överensstämmelse med motsvarande bidrag till de förutnämnda sarskolorna. Till övriga driftkostnader utgår statsbidrag för kalenderår räknat med



2 000 kronor för varje vid epileptikeranstalt den 1 oktober under bidragsåret befintlig, av medicinalstyrelsen godkänd internatplats, samt med 300 kronor för varje epileptiker, som vid samma tidpunkt var utackorderad i kontrollerad familjevård, ansluten till anstalten. Bidraget kan efter prövning av medicinalstyrelsen minskas, därest beläggningen under bidragsåret avsevärt understigit det godkända platsantalet eller eljest på särskilda skäl.

Något statsbidrag till uppförande eller inrättande av epileptikeranstalter utgår icke. Däremot utgår i regel ränte- och amorteringsfria statliga lån till uppförande och inrättande av enskilda anstalter.

Undervisning och vård å epileptikeranstalt av patient, som ej fyllt 21 år, är kostnadsfri. För vård av äldre patient får uttagas patientavgift med belopp, som motsvarar allmän ålderspension för ogift med viss reduktion. Därest statsbidrag, patientavgifter och övriga inkomster ej förslår till täckande av driftkostnaderna, skall medicinalstyrelsen efter prövning av anstaltens inkomst- och utgiftsstat fastställa därutöver erforderlig vårdersättning. Enskild anstalt har att hos vederbörande landsting eller stad utanför landsting göra framställning om sådan ersättning intill ett belopp av 35 kronor för vård dag. Återstående del av vårdersättningen gäldas av statsmedel.

## *5. Kostnader för mentalsjukvård och epileptikervård*

### **A. Byggnadskostnader m. m.**

Beträffande värdet av de i statens ägo befintliga anläggningarna för mentalsjukvården finnes icke andra uppgifter tillgängliga än de fastighetsvärden, som för dessa anläggningar redovisas å statens allmänna fastighetsfond. Dessa värden grundar sig på vissa vid fondens tillkomst fixerade värden för byggnader respektive mark. Som markvärde upptages den kostnad, som förvärvet av marken betingat.

De fastställda utgångsvärdena för byggnader uppräknas varje år med belopp, motsvarande under året gjorda investeringar i byggnaderna. De sålunda bokförda tillgångarna avskrivs årligen enligt vissa allmänna, av riksdagen godkända grunder med en avskrivningstid, som normalt uppgår till 60 år. För sjukhus och andra byggnader, beträffande vilka ett extraordinärt avskrivningsbehov ansetts föreligga, utgör avskrivningstiden emellertid 40 år. I dylika fall sker en grundavskrivning med 50 procent, varefter avskrivningen fullföljes genom årliga avsättningar till värdeminskningsskonto, beräknade efter 1,25 procent. De efter dessa avskrivningar redovisade fastighetsvärdena kan emellertid inte anses representativa för sjukhusanläggningarnas aktuella faktiska värden.

Det sammanlagda byggnadsvärdet utan avskrivningar för statens mentalsjukhus, som delvis avser mycket gamla byggnader, uppgick den 30 juni 1959 till nära 337 milj. kronor. Å värdeminskningsskontot redovisades i grundavskrivning omkring 168,5 milj. kronor och en samlad årsavskrivning

om ungefär 51,5 milj. kronor. Anläggningarnas bokförda värde utgjorde sålunda (337 — 168,5 — 51,5) 117 milj. kronor. De å fastighetsfonden samma dag redovisade markvärdena — å vilka avskrivningsregler givetvis icke tillämpas — belöpte å tillhoppa 4,25 milj. kronor.

Anmärkas må att i de här redovisade värdena ingår även statens anläggningar för vård av svårskötta psykiskt efterblivna samt statens anstalt för fallandesjuka.

Som ovan nämnts inräknas verkställda investeringar i de för mentalsjukhusen redovisade byggnadsvärdena. Under den tid, som förflutit sedan nu pågående upprustning och utbyggnad av den statliga mentalsjukvården påbörjades, d. v. s. i stort sett fr. o. m. budgetåret 1950/51, har t. o. m. innevarande budgetår för detta ändamål anvisats sammanlagt omkring 300 milj. kronor, varav inemot 20 milj. kronor för sjukhusens inredning och utrustning. Under samma tid har ett nytt mentalsjukhus färdigställt och uppförande av ytterligare fem sjukhus påbörjats. Investeringskostnaderna för de fem nya sjukhusen kan enligt vad byggnads- och utrustningsdelegationen uppgivit beräknas uppgå till minst 170 milj. kronor.

Till utgifter av investeringsnatur är även att hänföra de statliga bidrag till anläggningskostnader, som tillkommer de lokala huvudmännen för av dem redan omhändertavda mentalvårdsgrenar. Under den tid samtliga nu gällande bidragsbestämmelser varit gällande, d. v. s. i stort sett från och med budgetåret 1954/55, har sålunda till landstingen och de landstingsfria städerna utbetalats statsbidrag till uppförande, inrättande, inlösen etc. av vårdhem för lättskötta mentalt sjuka, psykiatriska lasarettavdelningar samt särskolor och vårdanstalter för psykiskt efterblivna med sammanlagt 12 milj. kronor, varav under sistförflutna budgetår omkring 5,5 milj. kronor. Till städerna Stockholm, Göteborg och Malmö har under tiden för de med dem gällande avtalen utgått platskostnadsbidrag med tillhoppa ungefär 45,8 milj. kronor.

#### **B. Driftkostnader**

De nuvarande kostnaderna för driften av vårdinstitutionerna inom olika grenar av mentalsjukvården samt i förekommande fall för den öppna vården framgår av nedanstående sammanställning. Uppgifterna, som avser år 1958, har hämtats ur de årsberättelser och ekonomiska redogörelser, som för respektive institution insänts till medicinalstyrelsen. I den mån dessa icke lämnat fullständiga upplysningar om de kommunala huvudmännens kostnader har kompletterande uppgifter inhämtats. Sammanställningen har begränsats till att redovisa kostnaderna för de parter, som direkt kommer att beröras av en eventuell huvudmannaskapsreform, d. v. s. staten, landstingen och de landstingsfria städerna. Kostnader, som andra primärkommuner för närvarande vidkännes för av dem drivna vårdinrättningar, har följaktligen icke medräknats. Driftkostnaderna för den av städerna

## Driftkostnader för mentalsjukvård och epileptikervård under år 1958

Vårdgren m. m.	Statens kostnader	Landstingens kostnader (inkl. Norrköping, Hälsingborg och Gävle)	Storstädernas kostnader (Stockholm, Göteborg och Malmö)	Summa
1	2	3	4	5
<i>A. Egentlig mentalsjukvård</i>				
a) egna driftkostnader .....	143 330 637	—	18 128 239	161 458 876
b) bidrag.....	31 218 225	—	—	31 218 225
	174 548 862	—	18 128 239	192 677 101
<i>B. Övrig mentalsjukvård</i>				
1. Lättskötta mentalsjuka .....	1 994 356	12 234 512	1 950 188	16 179 056
2. Psykiatriska avdelningar				
a) vid lasarett.....	264 624	5 324 561	1 891 392	7 480 577
b) » undervisningssjukhus.....	7 262 444	—	4 189 489	11 451 933
3. Psykisk barn- och ungdomsvård (inkl. barn- och ungdomspsykiatriska lasarettssavdelningar samt anstalter för psykopatiska och nervösa barn)...	737 087	2 434 117	4 480 874	7 652 078
4. Svårskötta psykiskt efterblivna.....	14 384 445	—	—	14 384 445
5. Övriga psykiskt efterblivna...	17 857 040	23 554 663	8 908 840	50 320 543
<i>A-B Kostnader för mentalsjukvård...</i>	217 048 858	43 547 853	39 549 022	300 145 733
<i>C. Epileptikervård</i>				
a) egna driftkostnader .....	1 755 642	2 460 545	423 406	4 639 593
b) bidrag.....	1 822 708	—	—	1 822 708
Kostnader för epileptikervård	3 578 350	2 460 545	423 406	6 462 301
<i>A.-C. Summa kostnader för mentalsjukvård och epileptikervård...</i>	220 627 208	46 008 398	39 972 428	306 608 034

Norrköping, Hälsingborg och Gävle drivna mentalsjukvården inkluderas i de för landstingen redovisade uppgifterna.

Av de för *egentlig mentalsjukvård* angivna kostnaderna utgör beloppet 143 330 637 kronor nettokostnaderna för driften av de statliga sjukhusen inom denna vårdgren, medan 31 218 225 kronor avser statens driftkostnadsbidrag enligt gällande avtal till städerna Stockholm, Göteborg och Malmö. Det för storstäderna angivna beloppet 18 128 239 kronor motsvarar sålunda den kostnad, för vilken städerna icke erhållit täckning enligt avtalen.

I driftkostnaderna för de statliga mentalsjukhusen ingår *dels* personalkostnader samt omkostnader för egentlig sjukhusvård, familjevård och hjälpverksamhet, *dels* kostnader för övervakning av vissa försöksutskrivna, *dels* kostnader för byggnadsunderhåll o. dyl., för vilka medel anvisas under statens allmänna fastighetsfond, *dels* ock kostnader för utbildning av personal vid statens mentalsjukhus. Vidare ingår kostnaderna för det rättspsykiatriska undersökningsväsendet.

Personalkostnaderna avser, förutom avlöningar enligt fastställd personalstat, utgående vikariatsersättningar, arvoden och liknande ersättningar samt kostnader för personalens sjukvård m. m. Under omkostnader ingår reseersättningar, kostnader för bränsle, lyse och vatten, skrivmaterialier m. m., underhåll och ersättning av inventarier, tvätt och renhållning, utspisning, linne, gång- och sängkläder, läkemedel m. m., automobiler och transporter samt patienters sysselsättning och förströelse ävensom diverse andra utgifter. Från respektive utgiftsposter har avdragits dels förekommande inkomster från trädgård och jordbruk samt försäljning av patienters alster m. m., dels ock av personalen gjorda inbetalningar för åtnjutna nyttigheter.

I kostnader för byggnadsunderhåll o. dyl. ingår förutom utgifter för underhåll av själva byggnaderna underhåll av vägar och parkanläggningar samt kostnader för förhyrda bostäder och lokaler. Här har inkomster av hyror och arrenden avdragits.

Kostnader för utbildning slutligen avser löner och arvoden m. m. till föreläsare och instruktionspersonal.

Summan av de sålunda redovisade nettoutgifterna har reducerats med influtna vårdavgifter, vilka under år 1958 utgick med 3 kronor för vård dag. Nettodagkostnaden för den statliga egentliga mentalsjukvården, exklusive kostnader för rättspsykiatriska undersökningar, uppgick enligt dessa beräkningsgrunder under år 1958 till 18 kr 5 öre.

De redovisade kostnaderna för *övrig mentalsjukvård* återger de nettoutgifter, som respektive huvudman uppgivit. Här har avdragits dels influtna vårdavgifter med 3 kronor per dag eller det högre avgiftsbelopp per år, som medicinalstyrelsen fastställt, dels ock uppburna folkpensions- eller barnbidragsbelopp.

Den redovisade statliga kostnaden för svårskötta psykiskt efterblivna hänför sig till driften av de statliga sjukhusen för detta klientel, inklusive de statliga och statsunderstödda enskilda skol- och yrkeshemmen för barn med komplicerad utvecklingshämmning, ävensom det av staten för vård av höggradigt vanföra psykiskt efterblivna förhyrda Kronprinsessan Victorias kustsanatorium i Barkåkra. Statens kostnader i övrigt under denna rubrik utgöres av de kommunala huvudmännen tillkommande statsbidrag enligt gällande bidragsförfattningar till driftkostnaderna för respektive vårdgrenar.

Vad angår *epileptikervård* hänför sig de redovisade statliga driftkostnaderna till Vilhelmsro sjukhus. Dessa och de kommunala huvudmännens driftkostnader har beräknats efter samma grunder, som tillämpats beträffande respektive huvudmäns motsvarande kostnader inom mentalsjukvården.

Sammanfattningsvis må anföras, att de samlade statliga kostnaderna för mentalsjukvård och epileptikervård under år 1958 motsvarade 72 procent

av de totala driftkostnaderna på dessa vårdområden. De enligt avtalen med storstäderna utgående statliga driftkostnadsbidragen representerade 63,2 procent av kostnaderna för den egentliga mentalsjukvården i dessa städer. Av staten enligt gällande författningar utbetalade driftbidrag till kommunala huvudmän motsvarade 12,3 procent av deras kostnader för vården av lättskötta mentalt sjuka, 3,5 procent av kostnaderna för driften av psykiatriska avdelningar vid lasarett, 9,6 procent av totalkostnaden för den psykiska barna- och ungdomsvården m. m. samt 35,5 procent av totalkostnaden för vården av lättskötta psykiskt efterblivna. Det statliga bidraget till epileptikervård utgjorde 38,7 procent av huvudmännens kostnader för denna vårdgren.

### KAPITEL 3

## Huvuddragen av mentalsjukvårdens planerade utbyggnad och organisation m.m.

### *1. 1956 års reviderade generalplan*

Statens sinnessjukvårdsberedning framlade i början av år 1950 ett förslag till generalplan för mentalsjukvårdens modernisering och utbyggnad under den närmaste femtonårsperioden. Beredningen uppskattade behovet av vårdplatser för egentligt mentalsjuka vid de statliga sjukhusen till 21 000. Med hänsyn till den väntade befolkningstillväxten och förändringar i ålderssammansättningen beräknades platsbehovet under förutsättning av oförändrad patientomsättning vid sjukhusen till 23 200 vid planens slutår 1965. Till följd av ökad tillgång på vårdpersonal samt åtgärder i övrigt för att nå bättre behandlings- och differentieringsmöjligheter utgick beredningen emellertid från en successivt ökad omsättning och stannade för att förorda en upprustning av den statliga mentalsjukvården till att år 1965 omfatta 18 000 rationellt ordnade vårdplatser. Det underströks, att uppskattningen vore att betrakta som approximativ och att platsbehovets storlek med lämpliga mellanrum borde omprövas.

Beträffande vårdplatsbehovets tillgodoseende innebar planen i huvudsak att psykiatriska sjukhuset i Stockholm, S:ta Annas sjukhus i Nyköping och Gådeå sjukhus i Härnösand samt Källshagens sjukhus i Vänersborg skulle nedläggas såsom vårdenheter för den egentliga mentalsjukvården, varvid förutsattes att Källshagens sjukhus skulle helt upplåtas för vård av psykiskt efterblivna. Övriga sjukhus skulle om- och tillbyggas och nya tbc-avdelningar om sammanlagt 600 platser inrättas. Slutligen skulle tre nya sjukhus — ettvar om 732 vårdplatser — tillkomma, därav ett vid Karlskrona, ett i västra Sverige och ett i stockholmstrakten. Man räknade dessutom med ett tillskott av drygt 700 platser på nya sekundäravdelningar.

Den av sinnessjukvårdsberedningen föreslagna generalplanen godtog i princip av statsmakterna år 1950. Enligt föredragande departementschefens uttalande (K. M:ts prop. nr 113) vore planen icke avsedd att vara i detalj bindande utan finge närmast betraktas som en allmän riktlinje för det framtida utbyggandet av den statliga mentalsjukvården.

För att inom inrikesdepartementet biträda med den fortsatta handläggningen av frågorna om modernisering och utbyggnad av de statliga mental-

sjukhusen tillsattes år 1950 en kommitté, benämnd statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande (numera mentalsjukvårdsberedningens byggnads- och utrustningsdelegation). Denna kommitté framlade år 1954 en reviderad generalplan för mentalsjukvården, innefattande en fortsatt beredning av generalplanen och mera i detalj överarbetade uppdragningsplaner för de olika sjukhusen. (Stencilerat betänkande.)

Mot bakgrunden av den förda diskussionen om ett framtida sammanförande av all sjukvård under landstingens huvudmannaskap upptog kommittén i syfte att möjliggöra ett smidigt överförande av huvudmannaskapet — eventuellt successivt — frågan om en ny indelning av landet i upptagningsområden för de statliga mentalsjukhusen. De nya områdena borde med några undantag — Stockholms, Kristianstads, Malmöhus och Västmanlands län — följa länsindelningen. Vid uppdragandet av gränserna beaktade kommittén de i generalplanen framförda förslagen om nedläggande av vissa sjukhus eller deras utnyttjande för andra ändamål. Kommittén utgick vidare från att vid sjukhusen redan befintliga vårdplatser i möjligaste mån komme att utnyttjas. Med dessa utgångspunkter lät kommittén utarbeta en prognos rörande vårdbehovet vid de statliga mentalsjukhusen vid utgången av åren 1965 och 1970. Det totala vårdplatsbehovet vid de statliga sjukhusen beräknades komma att dessa år uppgå till 22 200 respektive 22 900, varav omkring 200 för utläningar. Av undersökningen framgick, att behovet av vårdplatser varierade starkt mellan de olika upptagningsområdena med ett mindre vårdplatsbehov i de län, som saknade mentalsjukhus. Effektiva behandlingsmetoder medförde å andra sidan, att det i många fall vore möjligt att väsentligt tidigare än förut och i större utsträckning utskrivna patienter från sjukhusen såsom återställda. Kommittén ingick emellertid icke på en närmare undersökning av patientomsättningens reducerande inverkan på vårdplatsbehovet, i synnerhet som det förutsatts, att detta i fortsättningen skulle undersökas med jämna mellanrum. Enbart de av sinnessjukvårdsberedningen och kommittén verkställda undersökningarna utgjorde inte tillräckligt underlag för en utbyggnad av sjukvårdsplatserna i hela den omfattning, som prognosen gäve vid handen. Den av beredningen gjorda uppskattningen av vårdplatsantalet bedömdes dock som under överskådlig tid alltför låg, varför en något större utbyggnad måste komma till stånd. Vid övervägande av på denna fråga inverkan faktorer stannade kommittén för att förorda inrättande av ytterligare i runt tal 2 950 vårdplatser utöver det antal om 18 000, som generalplanen omfattade.

I anslutning till den förordade utökningen av vårdresurserna utarbetade kommittén ett förslag till reviderad plan för de statliga mentalsjukhusens om- och utbyggnad. Utöver de tre nya sjukhus, som föreslagits i 1950 års plan, upptog den reviderade generalplanen fyra nya mentalsjukhus, nämligen i Hallands, Älvsborgs, Örebro respektive Gävleborgs län. Kommitténs överväganden innebar sålunda, att statliga mentalsjukhus skulle finnas i

Sjukhus	Platsantal enl. 1950 års generalplan	1956 års reviderade generalplan		
		Nytt upptagningsområde	Platsbehov år 1970 enl. prognos	Plats- antal
Psykiatriska sjukhuset....	—	—	—	—
Sjukhus i Stockholms län..	732	Vissa delar av Stockholms l.	935	830
Ulleråker.....	1 148	Uppsala och Västmanlands län	1 427	1 253
S:ta Anna.....	—	—	—	—
Sundby.....	883	Vissa delar av Stockholms l. samt Södermanlands län	1 112	1 019
Birgitta.....	806	Östergötlands län	1 193	1 016
Ryhov.....	1 131	Jönköpings län	1 189	1 131
S:t Sigfrid.....	850	Kronobergs län	848	794
S:ta Gertrud.....	860	Kalmar län	870	828
S:t Olof.....	216	Gotlands län	207	216
Gullberna.....	732	Blekinge län samt vissa delar av Kristianstads län	808	800
S:t Lars.....	1 053	Vissa delar av Kristian- stads län samt vissa delar av Malmöhus län	1 120	1 006
S:ta Maria.....	1 146	Vissa delar av Kristian- stads län samt vissa delar av Malmöhus län med un- dantag av Malmö stad	1 193	1 146
Sjukhus i Hallands län...	—	Hallands län	637	600
S:t Jörgen.....	632	Göteborgs och Bohus län med undantag av Göte- borgs stad	965	885
Restad.....	988	Älvsborgs län	1 610	1 072
Sjukhus i Älvsborgs län..	—	Älvsborgs län	—	400
Källshagen.....	—	—	—	—
Sjukhus i Falköping (Fal- bygden).....	852	Skaraborgs län	848	828
Marieberg.....	889	Värmlands län	1 102	1 025
Sjukhus i Örebro län (Mell- ringe).....	—	Örebro län	876	800
Säter.....	1 132	Kopparbergs län	1 591	1 394
Sjukhus i Gävleborgs län (i Bollnäs).....	—	Gävleborgs län	1 810	730
Sidsjön.....	917	Västernorrlands län	1 878	815
Gådeå.....	—	—	—	—
Frösö.....	783	Jämtlands län	1 812	743
Umedalen.....	884	Västerbottens län	740	781
Furunäset.....	645	Norrbottnens län	906	841
Särskilda sekundäravdel- ningar.....	721	—	—	—
Summa	18 000	—	4 227 713	20 953

<sup>1-3</sup> Skall enligt uppgift av byggnads- och utrustningsdelegationen korrigeras till 998, 1 087 resp. 481.

<sup>4</sup> Därutöver 213 utläningar.

samtliga landstingsområden utom Kalmar läns södra samt Kristianstads och Västmanlands läns. I överensstämmelse med generalplanen räknade kommittén med att psykiatriska sjukhuset i Stockholm, S:ta Annas och Gådeå samt Källshagens sjukhus icke i framtiden skulle användas för den egentliga mentalsjukvården. I fråga om de befintliga sjukhus, som skulle



ingå i den nya planen, ansåg kommittén, att Ryhovs, S:t Olofs, S:ta Maria och Sidsjöns sjukhus skulle bibehålla det platsantal, som angivits i generalplanen, medan beträffande övriga sjukhus en viss reduktion av platsantalet borde genomföras i samband med den planerade upprustningen.

Det av kommittén sålunda utarbetade förslaget till reviderad generalplan antogs av 1956 års riksdag att tjäna som allmän riktlinje för det fortsatta utbyggandet av den statliga sektorn av mentalsjukvården.

Av omstående sammanställning framgår dels platsbehovets tillgodoseende enligt 1950 års generalplan, dels ock de olika sjukhusens upptagningsområden och prognosberäkningarna av platsbehovet år 1970 samt dettas tillgodoseende enligt 1956 års reviderade generalplan.

Beträffande vissa sjukhus har det föreslagna platsantalet sedermera varit föremål för omprövning. Vidare har statsmakterna vidtagit vissa kompletteringar av den reviderade generalplanen såvitt avser mentalsjukvårdens organisation i mälardalen. Sålunda har 1957 och 1958 års riksdagar beslutat, att Västmanlands län skall utgöra eget upptagningsområde för ett nytt mentalsjukhus, som bör förläggas till Västerås. I stället sammanföres Uppsala län med norra delen av Stockholms län till ett upptagningsområde för Ulleråkers sjukhus, vars platsantal därför bör omprövas. Beträffande vårdorganisationen i Södermanlands län har i avbidan på närmare utredning om den framtida användningen av Sundby sjukhus uttalats att även detta län lämpligen bör utgöra eget upptagningsområde. Återstoden av Stockholms län kommer därmed att bilda ett särskilt upptagningsområde.

## *2. Mentalsjukvårdsdelegationens förslag*

I november 1955 uppdrog Kungl. Maj:t åt en delegation inom kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket (mentalsjukvårdsdelegationen) att utreda de organisatoriska problem, som behövde lösas för att skapa förutsättningar för införande av ett enhetligt huvudmannaskap för all sjukvård, därest detta skulle komma att beslutas. I direktiven för mentalsjukvårdens statsbidragsutredning — som har att klargöra, hur de ekonomiska frågorna bör lösas vid ett överförande av huvudmannaskapet för den egentliga mentalsjukvården — har departementschefen i fråga om utgångspunkterna för utredningens uppdrag i vissa spörsmål hänvisat till den lösning, som delegationens blivande organisationsförslag komme att innebära. Exempelvis har beträffande frågan, huruvida ej vissa grenar av mentalsjukvården under alla förhållanden bör åvila staten, angivits, att statsbidragsutredningen vid sin prövning av villkoren för överförandet bör räkna med att detta icke bör innefatta de grenar, delegationen anser böra stanna kvar under statens huvudmannaskap. Utredningen har också att bl. a. pröva frågan, i vad mån de statsbidrag, som i händelse av ett överförande av huvudmannaskapet för all mentalsjukvård till kroppssjukvårdens huvudmän

skall utgå till den del av mentalsjukvården, som f. n. omhänderhas av staten, bör samordnas med nu utgående bidrag till redan landstingsdrivna vårdgrenar. I direktiven anföres, att till grund för utformningen av de nya bidragen samt de statsbidragsvillkor, som alltjämt anses nödvändiga, skall ligga de förslag — i den mån de godkännes — angående mentalsjukvårdens uppbyggnad och funktion inom ett sjukvårdsområde, som delegationen kommer fram till.

Resultatet av mentalsjukvårdsdelegationens arbete föreligger numera i tre av delegationen avgivna betänkanden, det första avgivet den 20 augusti 1957 och benämnt »Psykisk barna- och ungdomsvård» (SOU 1957: 40) och det andra den 31 maj 1958 avseende »Behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar» (SOU 1958: 20). Det tredje betänkandet — »Mentalsjukvården: planering och organisation» — avgivet den 11 september 1958 (SOU 1958: 38), är delegationens huvudbetänkande.

Av innehållet i betänkandena synes närmast de avsnitt, som avhandlar frågorna om vårdbehovet och huvudmannaskapet samt principerna för mentalsjukvårdens — inklusive den psykiska barna- och ungdomsvården — organisation inom ett landstingsområde och i städerna utanför landsting vara av särskilt intresse i förevarande sammanhang. Innan en närmare redogörelse lämnas för delegationens förslag och rekommendationer i dessa delar bör dock i korthet återgivas den *målsättning* i fråga om mentalsjukvårdens utformning, som delegationen angivit.

Enligt delegationens uppfattning bör mentalsjukvården utformas så, att de psykiskt sjuka kommer under behandling så tidigt som möjligt. Den viktigaste förutsättningen härför liksom för ett gott vårdresultat är, att full paritet åstadkommes mellan somatisk och psykisk vård såväl medicinskt som organisatoriskt och författningsmässigt. Som slutmål bör enligt delegationen gälla att mentalsjukvård och kroppssjukvård sammansmälter som olika specialiteter inom samma sjukvårdsorganisation och i möjligaste mån inom samma sjukhusenheter. Härför kräves en omfattande utbyggnad med nya sjukhusenheter och avdelningar ävensom en utökning och ytterligare differentiering av personalen samt en omgestaltning av arbetsformerna för att möjliggöra en mera individualiserad behandling med utnyttjande av de terapeutiska resurser, som vetenskapen ställer till förfogande. Vidare kräves att öppen och sluten mentalsjukvård planeras som en enhet och utformas så, att öppna vårdformer i möjligaste mån utnyttjas. Forskningen bör dessutom ytterligare uppmuntras och stödjas.

Frågan om *huvudmannaskapet* för mentalsjukvården har av delegationen prövats från medicinska och sjukvårdsorganisatoriska utgångspunkter. Delegationen finner det ådagalagt, att skäl ur dessa synpunkter klart talar för att ett överförande av huvudmannaskapet för mentalsjukvården till landstingen och de landstingsfria städerna bör ske. Delegationen framhåller bl. a.

att kravet på tidigbehandling, integration av öppen och sluten mentalsjukvård samt samordning mellan somatisk och psykisk vård framtvingar en gemensam planläggning och administration av hela sjukvårdsområdet. Även vissa praktiska skäl talar enligt delegationen för en sådan ordning. Detta principiella ståndpunktstagande utesluter enligt delegationen inte, att undantag kan göras för vissa patientgrupper med speciella vårdproblem, om så befinner lämpligt ur praktiska och rationella synpunkter. Sådana skäl anser delegationen tala för att undantag göres för vissa psykiskt sjuka och abnorma (s. k. psykopater) — såväl straffriförklarade som icke straffriförklarade — vilka kräver vård å specialsjukhus eller specialavdelning. Det samma gäller särskilt farliga psykiskt sjuka och abnorma, som av säkerhetsskäl icke kan vårdas på de vanliga mentalsjukhusen, d. v. s. det slags klientel, för vilket de s. k. fasta paviljongerna är avsedda. För att skapa enhetliga normer i fråga om intagning på speciella vårdenheter för dessa patientkategorier bör intagningarna omhändershas av den centrala tillsynsmyndigheten, nämligen medicinalstyrelsen.

Delegationen har vidare inte funnit anledning föreslå någon ändring av huvudmannskapet för undervisning och vård av psykiskt efterblivna, sådant detta fastställts i 1954 års lag. En huvudmannskapsreform på mentalsjukvårdens område kommer alltså icke att gälla svårskötta psykiskt efterblivna, d. v. s. det klientel, som enligt 4 § i lagen icke omfattas av landstingens och de landstingsfria städernas huvudmannskap.

Vad beträffar *vårdplatsbehovet* för psykiskt sjuka redogör delegationen till en början för tidigare vidtagna undersökningar, den senaste genomförd av statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande och redovisad i dess betänkande år 1954. För att få ett säkrare begrepp om förekomsten av psykiska sjukdomar och om vårdbehovet har delegationen redovisat ett antal undersökningar enligt olika principer.

Under tiden för delegationens utredningsarbete pågick inom Stockholms läns landsting en undersökning angående frekvensen av psykiskt sjuka samt vårdplatsbehovet inom detta län. Undersökningen avsåg samtliga i länet bosatta patienter, intagna å mentalsjukhus och landstingets vårdhem för lättskötta mentalt sjuka, i familjevård utackorderade, försöksutskrivna, som exspektanter antecknade, ävensom det psykiatriska klientelet å ålderdomshem samt hem för kroniskt sjuka. Sammanlagda antalet vid undersökningen registrerade psykiskt sjuka uppgick till 2 050. Därtill kom ett beräknat antal av 125 sjuka över 65 år, som var i behov av anstaltsvård men som icke fanns registrerade å sjukhus, vårdhem o. dyl. Det sammanlagda antalet psykiskt sjuka i länet utgjorde alltså 2 175 personer, motsvarande 5,6 promille av länets dåvarande folkmängd.

För att verifiera resultaten av Stockholms-läns-undersökningen kom på delegationens tillskyndan en liknande fältundersökning till stånd inom Hallands län. Detta län ansågs ha en någorlunda enhetlig befolkning och

även erbjuda intresse med hänsyn till att det saknar mentalsjukhus inom sitt område och helt ingår i upptagningsområdet för ett enda statligt sjukhus, S:ta Maria sjukhus i Hälsingborg. Undersökningen siktade till att klargöra den aktuella frekvensen av psykiska sjukdomar och psykisk efterblivenhet inom länet samt i anslutning därtill dimensioneringen av de slutna och öppna vårdformerna inom länets mentalsjukvård. Till skillnad från undersökningen i Stockholms län hänförde sig hallandsundersökningen till förhållandena vid en bestämd tidpunkt, den 1 februari 1957.

Enligt denna undersökning uppgick antalet psykiskt sjuka inom Hallands län till 7,3 promille av länets folkmängd den 31 december 1950. Antalet för vård intagna psykiskt sjuka visade sig motsvara ett något lägre promilletal än i Stockholms län.

Delegationen redogör vidare för en undersökning av 500 personer i Stockholm, som verkställdes för att jämföra den psykiska och kroppsliga sjukligheten bland understöds klientel i staden. De kontrollerade personerna uttogs därför med samma fördelning i fråga om kön, ålder, civilstånd, familjetyp, yrke och bostadsområde som motsvarande antal för undersökning utvalda understödstagare. Undersökningen visade bl. a., att sammanlagt 12 procent av männen och 7 procent av kvinnorna bland ifrågasvarande klientel var i behov av någon form av psykiatrisk vård eller behandling.

I avsikt att klarlägga andelen psykiskt sjuka i en tjänsteläkares klientel redovisas en under åren 1948—50 genomförd registrering härav vid provinssiälläkarmottagningen i Torshälla. Undersökningen, som omfattade 4 235 personer, gav till resultat, att 15 procent av patienterna hade psykiska sjukdomar enbart eller i kombination med kroppsliga sjukdomar.

Slutligen har delegationen verkställt en intervjuundersökning angående förekomsten av nervösa sjukdomssymtom hos Stockholms befolkning. De erhållna svaren bedömdes av två psykiatrer inom delegationen. Av sammanlagt 488 slumpvis uttagna och intervjuade personer ansågs 22 procent av männen och 26 procent av kvinnorna vara i behov av behandling hos läkare eller av kvalificerad familje- och socialrådgivning.

Delegationen har framhållit, att vårdplatsbehovet visar variationer från den ena tidsperioden till den andra liksom olika geografiska områden emellan. Frekvensen av psykiska sjukdomar är beroende av olika faktorer av demografisk, geografisk och kulturell art. Platsbehovet röner även inflytande av sjukhusens resurser och läkarnas inställning m. fl. faktorer. Ett definitivt fastställande av vårdplatsbehovet anser delegationen därför icke möjligt liksom icke heller att vid en bestämd tidpunkt fixera behovet av vårdplatser för landet i dess helhet.

Med ledning av de genom undersökningarna vunna resultaten och en analys av platsbehovets fördelning på olika mentalsjukvårdande institutioner har mentalsjukvårdsdelegationen kommit till den uppfattningen, att i genomsnitt 4 promille av landets befolkning är i behov av kvalificerad

vård å mentalsjukhus medan 1 promille kan omhändertagas på vårdhem, förlagda i anslutning till perifera bebyggelsecentra eller i familjevård. För storstädernas vidkommande har delegationen ansett andelen vårdbehövande vara större och kunna uppskattningsvis angivas till 4,5 promille respektive 1 à 1,5 promille.

Platsbehovet på psykiatriska lasaretsavdelningar angives av delegationen vara ofullständigt känt och de verkställda undersökningarna har inte bidragit till att bringa klarhet i frågan. Delegationen har emellertid uppskattat vårdplatsbehovet på sådana avdelningar till i genomsnitt 0,5 promille av befolkningen i storstäderna och 0,4 promille av landets övriga befolkning.

Mentalsjukvårdsdelegationen understryker slutligen nödvändigheten av att undersökningar rörande platsbehov och klientelstruktur företages med jämna mellanrum enligt vissa av delegationen rekommenderade metoder.

Såsom förut nämnts bör en ledande princip vid utformningen av *mentalsjukvårdens organisation* enligt mentalsjukvårdsdelegationens mening vara att åstadkomma största möjliga integration med kroppssjukvården. Nya mentalsjukvårdsenheter bör därför uppföras i så nära anslutning till lasarett som möjligt. En riktlinje vid utarbetandet av delegationens förslag till vårdgrenens organisation inom ett sjukvårdsområde har alltså varit att få en så god samordning med kroppssjukvården som möjligt. Delegationen förordar därför, att där nytt mentalsjukhus planeras möjligheterna att ansluta detta till ett lasarett ingående blir prövade.

Enligt delegationens organisationsförslag bör *inom varje sjukvårdsområde* finnas ett eller flera *psykiatriska centra* med resurser för såväl sluten som öppen vård. Dessa centra kan utgöras av mentalsjukhus, fristående eller vid lasarett, och av psykiatriska avdelningar vid lasarett. Vårdenheterna bör förläggas till naturliga befolkningscentra och verksamhetsområdet bestämmas av tekniska och demografiska förhållanden.

I fråga om storleken av ett mentalsjukhus konstaterar delegationen, att några schematiska regler inte kan fastställas. Ur trivselsynpunkt bör sjukhusen vara förhållandevis små, dock bör tillräckliga möjligheter till differentiering av patienterna finnas. De nuvarande sjukhusen måste givetvis bibehållas under ansevärd tid men platsantalet bör nedbringas till 700 à 800 vårdplatser. En förutsättning för en reducering av antalet vårdplatser på befintliga sjukhus är givetvis, att nya enheter kommer till stånd, så att det totala platsbehovet ändå tillgodoses. Dessa enheter bör helst förläggas i direkt anslutning till lasarett, i första hand centrallasarett och i andra hand ett väl utbyggt normallasarett, och platsantalet som regel begränsas till 300 à 400. För nya mentalsjukhus, som på grund av lokala förhållanden måste uppföras fristående, bör platsantalet bestämmas till 600—700. Stor-

leken av de psykiatriska lasarettssavdelningarna, vilka bör inrättas inom varje sjukvårdsområde, föreslås av delegationen icke överstiga 60 vårdplatser.

De nuvarande av landstingen och de landstingsfria städerna drivna *vårdhemmen för lättskötta mentalt sjuka* skall under beteckningen mentalsjukhem drivas även i fortsättningen och närmast omhändertaga det klientel, som icke längre kräver sjukhusens medicinska och terapeutiska resurser. En differentiering på skilda hem bör eftersträvas för dels långvarigt psykiskt sjuka patienter, som är arbetsföra och i kroppsligt avseende friska och för vilka lämplig form av sysselsättning kan beredas i eller utanför sjukhus, dels i somatiskt hänseende förhållandevis friska åldringar, som behöver kontakt med anhöriga och hemorten. Mentalsjukhemmen bör ha ett förhållandevis litet vårdplatsantal och ges en hemliknande prägel. Planerade större sjukhem bör därför uppföras i paviljongsystem.

Mottagningar för *öppen vård* bör förekomma vid såväl mentalsjukhus som psykiatriska lasarettssavdelningar. Vid dessa mottagningar skall behandlas psykiskt sjuka, som inte erfordrar sluten vård, och fortsatt behandling meddelas utskrivna patienter. Vid sidan härav bör finnas särskilda öppna mottagningar för sådan tillsyn och efterkontroll av de psykiskt sjuka, som f. n. utövas av den vid de statliga mentalsjukhusen bedrivna hjälpverksamheten. Denna form av öppen mottagning föreslås få beteckningen mentalvårdsdispensär. Även familjevård, d. v. s. omhändertagande i enskilda hem av psykiskt sjuka personer, bör bedrivas i fortsättningen. Delegationen framhåller vidare, att vid sidan av de nu angivna mentalvårdsenheterna psykiatriska mottagningar vid lasarett, där sluten psykiatrisk vård icke förekommer — s. k. psykiatriska filialmottagningar — torde vara erforderliga.

Till mentalsjukhusen och de psykiatriska lasarettssavdelningarna bör knytas *konvalescenthem* dels för omhändertagande av de patienter från den öppna vården, som inte är i behov av sjukhusvård men väl en tids avkoppling, och dels för sådana på sjukhus intagna patienter, som inte längre behöver sjukhusvård men en tids miljöbyte, innan de återgår till sitt vanliga arbete.

I större befolkningscentra med ca 50 000 å 60 000 invånare ävensom på andra håll, där möjlighet föreligger, föreslås att *dagsjukhus* inrättas som en mellanform mellan öppen och sluten vård. Dessa sjukhus bör avses för långvarigt sjuka, som behöver arbetsterapi och annan rehabiliterande behandling men som kan tillbringa nätterna i hemmet. Lokalerna kan i vissa fall användas även som *nattsjukhus* för patienter, som kan sköta sitt arbete under dagarna men i övrigt behöver behandling eller omhändertagande. Som en annan övergångsform mellan sluten och öppen mentalsjukvård kan enligt delegationen ifrågakomma *inackorderingshem* för patienter, som ge-

nomgått behandling på sjukhus men ännu icke är så återställda, att de kan reda sig själva, eller vilkas hemförhållanden gör det nödvändigt, att de viss tid vistas borta från hemmet.

Vissa arbetsuppgifter inom den öppna mentalsjukvården anses böra anförtros *tjänsteläkare och distriktssköterskor*, exempelvis mera okomplicerade psykiatriska behandlingsåtgärder, första hjälp vid akuta psykiska sjukdomsfall, viss efterbehandling och tillsyn av försöksutskrivna och utskrivna patienter m. m.

Den framtida organisationen av *den psykiska barna- och ungdomsvården* har av mentalsjukvårdsdelegationen redovisats i dess omnämnda betänkanden »Psykisk barna- och ungdomsvård» samt »Behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar». På grundval härav har inom inrikesdepartementet upprättats en promemoria rörande den kommunalt drivna verksamheten inom vårdområdet. Enligt Kungl. Maj:ts beslut den 30 juni 1959 skall promemorian, som i allt väsentligt ansluter sig till delegationens förslag, tjäna till ledning vid den fortsatta utbyggnaden av denna vårdgren.

Delegationen har uppskattat behovet av vårdplatser för psykiskt sjuka barn och ungdomar, som behöver kvalificerad sjukhusvård, till omkring 300. För tillgodoseende av behovet föreslår delegationen, att särskilda mentalsjukhus snarast kommer till stånd och förlägges till medicinska centra i Stockholms stad eller län, i Uppsala, Umeå, Göteborg och Lund samt eventuellt i Linköping. Varje sjukhus beräknas sålunda komma att omfatta mellan 50 och 60 vårdplatser. Dessa relativt små sjukhusenheter har ansetts i administrativt hänseende lämpligen kunna underställas direktionerna för närliggande mentalsjukhus för vuxna.

Som komplement till mentalsjukhusen för barn och ungdom föreslås att mentalsjukhem inrättas, ett i anslutning till varje sjukhus, med ett platsantal av 15 à 20 för vård av yngre barn samt äldre barn och ungdomar, som icke är i behov av vård på mentalsjukhus.

Inom landstingen och de landstingsfria städerna bör barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar anordnas med därtill anslutna öppna mottagningar samt därefter, i mån av behov och tillgång på personal, fristående centraler och filialer. I anslutning till lasarettavdelningarna bör inrättas mindre, hemliknande institutioner, s. k. behandlingshem. Av dessa bör finnas två typer, den ena med omkring 10 och den andra med 18—20 vårdplatser. Behandlingshem av typ I avses närmast för barn, som undersökts vid lasarettavdelning och behöver fortsatt observation, medan vid behandlingshem av typ II bör tagas om hand barn och ungdomar med tidiga karaktärsstörningar.

Klientelet vid de föreslagna mentalsjukhusen för barn och ungdomar förutsätter delegationen bli av den art, att det enligt nu gällande ordning bör åvila staten att vara huvudman för sjukhusen. För det föreslagna sjukhuset för Stockholms stad och län bör enligt delegationen övervägas om

inte staden bör bli huvudman, då större delen av vårdplatserna vid sjukhuset torde komma att beläggas med patienter från staden. Vad angår mentalsjukhemmen bör huvudmannen vara densamma som för de mentalsjukhus, vartill hemmen är anslutna. Enär behandlingshemmen av båda typer bör betraktas som underavdelningar till de barnpsykiatriska lasarett-avdelningarna, har delegationen ansett naturligt, att huvudmannaskapet för dessa anförtros kroppssjukvårdens huvudmän, landstingen och städerna utanför landsting.

Delegationen har slutligen framhållit, att dess förslag till mentalsjukvårdens organisation inom ett landstingsområde endast bör tjäna som allmän riktlinje för den kommande utvecklingen. De enskilda landstingen bör ha betydande frihet att utforma organisationen på skiftande sätt alltefter de lokala förhållandena.

Beträffande mentalsjukvårdens organisation *i städer, som icke deltagar i landsting*, har mentalsjukvårdsdelegationen framhållit, att de principiella utgångspunkter och riktlinjer, som angivits för denna organisation inom ett landstingsområde, äger tillämpning även i fråga om städerna. Praktiska förhållanden kan dock motivera vissa olikheter i organisatoriskt hänseende. Erfarenhetsmässigt blir trycket på mentalsjukvården i form av stigande intagningsfrekvens starkare i samma mån som avståndet till sjukvårdsinrättningarna minskar. Kvantitativt måste man därför räkna med större behov av platser för slutenvård i de största städerna. Speciella förhållanden i övrigt — alkoholism, kriminalitet, social misär o. s. v. — medför ökat behov av snabbt omhändertagande av tidiga fall i dessa städer. Kravet på differentiering av vårdresurserna är därjämte ytterligare accentuerat i en storstad.

Även för storstädernas vidkommande bör enligt delegationen mindre vårdenheter vara att föredraga. De befintliga större mentalsjukhusen måste visserligen i dagens läge accepteras men i den mån nya sjukhus behöver inrättas bör de få ungefär samma storlek, som rekommenderats för landet i övrigt. Dagsjukhus framhålles som en för större befolkningscentra väl lämpad form av vårdinrättning. Önskvärt är även att s. k. nattsjukhus eller inackorderingshem prövas i någon av de största städerna.

I fråga om den öppna vården i storstäderna har delegationen som en allvarlig brist påtalat, att de kvantitativa resurserna är helt otillräckliga. Vid planläggningen av en utbyggnad av vården är det angeläget att till prövning även upptaga frågan om de lämpligaste organisationsformerna, därvid en närmare samordning av olika vårdformer på sina håll bör eftersträvas. Enligt delegationens mening bör den organisation, som förordats för landet i övrigt, i huvudsak kunna tillämpas även i de landstingsfria städerna. I mån av behov bör den dock kompletteras med fristående öppna mottagningar. Speciella problem för storstäderna erbjuder det betydande



antalet akuta fall, som är i behov av omedelbar vård, ofta nattetid. En perifer organisation, motsvarande den som för landet i övrigt skulle erhållas genom att inkoppla även tjänsteläkare och distriktssköterskor på vissa mentalsjukvårdsuppgifter, förordas även för städernas vidkommande.

Delegationen har understrukt, att förutsättningarna för att på ett tillfredsställande sätt utbygga och differentiera mentalsjukvården i de landstingsfria städerna, framför allt de mindre städerna — Norrköping, Hälsingborg och Gävle — skulle väsentligt öka, därest ett samarbete på detta område etableras med vederbörande landsting. Delegationen har utan att närmare ingå på formerna härför erinrat om det mellan Stockholms stad och län träffade samarbetsavtalet. I detta sammanhang framhåller delegationen den betydelse, som de landstingsfria städernas definitiva övertagande av huvudmannaskapet för mentalsjukvården skulle ha för en samplanering av vården med angränsande landsting.

### 3. Vissa yttranden över delegationens förslag

I de till Kungl. Maj:t avgivna yttrandena över mentalsjukvårdsdelegationens huvudbetänkande har majoriteten av remissinstanserna berört vissa frågeställningar, som ligger inom statsbidragsutredningens ämnesområde. Utredningen har därför ansett sig böra här återge en del av de anförda synpunkterna, i huvudsak sådana som berör frågor angående huvudmannaskapet och vårdbehovet samt vissa vårdorganisatoriska problem av principiell natur.

Den av delegationen angivna målsättningen för mentalsjukvårdens framtida utformning har vunnit allmänt gillande. Delegationens förslag i *huvudmannaskapsfrågan*, att landstingen och de landstingsfria städerna skall övertaga ansvaret för mentalsjukvården, har så gott som undantagslöst biträts i yttrandena. Ett klart avstyrkande av förslaget föreligger endast från *statens sjukhuspersonals förbund*, varjämte *förvaltningsutskottet i Värmlands läns landsting* uttalat vissa betänkligheter.

Ett flertal remissyttranden har berört frågan om *gränsdragningen* mellan de framtida statliga och kommunala uppgifterna inom mentalsjukvården. *Medicinalstyrelsen* instämmer i vad delegationen förordat i fråga om bibehållandet av det statliga huvudmannaskapet för vården av vissa psykopater, vissa närmare angivna straffriförklarade samt särskilt farliga psykiskt sjuka och abnorma. Beträffande vården av psykiskt efterblivna ifrågasätter styrelsen, om icke även de patientkategorier, som är undantagna landstingens huvudmannaskap, lämpligen borde överföras till landstingen och vården av dem ordnas regionvis. *Statskontoret* finner den föreslagna gränsdragningen i och för sig välgrundad men anser det icke välbetänkt att i förväg definitivt låsa fast den blivande gränsdragningen, innan utredningen om de ekonomiska villkoren för en huvudmannaskapsreform är avslutad och förhandlingarna

med landstingen ägt rum. Frågan om den slutliga uppdelningen av vårdformerna på statliga och icke-statliga organ synes enligt ämbetsverkets uppfattning böra få anstå tills vidare. *Medicinska fakulteten i Uppsala*, som biträtt utredningens mening, att staten alltjämt skall svara för vården av vissa kategorier sinnessjuka, betonar starkt önskvärdheten av att statens skyldigheter vidgas till att omfatta samtliga straffriförklarade psykopater. Bl. a. *svenska landstingsförbundet* framhåller, att delegationen i huvudmannaskapsfrågan rörande vissa klientelkategorier gjort uttalanden, som enligt förbundets mening är onödigt vaga. Sålunda har anförts, att psykopatvården vid det planerade sjukhuset i Katrineholm skall ombesörjas av staten, medan något klart uttalande på denna punkt icke gjorts angående det för ett likartat klientel avsedda specialavdelningarna vid S:t Sigfrids och Sidsjöns sjukhus. Förbundet anser därför angeläget, att gränserna för huvudmannens ansvar klart markeras för undvikande av tveksamhet om vilket organ, som skall bestrida vården av ifrågavarande specialkategorier. *Svenska stadsförbundet* understryker, att det för ett ställningstagande till frågan om ett ändrat huvudmannaskap är nödvändigt, att klara riktlinjer finns för den principiella gränsdragning, som måste göras mellan den övertagna vården och de vårdområden, för vilka staten alltjämt skall svara. *Stadsfullmäktige i Stockholm* finner förslaget om gränsdragning lämpligt avvägt. *Stadsfullmäktige i Göteborg* ställer sig kritiska till förslaget att till vissa centralanstalter samla det klientel, som skall undantagas från det kommunala huvudmannaskapet, och förordar, att vården av dessa sjuka ordnas räjongvis. *Stadsfullmäktige i Malmö* anser, att statens vårdskyldighet i fortsättningen bör omfatta även psykiskt sjuka straffriförklarade.

Till sitt principiella tillstyrkande av ett ändrat huvudmannaskap för mentalsjukvården har majoriteten av remissinstanserna fogat *vissa allmänna förutsättningar*, utan vilka ett överförande icke kan aktualiseras för de enskilda landstingen.

*Medicinalstyrelsen* anför bl. a., att en fullständig upprustning av den svenska mentalsjukvården är en så betydande och tidskrävande uppgift, att det är tveksamt, om den kan helt slutföras, innan ställning toges till frågan om huvudmannaskapet. Enligt styrelsens mening vore det önskvärt, att ett landstingsområde för vinnande av erfarenhet snarast övertog sin mentalsjukvård, varvid ett nyligen färdigställt sjukhus borde stå till förfogande. I övrigt bör övertagandet ske successivt, allteftersom acceptabla sjukhus blir färdigställda.

*Landstingsförbundet* erinrar om att förbundet, då en reform tidigare varit på tal, förklarar sig icke kunna förorda ett obligatoriskt överförande av huvudmannaskapet med hänsyn bl. a. till den rådande personalbristen och det ännu föreliggande utbyggnadsbehovet. Att viktiga delar av utbyggnaden fortfarande återstår innebär, att mentalsjukvårdens standard i de olika sjukvårdsområdena är synnerligen varierande. Förbundet anför vidare bl. a.:

»Ur landstingssynpunkt är det nödvändigt, innan ett landstingsövertagande kan bli aktuellt, antingen att sjukvårdsområdet har erforderligt antal platser av tillfredsställande standard å mentalsjukhus eller ock att staten ställer medel till förfogande, som täcka anskaffnings- och utrustningskostnaderna för de anstalter som måste tillkomma. Det synes klokt att räkna med att ett ändrat huvudmannaskap ej kan genomföras samtidigt över hela linjen utan att i stället ett successivt övertagande bör komma till stånd, i den mån förutsättningar härför förefinnas. Frågan om ett ändrat huvudmannaskap för mentalsjukvården kan enligt förbundsstyrelsens uppfattning icke under några omständigheter behandlas fristående från frågan om den ekonomiska utjämning mellan landstingskommunerna och staten, som måste bli följderna av en dylik transaktion.» — — — »Det måste också förutsättas, att staten svarar för sin del av underlaget för mentalsjukvårdens personalrekrytering genom kvantitativt tillräcklig utbildning främst av läkare och socialarbetare.»

I samma riktning har även de enskilda landstingen uttalat sig, varvid några landsting framhållit som ofrånkomligt, att staten vid ett överförande lämnar landstingen full täckning för de därmed förenade kostnaderna ävensom att den statliga ersättningen utformas så, att den kommer att följa en fortgående standard- och prisutveckling.

*Stadsförbundet* har berört frågan om likställigheten de skilda huvudmännen emellan i fråga om de ekonomiska villkoren. Förbundet påpekar, att det förhållandet, att det inom vissa sjukvårdsområden redan finns mentalsjukhus, som skall överlämnas till de nya huvudmännen, medan inom andra områden sjukhus saknas eller där — såsom fallet är i de tre största städerna — huvudmännen av egna medel redan uppfört mentalsjukhus och andra för mentalsjukvården erforderliga institutioner, icke får föranleda till olikheter i fråga om de ekonomiska villkoren för övertagandet. Icke heller får den omständigheten att det kan bli fråga om ett successivt övertagande — i många fall på lång sikt — leda till reella olikheter beträffande villkoren. Förbundet hänvisar dels till den sakligt icke berättigade olikhet i statsbidragshänseende, som råder mellan psykiatriska lasarettavdelningar hos landstingen och de landstingsfria städerna,<sup>1</sup> dels till att de ekonomiska villkoren enligt gällande avtal mellan staten och envar av de tre största städerna icke kan anses tillfredsställande under nuvarande förhållanden. Det understrykes, att ett klarläggande av de ekonomiska spörsmålen, som f. n. är föremål för utredning, utgör en förutsättning för att man på kommunalt håll skall kunna taga definitiv ställning till frågan om en huvudmannaskapsreform.

Ett av *stadsfullmäktige i Stockholm* åberopat yttrande av kammarkontoret har uppehållit sig vid vissa ekonomiska aspekter, som för storstädernas vidkommande kan läggas på frågan om ett ändrat huvudmannaskap. Kontoret erinrar om att medicinalstyrelsen vid förhandlingar om en formell revision av storstadsavtalen framhållit, att styrelsen anser en förnyad och mera genomgripande revision av avtalet böra övervägas i samband med att frå-

<sup>1</sup> Gäller endast Stockholm, Göteborg och Malmö.

gan om motsvarande avtal med landsting blir aktuell. En sådan revision, som bl. a. bör taga sikte på en förenkling av avtalets konstruktion, torde inte kunna ske utan förskjutningar i kostnadsfördelningen mellan parterna. Det understrykes särskilt, att en överflyttning till landstingen av mentalsjukvården skulle komma att rubba förutsättningarna för gällande avtal. En fullständig revision i sak måste därför sedermera göras. Även ett flertal andra ekonomiska problem i fråga om mentalsjukvården bör lösas genom förhandlingar mellan staten och staden. Kontoret erinrar som exempel härpå om att gällande avtal icke omfattar bl. a. vården av patienter å psykiatrisk klinik eller lasarettavdelning. Det anses i hög grad otillfredsställande, att statsbidrag icke utgår till staden för denna vårdform, då landsting, som driver dylik avdelning, erhåller såväl uppförande- som driftbidrag. Utanför avtalet faller likaså den av staden anordnade familjevården. Kammarkontoret finner flera skäl tala för att frågan om ersättning härför upptages och erinrar om att landstingen med all sannolikhet kommer att bedriva sådan vård och beredas ersättning härför av staten. Slutligen framhåller kontoret, att det statliga stödet till anordnande av s. k. hjälpverksamhet inom staden är ett annat viktigt problem, som måste lösas.

I ett likaledes av stadsfullmäktige i Stockholm åberopat yttrande har sjukhusdirektionen i staden erinrat om att ett bifall till delegationens förslag i gränsdragningsfrågan skulle vidga de kommunala huvudmännens vårdskyldighet i förhållande till gällande avtal till att omfatta även utläningar, personer som ännu icke förvärvat hemortsrätt inom vederbörande sjukvårdsområde eller bosatt sig där efter 59 års ålder, samt sådana strafffriförklarade, som icke ingår i kategorien svårskötta psykopater. Enligt direktionen förutsätter givetvis en sådan utvidgning, att huvudmännen erhåller skälig ekonomisk ersättning. Frågan torde få lösas genom avtal mellan staten och huvudmännen, för Stockholms stads vidkommande lämpligen i samband med den revision av gällande avtal, som blir en nödvändig följd av ett ändrat huvudmannaskap. I fråga om avgränsningen av de patientkategorier, som bör undantagas från en huvudmannaskapsreform, motsätter sig sjukhusdirektionen att det överlåtes åt en statlig myndighet, medicinalstyrelsen, att bedöma, till vilken kategori en patient skall anses hänförlig. Med hänsyn till att en sådan bedömning i sig innebär ett avgörande av vilken huvudman, som skall ha ansvaret för vården, synes det direktionen lämpligt, att de kommunala huvudmännen beredes tillfälle att på lämpligt sätt öva inflytande i dessa frågor.

Även *stadsfullmäktige i Göteborg* erinrar om att den lasarettpsykiatriska vården i storstäderna bedrivs utan någon form av ersättning från statens sida och framhåller, att avtalen bör ändras så, att de befördrar en sund utveckling av mentalsjukvården.

De av mentalsjukvårdsdelegationen framlagda beräkningarna av *vårdplatsbehovet* — 4 promille av befolkningen för vårdplatser å mentalsjukhus

och 1 promille å mentalsjukhemmen — har i stort sett godtagits av remissinstanserna såsom användbara genomsnittssiffror. *Statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande* framhåller bl. a., att delegationens behovstal för slutna vårdplatser måste uppfattas som ett medeltal, som inte kan läggas till grund för den kommande utbyggnaden av mentalsjukvården inom ett vart sjukvårdsområde, och erinrar om att det angivna vårdplatsbehovet för vissa län, exempelvis Kopparbergs län, torde komma att visa sig helt otillräcklig. *Stadsfullmäktige i Göteborg* finner avvägningen av platsbehovet mellan mentalsjukhus och psykiatriska lasaretsavdelningar (4,5 promille resp. 0,5 promille för storstäderna) vara orealistisk. Det är de lättare fallen, d. v. s. det klientel, som utan svårighet kan vårdas på lasaretsavdelningar, som mest ökat anspråken på mentalsjukvårdsplatser. En riktigare fördelning skulle därför vara 1 å 1,5 promille för lasaretsavdelningar och 3,5 å 4 promille för mentalsjukhusen.

Även delegationens rekommendation, att undersökningar bör vidtagas med vissa tidsintervaller för att utröna det aktuella vårdplatsbehovet, har i stort sett tillstyrkts. *Landstingsförbundet* framhåller emellertid, att det inte torde vara möjligt att ompröva vårdorganisationen på grundval av varje dylik undersökning.

Den av delegationen föreslagna *organisationen* av mentalsjukvården inom ett landstingsområde har i stort sett rönt ett gynnsamt mottagande i remissyttrandena. De flesta, som yttrat sig i frågan, har understrukt delegationens utalande, att förslaget endast bör tjäna som en allmän riktlinje för den kommande utvecklingen, och poängterat, att huvudmännen bör ha en betydande frihet att utforma organisationen på olika sätt alltefter de lokala förhållandena. *Svenska landstingsförbundet* uttalar, att det i händelse av en huvudmannaskapsreform är angeläget, att de nya huvudmännen erhåller samma frihet, som de haft i fråga om kroppssjukvårdens utformning, och att någon detaljreglering från statligt håll icke bör förekomma i statsbidragsförfattningar eller på annat sätt.

Betydelsen av att den öppna och halvöppna vården vid mentalsjukhusen utbygges samt att slutna och öppna vård i största möjliga utsträckning samordnas har allmänt understrukt. *Statskontoret* erinrar om att vad delegationen anfört rörande de öppna vårdformernas mindre kostnadskrävande natur synes vara värt att noga beakta, särskilt som ökade möjligheter till öppen vård synes kunna medföra en minskning i fråga om det beräknade behovet av vårdplatser på mentalsjukhusen. *Medicinalstyrelsen, statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande* m. fl. har ställt sig i viss mån tveksamma till värdet av den förordade uppdelningen av den öppna psykiatriska vården och framhållit, att de erforderliga personella resurserna i stället bör så vitt möjligt samordnas.

## KAPITEL 4

# Principiella synpunkter på villkoren för huvudmannaskapets överförande

### 1. Inledning

Sedan år 1950 pågår en omfattande upprustning och utbyggnad av den statliga mentalsjukvården, för närvarande med den av 1956 års riksdag i princip antagna reviderade generalplanen som allmän riktlinje. Den hittills beslutade utbyggnaden av vårdorganisationen förutsätter att i regel varje landstingsområde skall ur mentalsjukvårdssynpunkt utgöra ett upptagningsområde med tillgång till åtminstone ett primärsjukhus inom varje område. Undantag härifrån utgör dels Kristianstads län, som enligt planen avses skola repliera på Gullberna, S:t Lars och S:ta Maria sjukhus, och dels Kalmar läns södra landstingsområde, vars platsbehov förutsatts bli tillgodosett vid S:ta Gertruds sjukhus. Ett huvudönskemål vid den beslutade utbyggnaden och upprustningen har varit att samordna all mentalsjukvård inom varje sjukvårdsområde inbördes och med kroppssjukvården för att därigenom skapa förutsättningar för ett enhetligt huvudmannaskap för huvudparten av all sjukvård, därest beslut därom skulle komma till stånd. De organisatoriska frågorna i samband med en sådan samordning och reform av huvudmannaskapet har närmare behandlats av mentalsjukvårdsdelegationen. De som haft att yttra sig häröver har så gott som enhälligt tillstyrkt ett ändrat huvudmannaskap och i stort sett givit sin anslutning till de av delegationen skisserade riktlinjerna för hur organisationen av en kommunal mentalsjukvård lokalt bör utformas.

Enligt direktiven för mentalsjukvårdens statsbidragsutredning ankommer det på denna att uppdraga allmänna riktlinjer att gälla för överförandet av huvudmannaskapet och för det ekonomiska bistånd från statens sida, som en sådan reform förutsätter. Innan utredningens förslag härutinnan närmare redovisas må anföras vissa principiella synpunkter, som sammanhänger med de ekonomiska förutsättningarna för en ändring av huvudmannaskapet och vilka utgjort bakgrunden till utredningens förslag.

### 2. Överförandets innebörd och omfattning

Ett överförande av huvudmannaskapet för mentalsjukvården i landstingens och de landstingsfria städernas regi synes komma att innebära, att de nya

huvudmännen helt övertager ansvaret för de vårduppgifter beträffande de i egentlig mening psykiskt sjuka, som förut åvilat staten. Landstingen torde i förhållande till denna sjukvårdsgren komma att i praktiken intaga en ställning i stort sett motsvarande den, som sedan mitten av 1920-talet varit rådande beträffande städerna Stockholm, Göteborg och Malmö, vilka genom avtal med staten åtagit sig att på vissa villkor själva ombesörja huvudparten av sin mentalsjukvård. Det måste beaktas — särskilt vid bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna — att en reform, som tager sikte enbart på den rent statliga verksamheten, icke i och för sig behöver inverka på de uppgifter inom samma område av sjukvården, som redan ombesörjes av de tillämnade nya huvudmännen, eller på de ekonomiska betingelserna för dessa uppgifter. Vid remissbehandlingen av mentalsjukvårdsdelegationens huvudbetänkande har de som yttrat sig i frågan varit eniga om att den ifrågasatta ändringen av huvudmannskapet för mentalsjukvården icke lämpligen kan avse samtliga psykiskt sjuka, för vilkas vård staten nu svarar. Man har också framhållit, att i samband med en huvudmannskapsreform klara riktlinjer bör angivas för den principiella gränsdragningen mellan statliga och icke statliga uppgifter inom den framtida mentalsjukvården.

Frågan, huruvida ej vissa grenar av mentalsjukvården under alla förhållanden bör åvila staten, har varit föremål för utredning av mentalsjukvårdsdelegationen. I direktiven för statsbidragsutredningen har angivits att den vid sin prövning av villkoren för överförandet av huvudmannskapet bör räkna med att detta icke skall omfatta de grenar, delegationen anser böra stanna kvar under statens huvudmannskap. I enlighet härmed har utredningen utgått ifrån den av mentalsjukvårdsdelegationen föreslagna gränsdragningen mellan framtida statliga och kommunala mentalsjukvårdsuppgifter. Vid sina överväganden av de ekonomiska villkoren för en huvudmannskapsreform har utredningen alltså förutsatt, att de patientkategorier, som delegationen angivit, kommer att kvarbli under statligt huvudmannskap. Dessa skulle alltså omfatta *dels* vissa psykiskt sjuka och abnorma (s. k. psykopater) — såväl straffriförklarade som icke straffriförklarade — vilka kräver vård å specialsjukhus eller specialavdelning, *dels* särskilt farliga psykiskt sjuka och abnorma, d. v. s. det klientel, som f. n. vårdas på s. k. fasta paviljonger, *dels ock* svårskötta psykiskt efterblivna, d. v. s. det klientel, som faller under 4 § lagen om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna.

I några remissyttanden över delegationens förslag i denna del har ovisshet yppats i fråga om det framtida ansvaret för vården å specialavdelningarna vid S:t Sigfrids och Sidsjöns sjukhus. Med anledning härav må erinras om att det i samband med statsmakternas beslut om uppförande av ett specialsjukhus för vård av psykopater (Kungl. Maj:ts prop. 1959: 87) varit förutsatt, att ifrågavarande avdelningar tills vidare helt toges i anspråk för vård av sådana manliga psykopater, som icke lämpligen bör

omhändertagas på det nya sjukhuset. Klientelet vid dessa avdelningar torde liksom hittills komma att tillhöra en patientkategori, som avses bli undantagen ett kommunalt huvudmannaskap.

Huruvida ett sjukdomsfall är att hänföra till en »kommunal» eller »statlig» patientkategori torde regelmässigt kunna överlåtas åt sjukvårdsläkarna vid de ifrågakommande sjukhusen att bedöma. Givetvis kan gränsfall förekomma, om vilka enighet i den medicinska bedömningen icke uppnås. Önskemålet att största möjliga enhetlighet iakttages i fråga om förutsättningarna för intagning talar enligt utredningens uppfattning för delegationens förslag, att avgörandena i dessa fall träffas av den centrala medicinska tillsynsmyndigheten, medicinalstyrelsen. Att såsom sjukhusdirektionen i Stockholm påyrkat bereda de kommunala huvudmännen tillfälle till medinflytande i dylika rent medicinska bedömningsfrågor kan utredningen för sin del icke anse vara av behovet påkallat.

### 3. *Ekonomiska verkningar*

Vid remissbehandlingen av mentalsjukvårdsdelegationens betänkande har i fråga om en ändring av huvudmannaskapet för den kvalificerade mentalsjukvården från huvudmännens sida allmänt framhållits, att de icke är beredda att åtaga sig en sådan väsentlig och betungande vårduppgift utan att tillfredsställande ekonomiska garantier skapas. Utvecklingen av den landstingskommunala utdebiteringen ger enligt utredningens mening belägg för att redan de hittillsvarande uppgifterna medför betydande och snabbt stigande utgifter för landstingen. Nettokostnaderna för driften av de statliga mentalsjukhusen uppgick under år 1958 till omkring 143 milj. kronor. Ett överförande av den egentliga mentalsjukvården till landstingen utan ekonomisk kompensation skulle givetvis framtinga betydande höjningar av landstingens utdebiteringar. Även om en mindre kostnadsdel lägges på landstingen, kan en härav föranledd utgiftshöjning leda till utdebiteringshöjningar. Huruvida detta är att föredraga framför en finansiering även till denna del genom statligt bidrag är en fråga, som ytterst bör bedömas med beaktande av de olika grunderna för statlig och kommunal beskattning.

Det förhållandet att en huvudmannaskapsreform inte i och för sig har till syfte att ändra sättet för finansieringen av mentalsjukvården talar enligt utredningens mening närmast för att de kommunala huvudmännen bör beredas ersättning av staten med belopp, som ger dem en i princip hundra procentig täckning för den kostnadsökning, som deras övertagande av tidigare icke omhändertagda grenar av mentalsjukvården medför. Med utgångspunkt från statens nuvarande kostnader för dessa vårduppgifter bör ersättningen alltså avvägas så, att dess totalbelopp i ett utgångsläge i stort sett motsvarar dessa kostnader. Av samma skäl bör enligt utredningens mening den stat-



liga ersättningen bli så reglerad, att den i görligaste mån ansluter till kostnadsutvecklingen på ifrågavarande vårdområde. Man synes emellertid samtidigt ha att räkna med att staten icke kommer att ha möjlighet att i form av ersättning till andra huvudmän nedlägga större kostnader på denna vårdsektor än som skulle varit fallet, därest nuvarande organisation med ett delat huvudmannaskap bibehölles.

#### 4. Likställighet mellan blivande huvudmän

Vid en till sina ekonomiska konsekvenser så ingripande reform som det här gäller är det en angelägenhet av stor vikt, att den kan genomföras efter så enhetliga riktlinjer som möjligt. Det ligger i sakens natur, att några principiella olikheter i villkoren icke bör förekomma mellan de olika landstingen vare sig i vad avser omfattningen av deras vårdåtagande eller i fråga om deras rättigheter till ekonomiskt bistånd. Det måste också förut-sättas, att principiell likställighet bör råda i fråga om de ekonomiska villkoren för en reform oberoende av om övergången till landstingens huvudmannaskap kan genomföras samtidigt i hela landet eller måste ske etappvis genom separata överenskommelser med enskilda landsting.

Man har att utgå ifrån att vid tidpunkten för en ändring av huvudmannaskapet — vare sig denna sker samtidigt eller successivt — de materiella vårdresurserna icke kommer att vara ensartade inom samtliga landstings sjukvårdsområden. Inom vissa områden kommer sannolikt att finnas statliga sjukhus, som — upprustade eller icke — kan överlämnas till vederbörande huvudman, medan inom andra områden sjukhus saknas. Dessa omständigheter bör principiellt sett icke föranleda några olikheter mellan de enskilda landstingen.

Till frågan om den ställning, som städerna Stockholm, Göteborg och Malmö kan komma att intaga vid en huvudmannaskapsreform, återkommer utredningen i det följande. Beträffande övriga landstingsfria städer — Norrköping, Hälsingborg och Gävle — har mentalsjukvårdsdelegationen understrukt, att förutsättningarna för att på ett tillfredsställande sätt utbygga och differentiera mentalsjukvården i dessa städer skulle väsentligt öka därest ett samarbete på området etablerades med vederbörande landsting. Statsbidragsutredningen har med hänsyn härtill baserat sina överväganden och beräkningar på att sistnämnda städers vårduppgifter på detta område vid en huvudmannaskapsreform löses genom ett samgående med landstingen. Utredningen har alltså förutsatt, att dessa städer icke kommer att utöva ett fristående huvudmannaskap och därför inkluderat dem i sjukvårdsområdena för respektive landsting. Detsamma gäller även de städer inom landsting, där egentlig mentalsjukvård ännu drives i primärkommunal regi.

Den av mentalsjukvårdsdelegationen skisserade principplanen för mentalsjukvårdens organisation inom ett landstingsområde och dess tillämp-

ning på vissa landsting torde endast vara avsedd att tjäna som allmän riktlinje, förtydligad med olika exempel på lämpliga lösningar. I händelse av ett övertagande bör också de enskilda landstingen lämnas största möjliga frihet att upplägga och genomföra en vårdorganisation på sätt de med hänsyn till egna förutsättningar och skilda lokala förhållanden finner lämpligt. Det är därför av vikt, att bestämmelser, som skall reglera de ekonomiska mellanhavandena med staten, utformas så, att denna frihet icke onödigtvis beskäres. De bör med andra ord utarbetas med sikte på att undvika en betungande byråkratisering på detta område.

Vid sina överväganden av de ekonomiska riktlinjerna för ett överförande av huvudmannaskapet för den egentliga mentalsjukvården på landstingen har statsbidragsutredningen sålunda tagit sikte på att förhållandena bör regleras så, att i princip full likställighet mellan de nya huvudmännen kommer att föreligga och att såvitt möjligt intrång icke göres i deras handlingsfrihet i vårdorganisatoriska frågor. Inte minst viktigt är dessutom, att den ekonomiska lösningen göres så enkel, lätt tillämplig och administrativt lätthanterlig som möjligt.

#### 5. *Samtidigt eller successivt överförande av huvudmannaskapet*

I principdiskussionen om en huvudmannaskapsreform har man regelmässigt utgått ifrån att landstingens och de landstingsfria städernas övertagande av mentalsjukvården icke kan aktualiseras förrän den pågående utbyggnaden och upprustningen av denna vårdgren blivit genomförd. Avsikten synes ha varit att till de nya huvudmännens disposition kunna överlåta ett upprustat, tidsenligt och standardmässigt någorlunda likvärdigt sjukhusbestånd. Den gällande reviderade generalplanen siktar till att upprustningsarbetet skall vara i huvudsak slutfört under år 1967. Planens effektuerande kan emellertid förutsättas komma att draga ut på tiden, bl. a. med hänsyn till att mentalsjukvårdsdelegationens organisations- och planeringsförslag, i den mån de godtages, torde medföra vissa överarbetningar av densamma. Det synes sålunda icke vara att räkna med att ett samtidigt överförande av huvudmannaskapet enligt ursprungligen tänkta förutsättningar kan komma till stånd inom den närmaste framtiden. Ett längre dröjsmål med reformens genomförande kan emellertid medföra olägenheter med hänsyn till den betydelse, som ett enhetligt huvudmannaskap för den somatiska och psykiska sjukvården tillmätts för att kunna åstadkomma en önskvärd samordning och integration mellan dessa vårdgrenar.

Med hänsyn till bl. a. nu anförda synpunkter har statsbidragsutredningen ansett sig ha anledning antaga, att en ändring av huvudmannaskapet kan komma att aktualiseras vid en tidpunkt, då upprustningen av befintliga

sjukhus ännu ej hunnit slutföras och då en del landsting ännu saknar sjukhus inom sina områden, ävensom att en reform då genomföres successivt genom separata överenskommelser med landstingen.

Det ligger i sakens natur, att en överenskommelse med ett eller några landsting om ett övertagande av huvudmannaskapet måste få prejudicerande betydelse för framtida uppgörelser i ämnet med övriga kommunala huvudmän. De problemställningar, som en sådan delreform aktualiserar, måste därför lösas så, att principiellt samma bedömningsgrunder senare kan tillämpas för återstoden av landet. De hos varje enskilt landsting vid den aktuella tidpunkten föreliggande speciella lokala förhållandena bör icke tillåtas rubba dessa allmänna riktlinjer utan får endast inverka på detaljutformningen av en överenskommelse. Hur dessa speciella spörsmål bör lösas inom ramen för de allmänna principerna torde få bli föremål för förhandlingar mellan staten och vederbörande huvudman. En annan sak är, att de allmänna förutsättningarna för ett övertagande hos något landsting kan motivera undantag från de för övriga tillämpade grunderna. Gotlands län torde med hänsyn till sitt insulära läge, ringa folkmängd och som följd därav begränsade ekonomiska resurser komma att intaga en sådan särställning.

Såsom tidigare nämnts kan en huvudmannaskapsreform komma att till stor del genomföras jämsides med den i statens regi pågående utbyggnaden och upprustningen av mentalsjukvården. Utredningen har därför givetvis haft att beakta de olika förhållanden med avseende å tillgängliga materiella resurser, som under denna tid föreligger inom skilda delar av landet, och utformat sina förslag härefter. Mot slutet av upprustningsperioden och sedan en mera betydande del av denna sjukvård övergått till de nya huvudmännen, torde förutsättningar finnas för en översyn och förenkling av den lösning av parternas ekonomiska mellanhavanden, som utredningen i nuvarande läge anser sig kunna förorda.

Ett i princip enhetligt huvudmannaskap för mentalsjukvården och kropps-sjukvården har mentalsjukvårdsdelegationen ansett vara en av de viktigaste förutsättningarna för att slutmålet för en nydaning av mentalsjukvården — full paritet mellan psykisk och somatisk vård såväl medicinskt som organisatoriskt — skall kunna uppnås. Därest principbeslut om en sådan huvudmannaskapsreform fattas av statsmakterna, är det angeläget, att den kan genomföras utan alltför stor tidsutdräkt. En successivt genomförd reform innebär givetvis, att ett dubbelt huvudmannaskap för den egentliga mentalsjukvården kommer att råda under en övergångstid med de olägenheter i vårdorganisatoriskt och administrativt hänseende, som detta föranleder. En förlängning av överförandeperioden inaktualiserar också de undersökningar rörande kostnader m. m., som legat till grund för utredningens bedömanden och rekommendationer i fråga om de ekonomiska villkoren för en reform. Enligt utredningens mening

är det därför önskvärt, att en tid fixeras, inom vilken huvudmannaansvaret skall vara övertaget av samtliga landsting. En upprustning och utbyggnad på ifrågavarande vårdområde av den omfattning, som 1956 års reviderade generalplan och däri vidtagna justeringar förutsätter, kan beräknas bli till största delen slutförd under 1960-talet. En reform på huvudmannaskapets område bör enligt utredningens mening lämpligen genomföras jämsides med och i anslutning till en organisatorisk omdaning i övrigt av vårdgrenen. I vart fall synes de förhandlingar, som förutsatts skola föregå ett övertagande, böra vara avslutade för samtliga huvudmäns vidkommande och erforderliga avtal i ämnet träffade inom angivna tidrymd.

### 6. *Storstädernas ställning vid en huvudmannaskapsreform*

Som tidigare nämnts handhar de tre största städerna själva huvudparten av den egentliga mentalsjukvården enligt särskilda avtal med staten. En huvudmannaskapsreform kan sålunda anses redan ha blivit i viss utsträckning genomförd för dessa städers vidkommande. Deras enligt avtalen åtagna förpliktelser som huvudmän för vårdgrenen företer emellertid väsentliga olikheter i förhållande till det huvudmannaansvar, som man förutsatt skall komma att åvila landstingen. Från städernas vårdskyldighet har exempelvis undantagits andra patientkategorier än dem, som föreslagits bli undantagna landstingens huvudmannaskap. Detta gäller bl. a. kriminalpatienter och utlännningar samt patienter i kontrollerad familjevård och hjälpverksamhet. Ur rationella och vårdorganisatoriska synpunkter är det givetvis otillfredsställande att efter ett överförande av mentalsjukvården till landstingen bibehålla sådana olikheter de kommunala huvudmännen emellan. En dylik ordning skulle innebära, att staten finge för storstädernas områden ombesörja vårduppgifter, som för riket i övrigt fullgöres av landstingen. Den principiella likställighet mellan landstingen inbördes i berörda avseende, som utredningen ovan förordat, synes därför böra åstadkommas även mellan landstingen och storstäderna. Då en huvudmannaskapsreform av sådan omfattning alltså innebär en utvidgning av städernas vårdskyldighet i förhållande till vad som gäller enligt storstadsavtalen, förutsätter detta, att en saklig revision av avtalen kan genomföras.

Den ersättning i form av drift- och platskostnadsbidrag, som enligt avtalen tillförsäkrats städerna för deras övertagande av mentalsjukvården, utgår efter vissa beräkningsgrunder i proportion till beläggning och kostnader vid statens sjukhus för de i egentlig mening mentalt sjuka. Ett frångående av statens huvudmannaskap för dessa sjukhus kommer svårigen att möjliggöra en fortsatt tillämpning av avtalens bidragsbestämmelser i oförändrad form. Enligt utredningens mening talar i allt fall starka rationaliseringsskäl och organisatoriska motiv för att enhetliga bestämmelser bör gälla för bidragsgivningen till samtliga kommunala huvudmän. En revision av

storstadsavtalen kan alltså komma att aktualiseras även av nu angivna orsaker.

I detta sammanhang bör beaktas, att gällande bestämmelser om statsbidrag till de av kommunerna redan omhändertagna grenarna av mentalsjukvården såsom framgår av den förut lämnade redogörelsen förete vissa olikheter mellan landstingen och storstäderna, vilkas sakliga berättigande i vart fall efter ett ändrat huvudmannaskap kan ifrågasättas. Detta gäller bidragen till inrättande och drift av psykiatriska lasaretsavdelningar. Också här bör jämställdhet huvudmännen emellan söka åvägbringas. Enligt utredningens nedan framlagda förslag är driftbidraget till dylika avdelningar för landstingens vidkommande avsett att samordnas med ett nytt enhetligt bidrag till all mentalsjukvård. I den mån detta sker och det nya enhetliga driftbidraget blir tillämpligt även på storstäderna, kommer sålunda jämställdhet att automatiskt inträda.

Av det anförda framgår, att de skyldigheter och rättigheter, som de tre största städernas huvudmannansvar enligt avtalen f. n. omfattar, måste bli föremål för omprövning, om den tillämnade huvudmannaskapsreformen för mentalsjukvården skall kunna genomföras så, att samma villkor kommer att gälla för samtliga kommunala sjukvårdshuvudmän. Den revidering av de icke tidsbegränsade storstadsavtalen, som en dylik omprövning innebär, måste ske förhandlingsvägen mellan parterna. Enligt direktiven för statsbidragsutredningen förutsattes sådana förhandlingar bli förda i annan ordning än genom utredningens försorg. Vid sina överväganden av riktlinjerna för den ekonomiska uppgörelse med staten, som huvudmannaskapets överförande på landstingen påkallar, och av villkoren för en framtida bidragsgivning till dessa huvudmän har utredningen för sin del strävat efter att åstadkomma sådana principiella lösningar och generella bidragsregler, att förutsättningar skapas för deras tillämpning även på storstäderna. En närmare redogörelse för dessa förutsättningar lämnas i kapitel 10.

## KAPITEL 5

### Villkoren för de statliga sjukhusanläggningarnas överlämnande till nya huvudmän

#### 1. Allmänt

Frågan om villkoren för överlämnandet av de statliga sjukhusanläggningarna är ett av de spörsmål, som först anmäler sig, då en ändring av huvudmannaskapet för mentalsjukvården blir aktuell. Såsom förut nämnts synes man i princip ha utgått ifrån att staten först skall låta upprusta de befintliga mentalsjukhusen och därefter överlämna dem till landstingens disposition. Man har följaktligen räknat med att vid statens frånträdande av huvudmannaskapet förhållandevis moderna och ur standardsynpunkt ungefär likvärdiga mentalsjukhus skall ställas till de nya huvudmännens förfogande med det platsantal, som vid tiden för övertagandet anses böra vara sjukhusets definitiva storlek.

Huruvida en överlåtelse av sjukhusen skall ske mot vederlag eller ej har icke varit föremål för något direkt uttalande från statsmakternas sida. Man synes emellertid kunna förutsätta, att om en ersättning skall stå i någorlunda rimlig proportion till anläggningarnas värde denna kommer att få en sådan storlek, att en icke oväsentlig höjning av landstingens utdebitering blir följd. Mot bakgrunden av de allmänna riktlinjer, som uppdragits i föregående kapitel vill utredningen därför principiellt förorda, att *en överlåtelse av sjukhusen äger rum utan att vederlag avkräves landstingen.*

#### 2. Sjukhusbyggnader

Därest en huvudmannaskapsreform kunde förutsättas komma att ske samtidigt för hela landet och först sedan upprustningen och utbyggnaden av vårdgrenen blivit slutförd, vore i och med nyss angivna principiella ställningstagande ytterligare överväganden om villkoren för sjukhusbyggnadernas överlämnande knappast påkallade. Som tidigare nämnts kan emellertid ett överförande av huvudmannaskapet komma att aktualiseras landstingsvis och vid tidpunkter, då upprustningen av befintliga sjukhus ännu ej hunnit avslutas och vissa landsting ännu saknar sjukhus inom sina områden. Beträffande villkoren vid en dylik successiv huvudmannaskapsreform må anföras följande.

För ett övertagande av den egentliga mentalsjukvården är förutsättningar i fråga om vårdresurser f. n. helt olika inom olika landstingsområden. I de flesta län finnes mentalsjukhus av en storlek, som mer än väl täcker det föreliggande vårdbehovet inom länet i fråga — sjukhusens storlek har vanligen bestämts med tanke på att tillgodose vårdbehovet inom flera län. Endast något enstaka av de befintliga sjukhusen kan anses vara i stort sett färdigrustat medan i fråga om merparten upprustningen fortgår. Åtskilliga landstingsområden saknar mentalsjukhus och deras vårdbehövande klientel hänföres till ett eller flera sjukhus inom närbelägna sjukvårdsområden. I dessa fall har på två undantag när nya mentalsjukhus planerats; några av dem är redan beslutade. Dessa nya sjukhus får emellertid icke en storlek, som svarar mot det förefintliga behovet av vårdplatser inom respektive län. Patienter från vissa delar av dessa läns sjukvårdsområden måste därför även i fortsättningen hänvisas till vård å sjukhus inom angränsande upptagningsområde, bl. a. för Stockholms läns vidkommande å Ulleråkers sjukhus. Ett exempel på motsatsen företer Blekinge län, där ett modernt sjukhus nu färdigställts (Gullberna sjukhus), som täcker ej endast länets enligt den reviderade generalplanen beräknade platsbehov utan är avsett att mottaga patienter även från vissa delar av Kristianstads län.

Med hänsyn till dessa förhållanden skulle det ligga närmast till hands att låta ett överförande till enskilt landsting av huvudmannskapet ske i län, där ett färdigrustat eller nytt mentalsjukhus redan finnes och har sådan storlek, att det kan tillgodose länets vårdbehov. Hinder bör dock icke möta mot ett överförande även inom ett landstingsområde, där ett sjukhus finnes, vars upprustning ännu inte hunnit slutföras och vars platsantal icke täcker vårdbehovet. I dylikt fall kan upprustningen av ett övertaget sjukhus eller den del av upprustningen, som ännu återstår, förutsättas komma att ombesörjas av den nye huvudmannen. Här inställer sig frågan, hur kostnaderna för sjukhusets färdigställande skall bestridas. I 1956 års reviderade generalplan redovisade investeringsberäkningar för den pågående upprustningen och utbyggnaden av mentalsjukvården upptager bl. a. kostnader för ombyggnad och modernisering av de befintliga sjukhusen. Dessa kostnader har alltså förutsatts skola bestridas av staten. Skäl synes därför tala för att i händelse av ett tidigare överförande av huvudmannskapet dessa statens kostnader nedlägges i form av bidrag till landstingen. Sådana bidrag synes böra utgå i form av *upprustningsbidrag*. Detta bidrag kommer sålunda att vara ett engångsbidrag och utgå endast i samband med att en huvudmannskapsreform genomföres för ett landstingsområde, då ett inom området befintligt statligt mentalsjukhus samtidigt övertages av landstinget och upprustas genom dess försorg.

Till landsting, som vid tidpunkten för reformens genomförande saknar

mentalsjukhus inom sitt område, föreslår utredningen, att *anläggningsbidrag* skall utgå. Hur upprustnings- och anläggningsbidragen lämpligen bör utformas och beräknas behandlas närmare nedan under kapitel 7.

### 3. Markområden

De statliga mentalsjukhusen har sedan gammalt disponerat stora markområden av olika slag, park-, åker- och skogsmark m. m. Den aktuella situationen beträffande av sjukhusen för närvarande disponerade markområden samt deras användningssätt m. m. kan utläsas av bifogade sammanställning (*bil. 2*). Uppgifterna har lämnats av ledningen för de statliga sjukhus, som enligt den reviderade generalplanen skall bibehållas för egentlig mentalsjukvård och följaktligen kommer att vid en huvudmannaskapsreform överlåtas på landstingen. Som jämförelse redovisas markförhållandena vid de nya mentalsjukhusen i Falköping, Örebro och Bollnäs.

Den vid mentalsjukhusen tidigare tillämpade terapin med bl. a. utesysselsättning som ett medel för patienternas tillfrisknande medförde, att vid sjukhusen i relativt stor utsträckning kom att bedrivas jordbruk och skogsbruk m. fl. näringar. Härtill erfordrades förhållandevis stora markområden. Efter hand som behandlingen inom mentalsjukvården fått en mera medicinskt betonad inriktning, har dessa former för arbetsterapi minskat i betydelse. Detta har haft till följd, att dessa näringsgrenar i många fall nedlagts och djurbesättningar avvecklats. I samband härmed har på vissa håll markområden försålts eller utarrenderats. Där ett nedläggande av verksamheten inom jordbruk och skogsbruk ännu icke genomförts planeras detta komma att ske. Sjukhusen kommer därför i många fall att disponera markområden, som måste anses vara alltför stora enligt nuvarande uppfattning. Numera torde man räkna med ett normalt markbehov av ca 300 000 à 400 000 m<sup>2</sup> för ett sjukhus om 600 à 800 vårdplatser (jfr storleken av de nya sjukhusens markområden).

Som framgår av den återopade sammanställningen är sjukhusens markområden i flertalet fall av sådan storlek, att enligt denna norm ett visst »överskott» av mark kommer att föreligga. Exempel härpå utgör Sundby, S:t Sigfrids, S:ta Gertruds, S:t Lars, S:ta Maria, S:t Jörgens, Restads, Mariebergs, Sätters, Umedalens och Furunäsets sjukhus. Respektive sjukhus markbehov har därvid bedömts med utgångspunkt från det platsantal, som sjukhuset beräknas omfatta enligt generalplanen. I samband med ett eventuellt överlämnande av sjukhusbyggnaderna till de nya huvudmännen torde sålunda fråga uppkomma, huru skall förfaras med markområden, som framdeles icke behöver disponeras av sjukhusen.

Principiellt synes staten vid ett överlämnande av sjukhusbyggnaderna icke böra avhända sig större markområden än vad som kan anses erforderligt



för respektive sjukhus vårduppgifter. Storleken av det tomtområde, som bör ingå i en eventuell överlåtelse, torde dock icke kunna bestämmas generellt utan får bedömas från fall till fall. Även denna fråga torde få slutgiltigt upptagas till prövning vid förhandlingar med de enskilda landstingen. Som en lämplig norm för bestämmandet av sjukhusområdenas omfattning torde därvid kunna tjäna de beräkningar av markbehovet, som under senare år tillämpats vid avtal om markförvärv för planerade nya sjukhus.

Mark, som vid överlämnandet av sjukhusbyggnaderna kan komma att friställas och som staten ej önskar disponera, torde i första hand böra hemhjas vederbörande landsting till inlösen. Eventuellt kan den nye huvudmannen tills vidare medgivas dispositionsrätt till marken, så länge den användes för mentalsjukvårdsändamål. Skulle huvudmannen vilja utnyttja marken för annat ändamål, bör förhandlingar om inlösen upptagas.

Skulle detta alternativ icke kunna genomföras, torde den friställda marken böra utbjudas till försäljning, i första hand till vederbörande primärkommun och i andra hand till annan intresserad köpare. En dylik försäljning torde i förekommande fall böra förbindas med villkor, att marken icke användes för ändamål, som kan anses olämpligt med hänsyn till det intilliggande sjukhuset.

## KAPITEL 6

### Allmänna synpunkter på frågan om statsbidrag till mentalsjukvården m. m.

#### 1. Bidrag till egentlig mentalsjukvård

I det föregående har statsbidragsutredningen utgått ifrån att de kommunala huvudmännen vid deras övertagande av tidigare icke omhändertavda grenar av mentalsjukvården av staten skall erhålla en i princip hundra procentig täckning för den därav föranledda kostnadsökningen. Då utredningen stannat för denna princip, har den förutsatt, att de nya huvudmännens merkostnader vid tidpunkten för en huvudmannaskapsreform i huvudsak motsvarar de utgifter, som staten vidkännes för vården av de patientkategorier, som reformen kommer att omfatta. Statens samlade kostnader kommer sålunda att överflyttas på de nya huvudmännen och fördelas mellan dem med hänsyn till de vårdmöjligheter, som anses hänförliga till respektive sjukvårdsområde vid överflyttningen. Den för respektive huvudman därvid uppkommande merkostnaden skall ersättas av staten. En huvudmannaskapsreform bör följaktligen i utgångsläget principiellt sett icke komma att verka höjande på statens utgiftsnivå för ifrågakvarande vårdsektor och icke heller medföra någon ekonomisk uppoffring för de tillträdande huvudmännen.

Vad beträffar kapitalkostnaderna för vårdgrenen — motsvarande de statliga investeringarna i befintliga och nya sjukhus — har utredningen i kapitel 5 förordat, att statens sjukhusanläggningar överlämnas till de nya huvudmännen utan vederlag. I de fall, då en erforderlig upprustning och modernisering av en redan befintlig anläggning icke hunnit slutföras, när ett övertagande aktualiseras, har föreslagits att *upprustningsbidrag* bör utgå.

Såsom utredningen tidigare framhållit bör en ändring av huvudmannaskapet för ett enskilt landstingsområde icke förhindras av att de tillgängliga vårdresurserna inom området icke motsvarar det antal vårdplatser, som bedömts erforderligt enligt den av statsmakterna godtagna reviderade generalplanen eller senare beslutade ändringar i denna plan. Likaså bör möjligheter föreligga för de landsting, som ännu saknar sjukhus inom sina områden, att övertaga huvudmannaskapet på principiellt likvärdiga villkor som övriga landsting. I den mån vårdplatsbehovet inte lämpligen kan tillgodoses genom att platser mot ersättning ställes till förfogande inom an-

gränsande landstingsområden aktualiseras i nu berörda fall frågan om bestridandet av de anläggningskostnader, som en erforderlig utbyggnad av vårdresurserna inom respektive huvudmannasområde representerar. Enligt utredningens mening bör staten bidraga till dessa kostnader inom ramen för generalplanen eller det ytterligare platsbehov, som framdeles kan bli fastställt. Den ersättning till de nya huvudmännen, som med anledning härav påkallas, anser utredningen lämpligen böra få formen av ett särskilt *anläggningsbidrag*. Bidraget förutsättes i princip komma att utgå för uppförande av nya vårdenheter för egentlig mentalsjukvård, antingen dessa inrättas som helt självständiga enheter eller samordnas med en institution inom någon annan gren av sjukvården. Även uppförande av ett första mentalsjukhus inom ett landstingsområde kommer alltså att omfattas av bidraget.

Utredningens förslag om upprustnings- och anläggningsbidragens närmare utformning redovisas i nästföljande kapitel.

För de kostnadsökningar, avseende driften av tidigare icke omhändertagna mentalsjukvårdsgrenar, som efter en huvudmannaskapsreform kommer att åvila de nya huvudmännen, bör dessa beredas ersättning genom *driftbidrag*. Av det tidigare anförda framgår, att storleken av ett dylikt bidrag totalt sett blir beroende av statens samlade faktiska driftutgifter för den överförda vårdgrenen vid tidpunkten för en reform. Systemet för ett driftbidrag bör därför i ett utgångsläge basera sig på statens motsvarande kostnader vid samma tid. Bidragsreglerna bör vidare utformas så, att bidragsbeloppen till varje huvudman nära överensstämmer med den kostnadsökning, som förorsakas denne vid överförandet. Denna får anses motsvara kostnaderna för den andel i statens tillgängliga vårdresurser, som anses hänförlig till respektive huvudman. Bidraget bör dessutom kunna följsamt anpassa sig efter den ökning av driftkostnaderna, som en av statsmakterna godtagen utbyggnad av vårdresurserna inom sjukvårdsområdet framkallar. Det är också angeläget, att bidragets värdebeständighet med hänsyn till den allmänna löne- och kostnadsutvecklingen i görligaste mån säkerställs. Av de senare årens utveckling på psykiatriens område att döma torde man ha att för en förhållandevis lång tidsperiod emotse en fortgående vårdmässig standardhöjning inom den egentliga mentalsjukvården med avseende å såväl personella som materiella resurser. Detta kommer givetvis att medföra stegrade driftkostnader. Det är rimligt, att driftbidraget såvitt möjligt anpassas också efter denna utveckling, åtminstone under utbyggnadsperioden.

Utredningen har tidigare framhållit angelägenheten av att en ändring av huvudmannaskapet för den egentliga mentalsjukvården inte drager alltför långt ut på tiden och förordad, att en reform genomföres inom förslagsvis en tioårsperiod. Beträffande de ekonomiska förutsättningarna för reformens genomförande inom en sådan tidrymd må erinras om att den av statsmakterna planerade och godkända upprustningen och utbyggnaden

av mentalsjukvården hittills icke bedrivits i avsedd takt. Anledningen härtill har varit, att staten icke ansett sig kunna med åsidosättande av andra angelägna investeringsbehov satsa större belopp på mentalsjukvårdens utbyggande. Det måste därför förutsättas, att statliga bidrag till upprustning och utbyggnad av mentalsjukvården icke kan utgå med större årliga belopp än vad staten vid ett oförändrat huvudmannaskap skulle kunna investera.

## 2. Samordning med vissa nuvarande bidrag

### A. Bidrag till mentalsjukvården

Enligt direktiven bör utredningen pröva frågan om ett sammanförande av nu utgående statliga bidrag till de grenar av mentalsjukvården, som redan omhänderhas av landstingen, med nya bidrag för den egentliga mentalsjukvården. De nuvarande bidrag, som kan ifrågakomma för en sådan samordning, avser psykiatriska lasarettavdelningar, vårdhem för lätt-skötta mentalt sjuka, anstalter för psykopatiska och nervösa barn samt undervisning och vård av psykiskt efterblivna ävensom psykisk barna- och ungdomsvård. Bidrag utgår till kostnaderna för dels uppförande, inrättande eller inlösen av förekommande institutioner och dels driften av de olika verksamhetsgrenarna. En närmare redogörelse för de olika bidragen har lämnats i kapitel 2.

*Bidragen till kostnaderna för uppförande m. m.* av olika institutioner, här benämnda byggnadsbidrag, utgår i samtliga fall med visst belopp per plats. Med undantag för bidragen till särskolor och vårdanstalter för psykiskt efterblivna om högst 12 000 respektive 9 000 kronor per plats torde visserligen byggnadsbidragen numera täcka endast en förhållandevis liten del av anläggningskostnaderna. Bidragen synes därför icke längre ha den stimulerande verkan, som varit ett av motiven för deras införande. Med utgångspunkt härifrån har utredningen övervägt möjligheterna att nu föreslå en avveckling av de utgående byggnadsbidragen. Utredningen har emellertid funnit det böra beaktas, att de landstingsdrivna grenarna av mentalsjukvården ännu är synnerligen ojämnt utbyggda inom de enskilda sjukvårdsområdena. I vissa områden torde det aktuella platsbehovet inom de olika grenarna vara praktiskt taget tillgodosett medan i andra ett stort utbyggnadsbehov ännu föreligger. De landsting, som förfogar över en utbyggd vårdorganisation, har följaktligen helt kommit i åtnjutande av det ekonomiska bistånd för ändamålet, som varit avsikten med de statliga bidragen. En generell samordning av dessa bidrag med framtida statsbidrag för egentlig mentalsjukvård till ett samtliga landsting tillkommande enhetligt bidrag skulle därför medföra, att vissa landsting bleve överkompenserade med avseende å bidrag till redan omhänderhavda vårdgrenar. Detta skulle gälla både absolut sett och i relation till de landsting, som av olika skäl hittills icke kunnat utbygga sin vårdorganisation i motsva-

rande omfattning och därför endast i mindre utsträckning kommit i åtnjutande av bidraget. Med hänsyn härtill har utredningen ansett sig böra förorda, att de nu utgående byggnadsbidragen åtminstone tills vidare bibehålles som separata bidrag. Ur rationell synpunkt kan det emellertid vara anledning, att denna fråga ånyo överväges i samband med en övergång till ett än mer förenklat bidragssystem för mentalsjukvården än vad utredningen med hänsyn till nuvarande förhållanden anser sig kunna förorda.

Vad angår de nuvarande *bidragen till driftkostnaderna* för de landstingsdrivna vårdgrenarna har utredningen med hänsyn till att dessa bidrag är kontinuerligt utgående ansett några principiella betänkligheter av den art, som här anförts beträffande byggnadsbidragen, icke kunna åberopas mot en samordning med ett framtida bidrag till driften av den egentliga mentalsjukvården. Det bör tvärtom framstå som naturligt, att i och med övergången till ett system som innebär, att större delen av mentalsjukvården sammanföres under ett enhetligt huvudmannaskap, statens ekonomiska bistånd till driftkostnaderna lämnas i form av ett för hela vårdområdet gemensamt, enhetligt bidrag. Det har också visat sig, att de utgående bidragens konstruktion underlättar en samordning av dem med det system för ett framtida nytt driftbidrag, som utredningen i det följande föreslår.

Av de nuvarande driftbidragen utgår en del i form av lönebidrag, nämligen de till lärare vid särskolor samt till läkare och assistenter inom den psykiska barna- och ungdomsvården. För åtnjutande av dessa bidrag har föreskrivits vissa villkor, som avser undervisningens och vårdens organisation eller personalens behörighet. Om villkoren inte blivit iakttagna, kan bidraget reduceras. Efter en samordning av bidragen kommer detta förfarande att möta betydande praktiska svårigheter och väsentligt motverka de förenklingar ur administrativ och kameral synpunkt, som är att vinna genom införandet av ett enhetligt driftbidrag. Utredningen anser emellertid, att tillsynen över att landstingens vård och undervisning handhas av tillräckligt kvalificerad personal bör kunna tillfredsställande utövas av vederbörande huvudtillsynsmyndigheter utan anknytning till bidragsgivningen och att några bidragsföreskrifter av här avsett slag därför icke är nödvändiga.

#### **B. Bidrag till epileptikeranstalter m. m.**

Mentalsjukvårdsdelegationen har ansett sig icke ha anledning att till prövning upptaga frågan om epileptikervårdens ställning vid ett överförande av huvudmannaskapet med hänsyn till att denna vårdgrens framtida organisation så sent som vid 1957 års riksdag blivit föremål för statsmakternas ställningstagande. Statsbidragsutredningen vill här erinra om att man samma år genomförde en sådan ändring i sjukhuslagen, att det tidigare gällande undantaget för fallandesjuka utgick. Härigenom blev lagen tillämplig även i fråga om anstaltsvård av epileptiker och landstingen över-

tog huvudmannskapet för de delar av epileptikervården, som icke ombesörjes av staten. I anslutning till denna lagändring utfärdades nya bestämmelser om epileptikeranstalter och om statsbidrag till sådana. I direktiven för utredningen har dessa bidrag icke nämnts bland dem som i första hand skulle komma i fråga för samordning med blivande bidrag inom mentalsjukvården. Avsikten härmed torde emellertid icke ha varit, att epileptikerbidragen skulle undantagas. Gällande bestämmelser om statsbidrag till epileptikeranstalter är utformade i överensstämmelse med motsvarande bestämmelser rörande vården av psykiskt efterblivna och utgör i stora delar en hänvisning till dessa. Visserligen torde denna vårduppgift enligt modern medicinsk uppfattning icke vara att anse som en gren av mentalsjukvården. Detta synes emellertid icke vara avgörande för huruvida de båda vårdgrenarna ur bidragssynpunkt lämpligen bör sammanföras. Ur praktisk synpunkt kan det icke anses ändamålsenligt, att en förhållandevis liten bidragsgrupp brytes ur detta sammanhang och lämnas utanför ett nytt enhetligt bidragssystem. Utredningen har sålunda funnit skäl tala för att även det utgående bidraget till epileptikeranstalter inordnas i ett framtida generellt mentalsjukvårdsbidrag.

Villkoren för ifrågavarande bidrag innefattar bl. a. föreskrifter rörande undervisningens bedrivande. Som ovan framhållits i fråga om motsvarande bestämmelser beträffande vissa bidrag till vården av psykiskt efterblivna torde emellertid tillsynen över anstalternas verksamhet kunna tillfredsställande utövas utan dylika statsbidragsvillkor.

I sitt den 6 augusti 1959 avgivna betänkande (stencilerat) har 1958 års besparingsutredning erinrat om ett av chefen för inrikesdepartementet i 1959 års statsverksproposition gjort uttalande om behovet av en översyn av gällande bestämmelser om statsbidrag även på kroppssjukvårdens område för att i varje fall uppnå en förenkling ur administrativa synpunkter. Besparingsutredningen har framhållit vikten av att rationaliseringsmöjligheterna i samband med statsbidragsgivning av olika slag tillvaratages och ansett, att en sådan översyn torde kunna företagas oberoende av de problem, som sammanhänger med frågan om mentalsjukvårdens eventuella överförande till landstingen. Enligt statsbidragsutredningens mening hade det varit önskvärt, att en genomgång och översyn av statsbidragsbestämmelserna även för den somatiska hälso- och sjukvården i dess helhet kunnat komma till stånd i samband med övervägandena rörande statsbidragssystemet på mentalsjukvårdens område. Vid utformningen av ett driftbidrag till mentalsjukvården har utredningen därför haft sin uppmärksamhet riktad på möjligheterna att med detta framdeles sammanföra även andra bidrag på sjukvårdens område för att så småningom kunna komma fram till ett enhetligt bidrag, avseende hela eller i varje fall större delen av hälso- och sjukvården.

### 3. *Reglering av nuvarande bidragsbelopp*

I anslutning till samordningsfrågan har statsbidragsutredningen funnit sig böra till prövning upptaga vissa aktualiserade spörsmål, som har betydelse för prövningen av det framtida enhetliga driftbidragets storlek. Det gäller här *dels* frågan om en eventuell reglering av de nuvarande bidragsbeloppen, *dels ock* om och i vad mån en utvidgning av rätten till nuvarande statsbidrag lämpligen bör genomföras i samband med en huvudmannaskapsreform.

Mentalsjukvårdsdelegationen har i sitt betänkande angående psykisk barna- och ungdomsvård föreslagit en höjning av utgående statsbidrag till avlöningskostnaderna för läkare och assistenter. Bidraget utgår med ett årligt belopp, motsvarande hälften av avlöningskostnaden dock högst 6 000 kronor för läkare och 3 000 kronor för assistent. Dessa belopp har icke undergått någon förändring sedan bidragets tillkomst år 1945. Delegationen har därför föreslagit en sådan storlek av bidragsbeloppen, att dessa kommer att svara mot en beräknad genomsnittlig ökning av lönerna efter år 1945. Maximibeloppen skulle därigenom uppgå till 15 000 respektive 8 000 kronor. Då man utgått ifrån, att statsbidraget till ifrågakvarande vårdgren komme att bli föremål för statsbidragsutredningens överväganden, har delegationens förslag fått karaktären av ett provisorium.

Även beträffande övriga till beloppet maximerade driftbidrag, som utgår till kommunala huvudmän för redan omhändertagda vårdgrenar, gäller vad mentalsjukvårdsdelegationen påtalat, att de fastställda beloppen varit oförändrade alltsedan bidragen infördes, i vissa fall för drygt tjugu år sedan. Bidragen har sålunda icke följt den allmänna kostnadsutvecklingen. Deras värde för huvudmännen torde därför i dagens läge vara jämförelsevis ringa och knappast längre stå i rimlig proportion till de ofta invecklade föreskrifter, som omgärdar dem. Utanordningen av bidragen har även inneburit ett icke oväsentligt administrativt och kameralt merarbete för både de statliga förvaltningsmyndigheterna och bidragstagarna. Mot bakgrunden härav kunde det övervägas att slopa åtminstone de mindre bidragen, nämligen de till vårdhem för lättskötta mentalt sjuka och psykiatriska lasarettavdelningar för vuxna. En alternativ möjlighet vore att räkna upp samtliga bidrag till belopp, som svarade mot dagens kostnadsläge. Då emellertid den aktuella huvudmannaskapsreformen icke i och för sig påkallar en sådan översyn, har utredningen begränsat sig till att vid de beräkningar, som ligger till grund för avvägningen av ett nytt enhetligt bidrag, utgå ifrån de nuvarande bidragsbeloppen.

### 4. *Utvidgning av den nuvarande bidragsrätten*

En utvidgning av statsbidragsrätten kan dels gälla nya, d. v. s. förut icke bidragsberättigade vårdgrenar och dels avse de huvudmän, som f. n. är

undantagna från rätten till bidrag. I detta sammanhang må erinras om att något statsbidrag f. n. icke utgår till barnpsykiatriska lasaretsavdelningar ävensom att gällande bestämmelser om statsbidrag till uppförande och drift av psykiatriska lasaretsavdelningar för vuxna icke är tillämpliga på sådana avdelningar i städerna Stockholm, Göteborg och Malmö samt Lund. Beträffande båda dessa bidragsfrågor har Kungl. Maj:t till utredningen överlämnat nedan berörda framställningar att tagas i övervägande vid fullgörandet av utredningens uppdrag.

Svenska stadsförbundets styrelse har i skrivelse den 25 maj 1957 hemställt, att den barnpsykiatriska vården i likhet med den medicinska barnsjukvården berättigas erhålla bidrag till uppförande och drift av självständiga barnpsykiatriska avdelningar ävensom att städerna utanför landsting skall erhålla rätt till bidrag till uppförande och drift av psykiatriska lasaretsavdelningar i enahanda utsträckning, som gäller för landstingens sjukhus. I sistnämnda avseende föreligger framställningar även från stadskollegierna i Stockholm och Göteborg samt från Malmö stads sjukhusdirektion. Därjämte har statsbidragsutredningen i detta sammanhang beaktat, att mentalsjukvårdsdelegationen i samband med ovan berörda förslag om en reglering av bidragsbeloppen till psykisk barn- och ungdomsvård synes ha avsett, att bidrag till barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar skall utgå till både landstingen och de landstingsfria städerna.

Som motiv för en utvidgning av statsbidragsrätten till att omfatta *barnpsykiatriska avdelningar vid lasarett* har stadsförbundet pekat på den utveckling, som skett inom barnsjukvården i avsikt att skaffa bättre vårdmöjligheter för nervösa och av psykiska sjukdomar drabbade barn, samt framhållit, att det ansetts medicinskt betingat att särskilja dessa från barn med uteslutande invärtesmedicinska sjukdomar. Enligt förbundets mening kan det icke anses berättigat att i statsbidragshänseende göra skillnad mellan en medicinsk barnavdelning och en självständig barnpsykiatrisk avdelning. För en utsträckning av bidragsrätten talar enligt förbundet även det förhållandet, att bidrag f. n. utgår till psykiatrisk avdelning för vuxna vid eller i anslutning till lasarett. Medicinalstyrelsen har i utlåtandet över framställningen i princip anslutit sig till ett av mentalsjukvårdsdelegationen gjort uttalande, att statsbidrag bör tillskapas även för nu avsett ändamål efter i stort sett samma riktlinjer som gäller beträffande psykiatriska lasaretsavdelningar för vuxna. För ett bidrag till driften av barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar har delegationen tänkt sig en lösning inom ramen för bidraget till den psykiska barn- och ungdomsvården, vilket utgår i form av lönebidrag till läkare och assistenter i öppen vård.

Enligt gällande bestämmelser utgår statligt bidrag till kostnaderna för driften av psykiatrisk vård i anslutning till kroppssjukhusen i form av fixerade bidrag per vård dag, d. v. s. för slutna vård, när det gäller det vuxna klientelet. För den del av den psykiatriska vården, som avser barn



och ungdom, utgår statligt driftbidrag däremot till kostnaderna för öppen vård. En utvidgning av bidragsrätten inom här ifrågavarande vårdgren till att omfatta även slutet vård av barn och ungdom kan i och för sig inte anses påkallad av den huvudmannaskapsreform, som nu är aktuell. Det synes emellertid inte längre finnas anledning att på detta område vidmakthålla olikheter i bidragssystemet, när det å ena sidan är fråga om vården av vuxna och å andra sidan gäller klientelet i övrigt. Praktiska skäl talar uppenbarligen för att enhetliga bidragsnormer i möjligaste mån bör gälla för samtliga patientgrupper inom mentalsjukvårdens område. Statsbidragsutredningen har därför vid konstruerandet av ett enhetligt statligt bidrag till de kommunala huvudmännen efter en huvudmannaskapsreform omräknat det utgående bidraget till barna- och ungdomsvården till ett bidrag om 3 kronor per vård dag för driften av barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar vid kroppssjukhusen. Ett med nuvarande bidragsgrunder i stort sett likvärdigt ekonomiskt resultat för huvudmännen uppnås, om varje huvudman tilldelas i genomsnitt 8 platser per 100 000 invånare.

Till stöd för framställningarna från Stockholm, Göteborg och Malmö att komma i åtnjutande av bidrag till uppförande och inrättande samt drift av *psykiatriska lasarettavdelningar för vuxna* har man erinrat om den orättvisa och olikställighet gentemot andra sjukvårdshuvudmän, som ett bibehållande av gällande undantagsbestämmelser innebär för storstäderna. Medicinalstyrelsen har i utlåtanden över framställningarna åberopat ett av styrelsen i annat sammanhang gjort uttalande, att den för sin del icke kunnat finna något skäl för dessa undantagsbestämmelser, samt förklarat sig villig tillstyrka en framställning om revision av bestämmelserna ifråga.

En av de allmänna ekonomiska riktlinjerna för en huvudmannaskapsreform på mentalsjukvårdens område har statsbidragsutredningen angivit vara, att full likställighet i fråga om rättigheter till ekonomiskt bistånd bör föreligga mellan landstingen inbördes ävensom att principiell jämställdhet mellan dessa och storstäderna bör eftersträvas i fråga om rättigheter och skyldigheter på detta vårdområde. Detta innebär, att utredningen vid sin prövning av samordningsfrågan förutsatt, att storstädernas bidragsrätt kommer att omfatta även här ifrågavarande lasarettavdelningar, i den mån det enhetliga bidraget vinner tillämpning på dessa städer. Frågan härom torde få regleras i samband med den revision av de gällande storstadsavtalen, som huvudmannaskapsreformen aktualiserar.

Vad åter angår *bidrag till uppförande eller inrättande* av båda slagen av lasarettavdelningar har mentalsjukvårdsdelegationen förordat bidrag för barnpsykiatriska avdelningar efter i stort sett samma riktlinjer, som nu gäller beträffande avdelningar för vuxna med tillägg, att bidrag bör kunna utgå även för sådana avdelningar i städerna Stockholm, Göteborg, Malmö och Lund. Utredningen har som ovan nämnts för sin del inte varit främmande för tanken att i samband med en huvudmannaskapsreform genom-

föra en avveckling av redan utgående byggnadsbidrag till olika grenar av mentalsjukvården i kommunal regi med hänsyn till att dessa bidrag numera torde sakna den stimulerande verkan, som varit ett av huvudmotiven för deras införande. I avbidan på att utbyggnaden av dessa vårdgrenar slutföres inom samtliga landsting har dock utredningen ansett en avveckling av bidragen böra anstå tills vidare. Mot bakgrunden härav kan utredningen icke förorda, att bidragsrätten nu utsträcker att omfatta ytterligare verksamhetsgrenar.

Svenska stadsförbundet har i särskild framställning till Kungl. Maj:t den 27 november 1953 hemställt, att åtgärder vidtages för införande av *statsbidrag till driften av mentalsjukhus, som drives av vissa andra primärkommuner*. Förbundet har bl. a. åberopat, att dessa kommuner ådrager sig icke oansenliga kostnader för sådana vårduppgifter inom sina områden, som rätteligen bör ombesörjas och bekostas av staten. Det vore därför enligt förbundets mening en befogad åtgärd, att staten påtog sig att, så länge de kommunala mentalsjukhusen utgjorde ett komplement till den statliga plats-tillgången, svara för en väsentlig del av driftkostnaderna för dessa sjukhus. Stadsförbundets framställning har av Kungl. Maj:t överlämnats till statsbidragsutredningen för att finnas tillgänglig vid fullgörandet av utredningens uppdrag.

Såsom utredningen i annat sammanhang framhållit torde man kunna utgå ifrån att befintliga institutioner för egentlig mentalsjukvård i primärkommunal regi kommer att avvecklas allteftersom den ordinarie vårdorganisationen utbygges. Under senare år har ett antal kommunala sjukhus nedlagts och man planerar att upphöra med verksamheten vid ytterligare enheter. Det har aldrig varit ifrågasatt, att de primärkommuner det här gäller skulle komma att vid sidan av landstingen utöva ett självständigt huvudmannaskap för av dem bedriven mentalsjukvård. I den mån några primärkommunala vårdinrättningar ännu är i drift vid tidpunkten för en huvudmannaskapsreform torde det därför få ankomma på respektive landsting att med vederbörande kommun träffa överenskommelse om sjukhusets fortsatta drift. Utredningen har följaktligen i sina beräkningar icke tagit särskild hänsyn till här avsedda inrättningar.

## KAPITEL 7

### Bidrag till landstingens byggnadskostnader m. m.

#### 1. Bidrag till upprustning av befintliga sjukhus (upprustningsbidrag)

Såsom statsbidragsutredningen tidigare anfört måste man vid en successiv ändring av huvudmannskapet för den egentliga mentalsjukvården räkna med att en reform för vissa landsting kan bli aktualiserad redan innan en upprustning av de statliga sjukhus, som landstingen skall övertaga, hunnit slutföras. För dylika fall har utredningen förutsatt, att statliga upprustningsbidrag skall utgå för att täcka landstingens kostnader för den återstående upprustningen av sjukhusen.

Omfattningen av de statliga mentalsjukhusens upprustning har för varje sjukhus i stora drag redovisats i 1956 års reviderade generalplan. Med hänsyn till utvecklingen på förevarande vårdområde har man emellertid senare tvingats att i många fall frångå de i planen upptagna förslagen. Mentalsjukvårdsberedningens byggnads- och utrustningsdelegation har i anslutning härtill påbörjat en förnyad inventering av byggnadsbestånden vid de äldre sjukhusen och nya planer för den fortsatta upprustningen utarbetas. För några sjukhus har individuella generalplaner redovisats. Dylika moderniserade planer bör, i den mån de godkännes, vinna tillämpning vid bestämmandet av upprustningens omfattning. Det är därför angeläget, att den nya inventeringen fortsätter, och att de tidigare upprustningsplanerna aktualiseras även för övriga sjukhus.

Då omfattningen av de erforderliga upprustningsåtgärderna varierar betydligt de olika sjukhusen emellan, kan storleken av upprustningsbidragen för de individuella sjukhusen bestämmas endast i den mån godkända planer för upprustningen föreligger. En prövning måste här ske från fall till fall. Man torde därvid i princip böra utgå ifrån de kostnader, som statsmakterna varit beredda att nedlägga, därest upprustningen av sjukhusen fullföljts i statlig regi. Det är därför angeläget, att de nya upprustningsplaner, som framlägges av byggnads- och utrustningsdelegationen, även redovisar de beräknade kostnaderna för upprustningen. *Dessa beräkningar bör, i den mån de godtages av statsmakterna, vara normerande för bidragens bestämmande i det enskilda fallet med de justeringar, som kan föranledas av förändringar i det allmänna byggnadskostnadsläget.* Underlag för ett bedömande av bidragets storlek i de fall, då individuella planer inte blivit upprättade, torde kunna erhållas i de beräkningar av kostnader för upprustning av befintliga

sjukhus, som under senare år genomförts enligt delegationens förslag. Det kan nämnas, att delegationen vid beräkningen av investeringsbehovet för här avsedda ändamål utgått ifrån att kostnaderna per vårdplats för nybyggda ersättningsplatser vid befintliga sjukhus respektive för ombyggnad och modernisering av befintliga platser belöper sig till ungefär 25 000 respektive 18 000 kronor.

Enligt vad byggnads- och utrustningsdelegationen uppgivit medför de nya upprustningsplanerna regelmässigt en större minskning av vårdplatsantalet vid de befintliga sjukhusen än vad den reviderade generalplanen förutsätter. Ledmotivet för en definitiv upprustning av äldre sjukhus har delegationen angivit böra vara att ge sjukhusen en standard, som från medicinsk och byggnadsteknisk synpunkt gör dem i huvudsak likvärdiga med de nya mentalsjukhusen. Bl. a. bör det beaktas, att utvecklingen inom vårdområdet kan leda till en framtida vårdorganisation med flera och mindre sjukhusenheter. Vidare har delegationen uttalat:

Å andra sidan torde det med hänsyn till föreliggande platsbehov icke vara möjligt att under den närmaste framtiden minska platsantalet inom sinnessjukvården. Tvärtom föreligger f. n. ett stort behov av ytterligare vårdmöjligheter. I avbidan på den närmare prövningen av dessa frågor i samband med mentalsjukvårdsdelegationens förslag om de allmänna riktlinjerna för sinnessjukvårdens organisation inom ett sjukvårdsområde bör en mera genomgripande upprustning begränsas till att omfatta allenast en så stor del av sjukhusens vårdplatser, som sjukhusen kan tänkas få i en framtida vårdorganisation. De delar av sjukhusen, som alltså icke beröres av denna upprustning, bör moderniseras i begränsad utsträckning. En definitiv modernisering kan nämligen i regel icke åstadkommas annat än genom nybyggnader. Planeringen bör sålunda i nuläget gå ut på dels att genom om- eller nybyggnader för varaktigt bruk tillskapa en kärna inom sjukhusen och dels att genom begränsade iståndsättningsåtgärder för en övergångsperiod upprusta sjukhusen i övrigt. (Prop. nr 87 till 1959 års riksdag.)

Av vad delegationen sålunda anfört framgår att upprustningen av ett befintligt statligt sjukhus kan avse ett större platsantal än vad man på längre sikt bör räkna med för detta sjukhus. Man synes därför böra skilja mellan kostnaderna för upprustningen av den del av ett sjukhus, som definitivt iståndsättes, och kostnaderna för en mera begränsad modernisering av sådana vårdplatser, som under en övergångstid bibehålles vid sjukhuset. Sistnämnda kostnader kommer såtillvida att intaga en särställning i bidragshänseende som en slutlig reglering av desamma synes böra ske i samband med beräkningen av det anläggningsbidrag, som kan utgå, då övergångsplatserna framdeles ersättes med definitiva platser.

I bidrag till upprustning av befintliga sjukhus bör även inbegripas ersättning för kostnader för anskaffande av erforderlig utrustning för sjukhusen. Dessa kostnader ingår icke i de av byggnads- och utrustningsdelegationen enligt ovan uppgivna erfarenhetskostnaderna. Storleken av ett bidrag till utrustningskostnaderna torde böra bestämmas med ledning av

de kostnadsbelopp, avseende anskaffande av utrustning i samband med modernisering av äldre statliga sjukhus, som erfarenhetsmässigt föreligger vid tiden för förhandlingarna med vederbörande landsting om ett övertagande av huvudmannaskapet.

Det bör slutligen understrykas, att ett upprustningsbidrag enbart har avseende på det eller de i statens ägo befintliga mentalsjukhus, som övertages av den nye huvudmannen, och att bidragsbeloppets fastställande innebär en slutlig uppgörelse mellan denne och staten i fråga om ersättning för den upprustning av sjukhuset eller sjukhusen, som återstår vid tidpunkten för huvudmannaskapets övertagande. Någon omprövning av bidraget bör således inte kunna ifrågakomma.

## 2. Bidrag till fortsatt utbyggnad (anläggningsbidrag)

### A. Allmänt

De sjukhus, som i samband med en huvudmannaskapsreform kommer att överlämnas till de nya huvudmännen, kan i allmänhet beräknas icke komma att täcka föreliggande vårdplatsbehov inom respektive sjukvårdsområde. En fortsatt utbyggnad blir därför erforderlig i flertalet fall. Denna måste ske genom att antingen tillskapa nya självständiga sjukhus eller inrätta ytterligare vårdplatser vid befintliga vårdenheter. Utredningen har i det föregående förordat, att staten skall bidra till kostnaderna härför i form av anläggningsbidrag. Då detta bidrag sålunda principiellt anknytes till tillkomsten av nya vårdplatser, kommer det som regel att utgå först sedan huvudmannaskapet övertagits. Bidraget kan emellertid komma att aktualiseras redan i samband med själva övertagandet, nämligen för landsting, som ännu saknar mentalsjukhus inom sina områden. Utredningen har förutsatt, att anläggningsbidrag i dylikt fall skall kunna utgå till kostnaderna för uppförande av ett första sjukhus inom området. I nuvarande utbyggnadsskede skulle detta enligt mentalsjukvårdsdelegationens rekommendationer kunna komma i fråga beträffande fem landsting, Stockholms läns, Kalmar läns södra samt Kristianstads, Hallands och Västmanlands läns.

Den erforderliga utbyggnaden av de institutionsbundna vårdresurserna inom ett landstingsområde låter sig icke definitivt fastställas i ett utgångsläge. Ej heller kan utbyggnadsperiodens längd med säkerhet förutsägas. Den ram för utbyggnaden, inom vilken anläggningsbidrag bör utgå, synes komma att väsentligen bestämmas av två faktorer, dels det antal vårdplatser, som kan anses behövt utöver redan befintliga och dels på vilket sätt detta behov lämpligen bör tillgodoses.

Företagna undersökningar av vårdplatsbehovet inom den egentliga mentalsjukvården har givit vid handen, att behovet av platser är beroende

av en rad olika omständigheter, vars verkningar icke i förväg låter sig överblickas. Ett framtida platsbehov kan därför inte definitivt fastställas. Man torde i detta sammanhang böra i första hand hålla sig till de under senare tid verkställda beräkningarna, d. v. s. de som redovisats i 1956 års reviderade generalplan och mentalsjukvårdsdelegationens huvudbetänkande. I generalplanen beräknade man ett platsbehov för varje landstingsområde, som i medeltal för hela landet motsvarade omkring 3,5 promille av befolkningen. Delegationen har uppskattat platsbehovet till i genomsnitt 4 promille. Enligt statsbidragsutredningens mening bör sistnämnda behovstal gälla som en generell övre gräns vid bedömningen av utbyggnadsbehovet inom ett sjukvårdsområde. Utredningens i det följande redovisade undersökningar har emellertid visat, att å mentalsjukhusen intagna patienter från samma landstingsområde redan nu på vissa håll uppgår till antal, som betydligt överstiger denna gräns. I här avsedda fall bör det manifesterade faktiska vårdbehovet tills vidare vara den övre gränsen för utbyggnadens omfattning. I vad mån förhållandena i andra fall bör föranleda en ytterligare utbyggnad av vårdplatserna torde få prövas med ledning av särskilda undersökningar av platsbehovet och en bedömning av hur vårdbehovet i övrigt lämpligen bör tillgodoses inom sjukvårdsområdet.

En prövning från statens sida av vårdorganisationen inom ett sjukvårdsområde efter en huvudmannaskapsreform torde kunna begränsas till ett allmänt bedömande av hur olika vårdresurser inom mentalsjukvården i dess helhet mest rationellt bör fördelas inom området. En sådan bedömning synes bl. a. böra bygga på de av statsmakterna godkända utbyggnadsplanerna, d. v. s. 1956 års reviderade generalplan med de senare beslutade justeringar, som den hos byggnads- och utrustningsdelegationen pågående överarbetningen av planen kan föranleda. Det är därför angeläget, att denna överarbetning tager sikte på en framtida ändring av huvudmannaskapet och liksom hittills bedrivs i samråd med de presumtiva huvudmännen. Vårdgrenens utveckling inom sjukvårdsområdet bör emellertid icke bindas vid en bestämd vårdorganisation. Hur utbyggnaden vid en aktuell tidpunkt bör gestaltas — genom uppförande av självständiga sjukhus eller inrättande av vårdplatser i anslutning till redan befintliga vårdenheter — måste bli beroende av då föreliggande erfarenheter, bl. a. i fråga om den öppna vårdens betydelse. Det är av vikt, att huvudmännens framtida handlingsfrihet i dessa frågor icke inskränkes.

#### **B. Grunder för beräkning av bidragsbeloppet**

Man synes ha att utgå ifrån att den fortsatta utbyggnaden av den egentliga mentalsjukvården kommer att taga förhållandevis lång tid i anspråk. Detta medför svårigheter vid bedömandet av anläggningsbidragens belopp. Utredningen har övervägt möjligheten att låta bidragen bestämmas genom prövning från fall till fall. Man uppskjuter därvid avgörandet om bidrags-

beloppets storlek till en framtida tidpunkt, då en utbyggnadsåtgärd blir aktuell inom ett sjukvårdsområde, och fastställer i detta speciella fall det statliga bidrag, som skall utgå till kostnaderna för den just då erforderliga åtgärden. Den nödvändiga utbyggnaden kan därvid bedömas från relativt säkra utgångspunkter i fråga om vårdplatsbehov och vårdresursernas lämpliga fördelning. Ett dylikt system torde emellertid förutsätta en ingående realbedömning från statens sida av det föreliggande utbyggnadsförslaget från såväl organisatoriska som ekonomiska synpunkter. Det kan därför befaras komma att inkräkta på den handlingsfrihet för huvudmännen i vårdorganisatoriska frågor, som utredningen ansett vara en av de ledande principerna för en huvudmannaskapsreform. För landstingens vidkommande skulle metoden dessutom medföra svårigheter för den ekonomiska planeringen av utbyggnaden, då man helt saknade hållpunkter för en bedömning av vilket bidrag till kostnaderna som kunde påräknas.

Ett system för bestämmandet av de statliga bidragen till utbyggnads-kostnaderna bör i stället sökas efter en linje, som beaktar de aktuella kraven på platstillgång och samtidigt ger utrymme för huvudmännens handlingsfrihet i vad avser den vårdorganisatoriska uppläggnigen. Utredningen har funnit detta möjligt endast på det sättet, att man i ett utgångsläge fastställer vissa *ersättningsnormer, efter vilka bidragen framdeles skall beräknas*. Sådana normer kan givetvis inte fixeras med hänsyn till alla tänkbara utbyggnadsåtgärder. De måste begränsas att gälla sådana huvudtyper av åtgärder, som vanligen förekommer vid en utbyggnad. Det synes härvid tillfyllest att i princip skilja mellan uppförande av nya självständiga mentalsjukhus och tillskapande av nya vårdplatser vid redan befintliga vårdenheter inom mental- eller kroppssjukvården. En framtida uppgörelse bör sålunda i denna del kunna begränsas till en överenskommelse, att anläggningsbidrag för någon av dessa principiella utbyggnadsåtgärder skall beräknas efter vissa normerade kostnader.

Här avsedda normer torde närmast få bestämmas med utgångspunkt från de erfarenheter rörande kostnaderna för olika åtgärder, som den hittills i statlig regi genomförda utbyggnaden av vårdgrenen givit.

Under senare år har staten beslutat uppföra flera nya mentalsjukhus. Av dessa är Falbygdens sjukhus i Falköping, Mellringe sjukhus i Örebro samt ett sjukhus i Bollnäs f. n. under uppförande. Därjämte föreligger principbeslut om inrättande av ett mentalsjukhus i anslutning till ett nytt kroppssjukhus i Upplands Väsby. Samtliga sjukhus är utformade efter i stort sett enhetliga principer i fråga om planläggning och utformning, särskilt i vad avser vårdavdelningarna. Falbygdens sjukhus och sjukhuset i Upplands Väsby kommer dessutom båda att förses med särskilda klinikavdelningar.

Byggnads- och utrustningsdelegationen har anmält, att en reducering av det för Mellringe sjukhus godtagna platsantalet om 780 till 720 blivit ifråga-

satt. Vidare har delegationen uppgivit, att byggnadskostnaderna för mentalsjukhusets del i den nya sjukhusanläggningen i Upplands Väsby vid en preliminärt träffad uppörelse om fördelningen mellan staten och Stockholms läns landsting av kostnaderna för hela anläggningen beräknats i första hand med 627 platser vid mentalsjukhuset och alternativt med ett platsantal av 687.

Byggnadskostnaderna för de nya mentalsjukhusen — med alternativa platsantal för Mellringe sjukhus och mentalsjukhuset i Upplands Väsby — beräknas uppgå till följande belopp, hänfödda till prisläget den 1 juli 1959.

Sjukhus	Antal vårdplatser	Byggnadskostnad	
		total	per plats
Falbygden . . . . .	784	33 170 000:—	42 309:—
Mellringe, alt. 1 . . . . .	780	34 240 000:—	43 897:—
» , » 2 . . . . .	720	32 602 900:—	45 282:—
Bollnäs . . . . .	660	32 000 000:—	48 485:—
Upplands Väsby, alt. 1	627	30 033 300:—	47 900:—
» , » 2	687	31 133 300:—	45 318:—
	4 258	193 179 500:—	45 369:—

Av föreliggande kostnadsberäkningar för de under senare tid beslutade och planerade nya sjukhusen för egentlig mentalsjukvård framgår sålunda, att kostnaderna för uppförande av sådana sjukhus enligt nuvarande principer i fråga om storlek samt planläggning och utformning kan anses belöpa sig till i medeltal 45 500 kronor per vårdplats. Detta medeltal bör enligt utredningens mening från nuvarande utgångspunkter vara normgivande för storleken av statliga bidrag till kostnader för uppförande av nya fristående mentalsjukhus.

En utbyggnad av den slutna mentalsjukvårdens resurser genom tillskapande av nya vårdplatser vid redan befintliga vårdinstitutioner kan bli aktuell på olika sätt. En eventuellt ändrad uppfattning om den lämpligaste storleken av ett mentalsjukhus kan medföra, att en utbyggnad kommer till stånd vid det sjukhus, som övertagits av landstinget i samband med huvudmannaskapsreformen eller uppförts av landstinget i anslutning till denna eller inrättats först senare som ett led i den fortsatta utbyggnaden. Man kan icke heller utsluta, att en utbyggnad sker genom att tillskapa vårdplatser för egentlig mentalsjukvård även i anslutning till vårdenheter för andra grenar av sjukvården.

Till ledning vid bedömandet av kostnaderna för nu angivna åtgärder kan tjäna de beräknade kostnaderna för enbart vårdpaviljongerna vid de nya statliga mentalsjukhusen. Enligt vad utredningen inhämtat kan dessa kostnader — som redovisas i följande sammanställning — anses representativa för inrättande av nya vårdplatser i samtliga här berörda fall.



	Byggnadskostnad		Byggnadskostnad per plats	
	2 våningar (60 platser)	4 våningar (120 platser)	2 våningar	4 våningar
Falbygden .....	1 444 500:—	2 546 600:—	24 075:—	21 222:—
Mellringe .....	1 637 200:—	2 584 050:—	27 287:—	21 534:—
Bollnäs .....	1 650 000:—	2 800 000:—	27 500:—	23 300:—
Upplands Väsby .....		2 950 000:—		24 500:—
Medeltal	1 577 233:—	2 720 162:—	26 287:—	22 668:—

Enligt utredningens mening bör här redovisade medelkostnader — i genomsnitt motsvarande 24 500 kronor per vårdplats — vara normgivande för storleken av ett statligt anläggningsbidrag, som skall utgå till kostnaderna för anordnande av ytterligare vårdplatser vid befintliga sjukhus.

Det är uppenbart, att en större utbyggnad av platsantalet vid en befintlig vårdenhetshet kan ställa krav på *ökad kapacitet hos sjukhusets gemensamhetsanordningar* — kök, panncentral, behandlings- och administrationslokaler m. m. Då kostnaderna för härav föranledda utbyggnadsåtgärder vid sjukhuset måste bli helt olika från fall till fall, kan några erfarenhetskostnader inte angivas. Utredningen har ansett skäligt, att bidrag utgår även till härav betingade kostnader, och vill för sin del förorda, att i fall som nu avses huvudmännen beredes ersättning med belopp, som motsvarar de verkliga kostnaderna. Det totala bidraget till kostnaderna för utbyggnadsåtgärder, som avser att tillskapa ytterligare vårdplatser vid redan befintliga vårdinstitutioner, och för en eventuellt erforderlig utökning av kapaciteten hos gemensamhetsanordningarna vid institutionen bör dock i intet fall överstiga vad som motsvarar kostnaden för uppförande av ett nytt mentalsjukhus eller 45 500 kronor per vårdplats.

Av vad utredningen i det föregående anfört framgår att de befintliga mentalsjukhusen i vissa fall kan komma att innefatta ett antal *vårdplatser, som endast under en övergångsperiod bibehålles* vid sjukhuset i avbidan på beslut om deras definitiva förläggning. Vid en successivt genomförd huvudmannaskapsreform är att räkna med att ett övertagande av sjukhusen kommer att för de enskilda landstingen aktualiseras vid olika tidpunkter under perioden för platsernas bibehållande. Av rättviseskäl landstingen emellan synes det därför påkallat, att de kostnader, som måst nedläggas för att kunna bibehålla ifrågavarande platser, i viss utsträckning avräknas från anläggningsbidragen till en sedermera vidtagen utbyggnad av vårdresurserna inom landstingsområdet, varigenom dessa platser göres permanenta, antingen detta sker genom uppförande av ett nytt mentalsjukhus eller genom utbyggande av en befintlig vårdenhetshet. Avräkningsbeloppet synes böra bestämmas till så stor del av den nedlagda kostnaden per vårdplats, som vid tidpunkten för sjukhusets övertagande hänför sig

till den återstående tiden av den för platserna beräknade användningsperioden.

De erfarenhetsmässiga kostnadsbelopp, som enligt vad här anförts bör vara normerande vid bestämmandet av de statliga anläggningsbidragen, grundar sig på nuvarande *byggnadskostnadsläge*. Beloppen bör därför, då frågan om bidrag aktualiseras, justeras med hänsyn till de förändringar, som inträffat inom det allmänna byggnadskostnadsläget. En dylik justering synes enklast kunna åstadkommas genom en anknytning av bidragsbeloppen till byggnadsstyrelsens byggnadskostnadsindex.

Det bör vidare beaktas, att de här rekommenderade beloppen grundar sig på kostnaderna för uppförande av nya mentalsjukhus eller tillskapande av nya vårdplatser *enligt nuvarande uppfattning om den erforderliga standarden vid sjukhusen*. I den mån under utbyggnadsskedet fråga uppkommer om en reglering av de av utredningen förordade bidragsbeloppen med hänsyn till en ändrad standard vid sjukhusen, torde spørsmålet få bli föremål för förhandlingar mellan berörda parter.

I detta sammanhang synes även böra beröras det ekonomiska problem, som sammanhänger med frågan om en *förnyelse av* de av staten överlåtna eller med statliga bidrag tillkomna *sjukhusanläggningarna*. De nya huvudmännen erhåller enligt utredningens förslag i samband med huvudmannaskapets överförande antingen ett upprustat modernt sjukhus eller i princip full ersättning för slutförandet av en upprustning av sjukhuset till i stort sett samma standard. Om sjukhus saknas inom området, erhåller landstinget anläggningsbidrag, motsvarande i princip hela kostnaden för uppförande av ett sjukhus. Till kostnaderna för den fortsatta utbyggnaden inom en av statsmakterna godkänd ram kommer vidare att utgå i princip full ersättning i form av anläggningsbidrag. Sedan landstingen genom dessa åtgärder från statens sida erhållit ett modernt och i stort sett likvärdigt sjukhusbestånd, bör mellanhavandet mellan staten och landstingen i denna del rimligen anses avslutat. Det torde därför få bli en de nya huvudmännens angelägenhet att ombesörja och ekonomiskt svara för uppförande av erforderliga ersättningsbyggnader. Mot bakgrunden härav har utredningen ansett sig icke böra föreslå en statlig bidragsgivning till kostnader för framtida ersättningsanskaffningar.

Som tidigare framhållits kommer vid genomförandet av den föreslagna huvudmannaskapsreformen befintliga mentalsjukhus att utan vederlag överlämnas till de nya huvudmännen. I det vederlagsfria överlämnandet har ansetts böra ingå så stor del av de till sjukhusen hörande *markområdena*, som erfordras för de sjukvårdande uppgifterna. Utredningen har därvid förordat en begränsning av markområdets storlek till omkring 30 å 40 hektar för ett sjukhus om 600 å 800 platser. För samtliga i bruk varande statliga mentalsjukhus — de senaste färdigställda åren 1942 (Sidsjöns sjukhus) och 1958 (Gullberna sjukhus) — torde erforderlig mark ha kostnads-

fritt ställt till förfogande. För markområden, som tagits i anspråk för de under senare år beslutade sjukhusen, har med undantag av sjukhuset i Sala för höggradigt psykiskt efterblivna ersättning däremot erlagts. Sålunda har markersättning för Falbygdens och Mellringe sjukhus, mentalsjukhuset i Bollnäs samt sjukhuset i Katrineholm för vård av vissa psykiskt abnorma utgått med belopp motsvarande ett ungefärligt kvadratmeterpris av respektive 30 öre, 90 öre, 65 öre och 1 krona.

I den mån de nya huvudmännen icke själva disponerar lämpliga markområden, torde man få räkna med att ersättning även framdeles kommer att krävas för mark, som ianspråktoes för utbyggnaden inom mentalsjukvården. Det bör också förutsättas, att staten skulle få vidkännas dessa kostnader vid ett oförändrat huvudmannaskap. I förekommande fall synes därför i princip bidrag till kostnaderna böra utgå även för lösen av erforderliga markområden. Några normer för beräkningen av detta bidrag kan naturligen icke angivas. Bidragsbeloppet torde därför få bestämmas efter prövning från fall till fall.

I samband med den fortsatta utbyggnaden av vårdgrenen aktualiseras även frågan om ersättning för *kostnaderna för utrustning* av nya vårdenheter. Principiellt sett synes denna böra bedömas på samma sätt som beträffande upprustningen av befintliga sjukhus och bidrag till utrustningskostnaderna alltså böra utgå. Det må nämnas, att utrustningskostnaderna för det senast färdigställda statliga mentalsjukhuset, Gullberna sjukhus, uppgått till i runt tal 4 300 kronor per vårdplats. Även andra av statsmakterna beslutade nya sjukhus kan förväntas vara färdigställda, när fråga uppkommer om statligt bidrag till här avsedda kostnader. Man bör då ha ytterligare erfarenheter att i olika fall bedöma storleken av ett utrustningsbidrag. Den nyligen beslutade centraliseringen av utrustningsfrågornas handläggning till mentalsjukvårdsberedningens byggnads- och utrustningsdelegation kan även förväntas ge en säkrare vägledning vid bedömningen. Storleken av ett blivande statligt bidrag till utrustningskostnader bör alltså enligt utredningens mening så snart ske kan upptagas till prövning av statsmakterna och *bestämmas på grundval av de erfarenhetsmässiga kostnader per vårdplats, som färdigställandet av nya statliga sjukhus kommer att ge*, såväl när det gäller utrustning av ett helt nytt sjukhus som i fråga om utrustning av nya vårdavdelningar vid ett befintligt sjukhus.

## Bidrag till landstingens driftkostnader

### 1. Bidragssektorns omfattning

Ett enhetligt statligt bidrag till driften av mentalsjukvården bör självfallet i första hand omfatta de grenar av densamma, som vid en huvudmannaskapsreform kommer att överföras till landstingen. Härutinnan har statsbidragsutredningen i enlighet med sina direktiv utgått ifrån de förslag, som mentalsjukvårdsdelegationen framlagt. Bidraget kommer således att avse den egentliga mentalsjukvården, inklusive familjevård och hjälpverksamhet, med undantag för de klientelgrupper, vilka enligt delegationens mening bör kvarbliva under statens huvudmannaskap. Som tidigare angivits utgöres dessa grupper av *dels* vissa psykiskt sjuka och abnorma (s. k. psykopater) — såväl straffriförklarade som icke straffriförklarade — vilka kräver vård å specialsjukhus eller specialavdelning, *dels* särskilt farliga psykiskt sjuka och abnorma, d. v. s. det klientel, som f. n. vårdas på s. k. fasta paviljonger, *och dels* svårskötta psykiskt efterblivna, d. v. s. det klientel, som faller under 4 § lagen om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna.

I det nya bidraget kommer vidare att ingå de statliga bidrag till redan landstingsdrivna delar av mentalsjukvården, beträffande vilka förutsättningar för en samordning med bidraget till den egentliga mentalsjukvården befunnits föreligga. Slutligen har utredningen funnit förutsättningar föreligga för en samordning av nu utgående bidrag till epileptikeranstalter med det nya bidraget till mentalsjukvården.

### 2. Bidragets utformning

Beträffande utformningen av det bidrag, som vid ett överförande av huvudmannaskapet skall utgå som ekonomisk kompensation till de nya huvudmännen, har i utredningens direktiv anvisats alternativa möjligheter. Bidraget kan antingen bestämmas med utgångspunkt från de på visst sätt fastställda verkliga kostnaderna eller också fixeras efter mera generella, schematiska grunder. Det senare systemet skulle närmare ansluta till den linje, efter vilken allmänna statsbidragsutredningen arbetade för primärkommunernas del. Enligt direktiven synes vissa skäl tala för denna linje.

Utredningen har utgått ifrån att ett statsbidrag bör hänföra sig till sum-

man av vissa kända kostnader för driften av den egentliga mentalsjukvården. Härtill kan sedermera komma att läggas även driftkostnaderna för de mentalsjukhus och mentalsjukhem för barn och ungdomar, som mentalsjukvårdsdelegationen föreslagit. Vidare har förutsättningar befunnits föreligga för att samordna ett sådant bidrag med de till landstingen och de landstingsfria städerna redan utgående statliga driftbidragen inom mentalsjukvården. Även summan av statens kostnader för dessa samordnade bidrag låter sig fixeras.

Utredningen har ovan framhållit, att sådana bidragsbestämmelser bör undvikas, som binder bidragens användning vid en särskild form av mentalsjukvården. En sådan bundenhet kan försvåra en rationell avvägning med hänsyn till vårdsynpunkter och kostnader i förhållande till andra vårdformer, exempelvis mellan sluten och öppen vård. Även den förut framförda synpunkten att ett statligt bidrag i princip skall anses utgöra ersättning för de kostnader, som genom en huvudmannaskapsreform kommer att påläggas de nya huvudmännen, leder närmast till att bidraget icke bör vara direkt knutet till utvecklingen inom en viss vårdform. För den närmast överblickbara framtiden har utredningen emellertid funnit, att en viss anknytning av ett statligt bidrag till kostnaderna och vårdbehovet på den egentliga mentalsjukvårdens område bör bibehållas. Motivet härför är främst, att överförandet av huvudmannaskapet — och därmed införandet av en ekonomisk kompensation i form av statsbidrag till de nya huvudmännen — av utredningen förutsatts komma att ske redan innan upprustningen och utbyggnaden av vårdgrenen i enlighet med 1956 års principbeslut hunnit fullföljas i hela landet. Utredningen har vidare utgått ifrån att överförandet inte kan komma att ske samtidigt i alla delar av landet utan successivt genom separata avtal med enskilda landsting. För att åvågabringa en rimlig grad av rättvisa olika landsting emellan är det därför önskvärt, att statsbidraget under utbyggnadsskedet i stort sett göres beroende av både de befolkningsmässiga förändringarna och takten i utbyggnaden av mentalsjukvården.

I fråga om bidragets utformning har utredningen bl. a. undersökt möjligheterna att tillämpa de olika förslag till lösning av motsvarande problem på den slutna kroppssjukvårdens område, som upptogs till prövning av 1946 års statsbidragsakkunniga för hälso- och sjukvården i dess år 1948 avgivna betänkande med förslag till nytt statsbidragssystem för denna vårdform (SOU 1948: 48). De sakkunniga hade närmast till uppgift att verkställa en teknisk omläggning av statsbidragssystemet för den slutna kroppssjukvården. Med utgångspunkt från det för visst år redovisade totala statliga driftbidragsbeloppet till kroppssjukvården undersöktes fyra alternativa utformningar av bidraget, nämligen som ett procentbidrag, ett vård dagsbidrag, ett standardbidrag per invånare eller som ett kombinerat invånar- och vård dagsbidrag. Efter en analys av de olika alternativens för- och nackdelar stannade de sakkunniga vid att förorda ett kombinerat bidragssystem med

komponenterna invånarbidrag och vårddagsbidrag såsom den mest lämpade formen för statens ekonomiska engagemang i den slutna kroppssjukvården. Förslaget, som även innefattade en uppräknig av utgående statsbidrag och en utvidgning av statsbidragsrätten till flera vårdgrenar, har icke lett till något beslut av statsmakterna.

Att utforma bidraget som ett *procentbidrag* innebär, att statens tillskott utgår med en viss procent av varje landstings kostnader för sjukvården. Statens bidrag medför sålunda samma procentuella lättnad för varje huvudman. Då driftbidraget förutsatts komma att utgöra en i princip hundra procentig täckning för de merkostnader, som en huvudmannaskapsreform i utgångsläget medför för landstingen, skulle denna bidragsform kunna tillämpas endast i den mån en höjning av det ursprungliga bidragsbeloppet aktualiserades. Bidragsunderlaget kommer emellertid i det läget att utgöras av huvudmannens verkliga utgifter — en faktor som alltså i betydande grad skulle vara beroende av bidragsmottagaren. I likhet med 1946 års statsbidragssakkunniga kan man mot systemet därför rikta den invändningen, att det i mindre grad skulle stimulera till ekonomisk återhållsamhet, då bidraget helt skulle följa utgifterna. Även 1958 års besparingsutredning har i sitt ovannämnda betänkande framhållit, att i sådana fall, då bidragstagaren har möjlighet att påverka kostnaderna för att utföra en anläggning eller driva en verksamhet, till vilken statsbidrag utgår, bidragsbestämmelserna i möjligaste mån bör utformas så, att de stimulerar bidragstagaren till sparsamhet. Allmänt sett torde statsbidraget alltså inte böra ges den utformningen, att det utgår med viss procent av en beräknad eller verklig kostnad. Härtill kommer att systemet med bidragsprocent är ägnat att öka statens intresse att kontrollera förvaltning och kostnadsredovisning, vilket i sin tur medför administrativt merarbete — ett resultat helt motsatt det som i detta avseende åsyftas med ett enhetligt statsbidrag. Alternativet med ett fixt procentbidrag har på i huvudsak här anförda grunder avvisats av utredningen.

Att grunda ett driftbidrag på *antalet vårddagar* kan icke anses ägnat att medverka till en rationell avvägning mellan slutna och öppna vård. Det bör här beaktas, att mentalsjukvårdsdelegationen rekommenderat en väsentlig utbyggnad av den öppna vården även inom den egentliga mentalsjukvårdens ram. Man får räkna med att kostnaderna för denna vårdform blir betydande men de skulle falla helt utanför ett bidrag, som bestämmes uteslutande efter vårddagsantalet, d. v. s. enbart efter den slutna vårdens resurser. Det är visserligen att märka, att en aktivering av den öppna vården kan förväntas medföra, att beläggningen å sjukhusen så småningom sjunker. Så länge det godkända vårdplatsantalet måste bibehållas, torde dock även med ett reducerat antal vårddagar någon nämnvärd minskning av driftkostnaderna för den slutna vården icke kunna påräknas med hänsyn till att den större kostnadsdelen är nära nog konstant. Däremot komme statsbidragets stor-

lek att minska vid varje nedgång i vårdplatsernas beläggning, oavsett om totalkostnaden för den slutna vården skulle förbli oförändrad eller visa en långsammare minskning. En utformning av ett framtida statsbidrag med vårdtagsantalet som norm synes sålunda icke innebära en god lösning av bidragsfrågan.

Att statsbidraget utformas som ett *standardbidrag per invånare* innebär, att bidraget anknyter till invånarantalet på så sätt, att det utgår med ett visst belopp per år och invånare. Ett så utformat bidrag medför självfallet, att områden med litet antal vård dagar erhåller avsevärt större statligt stöd till driftkostnaderna per vård dag än om detta anknytes till det faktiska vårdtagsantalet. Vål skulle ett standardbidrag per invånare innebära, att en ekonomisk garanti skapades för en viss minimistandard på förevarande vårdområde. Bidraget skulle emellertid bli helt oberoende av den utbyggnad av vårdgrenen, som därutöver kunde anses erforderlig. Av utredningen gjorda provberäkningar enligt denna bidragsnorm (redovisade i tabell L: III B ) har dessutom visat, att bidraget skulle under utbyggnadstiden ge relativt ogynnsamma ekonomiska resultat för de enskilda huvudmännen och i vissa fall leda till omkastningar i deras ekonomi och skattetryck, som snarast kan betecknas som allvarliga. Metoden skulle också medföra det icke helt tillfredsställande resultatet, att en huvudman med intresse att utbygga sin mentalsjukvård i full omfattning icke på grund därav erhöle högre statsbidrag än en huvudman med mindre intresse för en sådan utbyggnad.

Såsom framhållits av kommunalskatteberedningen och sedermera även av 1946 års statsbidragsakkunniga bör vidare beaktas att det aktuella utgiftsbehovet för huvudmännen icke alltid står i proportion till invånarantalet. Kostnaderna för vårdgrenen röner inflytande även av andra faktorer än folkmängden, såsom antalet barn och åldringar, folktäthet, dyrortsförhållanden m. m. En nedgång i befolkningstalet inom visst landstingsområde skulle alltså reducera statsbidraget i en takt, som icke säkert kunde anses motsvara en reell minskning av kostnaderna. Förhållandet bleve det motsatta vid en ökning av befolkningsunderlaget, medförande en höjning av statsbidragsbeloppet utan att en motsvarande kostnadsökning på grund av större vårdplatsantal behövde föreligga vid samma tidpunkt. Dessa förhållanden synes alltså kunna leda till ojämnheter i det ekonomiska biståndet till de olika huvudmännen. På i huvudsak nu anförda skäl vill utredningen icke tillstyrka, att statsbidraget utformas som ett renodlat standardbidrag per invånare.

Statsbidragsutredningen har liksom 1946 års statsbidragsakkunniga funnit, att ett *kombinerat invånar- och vårdtagsbidrag* kan väsentligen eliminera de nackdelar, som en tillämpning av dem var för sig är ägnad att medföra. Dessa nackdelar är av olika natur och uppväger delvis varandra. De provberäkningar som utredningen vidtagit har visat, att ett på detta

sätt konstruerat bidrag ger goda möjligheter att åstadkomma en avvägning av statsbidragens storlek, som nära ansluter till de olika huvudmännens faktiska driftkostnader såväl i nuläget som under den tid mentalsjukvårdens utbyggnad pågår. En fördel med den kombinerade bidragsformen är, att bidraget icke enbart blir beroende av den slutna vårdformen. Mental-sjukvårdsdelegationen har som tidigare nämnts förordnat, att en väsentlig utbyggnad av den öppna vården kommer till stånd inom den egentliga mentalsjukvården. Med hänsyn härtill anser utredningen angeläget, att ett generellt statsbidrag till mentalsjukvården ges en sådan utformning, att det får betydelse för både öppen och slutna vård. Den del av bidraget, som utgår per invånare, kan härvid i första hand tänkas animera till en förbättring av den öppna vårdformen.

I samband med prövningen av det enhetliga statsbidragets utformning som ett kombinerat invånar- och vård dagsbidrag har utredningen i förenklande syfte övervägt, om den del av bidraget, som hänför sig till antalet vård dagar, i stället lämpligen kan beräknas med anknytning till antalet vårdplatser inom varje landstings sjukvårdsområde. Platsbidraget synes på ett riktigare sätt ansluta till huvudmännens kostnader för driften av sjukhusen. Erfarenheten visar nämligen, att dessa endast obetydligt beröres av sjukhusens beläggningsförhållanden. Beräknas statsbidraget efter antalet vård dagar, kommer enbart den vid varje tidpunkt rådande beläggningen på sjukhuset att helt avgöra statsbidragets storlek utan hänsyn till hur kostnaderna för driften påverkas därav. Anknutet till vårdplatsantalet blir bidragets storlek däremot oberoende av beläggningen. Att platsbidraget därför skulle bereda huvudmännen överkompensation för driftkostnaderna vid en minskning i beläggningen torde likväl icke behöva befaras, då en sådan alltid medför ett visst inkomstbortfall i form av uteblivna vårdavgifter. Å andra sidan medger ett platsbidrag icke någon ersättning för den ökning av driftkostnaderna, som en beläggning av sjukhusen utöver det godkända antalet platser kan föranleda. Dessa extra kostnader torde emellertid vara så pass ringa i jämförelse med den ordinarie platsbykostnaden, att man med hänsyn även till den under senare år avtagande överbeläggningsfrekvensen kan bortse från desamma. I denna fråga vill utredningen även åberopa, att hittills vunna erfarenheter av platsbidragets tillämpning i fråga om vården av psykiskt efterblivna och epileptiker visar, att denna bidragsform ur administrativ synpunkt är att föredraga. För såväl den rekvirerande som för den granskande och utbetalande myndigheten medför den en icke oväsentlig förenkling i handläggningen.

På här anförda skäl vill statsbidragsutredningen sålunda för sin del förorda, att principen med ett kombinerat invånar- och vårdplatsbidrag lägges till grund för utformningen av ett generellt driftbidrag till mentalsjukvården, i vart fall för den tidsperiod, för vilken det gäller att nu närmast planera. I ett läge, då mentalsjukvårdens upprustning och utbygg-



nad kan anses i huvudsak slutförd, kan det som förut antytts bli möjligt att övergå till ett än mer förenklat bidragssystem.

### 3. Beräkning av bidragsbelopp

Utredningen har förordat, att ett bidrag för den egentliga mentalsjukvården bör avse att främst täcka de merutgifter, som kommer att åvila landstingen efter deras övertagande av huvudmannaskapet för denna vårduppgift. Man har att utgå ifrån att dessa merutgifter för varje landsting kommer att i stort sett motsvara statens driftkostnader för egentlig mentalsjukvård inom respektive sjukvårdsområde. Det har vidare förutsatts, att ett bidrag till egentlig mentalsjukvård även skall inkludera de bidrag, som fortsättningsvis bör utgå till landstingen för redan omhändertagna mentalvårdsgrenar. Ett enhellt bidrag bör följaktligen i ett utgångsläge grunda sig på den sammanlagda kostnaden för angivna utgifter och bidrag, i det följande benämnt bidragsunderlag.

Vid en beräkning av det kostnadsbelopp, som sålunda blir bestämmande för driftbidragets storlek, bör förhållandena under år 1958 — det senaste år, för vilket en fullständig kostnadsredovisning föreligger — tagas som utgångsläge.

#### A. Kostnader för egentlig mentalsjukvård

Beträffande samtliga av utredningen vidtagna beräkningar av bidragsunderlaget för mentalsjukvården i egentlig mening gäller att de grundar sig på den för den statliga verksamheten redovisade nettodriftkostnaden. Vad denna kostnad innefattar har närmare preciserats i samband med den i kapitel 2 lämnade översikten över mentalsjukvårdens nuvarande organisation och finansiering (sid. 31 o. f.). Under år 1958 uppgick statens driftkostnader till sammanlagt 143 330 637 kronor, varav 983 319 kronor hänförde sig till det rättspsykiatriska undersökningsväsendet. Såsom avseende en även framdeles statlig angelägenhet kommer sistnämnda belopp icke att ingå i de av landstingen övertagna utgifterna för mentalsjukvården.

Vid beräkningen av bidragsunderlaget för denna vårdgren måste vidare iakttagas, att underlaget icke skall inbegripa befintliga vårdplatser, som förutsättes komma att kvarbliva under statens huvudmannaskap, d. v. s. psykopatklientelet och det klientel, som måste vårdas på s. k. fasta paviljonger. Driftkostnaderna för dessa vårdplatser — sammanlagt 202 platser vid S:t Sigfrids och Sidsjöns sjukhus respektive tillhoppa 71 platser vid S:ta Gertruds och Sätters sjukhus — har med tillämpning av dagkostnaden vid respektive sjukhus för år 1958 uppskattats till 1 777 913 kronor.

Kostnaderna för driften av den del av den statliga mentalsjukvården, som förutsättes kunna överföras till landstingens huvudmannaskap, kan sålunda beräknas uppgå till (143 330 637 — 983 319 — 1 777 913) 140 569 405

kronor. I detta belopp har icke i någon form inräknats de kostnader, som staten vidkännes för pensionering av sjukhusens befattningshavare. Man torde emellertid i förevarande sammanhang böra räkna med att då de nya huvudmännen övertager det ekonomiska ansvaret för sjukhusen däri kommer att inbegripas även pensioneringen av de vid sjukhusen anställda från tidpunkten för övertagandet. Utredningen har därför utgått ifrån att även de beräknade utgifterna härför bör inräknas i de merkostnader, som kommer att åvila huvudmännen.

Vid pensionskostnadernas inräknande i medelkostnaden för underhållsdag vid statens mentalsjukhus har utredningen följt samma beräkningsnormer, som enligt särskilt avtal mellan staten och Stockholms stad (godkänt av Kungl. Maj:t den 28 juli 1959) tillämpas vid beräkningen av det till staden utgående driftkostnadsbidraget. Därvid har man utgått från de försäkringsmatematiskt beräknade pensionskostnader, som hänfört sig till de under en redovisningsperiod utbetalda pensionsgrundande lönebeloppen. Kostnaderna har antagits svara mot ett visst procenttal av dessa löner, varvid det ansetts lämpligt att applicera procenttalet på de utbetalade avlöningarna. Vid statens mentalsjukhus svarade pensionsgrundande lönerna för budgetåret 1955/56 mot 73,8 procent av den utbetalade avlöningssumman. Med utgångspunkt från det av Stockholms stad bokföringsmässigt tillämpade beräkningstalet för pensionskostnader — 22 procent av det pensionsgrundande lönebeloppet — skulle procenttalet sålunda bli

$$\left(\frac{22 \times 73,8}{100} =\right) 16,2, \text{ räknat på bruttoavlöningen.}$$

Förhandlingsvägen enades man om att de årliga kostnaderna för pensionering skulle inräknas i driftutgifterna med belopp, motsvarande 15 procent av de utbetalade avlöningarna. Dessa har vid utredningens beräkningar visat sig motsvara i runt tal 85 procent av nettokostnaden om ungefär 140,5 milj. kronor för driften av de statliga mentalsjukhusen. Statens pensionskostnader för sjukhuspersonalen uppgår alltså enligt denna norm till omkring 18 milj. kronor.

Statens driftskostnader för den egentliga mentalsjukvården kan sålunda totalt beräknas till i runt tal  $(140,5 + 18 =)$  158,5 milj. kronor, motsvarande en genomsnittlig driftkostnad vid de statliga mentalsjukhusen om 20 kronor 35 öre per vård dag.

Vid en beräkning av *bidragsunderlaget för varje enskilt landsting* har uppgiften varit att söka fördela statens totala driftkostnader för den egentliga mentalsjukvården på de olika landstingen. Det bör understrykas, att utredningens i samband härmed gjorda uträkningar endast avser att utgöra en förhandskalkyl för att försöksvis antyda de ekonomiska verkningarna av ett ifrågasatt enhetligt bidrag till mentalsjukvården. Den uppdelning av totalkostnaderna på de enskilda landstingen, som beräkningarna innefattar, har också — såsom framgår av det följande — genomförts enligt alternativa

fördelningsmetoder. Dessa utgör endast exempel på hur stor andel i de befintliga vårdresurserna, som enligt olika beräkningsgrunder kan anses hänförlig till varje landsting.

De tre mindre städerna utanför landsting — Norrköping, Hälsingborg och Gävle — har hittills icke själva drivit några psykiatriska vårdinrättningar med uppgifter i huvudsak motsvarande de statliga mentalsjukhusens. Mentalsjukvårdsdelegationen har ansett, att förutsättningarna för att på ett tillfredsställande sätt utbygga och differentiera mentalsjukvården i dessa städer skulle väsentligt öka genom ett samarbete på området med vederbörande landsting. Utan att närmare ingå på formerna för ett sådant samarbete har statsbidragsutredningen därför utgått ifrån att en samplanering av mentalsjukvården inom dessa städer med angränsande landsting kommer till stånd. Utredningen har följaktligen inkluderat de tre städerna i respektive landsting såväl med avseende å antal invånare som vid beräkning av kostnader och bidrag för olika grenar av mentalsjukvården.

Kostnaderna för vården av det klientel vid statens mentalsjukhus, som en huvudmannaskapsreform förutsattes omfatta, är svåra att någorlunda rättvist beräkna för de olika landstingen. Den nu gällande organisationen av sjukhusens upptagningsområden sammanfaller inte någonstädes med landstingens sjukvårdsområden med undantag för Blekinge län och sjukhusens platsantal har inte enhetligt bestämts i proportion till folkmängden inom respektive upptagningsområde. En beräkning av vårdkostnaderna för varje landsting måste därför grunda sig på en fördelning av antalet tillgängliga vårdplatser.

Fördelningen av statens vårdplatser på de olika landstingens sjukvårdsområden kan utföras på olika sätt. Enklast är att fördela det redovisade antalet vård dagar vid de statliga sjukhusen under ett år på landstingen i förhållande till deras invånarantal. Antalet vårdplatser motsvarar då 1/365-del av vård dagsantalet för respektive landsting. En fördelning av statens totala vårdkostnad efter dessa principer får emellertid anses verklighetsfrämmande, eftersom den varken anknyter till de olikheter i behovet av vårdplatser, som existerar mellan de enskilda landstingsområdena, eller tager någon hänsyn till de vårdmöjligheter, som kan ställas till respektive områdens förfogande. Fördelningen av antalet vårdplatser bör så nära som möjligt ansluta till dessa faktorer. En möjlighet är att utgå från den gällande indelningen av landet i upptagningsområden för de statliga mentalsjukhusen. Antalet faktiskt utnyttjade vårdplatser vid varje sjukhus fördelas härvid på de landsting, som replierar på sjukhuset, i förhållande till deras andelar i befolkningsunderlaget för sjukhusets upptagningsområde. Sammanlagda antalet platser, som vid denna fördelning tillföres varje landstingsområde från de olika sjukhusen, kommer att utgöra den andel i den totala platstillgången, som kan anses hänförlig till varje landsting.

Som ett andra alternativ har utredningen fördelat de statliga sjukhusens

samlade platstillgång å de enskilda landstingen i proportion till antalet in-  
neliggande patienter från respektive landstingsområde. För detta ändamål  
har utredningen företagit en inventering vid samtliga mentalsjukhus i lan-  
det av antalet den 8 juni 1959 inneliggande patienter från samma lands-  
tingsområde. De under år 1958 i medeltal belagda platserna vid sjukhusen  
har därefter fördelats å varje landsting i förhållande till nämnda dag inne-  
liggande patienter. Denna metod synes vara den, som närmast ansluter till  
de verkliga förhållandena, när det gäller att beräkna den andel i vårdmög-  
ligheterna, som med nuvarande organisation bör anses hänförlig till varje  
landsting.

Vad avser frågan, om vårdkostnaderna bör beräknas efter den för respek-  
tive sjukhus redovisade dagkostnaden eller efter medeldagkostnaden för  
samtliga statliga sjukhus, bör beaktas att de nuvarande förhållandevis stora  
kostnadsskillnaderna de olika sjukhusen emellan till en del beror av de  
rådande dyrortsförhållandena men väsentligen torde vara avhängiga av  
olikheter i sjukhusens vårdmässiga standard. Dessa olikheter kan emellertid  
icke förväntas bli bestående, varför skillnaderna i kostnader får förutsättas  
komma att i stort sett utjämnas i framtiden. Med hänsyn härtill har sjuk-  
husens medeldagkostnad under år 1958 lagts till grund för beräkningarna  
enligt den av utredningen såsom alternativ 2 angivna och förordade meto-  
den för fördelningen av vårdplatsantalet. Vid beräkningarna enligt alternativ  
1 har dock för jämförelses skull tillämpats både de individuella sjukhusens  
dagkostnader och medeldagkostnaden för samtliga sjukhus.

Hur statens driftkostnader för den egentliga mentalsjukvården sålunda  
fördelar sig å skilda landstingskommuner med tillämpning av *dels* medeldag-  
kostnaden vid varje statligt sjukhus och *dels* den genomsnittliga dagkost-  
naden för samtliga sjukhus framgår av bifogade *tabeller L: I*, Alt. 1—3. I  
tabellerna *L: I*, Alt. 1 och 2 har vårdplatserna vid varje sjukhus fördelats å  
landstingen efter deras andel i befolkningsunderlaget i sjukhusets upptag-  
ningsområde. Tabell *L: I*, Alt. 3 redovisar, hur den samlade vårdplatstill-  
gången fördelar sig å landstingen i förhållande till antalet inneliggande  
patienter från samma landstingsområde. För att få en uppfattning om kost-  
nadernas ekonomiska betydelse för landstingen har det utdebiteringsbehov  
angivits, som till varje landsting hänförda kostnader motsvarar.

#### **B. Kostnader för samordnade bidrag m. m.**

För en beräkning av underlaget för den del av ett enhetligt statligt bidrag till  
hela mentalsjukvården, som skall avse samordnade, till sekundärkommunala  
huvudmän redan utgående bidrag, vore en redogörelse för statens kostnader i  
form av utbetalade sådana statsbidrag under det senast förflutna budget-  
året givetvis i och för sig tillräcklig. En allsidig bedömning av det ekono-  
miska utfallet av det nya bidraget bör emellertid ske mot bakgrunden av  
varje huvudmans samlade kostnader för hela mentalsjukvården. Utred-

ningen har därför ansett erforderligt att här redovisa även de kostnader, som åvilar huvudmännen själva för av dem redan omhändertagna vårdgrenar. Driftkostnaderna för dessa grenar — i det följande gemensamt benämnda övrig mentalsjukvård — avser dels vårdhem för lättskötta mentalt sjuka, dels psykiatriska lasarettavdelningar, dels den psykiska barn- och ungdomsvården inklusive barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar jämte vårdenheter för psykopatiska och nervösa barn, dels ock anstalter för undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna. Av förut anförda skäl redovisas i detta sammanhang även huvudmännens kostnader för vård å epileptikeranstalter.

För redogörelsen erforderliga uppgifter om huvudmännens kostnader har hämtats från avgivna årsberättelser och ekonomiska redogörelser för verksamhetsåret 1958. Härjämte har utredningen infordrat vissa kompletterande uppgifter. Det inhämtade materialet har, uppdelat på respektive landsting, sammanställts för varje vårdgren och redovisas i *tabellerna L: II a—e*.

För samtliga vårdgrenars vidkommande har i fråga om institutionsbunden vård det faktiskt utnyttjade antalet vårdplatser lagts till grund för beräkningarna. Från uppgivna totalkostnader har vårdavgifter fråndragits. Vad angår utgående statsbidrag redovisas de bidragsbelopp, som respektive huvudman varit berättigad uppbära för år 1958.

Med hänsyn till att de psykiatriska lasarettavdelningarna icke drives som självständiga enheter har driftkostnaderna för dessa beräknats efter medeldagskostnaden för det kroppssjukhus, vid vilket respektive avdelning är inrättad. De nyinrättade avdelningarna i Eskilstuna, Jönköping och Boden har ännu icke blivit godkända för sitt ändamål. Då de emellertid tagits i bruk, har platser, bidrag och kostnader för dem liksom för en provisorisk avdelning i Kristianstad inräknats som för godkänd verksamhet vid full beläggning. Det bör vidare uppmärksammas, att de i Uppsala och Lund befintliga avdelningarna fungerar som psykiatriska kliniker vid undervisningsjukhus. Då kostnaderna för båda dessa avdelningar helt respektive i det närmaste täckes av statsmedel, har desamma utelämnats vid ifrågasvarande beräkningar.

De för psykisk barn- och ungdomsvård redovisade uppgifterna omfattar såväl öppen som slutna vård. Den slutna vården avser verksamheten dels vid två anstalter för psykopatiska och nervösa barn, nämligen det av landstinget i Malmöhus län drivna Råbylundshemmet och Skårsbo barnhem, tillhörigt Göteborgs stad, dels ock vid befintliga barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar. För de landsting, som disponerar platser på nämnda båda psykopatbarnhem — tillhoppa fem landsting — har hemmens kostnader och uppburna bidrag under ett år fördelats mellan landstingen i förhållande till antalet utnyttjade vård dagar vid respektive anstalt.

Antalet platser för undervisning och vård av psykiskt efterblivna omfattar såväl internat- som externatplatser och har fördelats med ledning av inför-

skaffade uppgifter om det antal platser, som respektive landsting disponerade den 31 december 1958 vid egna eller andra huvudmäns plananstalter och vid riksanstalterna. Uppgifterna om kostnader och statsbidrag avser såväl den slutna som den öppna vården inom denna vårdgren. De till anstalterna utgående bidragsbeloppen har tillgodoräknats landstingen i proportion till det av dem vid nyssnämnda tidpunkt disponerade antalet platser vid anstalterna. Enligt denna norm har även anstalternas driftkostnader fördelats å landstingen.

Antalet vårdplatser å epileptikeranstalter har fördelats å landstingen efter det antal vårddagar, som respektive landsting utnyttjat under året. Efter samma grunder har anstalternas uppburna vårdersättningar från landstingen samt erhållna statsbidrag fördelats. Från totalkostnaderna för dessa anstalter har influtna patientavgifter fråndragits.

Enligt den å sid. 32 intagna tabellen (kol. 2) uppgår de statsbidragsbelopp, vartill de lokala huvudmännen varit berättigade för av dem redan omhändertagna vårduppgifter inom mentalsjukvården och för vård å epileptikeranstalter, till (1 994 356 + 264 624 + 737 087 + 17 857 040 + 1 822 708) 22 675 815 kronor. Härav hänför sig 3 667 940 kronor till städerna Stockholm, Göteborg och Malmö. För ännu icke godkända psykiatriska lasarettavdelningar, som tagits i bruk, har driftbidrag icke utgått men kan beräknas till 225 222 kronor. Summan av de landstingen tillkommande statsbidragen skulle enligt utredningens beräkningar sålunda belöpa sig till (22 675 815 — 3 667 940 + 225 222) i runt tal 19,2 milj. kronor.

### C. Bidragsbeloppens storlek

Statsbidragsutredningen har ansett önskvärt, att ett framtida statligt driftbidrag till landstingen för den egentliga mentalsjukvården under tiden för vårdgrenens fortsatta utbyggnad i stort sett göres beroende av såväl de befolkningsmässiga förändringarna som takten i utbyggnaden av vårdresurserna. Utredningen har därför stannat för att förorda ett kombinerat invånar- och vårdplatsbidrag såsom ett under utbyggnadsperioden lämpligt enhetligt bidrag till mentalsjukvården. Avvägningen av hur stor del av detta bidrag, som bör läggas på invånar- respektive vårdplatsbidraget, torde närmast bli en skälighetsprövning. I den mån större delen hänför sig till befolkningstalet, erhåller landsting med ett i förhållande därtill ringa antal vårdplatser ett jämförelsevis större statligt stöd än ett landsting med ungefär samma invånarantal men flera vårdplatser. Ett bidrag, vars större del belöper på vårdplatsantalet, ger däremot ett ökat statligt stöd åt landsting, som har eller förskaffar sig en god platstillgång. Avvägningen blir sålunda en fråga om vilken av dessa verkningar, som främst bör tilläggas bidraget.

De föreliggande skiljaktigheterna i utbyggnadsbehovet för den slutna vården inom de olika landstingsområdena gör det angeläget, att huvudmännen beredes ökat statligt stöd i den mån utbyggnaden fortskrider. En för-

hållandevis större anpart skulle därför läggas på vårdplatsbidraget. Å andra sidan är såsom tidigare nämnts även den öppna vårdformen i behov av utbyggnad. Detta skulle tala för att en ökad andel av bidraget hänföres till invånarbidraget. Den framtida utvecklingen av de båda vårdformerna kan emellertid i dagens läge icke förutses. Det bör närmast ankomma på de nya huvudmännen att pröva, i vad mån den öppna vården, som f. n. representerar endast en bråkdel av den egentliga mentalsjukvårdens totala driftkostnad, bör och kan utbyggas. Vid avvägningen av de båda bidragsdelarnas inbördes storlek har utredningen med hänsyn härtill ansett, att statens bidrag till driftkostnaderna tills vidare lämpligen bör utgå med i stort sett likvärdiga delar i form av invånar- respektive vårdplatsbidrag. Ett sådant resultat erhålles, om man utgår ifrån proportionen mellan antalet vård dagar i landet inom mentalsjukvården och invånarantalet i riket. För närvarande håller sig nämligen vårddagsantalet per år och invånare ungefär vid siffran 2. Tillämpningen av detta relationstal innebär alltså, att bidragsbeloppet per invånare i princip bör bli ungefär dubbelt så stort som bidragsbeloppet per vårdplats, utslaget på antalet dagar under ett år. Bestämmas invånarbidraget exempelvis till 10 kronor, kommer sålunda vårdplatsbidraget att uppgå till  $\frac{10 \times 365}{2} = 1\ 825$  kronor.

Enligt utredningens ovan redovisade beräkningar uppgår det totala kostnadsbelopp, som i utgångsläget utgör underlag för ett enhetligt driftbidrag till mentalsjukvården, till 177,7 milj. kronor, varav nära 158,5 milj. kronor utgöres av statens utgifter för egentlig mentalsjukvård och ungefär 19,2 milj. kronor avser bidrag till redan landstingsdrivna mentalvårdsgrenar och vård å epileptikeranstalter. Vid en i stort sett likvärdig fördelning av det totala kostnadsbeloppet på invånarbidrag och vårdplatsbidrag måste beloppet för respektive bidragsdelar avvägas så, att statsbidraget till samtliga landsting tillhoppa motsvarar statens kostnader för ändamålet. Dessutom skall bidragsbeloppet till varje landsting nära överensstämma med dess andel i det totala bidragsunderlaget. Av utredningen verkställda beräkningar har visat, att såväl totalt som för de flesta landsting en relativt god överensstämmelse ernås i angivna hänseenden, därest *bidraget per invånare bestämes till 14 kronor och bidraget för varje vårdplats till 2 550 kronor.*

#### 4. *Bidragssystemets ekonomiska innebörd för landstingen*

##### A. I utgångsläget

Utredningen har ovan redovisat en beräkning av de kostnader, som för varje landsting bör utgöra underlag för ett framtida enhetligt driftbidrag till mentalsjukvården och epileptikervården. Största delen av dessa kostnader hänföres sig till den egentliga mentalsjukvården. Denna kostnadsdel har fördelats enligt tre olika metoder (tabellerna L: I, Alt. 1—3). Med utgångspunkt från

dessa har utredningen verkställt vissa provberäkningar i avsikt att belysa de ekonomiska konsekvenser, som tillämpningen av ett bidrag om 14 kronor per invånare och 2 550 kronor per plats i ett utgångsläge skulle kunna få för landstingen. Den del av underlaget, som omfattar de samordnade statliga bidragen till landstingen för av dem redan omhändertagna mentalsjukvårdsgrenar, är givetvis oförändrad i samtliga alternativ.

Beträffande systemet för de nu aktuella beräkningarna har utredningen utgått från totalkostnaderna för hela mentalsjukvården jämte epileptiker- vården, därvid mentalsjukvården uppdelats på dels egentlig och dels övrig mentalsjukvård, den senare avseende de nuvarande statsbidragsberättigade vårdgrenarna. I summan av dessa totalkostnader ingår alltså statens utgifter för de till övrig mentalsjukvård och epileptikervård f. n. utgående bidragen. Från denna totalsumma har dragits landstingens egna kostnader för övrig mentalsjukvård och epileptikervård efter avdrag för utgående bidrag, samt uppburna vårdavgifter, d. v. s. deras nettokostnader. Återstående kostnadsbelopp motsvarar alltså statens utgifter i form av driftkostnader för den egentliga mentalsjukvården jämte de till övriga vårdgrenar utgående bidragen och utgör följaktligen underlag för det förordade nya driftbidraget. Med utgångspunkt från dels antalet invånare och dels det totala antalet vårdplatser för all mentalsjukvård och epileptikervård har bidragsbeloppen enligt det av utredningen föreslagna systemet framräknats för varje landsting. Genom att jämföra dessa bidragsbelopp med de kostnader, som angivits i utgångsläget kan med ovan anförda reservationer det ekonomiska utfallet för de enskilda landstingen avläsas.

En sammanställning av de sålunda genomförda beräkningarna redovisas enligt tre alternativ i bifogade *tabeller L: III A*, Alt. 1—3. Beträffande de särskilda alternativen må erinras om att antalet vårdplatser för den egentliga mentalsjukvården enligt både alternativ 1 och alternativ 2 fördelats efter respektive landstings andel i folkmängden inom upptagningsområdet för varje sjukhus. Kostnaderna för denna vårdgren har i alternativ 1 beräknats efter dagkostnaden för ettvarvt av sjukhusen. Enligt alternativ 2 har dessa kostnader beräknats efter medeldagkostnaden för samtliga statens sjukhus. I alternativ 3 har de i medeltal belagda vårdplatserna fördelats i proportion till antalet ineliggande patienter från respektive landstingsområde samt kostnaderna beräknats efter medeldagkostnaden för samtliga statliga sjukhus.

Slutresultatet av beräkningarna utvisar *för samtliga landsting*, att de samlade driftkostnaderna för den statliga och den sekundärkommunala mentalsjukvården samt för vården å epileptikeranstalter utgör i runt tal 227 milj. kronor, varav statens driftkostnader för den egentliga mentalsjukvården inklusive pensionskostnader uppgår till nära 158,5 milj. kronor samt statens bidrag och landstingens driftkostnader för övrig mentalsjukvård och vården å epileptikeranstalter till omkring 64,5 respektive 4 milj.



kronor. Av totalkostnaderna, 227 milj. kronor, skall landstingen själva bestrida den del, som överstiger statens driftkostnader för de egentliga mentalsjukhusen jämte summan av utgående bidrag till landstingen. De kostnader, som sålunda kommer att stanna på de lokala huvudmännen, uppgår till omkring 46,8 milj. kronor för övrig mentalsjukvård och 2,5 milj. kronor för epileptikervård eller tillhopa ungefär 49,3 milj. kronor. Återstoden (227 — 49,3) 177,7 milj. kronor utgör statens samlade utgifter, vilka skall täckas av det nya invånar- och vårdplatsbidraget. Beräknat efter 14 kronor per invånare och 2 550 kronor per vårdplats uppgår totalsumman för detta bidrag till drygt 177,9 milj. kronor. Detta innebär en ökning av statens kostnader i förhållande till nuläget med knappt 200 000 kronor. Det sålunda överskjutande bidragsbeloppet motsvarar för landstingens vidkommande en minskad utdebitering med i medeltal 0,1 öre.

I fråga om *det ekonomiska utfallet för de enskilda landstingen* visar beräkningarna enligt *alternativ 1*, att förändringarna i utdebiteringsbehovet varierar mellan en ökning om högst 47 öre och en största minskning om 11,7 öre. För 19 landsting rör det sig om måttliga variationer i utdebiteringen, mellan 6,8 öres ökning och 8,6 öres minskning. För två landsting skulle utfallet av bidragsgivningen ge möjlighet till utdebiteringsminskning, nämligen i Jönköpings och Skaraborgs län med 11,7 respektive 10,9 öre. Anledningen härtill torde vara att dessa landsting huvudsakligen replierar på Ryhovs och Källshagens sjukhus, vilka båda redovisat de lägsta driftkostnaderna. I den mån upprustningen av dessa sjukhus hinner fullföljas, kan emellertid en viss stegring av driftkostnaderna förväntas.

För landstingen i Kronobergs, Gotlands och Blekinge samt Göteborgs och Bohus län skulle bidraget medföra en markerad utdebiteringsökning med 47, 26,8, 25,2 respektive 18,3 öre. Beträffande Kronobergs län må framhållas att landstinget replierar på S:t Sigfrids sjukhus, vilket uppvisar relativt sett höga driftkostnader; dagkostnaden utgör 22 kronor 30 öre eller 1 krona 95 öre högre än medeldagkostnaden för hela riket. Anledningen till sjukhusets jämförelsevis höga driftkostnad torde ha varit, att en väsentlig reduktion av överbeläggningen vid sjukhuset inträdde i samband med att Gullberna sjukhus helt togs i bruk under år 1958. Vidare har till Kronobergs läns landsting för den egentliga mentalsjukvården hänförts ett förhållandevis stort antal vårdplatser, motsvarande 5,8 promille av länets befolkning; genomsnittstalet för hela riket utgör f. n. 3,5 promille. Landstingets beräknade platsantal för hela mentalsjukvården jämte epileptikervården uppgår dessutom till 8,7 promille mot 6,1 promille för hela riket. Detta län hade vidare år 1958 ett jämförelsevis lågt skatteunderlag.

Även för Gotlands län gäller att till landstingets område hänförts ett jämförelsevis stort antal platser, 5,5 promille på mentalsjukhus och 7,6 promille för hela mentalsjukvården och epileptikervården. Det är vidare uppenbart, att det låga invånarantalet i detta län relativt sett ger ett i förhållande till

vårdkostnaderna alltför lågt bidragsbelopp. Dessutom kan framhållas att länets skatteunderlag per invånare var det lägsta i riket under år 1958.

I fråga om Blekinge län samt Göteborgs och Bohus län slutligen torde förklaringen till det höga utdebiteringsbehovet ligga i det förhållandet, att båda landstingen disponerar vårdplatser på två sjukhus, Gullberna respektive S:t Jörgen, vilka för år 1958 redovisat den högsta dagkostnaden. Denna kostnad utgjorde för Gullberna sjukhus, som först under maj 1958 tagits helt i bruk, 26 kronor 37 öre och för S:t Jörgens sjukhus, som för året redovisat i genomsnitt 29 icke belagda platser, 25 kronor 52 öre. Sjukhusens dagkostnad översteg sålunda medeldagkostnaden för samtliga sjukhus med 6 kronor 2 öre respektive 5 kronor 17 öre. Båda nu berörda landsting hade dessutom år 1958 ett förhållandevis lågt skatteunderlag.

Beräkningarna enligt *alternativen 2 och 3* visar i fråga om förändringarna i utdebiteringsbehovet en ökning med högst 35 öre och en största minskning om 12 öre. En minskad utdebitering skulle enligt båda alternativen kunna genomföras av 13 landsting, varav i två fall med mer än 10 öre per skattekrona, enligt alternativ 2 i Södermanlands län med 11 öre och enligt alternativ 3 i Stockholms län med 12 öre. Behov av ökad utdebitering med belopp överstigande 10 öre skulle enligt alternativ 2 uppkomma i tre fall, nämligen i Kronobergs, Gotlands och Kopparbergs län (med 31,7, 35,4 respektive 12,2 öre) och enligt alternativ 3 dessutom i Blekinge län (21,7, 32,8, 31,7 respektive 24,5 öre).

Fluktuationerna i fråga om utdebitering torde även här i stort sett vara avhängiga av det vårdplatsantal för egentlig mentalsjukvård, som tillskiftats respektive landsting. Anledningen till den möjliga utdebiteringsminskningen synes sålunda sammanhånga med att respektive landsting tillförts ett förhållandevis lågt platsantal för denna vårdgren, endast 2,8 promille för Södermanlands län och 2,2 promille för Stockholms län. Båda länens totala platsantal, 6 respektive 4,6 promille, understiger även medeltalet för hela riket. Därjämte bör beaktas att Stockholms län år 1958 hade det högsta skatteunderlaget av samtliga landsting. Där en markerad utdebiteringsökning skulle inträffa, har å andra sidan ett vårdplatsantal för egentlig mentalsjukvård, som betydligt överstiger medeltalet för riket, hänförs till respektive landsting. Sålunda har Kronobergs, Gotlands och Kopparbergs län enligt de båda alternativen tillförts platser motsvarande 5,8, 5,5 och 4,5 promille respektive 5,2, 5,3 och 6,2 promille. Därjämte har Blekinge län enligt alternativ 3 tilldelats ett platsantal motsvarande 5,5 promille. Även det totala antalet vårdplatser för nu berörda landsting överstiger betydligt det för riket gällande medeltalet.

Resultatet av de här enligt olika metoder gjorda undersökningarna av de ekonomiska verkningarna för landstingen vid en tillämpning av ett kombinerat driftbidrag med 14 kronor per invånare och 2 550 kronor per vård-

plats ger vid handen, att landstingens uttaxeringsbehov på några undantag när icke skulle nämnvärt påverkas. Orsakerna till de större utdebiteringsminskningar, som kunde bli möjliga, har kunnat hänföras till omständigheter, som kan anses vara av övergående natur. Anledningen till de tre å fyra ytterlighetsfallen i fråga om behövliga utdebiteringsökningar har främst visat sig vara — förutom en förhållandevis hög driftkostnad vid respektive sjukhus under beräkningsåret — att vederbörande landsting vid beräkningen av bidragsunderlaget för den egentliga mentalsjukvården kommit att tillskiftas ett platsantal, som väsentligt överskrider medeltalet för samtliga landsting. En fördelning på landstingen av de f. n. befintliga vårdresurserna måste emellertid vila på osäkra grunder, vilken metod man än tillämpar. Som utredningen förut antytt har den nuvarande vårdorganisationen icke utbyggt efter normer, som kan omsättas i generella beräkningsgrunder för en sådan fördelning. De av utredningen tillämpade fördelningsmetoderna bygger därför på förhållanden, som kan vara beroende av omständigheter av mera tillfällig natur.

De utdebiteringsbehov, som enligt undersökningen skulle uppstå för några landsting, accentueras givetvis av att respektive landstings skatteunderlag icke oväsentligt understiger genomsnittet. Med hänsyn till detta förhållande skulle det kunna övervägas att differentiera ett statsbidrag efter landstingens relativa skatteunderlag. Teoretiskt är det inte uteslutet, att detta skulle leda till ett bättre resultat. Utredningen vill emellertid erinra om att ett dylikt bidragssystem varit föremål för prövning av olika utredningsorgan, bl. a. av 1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården, utan att för de landstingskommunala uppgifternas vidkommande leda till förslag. Den främsta orsaken härtill torde ha varit, att fördelarna av systemet ansetts icke uppväga de tekniska komplikationer och därav åtföljande administrativa besvär, som systemet ansetts medföra. Det skulle sålunda motverka en önskvärd rationalisering av den statliga bidragsgivningen. Mentalsjukvårdens statsbidragsutredning har dessutom tillmätt det förhållandet väsentlig betydelse, att ifrågakvarande system svårigen går att förena med det kombinerade bidragssystem, som utredningen anser erforderligt under mentalsjukvårdens utbyggnadsskede.

Utredningen har för jämförelse med det kombinerade invånar- och vårdplatsbidraget undersökt, hur en tillämpning av *ett rent invånarbidrag* skulle utfalla i utgångsläget. Bidragsunderlaget för den egentliga mentalsjukvården har även här beräknats enligt tidigare beskrivna alternativa metoder. Resultatet av undersökningen enligt de tre alternativen har sammanställts i tabell L: III B.

Med ett bidragsbelopp per invånare om 29 kronor 60 öre, skulle även i detta fall det totala bidraget till samtliga landsting överstiga bidragsunderlaget med drygt 200 000 kronor. Det ekonomiska utfallet för de enskilda

landstingen uppvisar emellertid enligt samtliga tre alternativ större variationer än vid tillämpningen av det kombinerade bidraget. Alternativ 1 medför sålunda en utdebiteringsökning om högst 67,1 öre och en största minskning om 15,1 öre. Motsvarande tal enligt det andra alternativet uppgår till 50,8 öre respektive 13,2 öre och enligt det tredje till 45,4 öre respektive 20,2 öre. De mest markerade utdebiteringsförändringarna förekommer hos samma landsting som vid det kombinerade systemet. Dessutom faller något färre landsting, 17—19 stycken enligt respektive alternativ, inom ramen för en högsta utdebiteringsökning respektive minskning om 10 öre.

Jämförelsen visar sålunda, att ett kombinerat invånar- och vårdplatsbidrag i utgångsläget ger en mindre variationsbredd i fråga om eventuella utdebiteringsförändringar och ett jämnare ekonomiskt utfall för ett större antal landsting än ett rent invånarbidrag. Även dessa förhållanden talar för att det kombinerade systemet tills vidare är att föredraga under den fortsatta utbyggnaden av vårdgrenen. I ett mera framskridet utbyggnadsskede synes det emellertid böra övervägas att införa ett enklare system för bidragsgivningen.

#### **B. Vid full utbyggnad**

Utredningen har såsom framgår av närmast föregående avsnitt utfört vissa provberäkningar för att undersöka, vilka ekonomiska konsekvenser för landstingen en huvudmannaskapsreform inom mentalsjukvården i dess nuvarande utbyggnadsläge skulle få. Undersökningarna har givit till resultat, att på några undantag när förhållandevis små variationer kommer att föreligga de olika huvudmännen emellan. En väsentlig del av den erforderliga utbyggnaden inom förevarande vårdområde återstår emellertid ännu. Det har förutsatts, att bidraget även skall kunna anpassa sig efter den ökning av driftkostnaderna, som denna utbyggnad framkallar. Det har därför synts böra såvitt möjligt undersökas, hur en bidragsgivning enligt det kombinerade systemet och med oförändrade bidragsbelopp skulle utfalla i utbyggnadens slutskede. En sådan prognosundersökning kan svårligen genomföras under hänsynstagande till de förändringar i skilda avseenden, som kan tänkas inträffa under utbyggnadsperioden och faktiskt påverka bidragsgivningens resultat. Den måste bli beroende av alltför osäkra antaganden om olika utvecklingsfaktorer, som ännu inte kan helt överblickas, för att den skulle kunna giva ett någorlunda tillförlitligt underlag för ett bedömande. Utredningen har i stället ansett vara av intresse att söka belysa, vilka ekonomiska konsekvenser, som en tillämpning av det förordade bidragssystemet skulle ha haft för de lokala huvudmännen, därest utbyggnaden av mentalsjukvården redan i utgångsläget varit helt genomförd. Undersökningen har sålunda kunnat begränsas till de förändringar i tillgången på vårdplatser inom respektive grenar av mentalsjukvården, som ut-

byggnaden kan beräknas medföra, och i övrigt utgått ifrån oförändrade förhållanden. Några förändringar i landstingens invånarantal och skatteunderlag eller i fråga om driftkostnadernas storlek inom olika vårdgrenar har sålunda inte antagits. Likaledes har förutsatts att någon ändring i vårdavgifternas storlek inte vidtagits samt att statsbidrag till de kommunalt drivna vårdgrenarna utgår med oförändrade belopp och enligt samma grunder som f. n.

Vad angår beräkningarna av *den framtida platstillgången* torde man i detta sammanhang ha att utgå ifrån att utbyggnaden av den egentliga mentalsjukvården kommer att få minst den omfattning, som 1956 års reviderade generalplan redovisar. Emellertid har som tidigare nämnts mentalsjukvårdsdelegationen vid sina undersökningar kommit fram till ett vårdplatsbehov för egentligt mentalt sjuka av i genomsnitt 4 promille av befolkningen. På mentalsjukhem, närmast motsvarande vårdhem för lättskötta mentalt sjuka, kan enligt delegationen behöva omhändertagas i runt tal 1 promille medan behovet av platser på psykiatriska lasarettavdelningar beräknats uppgå till minst 0,4 promille av befolkningen. Vad angår det framtida vårdbehovet för de psykiskt efterblivna har delegationen inte framlagt några beräkningar. Statsbidragsutredningen har emellertid från medicinalstyrelsen inhämtat, att man för detta klientel bör räkna med ett framtida vårdplatsbehov av i runt tal 2 promille.

Som delegationen anfört är ett definitivt fastställande av landets framtida vårdplatsbehov för mentalsjukvårdens olika grenar icke möjligt. Bl. a. nödgas man konstatera, att de faktorer, som bestämmer platsbehovet är olika i olika delar av landet och de gör sig inte heller gällande med samma styrka vid varje tidsperiod. Det aktuella utbyggnadsbehovet torde därför endast kunna avgöras med ledning av särskilda undersökningar, som tid efter annan vidtages inom skilda delar av landet. Statsbidragsutredningen har emellertid vid sina beräkningar måst förutsätta ett visst utbyggnadsläge och därför som övre gräns antagit, att en utbyggnad av antalet vårdplatser kommer att ske i den omfattning, som delegationen förordat och som uppgivits från medicinalstyrelsens sida. Undantag från denna regel har gjorts endast för det fall, att redan den i nuläget beräknade platstillgången inom ett landstingsområde överstiger det av delegationen antagna behovet. Landstingens nuvarande platsantal och därmed även driftkostnader för ifrågakommande patientkategorier har i dylikt fall bibehållits oförändrade.

Utredningen vill poängtera, att någon bedömning av det verkliga platsbehovet inte gjorts från utredningens sida. De av delegationen framlagda behovstalen har endast utnyttjats som grundval för de beräkningar, utredningen i detta sammanhang ansett erforderliga. Utredningen vill å andra sidan understryka, att om platsantalet enligt delegationens rekommendatio-

ner skulle visa sig icke täcka behovet inom ett sjukvårdsområde, statsbidrag givetvis bör utgå även till driften av det antal platser, som därutöver kan komma att efter särskild prövning godkännas.

Beträffande de av mentalsjukvårdsdelegationen föreslagna mentalsjukhusen och mentalsjukhemmen för barn och ungdomar samt barn- och ungdomspsykiatriska lasaretsavdelningar och behandlingshemmen av typ I och II har i fråga om vårdplatsberäkningarna iakttagits följande. Enligt delegationens förslag har staten förutsatts skola inträda som huvudman för mentalsjukhusen och mentalsjukhemmen i avvaktan på en huvudmannaskapsreform. Denna kommer således att omfatta även dessa enheter. Emellertid föreligger ännu icke något ställningstagande från statsmakternas sida om inrättande av ifrågavarande institutioner. Dessa avser dessutom ett förhållandevis ringa vårdplatsantal, omkring 420 för hela riket. Utredningen har därför ansett sig kunna räkna in dessa platser i behovstalet 4 promille för den egentliga mentalsjukvården.

Inom varje sjukvårdsområde bör enligt delegationen inrättas minst en barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning med lägst 16 vårdplatser. För de båda typerna av behandlingshem har föreslagits ett platsantal om 10 respektive 20. Utredningen vill här erinra om att den ur rationaliseringssynpunkt funnit det motiverat att omräkna statsbidraget till psykisk barn- och ungdomsvård efter samma grunder som gäller i fråga om de psykiatriska lasaretsavdelningarna för vuxna. Ett med nuvarande bidragsgrunder likvärdigt resultat har därvid visat sig kunna uppnås, när utbyggnaden av de barn- och ungdomspsykiatriska lasaretsavdelningarna fått en omfattning, som motsvarar genomsnittligt 8 platser per 100 000 invånare. Vid sina beräkningar har utredningen utgått från detta platsantal. Platser å de båda typerna av behandlingshem har med utgångspunkt från mentalsjukvårdsdelegationens rekommendationer beräknats efter i genomsnitt 14 platser per 100 000 invånare. Gotlands län har tillagts hälften av här berörda platsantal.

Vad beräkningarna av *driftkostnaderna i utbyggnadens slutskede* beträffar har några förändringar i dessa med hänsyn till en ökad vårdstandard inom olika vårdgrenar eller den allmänna kostnadsutvecklingen självfallet icke kunnat förutskickas. Enär de nuvarande skillnaderna i driftkostnadernas storlek de statliga mentalsjukhusen emellan förutsatts vara i huvudsak utjämnade, i den mån de betingas av standardmässiga olikheter, har beträffande den egentliga mentalsjukvården driftkostnaderna beräknats efter medeldagkostnaden för de sjukhus, varå samtliga landsting f. n. replierar. Landstingens kostnader avseende vårdhem för s. k. lätt-skötta mentalt sjuka har däremot framräknats på grundval av medeldagkostnaden för hemmen inom respektive landsting.

För de landsting, som f. n. saknar psykiatriska avdelningar vid kropps-

sjukhus, har utredningen vid beräkningen av kostnader för denna vårdform tillämpat medeldagkostnaden vid landstingens centrallasarett eller motsvarande. Enligt samma grunder har kostnaderna för driften av barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar samt de därtill knutna behandlingshemmen beräknats. Statens bidrag har beträffande sistnämnda avdelningar uträknats enligt de bestämmelser, som f. n. gäller för övriga psykiatriska avdelningar. Bidrag till behandlingshem har beräknats efter medeltalet av nu utgående statsbidrag till psykopatbarnhemmen såsom närmast motsvarande institutioner.

Även i samband med förevarande undersökning har den förordade samordningen av ett enhetligt bidrag till mentalsjukvården med det utgående bidraget till *epileptikeranstalter* iakttagits. Härvid har förutsatts att denna vårdgren — för vilken ansvaret numera åvilar landstingen, i den mån icke annan drager försorg därom — utbygges minst i den omfattning, som förordats av medicinalstyrelsens delegation för epileptikervården i dess år 1955 avgivna betänkande (SOU 1955: 52). Det platsantal, som denna utredning ansåg erforderligt, har fördelats mellan landstingen i proportion till invånarantalet. I de fall en sådan fördelning skulle medföra en minskning i antalet redan nu disponerade platser, har någon ändring dock icke vidtagits. Det staten tillhöriga sjukhuset för vård av epileptiker, Vilhelmsro sjukhus, har lämnats utanför denna fördelning.

Ett administrativt spörsmål vid en framtida bidragsgivning enligt utredningens förslag är förbundet med de *vårdanstalter i enskild regi, vilka fungerar som riksanstalter* för vård av psykiskt efterblivna, psykopatiska och nervösa barn eller epileptiker. I här aktuella beräkningar av bidragsunderlaget har platser och kostnader vid dylika anstalter fördelats på de olika landstingen i förhållande till antalet av dem under året utnyttjade platser vid respektive anstalt. Skäl talar för att vid en övergång till ett nytt bidragssystem respektive landsting finge uppbära vårdplatsbidrag även för patienter vid dessa anstalter. Detta torde dock ej vara möjligt med hänsyn till att ett landsting inte kontinuerligt tager i anspråk samma antal platser under hela året. Platsbidragen skulle alltså komma att beräknas efter brutet platsantal. Hinder synes emellertid icke möta mot att bibehålla nuvarande ordning för rekvisition och utbetalning av bidragen, d. v. s. med vederbörande anstalt som bidragsmottagare. Visserligen kommer anstalten därvid att erhålla ett högre platsbidrag än enligt nuvarande bestämmelser. Detta kan emellertid utjämnas vid bestämmandet av de vårdavgifter, som landstingen har att erlægga till de privatägda riksanstalterna. Denna avgift fastställes nämligen till belopp motsvarande anstaltens driftkostnad med avdrag för utgående statsbidrag. Det högre platsbidraget kommer således endast att medföra, att vårdavgiften fixeras till ett lägre belopp

än tidigare, varigenom vederbörande landsting indirekt kommer i åtnjutande av det nya bidraget. Under tiden för huvudmannaskapsreformens successiva genomförande måste givetvis de nuvarande bidragen bibehållas för platser, som disponeras av de landsting, vilka ännu inte övertagit det vidgade huvudmannansvaret. Det kunde tänkas ankomma på vederbörande vårdanstalt att rekvirera det nya vårdplatsbidraget för platser, som övriga landsting i medeltal utnyttjat under bidragsåret. En alternativ möjlighet vore att låta detta bidrag utgå till sistnämnda landsting för det antal platser på riksanstalter, som dessa erfarenhetsmässigt utnyttjar, och överlämna åt landstingen att fördela bidraget på respektive anstalt.

Med tillämpning av ovan angivna beräkningsnormer har för envar av mentalsjukvårdens grenar liksom för epileptikervården de driftkostnader framräknats för varje landsting, som fullföljandet av en beräknad utbyggnad inom dessa vårdområden kan tänkas medföra. Det bör ånyo understrykas, att beräkningarna grundar sig på oförändrade förhållanden i fråga om folkmängd samt utgifts- och inkomstläge. Resultatet redovisas i bifogade *tabeller L: IV* och *L: V a—e*. Däri har även angivits den utdebitering, som den beräknade kostnaden för varje mentalsjukvårdsgren och för epileptikervården skulle motsvara för varje landsting.

De för varje sjukvårdsgren beräknade vårdplatserna och driftkostnaderna samt statsbidragen har för respektive landsting sammanställts enligt samma system som vid beräkningarna enligt nuvarande vårdorganisation. Vid undersökningen av det nya bidragets tillämplighet på de framräknade totalkostnaderna i utbyggnadens slutskede har också förfarits på enahanda sätt som vid de nya bidragsbeloppens tillämpning i nuläget. En sammanställning av undersökningen redovisas i *tabell L: VI*.

De verkställda beräkningarna utvisar, att totalkostnaderna för mentalsjukvården i utbyggnadens slutskede skulle uppgå till nära 327 milj. kronor, varav omkring 116,5 milj. kronor skulle utgöra landstingens kostnader för den redan landstingsdrivna mentalsjukvården och epileptikervården. Summan av de kostnader, staten skulle svara för, belöper sig till i runt tal 215 milj. kronor. Tillämpningen av det kombinerade invånar- och vårdplatsbidragssystemet med delbeloppen 14 kronor per invånare och 2 550 kronor per vårdplats skulle sammanlagt giva ungefär 206,3 milj. kronor. En underkompensation med omkring 8,7 milj. kronor skulle sålunda uppkomma för landstingen och för dem motsvara en ökad utdebitering av i medeltal 3,6 öre. De fyra landsting, som redan i nuläget uppvisar det största uttaxeringsbehovet — Kronobergs, Gotlands, Blekinge och Kopparbergs läns landsting — skulle även vid full utbyggnad inom vårdområdet få vidkännas de största utdebiteringsökningarna (17—26 öre per skattekrona). Detta förklaras givetvis av, att det platsantal för egentlig mentalsjukvård, som i utgångsläget hänförs till dessa landsting, överstigit 4 promille och därför bibehållits oförändrat i prognosberäkningarna.



## KAPITEL 9

### Driftbidragets värdebeständighet

#### 1. *Allmänt*

Beträffande de i det föregående rekommenderade normbeloppen för statliga anläggningsbidrag till den egentliga mentalsjukvården har utredningen framhållit, att de bör justeras med hänsyn till förändringar i det allmänna byggnadskostnadsläget och att en dylik justering enklast synes kunna åstadkommas genom en anknytning till byggnadsstyrelsens byggnadskostnadsindex. Samtidigt har utredningen uttalat, att frågan om och i vilken utsträckning hänsyn skall tagas till en eventuell ökning av byggnadskostnaderna till följd av en standardmässig höjning av sjukhusanläggningarna torde få bli föremål för överläggningar mellan staten och de lokala huvudmännen.

Rörande det förordade driftbidraget är i nu ifrågavarande hänseende att märka, att kostnaderna för driften av den egentliga mentalsjukvården förer en väsentlig höjning under senare tid. Under tioårsperioden 1949—1958 har den genomsnittliga nettodriftkostnaden per vårdplats och år vid de statliga primärsjukhusen stigit från 2 730 kronor till 7 391 kronor, motsvarande omkring 170 procent. Av utredningen gjorda beräkningar har visat, att omkring hälften av denna ökning är att hänföra till s. k. automatiska kostnadsstegringar till följd av den allmänna löne- och prisutvecklingen. Den andra hälften kan anses motsvara den kostnadsökning, som framkallats av en vårdmässig standardhöjning i samband med den under 1950-talet genomförda allmänna upprustningen av vårdgrenen. De senare årens utveckling på psykiatriens område och mentalsjukvårdsdelegationens med ledning därav framförda synpunkter på mentalsjukvårdens nygestaltning låter antaga, att man har att emotse en fortgående ytterligare höjning av vårdstandarden med avseende å såväl personella som materiella resurser. Detta kommer givetvis att medföra ytterligare stegringar av driftkostnaderna. Dessutom har man att räkna med att även förändringar i det allmänna kostnadsläget kan medföra en fördyring av driften.

I remissyttrande över mentalsjukvårdsdelegationens huvudbetänkande har svenska landstingsförbundets styrelse uttalat bl. a., att frågan om ett ändrat huvudmannaskap för mentalsjukvården enligt förbundsstyrelsens uppfattning icke under några omständigheter kan behandlas fristående från frågan om den ekonomiska utjämning mellan landstingskommunerna och

staten, som måste bli följd av en dylik transaktion. Några landsting har framhållit som ofrånkomligt, att staten vid ett överförande av huvudmannaskapet lämnar full täckning för de därmed förenade kostnaderna, även om att den statliga ersättningen utformas så, att den kommer att följa en fortgående standard- och prisutveckling. Som stöd härför har man bl. a. pekat på erfarenheterna från kroppssjukvårdens område, där vissa driftbidrag ännu utgår med samma belopp som för mer än tjugo år sedan.

Tanken att söka utforma de statliga bidragen så, att de bibehåller sitt realvärde, är inte ny. 1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården framhöll, att de av dem föreslagna bidragsbeloppen till kroppssjukvården tid efter annan borde göras till föremål för översyn med beaktande av mera varaktiga förändringar i fråga om penningvärde samt sjukvårdens standard och inriktning. För primärkommunernas vidkommande har sedan länge vissa av driftbidragen, beloppsmässigt utgörande huvudparten av dessa kommuners bidragstilldelning, så till vida haft en konstruktion med värdebeständighetsbevarande effekt som de utgått i relation till kommunernas lönekostnader med automatisk anpassning efter deras förändringar. Allmänna statsbidragsutredningen arbetade också efter linjen att statsbidragens värdebeständighet borde vara säkerställd och framlade förslag i sådan riktning genom den förordade formen för kompensation till primärkommunerna för speciella mindre bidrag, som utredningen ur rationaliseringssynpunkt ansåg böra avlösas. Kompensationen anknöts nämligen till nyssnämnda bidrag, d. v. s. de av kommunerna åtnjutna lärarlönebidragen på det sättet, att statsbidragens andel i de faktiska lönekostnaderna för lärarna ökades. Ett särskilt skäl för denna form av kompensation angav utredningen vara, att frågan om kompensationens värdebeständighet därigenom automatiskt skulle få en i stort sett tillfredsställande lösning. De i denna del framförda förslagen antogs i huvudsak av 1957 års riksdag.

Kravet på värdebeständighet synes sålunda i viss mån redan ha vunnit erkännande i samband med ett ställningstagande i fråga om en rationalisering av statsbidragsgivningen till kommunalt handhavd verksamhet. Ur kommunal synpunkt ter sig givetvis detta krav befogat. Utan någon garanti för att ett statligt stöd bibehålles vid sitt reella värde kan även det mest noggrant avvägda bidragsbelopp snart medföra en annan kostnadsfördelning mellan stat och kommun till den senares nackdel än ursprungligen varit avsett. Det synes i förevarande fall oegentligt att pålägga de kommunala huvudmännen en dylik risk, då det gäller att bestämma ett statsbidrag, som aktualiseras genom en överflyttning på kommunerna av huvudmannaskapet för en tidigare statlig samhällsuppgift. Med hänsyn härtill har utredningen förordat, att de nya huvudmännen erhåller en i princip hundra procentig täckning för de merkostnader, som reformen ålägger dem. Detta kan knappast anses bli fallet med mindre man söker åstadkomma, att denna täckning också blir värdebeständig.

Det tillgodoseende av kravet på värdebeständighet, som nyssnämnda ställningstagande beträffande vissa statsbidrag till primärkommunerna innebar, tog sikte på en anpassning till sådana kostnadsstegringar, som förändringar i den allmänna löne- och prisnivån medför. Enligt utredningens mening kan det i förevarande fall icke anses tillfyllest, att enbart söka säkerställa en motsvarande anpassning. Särskilda skäl kan åberopas för att söka få till stånd en värdebeständighet även med hänsyn till den ökning av driftkostnaderna, som framkallas av en fortgående vårdmässig standardhöjning på ifrågavarande område. Här åsyftas det förhållandet, att statsmakterna genom godkännandet av 1956 års reviderade generalplan godtagit en upprustning av den egentliga mentalsjukvården, som byggnads- och utrustningsmässigt innefattar en väsentlig kvalitetshöjning av patientvården. Statsmakterna torde därmed få anses ha avsett att ekonomiskt svara också för en motsvarande upprustning i övrigt, d. v. s. främst en personell förstärkning.

Under de förberedande diskussionerna om en huvudmannaskapsreform har man i princip utgått ifrån att vårdgrenens upprustning bör i huvudsak fullföljas i statlig regi, innan en ändring av huvudmannaskapet kommer till stånd. Det förhållandet, att denna reform kan komma att genomföras successivt inom skilda landstingsområden redan under den pågående utbyggnaden och upprustningen, bör icke i och för sig föranleda något avbrott i planernas fullföljande eller ändring av det ekonomiska ansvaret från statens sida för respektive landstingsområdes vidkommande. Utredningen har också förutsatt, att den byggnadsmässiga utbyggnad och upprustning, som kan återstå vid tidpunkten för ett övertagande av huvudmannaskapet inom visst område, skall fullföljas av den lokale huvudmannen mot ersättning i form av statliga byggnadsbidrag. För de driftkostnader, som enbart en ökning av vårdplatsantalet medför, kommer huvudmannen enligt utredningens förslag att i princip få täckning genom ett driftbidrag, vars storlek hänförs till den i utgångsläget gällande vårdstandard. Det synes framstå som obilligt, om huvudmannen icke skulle få någon kompensation för stegringar av driftkostnaderna till följd av den vårdtekniska standardhöjning, som får förutsättas komma att ske jämsides med vårdresursernas kvantitativa utbyggnad. Även dylika kostnadsökningar skulle staten få vidkännas vid ett oförändrat huvudmannaskap.

Mot bakgrunden av dessa överväganden har utredningen ansett *skäl tala för att det enhetliga driftbidraget, i vart fall till den del det avser den egentliga mentalsjukvården och under tiden för den planerade utbyggnaden och upprustningen av denna vårdgren, göres i möjligaste mån värdebeständigt med hänsyn både till den allmänna löne- och kostnadsutvecklingen och till den ökning av driftkostnaderna, som en av statsmakterna godtagen standardhöjning framkallar.*

## 2. *Värdebeständighetsfrågans principiella lösning*

Den närmast till hands liggande möjligheten att säkerställa en värdebeständighet av den omfattning, utredningen funnit befogad, vore måhända att utgå från statens sammanlagda driftkostnader för den egentliga mentalsjukvården under året för huvudmannaskapsreformens påbörjande (basåret). Genom att under tiden för reformens fullföljande jämföra dessa kostnader med motsvarande kostnader för staten och nytillkomna lokala huvudmän under ettvarvt av följande år erhöles en indexserie, som kunde bestämma en höjning — eventuellt minskning — varje år av statsbidraget. En dylik metod för värdebeständighetens säkerställande skulle emellertid innebära, att driftbidragets storlek efterhand bleve i allt större omfattning och slutligen helt beroende av de kommunala huvudmännens egna avgöranden i fråga om kostnaderna för vårdgrenen. Även om ett sådant beroende icke skulle för den särskilde huvudmannens vidkommande hänföra sig enbart till dennes egna standardstegrande åtgärder utan till den genomsnittliga ökningen av driftkostnaderna för vårdgrenen inom riket i dess helhet, torde metoden likväl icke anses godtagbar från statens synpunkt.

Det skulle kunna ifrågasättas att efter förebild av ovan berörda anordning beträffande statsbidrag till primärkommunerna tillämpa nu angivna förfaringssätt med anknytning endast till en avgränsad del av driftutgifterna, nämligen till löner och övriga personalkostnader. Denna del av de totala driftkostnaderna vid de statliga primärsjukhusen överstiger f. n. 77 procent efter att under den senaste tioårsperioden ha ökat från 73 procent. Erfarenheterna av hittills vidtagna standardförbättrande åtgärder för den egentliga mentalsjukvården och de framförda önskemålen om ytterligare förbättringar låter också antaga, att den fortsatta upprustningen av vårdgrenen kommer att till väsentlig del avse en utbyggnad av de personella resurserna. Med hänsyn till personalkostnadernas dominerande andel i de totala driftutgifterna kan alltså en stegring av dessa — antingen den förorsakas av den allmänna kostnadsutvecklingen eller framkallas av åtgärder för en vårdmässig standardhöjning — förutsättas till helt övervägande del komma att träffa denna kostnadsdel. Problemet att anpassa driftbidraget efter kostnads- och standardutvecklingen kommer sålunda att nära nog helt gälla inträffade förändringar i personalkostnaderna. På grund härav borde den eftersträfvade värdebeständigheten åtminstone i det närmaste kunna vinnas genom en anpassning av driftbidraget i dess helhet efter enbart förändringar i dessa kostnader.

Även mot en lösning av frågan efter denna linje har man dock att räkna med invändningar från statens sida. På det primärkommunala området har det varit möjligt att anknyta till sådana personalkostnader, då deras storlek ytterst är beroende av statsmakternas bestämmande. Någon motsvarighet till detta beroende torde icke vara avsedd beträffande personalkostnaderna inom mentalsjukvården i landstingens regi.

Vid nu angivna förhållanden har statsbidragsutredningen icke ansett sig kunna förorda en lösning av värdebeständighetsfrågan genom en anknytning utan vidare till huvudmännens faktiska driftkostnader, vare sig de totala kostnaderna eller en viss del därav. De enda acceptabla möjligheterna har syntts vara att i stället låta anpassningen bestämmas av någon mera allmängiltig mätare på kostnadsutvecklingen eller också låta den bli beroende av särskilda avgöranden. Givetvis har uppgiften därmed komplicerats. Enligt utredningens bedömanden synes den kunna lösas endast med bibehållande av den modifikationen att *bidragets successiva justering göres avhängig av utvecklingen inom den dominerande driftkostnadsdelen, d. v. s. personalkostnaderna*. Det synes därvid påkallat att fördela justeringen på två moment med hänsyn till de båda faktorer, som väsentligen bestämmer personalkostnadernas förändringar, nämligen *dels den allmänna löneutvecklingen och dels förskjutningar i personalens antal, sammansättning och löneställning*. Det är självfallet önskvärt, att justeringarna skall kunna utlösas automatiskt och efter en i förväg fixerad norm. Detta synes möjligt beträffande de av den allmänna löneutvecklingen betingade kostnadsförändringarna. Vad åter angår de förändringar, som hänför sig till förskjutningar i personalens antal, sammansättning och löneställning — emotsedda i samband med den pågående upprustningen inom den egentliga mentalsjukvården — torde däremot en sådan ren automatik inte kunna åstadkommas.

Innan utredningen övergår till att från nu angivna utgångspunkter närmare diskutera utformningen av justeringsproceduren, bör förutskickas att kravet på exakthet i fråga om värdebeständighet torde i förenklings syfte behöva i viss mån eftergivnas även i andra avseenden än genom dess begränsning till enbart personalkostnadernas utveckling. Särskilt bör nämnas att en justering synes böra gälla hela det föreslagna enhetliga driftbidraget, ehuru en mindre del därav avser förut medgivna bidrag till kostnader för vårduppgifter, som redan ombesörjes av landstingen. Beträffande de av dylika samordnade bidrag, som redan enligt nuvarande bestämmelser är anknutna till den allmänna löneutvecklingen, innebär detta endast ett bibehållande av hittillsvarande ordning. Detta gäller bl. a. de utgående bidragen till avlöning av lärare för undervisning av vissa psykiskt efterblivna och epileptiker, numera avseende omkring en tredjedel av beloppet för de samordnade bidragen. Att från justeringen undantaga den ringa andel av det enhetliga driftbidraget, som motsvarar återstoden av de samordnade bidragen, skulle medföra en administrativ komplicering av systemet, som bör undvikas. Härtill kommer att frågan i denna del gäller bidrag, som redan genom den hittillsvarande kostnadsutvecklingen förlorat en ansenlig del av sitt ursprungliga realvärde. Endast belopp av detta reducerade värde kommer således att omfattas av den åsyftade successiva justeringen.

### 3. *Justering av bidraget efter den allmänna löneutvecklingen*

En anknytning av det enhetliga driftbidraget till vad här benämnts den allmänna löneutvecklingen möter likväl vissa svårigheter. En samlad officiell statistik, som utvisar samtliga löners procentuella utveckling, finnes icke att tillgå. Det saknas med andra ord ett generellt löneindex. Tillgängliga statistiska uppgifter hänför sig till vissa arbetstagargrupper, huvudsakligen kollektivavtalsanställda. En anknytning av de automatiskt verkande lönestegringarna till ett allmänt löneindex är således inte möjlig.

En framkomlig väg vore måhända att tillämpa det genomsnittliga procenttal beträffande lönebeloppens förändring, som vid varje tillfälle utgör resultatet av förda löneförhandlingar mellan arbetsgivare och arbetstagare. Dylika förhandlingar äger mestadels rum årligen. Med hänsyn till de personalkategorier, som här är i fråga — så gott som uteslutande löneplansanställd personal — synes man ha att välja mellan överenskommelser angående statstjänstemännens löner och de uppgörelser, som träffas om kommunaltjänstemännens löneförmåner. Sistnämnda uppgörelser torde i stort sett ansluta till resultatet av de statliga löneförhandlingarna. De på den kommunala sektorn i viss utsträckning förekommande lokala förhandlingarna medför emellertid, att ett procenttal, som uttrycker den verkliga lönestegringen, svårligen kan fixeras. På den statliga sektorn däremot torde det vara möjligt att finna hållpunkter för att generellt bedöma resultatet av beslutade lönejusteringar för samtliga befattningshavare. I propositioner angående allmänna lönefrågor, som förelägges riksdagen för godkännande, angives vanligen att en överenskommelse genomsnittligt innebär en ökning av statstjänstemännens löner med vissa procent. Statsbidragsutredningen har därför för sin del funnit förutsättningar föreligga för att en anpassning av det enhetliga driftbidraget till de automatiska lönestegringarna skall kunna åstadkommas genom dess *anknytning till det genomsnittliga procenttal, som vid varje tidpunkt kan gälla för uppräknningen av lönerna för statliga befattningshavare*. Kostnadsstegringar på grund av den allmänna löneutvecklingen skulle sålunda automatiskt utlösa en däremot svarande ökning av driftbidraget.

### 4. *Justering av bidraget med hänsyn till förändringar i personalens antal, sammansättning och löneställning*

Det har framhållits, att det är den emotsedda vårdmässiga standardhöjningen inom den egentliga mentalsjukvården, som giver anledning att under den pågående upprustningsperioden söka åt de nya huvudmännen säkerställa en successiv justering av det föreslagna enhetliga driftbidraget med hänsyn till denna vårdgrens personalorganisatoriska utveckling. Uppgiften att anvisa en godtagbar form för en sådan justering med hänsyn till

standardutvecklingen försvåras av det förhållandet, att det å ena sidan torde böra förbehållas statsmakterna att bestämma om huvudlinjerna och takten för standardhöjningen medan det å andra sidan bör bli de kommunala huvudmännens ensak att efter sin bedömning av behovet vidtaga sådana personalförändringar, som här avses. Såsom huvudmannaskapsreformen antagits bli genomförd kunde det möjligen synas befogat att i fråga om bidragsjusteringen bortse från denna intresseavvägning. Ett successivt överförande av huvudmannaskapet — vilket utredningen för sin del räknar med — medför, att staten under överförandeskedet kommer att driva sjukhus för egentlig mentalsjukvård jämsides med de landsting, som efter hand övertager ansvaret för denna vårdgren. Man kan utgå ifrån att även dessa sjukhus kommer att bli föremål för en fortgående upprustning och en höjning av den vårdtekniska standarden inom ramen för tillgängliga personella och materiella resurser. En möjlighet vore därför att under en övergångstid betrakta personalresurserna vid ett bestämt, i statlig regi ännu drivet sjukhus av normal storlek såsom uttryck för en genomsnittlig vårdstandard och låta den personalorganisatoriska utvecklingen vid detta sjukhus bli bestämmande för den här avsedda justeringen av driftbidraget. Systemet torde emellertid medföra svårigheter vid det praktiska genomförandet och icke erbjuda garantier för ett någorlunda tillfredsställande resultat. Under upprustningstiden kommer de statliga sjukhusen att ha en ojämn standard, och det kan förväntas, att de mest eftersatta sjukhusen övertages av landstingen först i slutskedet av en reformperiod. Man synes därför inte kunna utgå ifrån att varje ökning av personalkostnaderna vid normsjukhuset blir föranledd enbart av sådana förändringar i personalens antal, sammansättning och löneställning, som kan anses vara uttryck för en generell vårdteknisk standardhöjning. Ej heller kan förutsättas att varje däremot svarande personalförändring verkligen blir genomförd vid det såsom normgivande valda sjukhuset. Det måste också vålla betydande olägenheter, särskilt från kontinuitetssynpunkt, att då ett dylikt statligt sjukhus övertages av landstinget övergå att bedöma en normal standardstegring med hänsyn till förhållandena vid ett annat kvarvarande statligt sjukhus. Utredningen har därför funnit, att en lösning av frågan om driftbidragets värdebeständighet i denna del inte lämpligen kan åstadkommas genom direkt anknytning till personalkostnaderna vid ett såsom normerande utvalt statligt sjukhus.

Utredningen har inte heller funnit förutsättningar föreligga att åstadkomma automatiskt verkande justeringar av bidraget genom en anknytning till den genomsnittliga utvecklingen av personalorganisationen vid samtliga under överförandeperioden kvarvarande statliga sjukhus. Så länge upprustningen av den egentliga mentalsjukvården pågår, kommer dessa sjukhus som nämnts att ha en ojämn standard, och kan det förväntas, att de mest eftersatta sjukhusen övertages av landstingen först i slutskedet av en reformperiod. Det kan vara osäkert, om alla dessa sjukhus blir föremål för

sådana personella förändringar, som kan anses representera en normal vårdteknisk standardhöjning. Bl. a. kan dessa bli beroende av i vad mån staten inför ett förestående övertagande anser sig kunna genom vidtagande av åtgärder i standardhöjande riktning föregripa de blivande huvudmännens bedömanden i vårdorganisatoriska frågor.

Enda lösningen av detta spörsmål har synts utredningen vara att vid ett beslut om den ifrågasatta huvudmannaskapsreformen *i princip fastslå dels att en justering av driftbidraget i nu berörda hänseende bör successivt ske, i den mån en av statsmakterna godtagen standardhöjning föranleder ökning av personalkostnaderna, och dels att tillämpningen av denna princip skall bli beroende av särskilda, periodvis återkommande överväganden vid vilka även de kommunala huvudmännen är företrädde*. Genom deras medverkan bör uppnås att avgörandena blir träffade med beaktande av båda parternas befogade intressen. Allt efter som ett övertagande av huvudmannaskapet kommer till stånd bör de kommunala huvudmännen få allt bättre förutsättningar att bedöma, vilka personalorganisatoriska åtgärder, som från rationell synpunkt bör vidtagas för genomförande av statsmakternas intentioner rörande standardhöjningen.

Som utgångspunkt för de med jämna mellanrum återkommande omprövningarna av driftbidraget enligt nu angiven ordning är det givetvis angeläget att fixera det utgångsläge beträffande mentalsjukhusens personalorganisation, som varit bestämmande för det grundläggande beslutet om driftbidragets belopp. Detta torde kunna ske genom att, helst i samband med principbeslutet, upprätta en personalstat, som anger utgångsläget i fråga om personaltäthet och löneställning för olika grupper av befattningshavare — läkare, övrig vårdpersonal, förvaltningspersonal och ekonomipersonal — applicerat på ett sjukhus av normal storlek, d. v. s. 600—800 platser i dagens läge. Denna stat och det enligt densamma framräknade kostnadsbeloppet bör utgöra det underlag, varifrån omprövningarna sedan skall utgå. Vid varje omprövningstillfälle bör denna stats kostnadsbelopp i första hand omräknas på det sätt, att dittills eventuellt inträffade kostnadsförändringar på grund av den allmänna löneutvecklingen påföres. Huvuduppgiften vid omprövningen blir sedan att upprätta en ny personalstat med beaktande av de dåmera vidtagna förändringarna i personalorganisationen, i den mån dessa godtagits vid de kvarvarande statliga sjukhusen eller kan anses godtagbara från statens synpunkt. Storleken av den procentuella kostnadsökning, som framgår vid en jämförelse mellan den ursprungliga statens kostnadsbelopp efter nyssnämnda omräkning och kostnaden enligt den nya staten, bör bli normgivande för den här åsyftade justeringen av driftbidraget.

Att de omförmälda omprövningarna av normalpersonalstaten skall företagas med bestämda tidsintervaller är enligt utredningens mening angeläget. Av praktiska skäl torde det dock ej kunna ifrågasättas, att de skall



verkställas årligen. Utredningen anser treårsintervaller vara en rimlig avvägning.

I det föregående har nämnts att de förslag, utredningen sålunda framlägger om säkerställande av värdebeständighet åt det förordade enhetliga driftbidraget, i sin konstruktion innebär vissa eftergifter från kravet på exakthet i fråga om värdebeständighet. Några sammanfattande påpekanden om verkningarna av utredningens förslag torde därför vara på sin plats.

Ehuru justeringarna för värdebeständighetens bevarande borde bestämmas av utvecklingen beträffande samtliga de kostnader, som genom huvudmannaskapsreformen överflyttas från staten på de nya huvudmännen, innebär utredningens förslag, att enbart förändringarna i personalkostnaderna skall läggas till grund för justeringarna. Då endast denna utveckling sålunda skulle bli mätare för justeringen av bidragsbeloppet i dess helhet, kan resultatet bli i någon mån oegentligt, såvitt bidraget avser den återstående mindre delen av driftkostnaderna, d. v. s. omkostnadsdelen. Ehuru ej heller det officiella konsumentprisindex kan anses ge någon exakt föreställning om den allmänna kostnadsutvecklingen, bör det påpekas, att detta index under senare tid visat en något mindre ökning än vad som motsvarat lönernas automatiska stegring. Detta tyder på att en justering i enlighet med utredningens förslag kan bli något i överkant, i vad den avser en anpassning efter denna kostnadsutveckling. En verkan i samma riktning av relativt ringa betydelse kan vidare sägas vållas av det ovan berörda förhållandet, att från utgångsbeloppet för justeringarna icke undantagits vissa med det enhetliga driftbidraget samordnade speciella bidrag, som utgår till av landstingen redan omhändertagna mentalsjukvårdsuppgifter och för vilka några regler med sikte på värdebeständighet f. n. inte gäller.

Samtidigt är emellertid att notera ett par omständigheter, som kan betyda, att utredningens förslag i andra hänseenden inte helt giver den bidragstildelning, som principiellt förutsatts. Sålunda bör erinras att det av utredningen förordade generella driftbidragets storlek i utgångsläget kan enligt utredningens beräkningar vid uppnådd föreslagen utbyggnad medföra en viss underkompensation för de nya huvudmännen. Det förhållandet, att en justering av bidragsbeloppet med hänsyn till förändringar i personalens antal, sammansättning och löneställning skulle ske endast vart tredje år, innebär dessutom, att någon kompensation icke komme att lämnas huvudmännen för kostnadsökningar i detta avseende, som de under mellantiden finge vidkännas för vårdstandardens höjning.

## KAPITEL 10

### De föreslagna bidragens tillämplighet på städerna Stockholm, Göteborg och Malmö

Utredningens ovan redovisade överväganden och förslag har närmast tagit sikte på hur de ekonomiska frågorna i samband med en huvudmannaskapsreform i princip bör lösas för landstingens vidkommande. Vad angår städerna Stockholm, Göteborg och Malmö har utredningen understrukit den särställning i bidragshänseende, som dessa kommer att intaga med hänsyn till de för dem enligt avtal med staten gällande speciella ekonomiska villkoren för deras åtagande att själva svara för huvuddelen av mentalsjukvården. Utredningen har särskilt övervägt, i vad mån efter landstingens övertagande av huvudmannaskapet för mentalsjukvården de enligt avtalen gällande bidragsreglerna kan i princip oförändrade tillämpas vid sidan av det för landstingen tillämnade bidragssystemet. Ett absolut hinder mot att efter en huvudsakligen formell revision av avtalen låta plats- och driftkostnadsbidragen utgå efter i stort sett samma grunder som tidigare kan visserligen icke sägas förefinnas. Utredningen har emellertid funnit, att en dylik lösning är förenad med så betydande praktiska olägenheter, att den bör undvikas. Bortsett från att de redan nu invecklade avtalsbestämmelserna om bidragens beräkning bleve än mer komplicerade, skulle avtalens bibehållande leda till att olika regler komme att gälla för de lokala huvudmännens vårdskyldighet inom den egentliga mentalsjukvården och att dubbla bidragssystem tillämpades på såväl anläggnings- som driftssidan. Driftkostnadsbidragets bibehållande skulle dessutom medföra, att den samordning av nu utgående bidrag för annan kommunal mentalsjukvård med ett nytt driftbidrag till den egentliga mentalsjukvården, som utredningen ovan förordat för samtliga huvudmän, icke skulle kunna genomföras med avseende å storstäderna. Olika bidragssystem komme alltså att gälla även på detta område. Det är uppenbart, att en dylik irrationell ordning för den framtida bidragsgivningen till mentalsjukvården icke bör komma ifråga.

Utredningen vill för sin del förorda, att såsom förutsatts i direktiven ett för hela vårdgrenen enhetligt statsbidragssystem tillskapas, som kan tillämpas även på storstäderna. Därigenom skulle samma rättigheter och samma skyldigheter gälla för alla lokala huvudmän. Då förhandlingar med städerna om en härför erforderlig såväl saklig som formell revision av avtalen avses bli förda i särskild ordning, har utredningen som förut an-

tytts sökt utforma reglerna för en bidragsgivning till landstingen enligt sådana riktlinjer, att de utan att föregripa ett förhandlingsresultat skapar förutsättningar för att inordna städerna i ett för samtliga kommunala huvudmän gällande enhetligt och generellt bidragssystem på mentalsjukvårdens område liksom även för epileptikervården.

### 1. Bidrag till byggnadskostnader

Utredningen har i princip förordat, att de nuvarande statliga sjukhusanläggningarna i samband med en huvudmannaskapsreform överlämnas till landstingen utan vederlag. I de fall där ett överförande av huvudmannaskapet aktualiseras, innan en påbörjad upprustning av sjukhusen hunnit slutföras, har förutsatts, att vederbörande huvudman skall kunna fullfölja upprustningen med stöd av statligt bidrag, upprustningsbidrag. Till den fortsatta utbyggnaden av vårdgrenen efter en reforms genomförande inom ramen för av statsmakterna godkänt platsbehov bör staten enligt utredningens förslag lämna stöd i form av anläggningsbidrag för tillskapande av nya självständiga sjukhus eller inrättande av ytterligare vårdplatser vid befintliga vårdenheter.

Storstäderna har själva bekostat uppförandet av sina mentalsjukhus men erhåller enligt gällande avtal ersättning av staten för sina anläggningskostnader genom platskostnadsbidraget. Konstruktionen av detta bidrag är sådan, att städerna i ett läge, då den statliga mentalsjukvården blivit utbyggd i full omfattning, skall anses vara till fullo kompenserade för sina investeringskostnader. Då syftet med bidraget sålunda synes vara att så småningom ge städerna full ersättning för deras sjukvårdsanläggningar, synes gentemot dem redan föreligga ett åtagande från statens sida, som till sin innebörd är i princip likvärdigt med utredningens förslag att utan vederlag överlåta de statliga sjukhusen i upprustat skick på landstingen. Den omständigheten att städerna ännu icke blivit helt ersatta för det i anläggningarna investerade kapitalet kan inte principiellt ändra detta betraktelsesätt. Anledningen till nyssnämnda förhållande har tydligen varit, att städerna utbyggt sina vårdresurser i snabbare takt än staten. De anförda synpunkterna kan emellertid anses motivera en avlösning från statens sida av de kostnader, som vid viss tidpunkt icke blivit täckta av då utbetalade platskostnadsbidrag. En avlösning ersättning till städerna skulle alltså i princip utgå med belopp, motsvarande skillnaden mellan summan avorstädernas investerade kapitalbelopp i anläggningar för egentlig mentalsjukvård och de uppburna platskostnadsbidragen. En sålunda beräknad avlösning ersättning tillorstäderna skulle i likhet med upprustningsbidragen till landstingen utgöra en engångsersättning och innebära, att städerna erhöles i stort sett samma statliga ersättning för gjorda investeringar,

som de vid en fortsatt tillämpning av avtalen skulle vara berättigade att erhålla.

För att få en uppfattning om storleken av storstädernas investeringar inom den egentliga mentalsjukvården under den tid avtalen varit i tillämpning och de under samma tid uppburna platskostnadsbidragen har utredningen införskaffat nedan redovisade uppgifter från sjukhusdirektionen i respektive städer. Dessa preliminärt lämnade uppgifter, som avser tiden till och med år 1958, har angivits vara helt approximativa.

Stad	Kapitalkostnader	Platskostnadsbidrag	Skillnad
Stockholm .....	40 995 418	28 215 383	12 780 035
Göteborg .....	20 819 850	11 376 072	9 443 778
Malmö.....	9 017 976	6 184 526	2 833 450
Summa	70 833 244	45 775 981	25 057 263

Vid de förhandlingar mellan parterna, då frågan om platskostnadsbidragens avlösning upptages till slutlig prövning, torde de kapitalutgifter, för vilka täckning ej erhållits genom platskostnadsbidragen, böra närmare preciseras från städernas sida. Därvid torde även få avgöras i vad mån dessa utgifter är att hänföra till sådana kostnader, för vilka ersättning bör utgå.

I likhet med förhållandet inom landet i övrigt torde icke heller för storstädernas vidkommande de av dem disponerade slutna vårdresurserna kunna förutsättas täcka ens det föreliggande vårdplatsbehovet. Den utbyggnad, som alltså även här är att förvänta, måste liksom för landstingen ske genom tillskapande av nya självständiga sjukhus eller inrättande av ytterligare platser vid befintliga vårdenheter. Med avseende å städernas rätt till fortsatt bidrag till denna utbyggnad synes den ovan ifrågasatta avlösningen av de utgående platskostnadsbidragen innebära, att ett med landstingen likvärdigt utgångsläge inträtt; medan dessa utan vederlag erhållit upprustade statliga mentalsjukhus har städerna genom en avlösningserättning kompenserats för investeringskostnaderna i sina sjukhusanläggningar. Förutsättningar bör sålunda ha skapats för en tillämpning på storstäderna av de för landstingen föreslagna anläggningsbidragen till en fortsatt utbyggnad av vårdgrenen. De ersättningsnormer, som förordats för bestämmandet av dessa bidrag, är baserade på de kostnader, staten skulle vidkännas för att tillgodose ett utbyggnadsbehov med tidsenliga vårdmöjligheter. Vid en oförändrad tillämpning av avtalen skulle även storstäderna ha erhållit ersättning för sina av utbyggnaden påkallade investeringar i förhållande till dessa statens kostnader. Med hänsyn härtill bör enligt utredningens mening de framtida anläggningsbidragen till städerna för den fortsatta utbyggnaden kunna beräknas efter samma grunder som de för landstingen tillämnade.

Vad beträffar behovet av fortsatt utbyggnad av den egentliga mentalsjukvården inom storstäderna föreligger samma svårigheter att bedöma detta som utredningen tidigare åberopat i fråga om landet i övrigt. De av mentalsjukvårdsdelegationen redovisade behovsberäkningarna torde tills vidare erbjuda det enda underlaget för en sådan bedömning. I likhet med vad som förordats för landstingen bör delegationens uppskattningar av platsbehovet kunna tillämpas även när det gäller storstäderna. En utökning av de slutna vårdresurserna till att i enlighet med dessa uppskattningar motsvara ett platsantal av 4,5 promille av befolkningen bör alltså få gälla som en generell övre gräns vid bedömningen av det framtida utbyggnadsbehovet. Behov av bidrag till kostnaderna för en utbyggnad utöver den generella gränsen bör liksom för landstingen bli föremål för prövning med ledning av särskilda undersökningar.

## 2. Bidrag till driftkostnader

Utredningen har stannat vid att inför en huvudmannaskapsreform för landstingens vidkommande förordade ett kombinerat invånar- och vårdplatsbidrag såsom ett under mentalsjukvårdens fortsatta utbyggnad lämpat enhetligt bidrag till driftkostnaderna för denna vårdgren och epileptiker-vården. Med ett bidrag om 14 kronor per invånare och 2 550 kronor per vårdplats har för de flesta landstingen en nära överensstämmelse visat sig kunna ernås med den andel i statens kostnader på dessa områden, som bidraget är avsett att täcka hos varje huvudman.

En undersökning av i vad mån nämnda bidragssystem och bidragsbelopp kan tillämpas på storstäderna bör genomföras efter samma principer, som kommit till användning i fråga om landstingen. Det bör sålunda i första hand klarläggas, vilka ekonomiska konsekvenser som en övergång skulle innebära för städerna *i ett utgångsläge*. Den primära uppgiften blir alltså att bestämma ett »bidragsunderlag» för städerna i detta läge. I fråga om den egentliga mentalsjukvården bör givetvis i detta underlag ingå det statsbidrag — driftkostnadsbidrag — som uppbäres enligt avtalen med staten. Det bör därvid beaktas att de f. n. utgående bidragen icke avser driftkostnaderna för hela mentalsjukvården, enär vården av vissa patientkategorier är undantagna från städernas vårdskyldighet. En huvudmannaskapsreform för landstingen bör emellertid som förut nämnts aktualisera ett frångående av dessa undantag för att åstadkomma samma vårdskyldighet för alla huvudmän. För jämförelses skull anser dock utredningen, att bidragsunderlaget för den egentliga mentalsjukvården bör beräknas från alternativa utgångspunkter, d. v. s. dels med oförändrad vårdskyldighet enligt avtalen och dels med lika vårdskyldighet som för landstingen. I senare fallet bör bidragsunderlaget för de nu undantagna patientgrupperna givetvis beräknas som om de omfattats av avtalen.

Den Stockholms stad tillerkända rätten att av staten erhålla bidrag jämväl för sina pensionskostnader inom mentalsjukvården bör här vidare uppmärksammas. Sådan rätt föreligger för närvarande icke för städerna Göteborg och Malmö. För att emellertid uppnå full jämställdhet mellan samtliga tre städer med avseende å såväl deras vårdskyldighet som bidragsrätt bör vid beräkningen av bidragsunderlaget alternativt förutsättas, att även Göteborg och Malmö kommer i åtnjutande av driftkostnadsbidrag för sina pensionskostnader enligt samma grunder, som gäller för Stockholms stad.

Vad angår övrig mentalsjukvård, d. v. s. de av städerna vid sidan av avtalen omhändertagna mentalsjukvårdsuppgifterna, vill utredningen i fråga om vården å psykiatriska lasarettavdelningar erinra om att de befintliga avdelningarna i Stockholm och Göteborg fungerar som psykiatriska kliniker vid undervisningssjukhus. Då statens bidrag till kostnaderna för dessa avdelningar avser att täcka enbart den merkostnad, som betingas av undervisningen, bör detta bidrag icke inräknas i bidragsunderlaget. Där emot synes städernas egna kostnader för dessa avdelningar — liksom för lasarettavdelningen i Malmö — böra inkluderas i storstädernas kostnader för driften i övrigt av ifrågavarande vårdform. Storstäderna åtnjuter icke statsbidrag till dessa kostnader. Utredningen har emellertid i det föregående förordat, att städernas bidragsrätt utsträcker till att omfatta även de psykiatriska lasarettavdelningarna. På grund härav bör bidragsunderlaget för dessa avdelningar beräknas alternativt, dels utan statligt bidrag och dels med sådant bidrag enligt de för landstingen gällande bestämmelserna.

I fråga om övriga av städerna redan omhändertagna vårdgrenar bör enahanda normer gälla för beräkningen av vårdplatser, kostnader och statsbidrag som enligt tidigare lämnad redogörelse tillämpats för landstingens del. Beträffande vården av lättskötta mentalt sjuka är dock att märka att Göteborgs stad icke driver egna vårdhem för detta klientel utan tillgodoser vårdbehovet genom förhyrande av platser. Beräkningarna måste således för denna stad grunda sig på antalet förhyrda platser och nettokostnaderna för dessa. Det bör uppmärksammas att statsbidrag för dylika platser icke utgår enligt nu gällande bestämmelser.

I fråga om epileptikervården synes slutligen böra tillämpas enahanda grunder för fördelning av vårdplatser, kostnader, vårdersättningar, statsbidrag samt patientavgifter som för landstingen.

Av det anförda framgår att utredningen funnit sig böra räkna med ett bidragsunderlag för storstäderna enligt två alternativ. Enligt *alternativ 1* har bidragsunderlaget för egentlig mentalsjukvård (= driftkostnadsbidraget) beräknats enligt nu gällande ordning och omfattar alltså icke de enligt avtalen undantagna patientkategorierna liksom ej heller bidrag till Göteborgs och Malmö stads pensionskostnader. Även för övrig mentalsjukvård grundar

sig beräkningarna enligt detta alternativ på nu rådande förhållanden. Något statsbidrag har således icke beräknats för driften av psykiatriska lasarett-avdelningar. Enligt *alternativ 2* har i bidragsunderlaget inräknats driftkostnadsbidrag även för de undantagna patientkategorierna, varjämte förutsatts att även Göteborg och Malmö åtnjuter sådant bidrag till sina pensionskostnader enligt för Stockholms stad medgivna grunder. I detta alternativ har städernas bidragsrätt därjämte förutsatts innefatta de psykiatriska lasarett-avdelningarna enligt de för landstingen gällande bestämmelserna.

Utredningens beräkningar av bidragsunderlaget redovisas i *tabellerna S: I och S: II*. För att belysa de olika vårdgrenarnas ekonomiska betydelse för huvudmännen redovisas såväl deras bruttokostnader och utgående statliga bidrag som nettokostnader. Därjämte angives den utdebitering sistnämnda kostnader kan anses motsvara.

De sålunda framräknade beloppen för bidragsunderlaget till storstäderna — uppdelat på dels egentlig mentalsjukvård, dels övrig mentalsjukvård och dels epileptikervård — jämte uppgifter om folkmängd har sammanställts enligt de båda alternativen efter samma system som för landstingen, *tabell S: III, Alt. 1 och 2*. Sammanställningarna utvisar, att den totala kostnaden — inberäknat pensionskostnader — för storstädernas egentliga mentalsjukvård med nuvarande begränsade vårdskyldighet (= Alt. 1) under år 1958 uppgick till 55,6 milj. kronor och skulle med utvidgad vårdskyldighet (= Alt. 2) ha belöpt sig till 60,5 milj. kronor. Totalkostnaderna för övrig mentalsjukvård och epileptikervård uppgick till 24,9 milj. kronor respektive 0,6 milj. kronor. Angivna belopp inkluderar de statsbidrag, som städerna varit berättigade att uppbära. Av de sammanlagda totalkostnaderna — enligt respektive alternativ sålunda uppgående till omkring (55,6 + 24,9 + 0,6) 81,1 milj. kronor och (60,5 + 24,9 + 0,6) 86 milj. kronor — belöper på storstäderna själva den del, som icke täckes av staten i form av driftkostnadsbidrag till egentlig mentalsjukvård jämte bidrag till övriga mentalvårdsgrenar och till epileptikervården. Denna på städerna belöpande kostnadsdel uppgår enligt båda alternativen till sammanlagt ungefär 46,3 milj. kronor. Återstoden (81,1 — 46,3) 34,8 milj. kronor enligt alternativ 1 och (86,0 — 46,3) 39,7 milj. kronor enligt alternativ 2 utgör den andel i totalkostnaderna, som bestrides av staten i form av utgående bidrag. Dessa belopp motsvarar alltså städernas bidragsunderlag och skall täckas av det nya enhetliga driftbidrag, som för landstingens vidkommande visat sig motsvara 14 kronor per invånare och 2 550 kronor per vårdplats. Beträffande resultatet härav ligger det i sakens natur, att det nya enhetliga driftbidraget inte kan visa en god överensstämmelse med ett enligt alternativ 1 beräknat bidragsunderlag, eftersom detta bl. a. icke omfattar samtliga de vårduppgifter, som förutsatts komma att åvila landstingen. En jämförelse enligt alternativ 2 visar däremot, att det nya bidraget inte skulle medföra nå-

gon större ändring för städerna i vad avser bidragsbeloppen. Enligt detta alternativ skulle sålunda för samtliga städer en överkompensation med tillhoppa omkring 1,8 milj. kronor uppkomma, motsvarande en utdebiteringsminskning av i medeltal endast 2 öre per skattekrona. Stockholms stads utdebiteringsbehov komme därvid icke att nämnvärt påverkas. För städerna Göteborg och Malmö skulle däremot föreligga en möjlighet till utdebiteringsminskning med 3,8 respektive 5,2 öre. En tillämpning på storstäderna av det för landstingen föreslagna enhetliga driftbidraget ger alltså vid handen att några mera påtagliga utdebiteringsmässiga förändringar i förhållande till vad fallet visat sig vara beträffande flertalet landsting icke kommer att inträda.

En undersökning av det enhetliga bidragets tillämplighet på storstäderna *vid full utbyggnad* av deras vårdorganisation måste av enahanda skäl som åberopats beträffande landstingen bli begränsad till de förändringar i vårdplatstillgången, som en utbyggnad kan beräknas medföra. En sådan undersökning kan alltså även här anses visa de ekonomiska konsekvenser för huvudmännen, som en tillämpning av det enhetliga driftbidraget skulle få i dagens läge, därest den utbyggnad som bedömts erforderlig vore genomförd.

Till grund för beräkningarna av bidragsunderlaget i utbyggnadsläget bör läggas det platsbehov, som mentalsjukvårdsdelegationen rekommenderat för ifrågavarande städer, d. v. s. 4,5 promille för egentlig mentalsjukvård, 1,5 promille för vården av lättskötta mentalt sjuka samt 0,5 promille för vård å psykiatriska lasaretsavdelningar. För att nå fullständig jämförelse med nuläget bör en fortsatt tillämpning av de gällande avtalen förutsättas med den justering till att avse utvidgad vårdskyldighet för städerna och pensionskostnadernas inräknande, som utredningen i detta läge alternativt utgått ifrån. I fråga om de i övrig mentalsjukvård ingående grenarna bör vid beräkningen av bidragsunderlaget tillämpas den utvidgning av bidragsrätten till att omfatta även psykiatriska lasaretsavdelningar, som utredningen förordat. För den psykiska barna- och ungdomsvården bör tillämpas enahanda beräkningsgrunder som i fråga om landstingen, dock synes man i likhet med vad som befunnits gälla det vuxna klientelet även här böra utgå ifrån ett något större behov av vårdplatser för storstäderna än vad mentalsjukvårdsdelegationen beräknat för landstingens del. Utredningen har därför räknat med 10 platser vid barn- och ungdomspsykiatriska lasaretsavdelningar, 8 vid behandlingshem typ I och 10 vid behandlingshem typ II eller tillhoppa 28 platser, allt per 100 000 invånare. Vad angår undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna bör beräkningarna liksom i fråga om landstingen utgå från en utbyggnad av platsantalet till att motsvara 2 promille av befolkningen. Även för epileptikervården bör samma beräkningsnormer tillämpas som för landstingen.

Ett efter här angivna grunder beräknat bidragsunderlag för storstäderna



vid full utbyggnad av mentalsjukvårdens olika grenar och av epileptiker-vården redovisas i *tabellerna S: IV och S: V a—e*.

De för varje vårdgren gjorda beräkningarna har sammanställts på sätt ovan beskrivits beträffande landstingen och redovisas i *tabell S: VI*. Sammanställningen visar, att totala driftkostnaderna för mentalsjukvården och epileptikervården inom storstäderna kan beräknas till i runt tal 128 milj. kronor, varav 79,2 milj. kronor utgör de kostnader för den utbyggda vårdorganisationen, som skulle stanna på städerna. Den andel av statens kostnader, som komme att utgå såsom bidrag, skulle utgöra omkring 48,8 milj. kronor. En tillämpning av ett invånarbidrag om 14 kronor och ett vårdplatsbidrag om 2 550 kronor giver ett totalt bidragsbelopp om ungefär 52,5 milj. kronor. En överkompensation skulle sålunda uppkomma för städerna med 3,7 milj. kronor, motsvarande en genomsnittlig utdebiteringsminskning med 4 öre (för respektive Stockholm, Göteborg och Malmö med 3,7, 4,2 och 5,6 öre).

## KAPITEL 11

### Sammanfattning

Efter en redovisning av direktiven för utredningsuppdraget redogör utredningen för mentalsjukvårdens nuvarande organisation och finansiering m. m. enligt den gällande uppdelningen av huvudmannansvaret inom vårdområdet på staten och kommunerna (primär- och sekundärkommuner). Här efter lämnas en översikt över nuvarande bestämmelser om statsbidrag till kostnaderna för de kommunalt omhändertagna vårduppgifterna samt för gällande avtal mellan staten och städerna Stockholm, Göteborg och Malmö angående mentalsjukvården i dessa städer. Utredningen redogör även för organisationen och finansieringen av epileptikervården. Vidare redovisas kostnaderna för mentalsjukvård och epileptikervård, baserade på förhållandena under år 1958 — det senaste år, för vilket en fullständig kostnadsredovisning föreligger.

Utredningens överväganden och förslag i fråga om de ekonomiska villkoren för en huvudmannaskapsreform har i enlighet med direktiven skett på grundval av föreliggande planer beträffande mentalsjukvårdens utbyggnad och framtida organisation. Med anledning härav lämnas en sammanfattning av dels 1956 års reviderade generalplan för den egentliga mentalsjukvårdens upprustning och utbyggnad och dels mentalsjukvårdsdelegationens förslag och rekommendationer rörande den framtida vårdorganisationen för mentalt sjuka. I anslutning härtill refereras sådana över delegationens huvudbetänkande avgivna remissyttranden, som ansetts vara av värde för utredningens bedömanden.

Utredningen har anfört vissa *principiella synpunkter på villkoren för huvudmannaskapets överförande* i syfte att klargöra den allmänna bakgrunden till utredningsfrågans bedömning. Härvid behandlade frågeställningar gäller gränsdragningen mellan framtida statliga och kommunala vårduppgifter, de ekonomiska verkningarna av en huvudmannaskapsreform, likställighet mellan de blivande huvudmännen, ett samtidigt eller successivt överförande av huvudmannaskapet samt storstädernas ställning vid en reform.

Den ifrågasatta ändringen av huvudmannaskapet för mentalsjukvården kan inte lämpligen avse samtliga psykiskt sjuka, för vilkas vård staten nu svarar. I enlighet med direktiven har statsbidragsutredningen utgått ifrån

den av mentalsjukvårdsdelegationen föreslagna gränsdragningen mellan framtida statliga och kommunala mentalsjukvårdsuppgifter och förutsatt, att de patientkategorier, som delegationen angivit, kommer att kvarbliva under statligt huvudmannaskap. Dessa kategorier omfattar *dels* vissa psykiskt sjuka och abnorma (s. k. psykopater) — straffriförklarade och icke straffriförklarade — vilka kräver vård å specialsjukhus eller specialavdelning, *dels* särskilt farliga psykiskt sjuka och abnorma, d. v. s. det klientel, som f. n. vårdas på s. k. fasta paviljonger, *dels ock* s. k. svårskötta psykiskt efterblivna, d. v. s. det klientel, som faller under 4 § i 1954 års lag om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna.

Ett överförande av den egentliga mentalsjukvården till landstingen utan ekonomisk kompensation skulle för dem framtvinga betydande utdebiteringshöjningar. Även om en mindre kostnadsdel lägges på landstingen, kan en härav föranledd utgiftshöjning leda till utdebiteringsökningar. Huruvida detta är att föredraga framför en finansiering även till denna del genom statligt bidrag är en fråga, som ytterst bör bedömas med beaktande av de olika grunderna för statlig och kommunal beskattning. Det förhållandet att en huvudmannaskapsreform inte i och för sig har till syfte att ändra sättet för finansieringen av mentalsjukvården talar enligt utredningens mening närmast för att de kommunala huvudmännen beredes ersättning av staten med belopp, som ger dem en i princip hundraprocentig täckning för den merkostnad, som deras övertagande av den egentliga mentalsjukvården medför. Ersättningen bör därför bestämmas med utgångspunkt från statens nuvarande kostnader för denna vårdgren och avvägas så att den i ett utgångsläge i stort sett motsvarar dessa. En huvudmannaskapsreform bör följaktligen i utgångsläget principiellt sett icke komma att verka höjande på statens utgiftsnivå för ifrågavarande vårdsektor och icke heller medföra någon ekonomisk uppoffring för landstingen. Ersättningen bör vidare i görligaste mån anknyta till kostnadsutvecklingen på ifrågavarande område.

En huvudmannaskapsreform bör genomföras efter så enhetliga riktlinjer som möjligt. Några principiella olikheter i villkoren mellan de olika landstingen bör icke förekomma vare sig i vad avser omfattningen av deras vårdåtagande eller i fråga om deras rättigheter till ekonomiskt bistånd. Dessutom bör såvitt möjligt undvikas att intrång göres i huvudmännens handlingsfrihet i vårdorganisatoriska frågor.

Utredningen har ansett sig ha anledning räkna med att en ändring av huvudmannaskapet kommer att genomföras successivt genom separata överenskommelser med landstingen. Vid sådant förhållande kommer de första överenskommelserna att få prejudicerande betydelse för följande uppgörelser i ämnet och måste därför träffas under aktgivande av att samma bedömningsgrunder senare kan tillämpas för övriga landsting. Endast speciella förhållanden beträffande ett landsting får motivera ett frångående av de för samtliga landsting avsedda grunderna. En särställning

torde intagas av Gotlands län med hänsyn till dess av det insulära läget och ringa befolkningstal betingade begränsade ekonomiska resurser.

Det synes angeläget, att en huvudmannaskapsreform genomföres utan alltför stor tidsutdräkt. Utredningen har för sin del räknat med att i vart fall de förhandlingar, som förutsatts skola föregå ett övertagande, bör för samtliga huvudmäns vidkommande vara avslutade och erforderliga avtal i ämnet träffade vid 1960-talets slut.

Enligt särskilda avtal med staten handhar de tre största städerna själva sin mentalsjukvård, dock med vissa inskränkningar av vårdskyldigheten i förhållande till den statliga mentalsjukvården. Samma inskränkningar förutsättes icke bli gällande för landstingen såsom huvudmän för mentalsjukvården. Ej heller har utredningen ansett sig kunna förorda samma konstruktion av statsbidragen till landstingen i denna egenskap, som enligt nuvarande avtal gäller för storstäderna. Utredningen har funnit det ur rationella och vårdorganisatoriska synpunkter otillfredsställande att efter en reform bibehålla dessa olikheter mellan de kommunala huvudmännen. För att åvägabringa full likhet dem emellan i fråga om såväl skyldigheter som rättigheter påkallas en revision av avtalen, vilken emellertid måste ske förhandlingsvägen.

Beträffande de landstingsfria städerna Norrköping, Hälsingborg och Gävle har statsbidragsutredningen under hänvisning till uttalanden av mentalsjukvårdsdelegationen baserat sina överväganden och beräkningar på att dessa städer vid ett ändrat huvudmannaskap löser sina vårduppgifter på området genom ett samarbete med landstingen.

I fråga om *villkoren för de statliga sjukhusanläggningarnas överlämnande till nya huvudmän* har utredningen principiellt förordat, att en överlåtelse äger rum utan att vederlag avkräves landstingen. Därest fråga är om ett sjukhus, som ännu inte hunnit färdigutrustas i statlig regi enligt gällande planer, förutsättes den nye huvudmannen komma att färdigställa detsamma. Utredningen har funnit skäl tala för att staten därvid lämnar bidrag i form av upprustningsbidrag. Detta utgör sålunda ett engångsbidrag, som kan utgå endast i samband med huvudmannaskapsreformens genomförande inom särskilt landstingsområde, varvid ett befintligt statligt mentalsjukhus samtidigt övertages och upprustas genom landstingets försorg.

I den vederlagsfria överlåtelsen av befintliga sjukhusanläggningar bör principiellt icke ingå större markområden än vad som kan anses erforderligt för respektive sjukhus vårduppgifter. Storleken av erforderligt markområde torde få prövas från fall till fall och slutgiltigt bestämmas vid förhandlingar med de olika landstingen.

Inom ramen för den reviderade generalplanen eller det ytterligare platsbehov, som under reformens genomförande kan bli fastställt, bör staten bidraga till *anläggningskostnaderna för en erforderlig utbyggnad* av vård-

resurserna inom respektive område. Den härav påkallade ersättningen från statens sida bör lämpligen få formen av ett särskilt anläggningsbidrag. Då utbyggnaden måste ske genom att antingen tillskapa nya sjukhus eller inrätta ytterligare vårdplatser vid befintliga vårdenheter, torde anläggningsbidrag i allmänhet komma att utgå först någon tid efter det huvudmannaskapet övertagits. Det kan dock aktualiseras redan i samband med övertagandet, nämligen för landsting, som ännu saknar mentalsjukhus inom sina områden. I dylikt fall kan anläggningsbidrag utgå för uppförande av ett första sjukhus inom området.

För de *kostnadsökningar, avseende driften* av tidigare icke omhändertagda mentalsjukvårdsuppgifter, som efter en huvudmannaskapsreform kommer att åvila de nya huvudmännen, bör dessa beredas ersättning genom driftbidrag. Systemet för driftbidraget bör i ett utgångsläge basera sig på statens motsvarande kostnader vid samma tid och utformas så att de till varje huvudman utgående bidragen nära överensstämmer med den kostnadsökning, som förorsakas denne vid överförandet. Bidraget bör dessutom följsamt anpassa sig till den ökning av driftkostnaderna, som en av statsmakterna godtagen utbyggnad av vårdresurserna inom området innebär.

I enlighet med sina direktiv har utredningen prövat frågan, i vad mån *nu utgående statliga bidrag till de mentalsjukvårdsgrenar, som redan omhändertas av landstingen*, lämpligen kan inordnas i förordade nya bidrag för den egentliga mentalsjukvården. De för en sådan samordning aktuella bidragen avser psykiatriska lasarettavdelningar (vuxenkielentel), vårdhem för lättskötta mentalt sjuka, anstalter för psykopatiska och nervösa barn samt undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna ävensom psykisk barna- och ungdomsvård.

Beträffande utgående bidrag till kostnader för uppförande m. m. av olika institutioner har utredningen med hänsyn till den olika graden av utbyggnad inom de olika landstingsområdena funnit förutsättningar icke föreligga för en här avsedd samordning. De nuvarande byggnadsbidragen bör därför tills vidare bibehållas som separata bidrag.

I och med övergången till ett system, som innebär att större delen av mentalsjukvården sammanföres under ett enhetligt kommunalt huvudmannaskap, framstår det däremot som naturligt, att statens ekonomiska bistånd till driftkostnaderna lämnas som ett för hela vårdområdet gemensamt, enhetligt driftbidrag. Med hänsyn härtill bör utgående bidrag till driftkostnaderna för de nu landstingsdrivna vårdgrenarna samordnas med ett bidrag till driften av den egentliga mentalsjukvården. Utredningen har dessutom funnit praktiska skäl tala för att även driftbidragen till epileptikeranstalter samordnas med ett framtida generellt mentalsjukvårdsbidrag. Då den aktuella huvudmannaskapsreformen icke i och för sig påkallar en översyn av de nuvarande driftbidragens storlek, har utredningen emellertid in-

skränkt sig till att vid de beräkningar, som ligger till grund för avvägningen av ett nytt enhetligt driftbidrag, utgå ifrån de nuvarande bidragsbeloppen.

I anslutning till samordningsfrågan har utredningen haft att överväga vissa av Kungl. Maj:t överlämnade framställningar, avseende en utvidgning av den nuvarande rätten till statsbidrag att omfatta dels av storstäderna inrättade psykiatriska avdelningar vid eller i anslutning till lasarett, dels ock barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar. Vad angår förstnämnda avdelningar kommer storstädernas bidragsrätt till driftkostnaderna att innefatta även dessa, i den mån det enhetliga bidraget vinner tillämpning på dessa städer. En utvidgning av denna bidragsrätt till att omfatta även den slutna psykiatriska barna- och ungdomsvården är i och för sig icke påkallad av den aktuella huvudmannaskapsreformen. Inom ramen för det nya bidragssystemet bör dock rådande olikheter i fråga om bidrag till platser för å ena sidan vuxna och å andra sidan klientelet i övrigt inte vidmakthållas.

I den mån några vårdinrättningar för den av vissa primärkommuner bedrivna mentalsjukvården ännu är i drift vid tidpunkten för en huvudmannaskapsreform, har utredningen ansett det få ankomma på vederbörande kommun att med resepektive landsting träffa överenskommelse om bestridandet av kostnaderna för den fortsatta driften av dylika sjukhus.

*Storleken av statens bidrag till upprustning av befintliga mentalsjukhus bör bestämmas från fall till fall* i samband med förhandlingar med vederbörande landsting om huvudmannaskapets övertagande. Man torde därvid i princip böra utgå från de kostnader, som statsmakterna varit beredda att nedlägga, därest upprustningen fullföljts i statlig regi. Av statsmakterna godtagna beräkningar av kostnader för sjukhusens planerade upprustning bör därför i det enskilda fallet vara normerande för bidragens bestämmande med de justeringar, som kan föranledas av förändringar i det allmänna byggnadskostnadsläget. Om individuella planer inte blivit upprättade, torde underlag för bedömandet av bidragets storlek kunna erhållas i kostnadsberäkningar, avseende den under senare år genomförda upprustningen av befintliga sjukhus. I bidraget bör inräknas ersättning för anskaffande av erforderlig utrustning för sjukhusen. Denna ersättning torde få bestämmas med ledning av de kostnader för anskaffande av utrustning till moderniserade sjukhus, som erfarenhetsmässigt föreligger vid tiden för förhandlingarna. Upprustningsbidragets fastställande innebär en slutlig uppgörelse mellan huvudmannen och staten om ersättning för den vid tidpunkten för övertagandet återstående upprustningen av ett sjukhus och någon omprövning av bidraget bör således inte kunna komma ifråga.

Utredningen har funnit *anläggningsbidraget böra bestämmas enligt vissa i utgångsläget fixerade ersättningsnormer*, efter vilka bidragen framdeles skall beräknas för de båda huvudtyperna av utbyggnadsåtgärder, nämligen

dels uppförande av nya självständiga mentalsjukhus och dels tillskapande av nya vårdplatser vid redan befintliga vårdenheter inom mental- och kroppssjukvården. Dessa normer bör närmast bestämmas med utgångspunkt från de erfarenhetskostnader, som den hittills i statlig regi genomförda utbyggnaden av vårdgrenen givit. Kostnaderna för uppförande av nya sjukhus enligt nuvarande principer i fråga om storlek samt planläggning och utformning kan anses belöpa sig till i medeltal 45 500 kronor per vårdplats. Kostnaderna för tillskapandet av nya vårdplatser vid befintliga vårdinstitutioner kan enligt utredningens mening bedömas med ledning av de beräknade kostnaderna för enbart vårdpaviljonger vid de beslutade nya statliga sjukhusen, motsvarande ett genomsnittligt avrundat belopp om 24 500 kronor per vårdplats.

De angivna medelkostnaderna grundar sig på nuvarande byggnadskostnadsläge. Då bidragsfrågan aktualiseras, bör beloppen justeras med hänsyn till förändringar i det allmänna byggnadskostnadsläget, lämpligen genom en anknytning till byggnadsstyrelsens byggnadskostnadsindex. Vidare har utredningen ansett, att en eventuell reglering av beloppen med hänsyn till en under utbyggnadsskedet inträffad ändring av sjukhusens standard får bli föremål för överläggningar mellan staten och de lokala huvudmännen.

Därest en utbyggnad av platsantalet vid en befintlig vårdinrättning ställer ökade krav på kapaciteten hos sjukhusets gemensambetsanordningar (kök, panncentral, behandlings- och administrationslokaler m. m.), har utredningen ansett skäligt, att bidrag utgår även till härav föranledda utbyggnadsåtgärder med belopp, som motsvarar de verkliga kostnaderna.

Av staten nedlagda kostnader för att vid nu befintliga mentalsjukhus under en övergångstid bibehålla ett antal vårdplatser i avbidan på deras definitiva förläggning bör av rättviseskäl landstingen emellan i viss utsträckning avräknas från anläggningsbidragen till en sedermera vidtagen utbyggnad av vårdresurserna inom landstingsområdet, varigenom dessa platser göres permanenta.

I samband med utbyggnadsåtgärder synes bidrag i princip böra utgå även till kostnader för dels lösen av erforderliga markområden och dels utrustning av nya vårdenheter, i det senare fallet enligt samma regler som vid upprustning av befintliga sjukhus.

Sedan landstingen genom olika åtgärder från statens sida erhållit ett modernt och i stort sett likvärdigt sjukhusbestånd, bör mellanhavandet mellan staten och landstingen i denna del rimligen böra anses avslutat. Med hänsyn härtill har utredningen ansett sig icke böra föreslå en statlig bidragsgivning till en framtida förnyelse av de överlåtna eller med statliga bidrag tillkomna sjukhusanläggningarna.

I fråga om *utformningen av ett enhetligt bidrag till driftkostnaderna* inom mentalsjukvården har utredningen bl. a. övervägt möjligheterna att

tillämpa de olika förslag till lösning av motsvarande problem på den slutna kroppssjukvårdens område, som prövades av 1946 års statsbidragskommitté för hälso- och sjukvården i dess år 1948 avgivna betänkande (SOU 1948: 48). Sålunda har undersökts fyra alternativa utformningar av bidraget, nämligen som ett procentbidrag, ett vårddagsbidrag, ett standardbidrag per invånare eller som ett kombinerat invånar- och vårddagsbidrag. Statsbidragsutredningen har i likhet med 1946 års sakkunniga funnit, att ett kombinerat invånar- och vårddagsbidrag bör väljas. Ur förenklingssynpunkt har emellertid den del av bidraget, som hänför sig till antalet vårddagar, i stället ansetts böra beräknas med anknytning till antalet vårdplatser inom varje landstings sjukvårdsområde. Utredningen förordar sålunda, att *principen med ett kombinerat invånar- och vårdplatsbidrag lägges till grund för utformningen av ett generellt driftbidrag till mentalsjukvården, i vart fall under den pågående upprustnings- och utbyggnadsperioden*. Vid avvägningen av de båda bidragsdelarnas inbördes storlek har utredningen ansett, att driftbidraget tills vidare lämpligen bör utgå med i stort sett likvärdiga delar i form av invånar- respektive vårdplatsbidrag. Detta resultat erhålles, om man utgår ifrån proportionen mellan antalet vårddagar i landet inom mentalsjukvården och invånarantalet i riket. F. n. håller sig vårddagsantalet per år och invånare vid siffran 2.

Det enhetliga driftbidraget bör i utgångsläget grunda sig på dels statens driftkostnader för egentlig mentalsjukvård, reducerade med kostnaderna för de från en huvudmannaskapsreform undantagna patientkategorierna, och dels statens kostnader för sådana nu utgående bidrag till redan landstingsdrivna mentalsjukvårdsgrenar, beträffande vilka förutsättningar för en samordning befunnits föreligga. Summan av dessa kostnader har benämnts bidragsunderlag.

Kostnaderna för den egentliga mentalsjukvården, som bör inkludera även kostnader för pensionering av de vid sjukhusen anställda, har för år 1958 beräknats till i runt tal 158,5 milj. kronor, motsvarande en genomsnittlig driftkostnad vid de statliga sjukhusen om 20 kronor 35 öre per vårddag. En fördelning av dessa kostnader på varje enskilt landsting måste grunda sig på vissa förutsättningar om hur statens nuvarande vårdplatser fördelar sig på de olika landstingens sjukvårdsområden. En sådan fördelning har verkställts av utredningen enligt tre alternativa metoder.

Summan av de statsbidragsbelopp, vartill landstingen enligt utredningens beräkningar varit berättigade för av dem omhändertagna vårduppgifter inom mentalsjukvården och för vård å epileptikeranstalter, skulle för det aktuella året uppgå till omkring 19,2 milj. kronor. Även denna del av bidragsunderlaget har fördelats på varje landsting enligt särskilda grunder.

Det totala kostnadsbelopp, som i utgångsläget sålunda utgör underlag för fixerandet av ett enhetligt driftbidrag till mentalsjukvården, uppgår till (158,5 + 19,2) 177,7 milj. kronor. Av utredningen verkställda beräkningar



av beloppet för respektive bidragsdelar har visat, att såväl totalt som för de flesta landsting en relativt god överensstämmelse med bidragsunderlaget ernås, om *bidraget per invånare bestämmes till 14 kronor och bidraget för varje vårdplats till 2 550 kronor*. Enligt olika metoder gjorda undersökningar av de ekonomiska verkningarna för landstingen vid en tillämpning i utgångsläget av ett kombinerat driftbidrag av angiven storlek har givit vid handen, att landstingens uttaxeringsbehov på några undantag när icke skulle nämnvärt påverkas.

Utredningen har även sökt belysa, vilka ekonomiska konsekvenser, som en tillämpning av det förordade bidragssystemet skulle ha haft för de lokala huvudmännen, därest utbyggnaden av mentalsjukvården varit helt genomförd redan i utgångsläget. Undersökningen har sålunda begränsats till de förändringar i tillgången på vårdplatser inom respektive grenar av mentalsjukvården, som utbyggnaden kan anses medföra, och i övrigt utgått ifrån oförändrade förhållanden. Enligt utredningens mening bör mentalsjukvårdsdelegationens uppskattningar av vårdplatsbehovet gälla som en generell övre gräns vid bedömningen av det bidragsberättigande utbyggnadsbehovet inom ett sjukvårdsområde, d. v. s. vid egentliga mentalsjukhus motsvarande i genomsnitt 4 promille av befolkningen (inklusive mentalsjukhus och mentalsjukhem för barn och ungdomar), vid vårdhem för lättskötta mentalt sjuka 1 promille samt vid psykiatriska lasarettavdelningar 0,4 promille. Vid beräkningarna av den framtida platstillgången har utredningen förutsett en utbyggnad av denna omfattning. I de fall, där antalet platser redan i utgångsläget överstiger det av delegationen antagna behovet, har platsantalet bibehållits oförändrat. Beträffande psykiskt efterblivna har medicinalstyrelsen uppgivit, att man för detta klientel bör räkna med ett framtida platsbehov, motsvarande i runt tal 2 promille. För barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar samt de av delegationen föreslagna behandlingshemmen typ I och II har utredningen med undantag för Gotlands län beräknat 22 platser per 100 000 invånare.

Undersökningen har visat, att summan av de kostnader, som staten enligt nu gällande ordning och bidragsbestämmelser skulle svara för och alltså utgöra underlag för ett enhetligt driftbidrag vid full utbyggnad inom vårdområdet, belöper sig till i runt tal 215 milj. kronor. Tillämpningen av det kombinerade invånar- och vårdplatsbidraget skulle giva sammanlagt ungefär 206,3 milj. kronor. För landstingen skulle sålunda uppkomma en underkompensation med omkring 8,7 milj. kronor, motsvarande en ökad utdebitering av i medeltal 3,6 öre.

Utredningen har ansett skäl tala för att *det enhetliga driftbidraget*, i vart fall till den del det avser den egentliga mentalsjukvården och under tiden för den planerade utbyggnaden och upprustningen av denna vårdgren, *göres i möjligaste mån värdebeständigt* med hänsyn både till den allmänna löne-

och kostnadsutvecklingen och till den ökning av driftkostnaderna, som en av statsmakterna godtagen standardhöjning framkallar. Värdebeständighetsfrågan synes enligt utredningens bedömande böra principiellt lösas genom att en successiv justering av bidraget göres avhängig av utvecklingen inom den dominerande driftkostnadsdelen, d. v. s. personalkostnaderna. Justeringen bör fördelas på två moment med hänsyn till de båda faktorer, som väsentligen bestämmer personalkostnadernas förändringar, nämligen dels den allmänna löneutvecklingen och dels förskjutningar i personalens antal, sammansättning och löneställning.

En anpassning av det enhetliga driftbidraget till den allmänna löneutvecklingen har utredningen funnit kunna åstadkommas genom dess anknytning till det genomsnittliga procenttal, som vid varje tidpunkt kan gälla för uppräkningen av lönerna för statliga befattningshavare.

I fråga om justeringen av bidraget med hänsyn till förändringar i personalens antal, sammansättning och löneställning har enda utvägen synt utredningen vara att vid beslutet om den ifrågasatta huvudmannaskapsreformen i princip fastslå, dels att en justering av driftbidraget i nu berörda hänseende successivt bör ske, i den mån en av statsmakterna godtagen standardhöjning föranleder ökning av personalkostnaderna, och dels att tillämpningen av denna princip skall bli beroende av särskilda, periodvis återkommande överväganden, vid vilka även de kommunala huvudmännen är företrädade.

Såsom förutsatts i utredningens direktiv bör för hela mentalsjukvården ett enhetligt statsbidragssystem tillskapas, som kan tillämpas även på *städerna Stockholm, Göteborg och Malmö*. Förhandlingar med städerna om en härför erforderlig saklig och formell revision av de gällande avtalen avses bli förda i särskild ordning. Utredningen har sökt utforma reglerna för en bidragsgivning till landstingen efter sådana riktlinjer, att *förutsättningar skapas för ett inordnande av städerna i ett för samtliga huvudmän gällande generellt bidragssystem* på mentalsjukvårdens område liksom även för epileptikervården.

I fråga om storstädernas mentalsjukhus gäller att städerna själva bekostat dessa med ersättning av staten enligt gällande avtal i form av platskostnadsbidrag. Detta bidrag har hittills icke givit full täckning för de nedlagda anläggningskostnaderna. Utredningen har funnit vissa motiv föreligga för en avlösning från statens sida av kostnader, som sålunda vid viss tidpunkt icke blivit ersatta av då utbetalade platskostnadsbidrag. En sådan avlösning skulle innebära, att ett med landstingen likvärdigt utgångsläge inträtt med avseende på städernas rätt till bidrag till den fortsatta utbyggnad av den egentliga mentalsjukvården, som även här är att förvänta. Förutsättningar bör sålunda ha skapats för en tillämpning på storstäderna av de för landstingen föreslagna anläggningsbidragen. Mentalsjukvårdsdelegationen

har uppskattat behovet av vårdplatser till 4,5 promille av befolkningen. Detta platsantal bör få gälla som en generell övre gräns vid bedömningen av utbyggnadsbehovet.

Utredningen har undersökt hur det för landstingen föreslagna enhetliga driftbidraget ekonomiskt utfaller vid en tillämpning på dessa städer, dels i ett utgångsläge och dels vid förutsatt utbyggnad. Med hänsyn till föreliggande olikheter mellan landstingen och storstäderna i fråga om vårdskyldighet inom den egentliga mentalsjukvården och beträffande rätten till statsbidrag till psykiatriska avdelningar vid eller i anslutning till lasarett har i utgångsläget beräkningarna verkställts från alternativa utgångspunkter. Undersökningen har givit vid handen, att det föreslagna driftbidraget icke skulle medföra några mera påtagliga utdebiteringsmässiga förändringar för storstäderna.

## Reservation av ledamoten Ringström

Såsom framgår av det följande har jag icke i alla delar kunnat ansluta mig till utredningens förslag eller, i vissa fall, till de motiveringar och principer som av utredningen anförts till stöd för lösningar, vilka jag i och för sig under vissa förutsättningar kan biträda.

Jag delar utredningens utgångspunkt — angiven redan i direktiven — att en huvudmannaskapsreform bör åtföljas av en ekonomisk kompensation från statens sida till de nya huvudmännen och att ersättningen bör bestämmas med ledning av statens nuvarande kostnader för vårdgrenen. Denna utgångspunkt leder icke i och för sig till slutsatsen att ett särskilt statsbidragssystem till stöd och stimulans för mentalsjukvårdens utbyggande är erforderligt eller önskvärt — endast till att staten genom ekonomisk kompensation till landstingen bör förhindra, att överförandet såsom sådant leder till plötsligt stegrat utdebiteringsbehov. Denna distinktion är av betydelse både för valet av typ av kompensation och för dennas närmare utformning.

Det framstår vidare för mig liksom för utredningen som önskvärt att utformningen av den statliga ersättningen blir i möjligaste mån enkel och administrativt lätthanterlig liksom att den lämnar de nya huvudmännen en betydande frihet att själva på lämpligt sätt ordna sina sjuk- och hälsovårdsfrågor (s. 55).

Vilken lösning föreslår nu utredningen? Den innebär att kompensationen till såväl motivering (s. 81, 85) som utformning (delvis) blir ett system av statsbidrag direkt till mentalsjukvården och med drag av stimulansbidrag. Detta bidragssystem karakteriseras av brist på enkelhet och administrativ hanterlighet. Det förutsätter för sin funktion en serie förhandlingar mellan staten och landstingen. Det nödvändiggör — genom att det i princip anses böra ge landstingen hundraprocentig täckning inte bara för merkostnaderna vid överförandet utan även för fortsatta utgiftsökningar — en ingående statlig kontroll över mentalsjukvårdens vidare utveckling i de nya huvudmännens regi om staten i realiteten skall ha möjlighet att påverka sina utgifter på detta område. Utredningens förslag har även vissa andra svagheter, vartill jag återkommer i det följande. Det förefaller uppenbart, att det framlagda förslaget och dess bakomliggande principer såsom statsbidragskonstruktion betraktat — och det är delvis som sådant det framförs av utredningen — är behäftat med betydande nackdelar.

Nu är det visserligen så, att bidragskonstruktionen på upprustnings- och anläggningsidan i princip är av övergångskaraktär. Utredningen uttalar vidare beträffande det föreslagna driftbidraget och de därtill knutna principerna om kompensation för framtida kostnadsökningar av olika slag, att det i första hand tar sikte på det s. k. utbyggnadsskedet och att modifikationer kan tänkas på längre sikt (s. 56). För egen del måste jag tillägga, att den föreslagna konstruktionen över huvud taget inte bör betraktas som en acceptabel lösning på längre sikt. Utredningens förslag bör under alla förhållanden betraktas som ett rent provisorium — icke heller som sådant kan det enligt min mening i alla delar accepteras — vid vilket man tvingas in på mindre önskvärda speciallösningar. Tyvärr riskerar man att detta provisorium kommer att bestå länge, eftersom det s. k. utbyggnadsskedet enligt utredningens bedömande representerar en lång tidsperiod och dess utsträckning inte kunnat med bestämdhet begränsas. Det är också betydelsefullt att understryka, att provisoriet nödvändiggöres *endast* om huvudmannaskapsreformen sker successivt och innan den pågående upprustningen skapat någorlunda likvärdig vårdstandard i de olika landstingsområdena.

Såsom ett tidsbegränsat provisorium har jag emellertid ansett mig böra biträda utredningens konkreta förslag med i det följande angivna undantag och under i övrigt angivna villkor.

1. Utredningens förslag i vad avser överlämnandet till landstingen av befintliga anläggningar liksom förslagen till upprustnings- och anläggningsbidrag har jag i huvudsak anslutit mig till. Dock anser jag det omotiverat, att staten lämnar bidrag till landstingens markförvärv (s. 80) — sådana förvärv läser icke framtvunga några utdebiteringshöjningar av betydelse — och olämpligt att så skulle ske med belopp motsvarande verkliga köpeskillingen. De intrikata markfrågorna synes landstingen böra lösa på eget ansvar, varigenom godtycke landstingen emellan och onödigt inblandning från statens sida undviks. I konsekvens därmed bör de nya huvudmännen även utge ersättning för all mark som medföljer de befintliga anläggningarna, icke bara de »överskjutande» delar som diskuteras på s. 61—62 i betänkandet. — Jag finner det vidare olämpligt att, såsom antages kunna ske (s. 79), förhandlingar skall kunna upptagas om en reglering av beloppen för anläggningsbidragen under utbyggnadsskedets lopp till följd av ändrad uppfattning om lämplig standard. I varje fall i den mån en reglering skulle motiveras av *stigande* standard, skulle den vara ägnad att skärpa den ojämnhet mellan landstingen som ligger redan däri att vissa landsting får överta sjukhusbyggnader, som uppförts eller upprustats under 1950-talet eller under de första åren av 1960-talet och som alltså mot slutet av »utbyggnadsskedet» undergått en viss förslitning. Tvärtom skulle dessa förhållanden liksom möjligheten av framtida förenklingar och rationaliseringar i byggnadstekniken kunna motivera en viss årlig avtrappning av anläggningsbidragens belopp (jfr utredningens förslag på s. 78 om viss avräkning på framtida

anläggningsbidrag motsvarande värdet av s. k. övergångsplatser). Jag har emellertid ansett mig böra förorda ett i princip fast bidragsbelopp, motsvarande oförändrad standard. — Det bör liksom i betänkandet understrykas, att förutsättningen för ett godtagande av de föreslagna anläggningsbidragen givetvis måste vara, att staten får ett reellt inflytande över takten i utbyggnaden även då den sker i de nya huvudmännens regi. Det måste framstå som orealistiskt, att staten skulle finansiellt kunna engagera sig (genom eget byggande eller genom bidrag till de nya huvudmännen) i ett betydligt snabbare utbyggnadstempo än vad som redan gäller i dag. Under alla förhållanden måste statens finansiella rörelsefrihet garanteras. Det måste enligt min mening därtill förutsättas, att innan ett principbeslut fattas av statsmakterna om generellt överförande av huvudmannaskapet på de föreslagna villkoren ökad klarhet skapas om vad som skall anses representera »full utbyggnad» i vad avser antalet vårdplatser i de olika landstingsområdena och därav följande investeringsbehov.

2. Beträffande driftbidraget skulle betydande fördelar ur förenklingssynpunkt vara att vinna med ett rent invånarbidrag. Såsom utredningens beräkning visar (s. 96 o. f.) skulle också ett sådant invånarbidrag inte leda till nämnvärt större omkastningar av utdebiteringsbehovet i de enskilda landstingen än det av utredningen föreslagna kombinerade vårdplats- och invånarbidraget. Man skulle för övrigt kunna tänkas förbättra anpassningen genom vissa modifikationer av ett invånarbidrag, exempelvis genom att ta hänsyn till endast vissa åldersklasser inom befolkningen. Möjlighet finns också att, såsom utredningen antytt för Gotlands läns vidkommande, välja kompletterande speciallösningar för något eller några enstaka landsting. Utredningens majoritet har emellertid ansett ett kombinerat vårdplats- och invånarbidrag vara att föredraga och jag har funnit mig kunna acceptera denna konstruktion som en tillfällig lösning. Detta kräver givetvis, att staten får ett bestämmande inflytande över takten i tillkomsten av nya bidragsberättigade vårdplatser. I annat fall blir statens finansiella prövningsrätt illusorisk.

Jag har ansett mig böra tillstyrka en värdebeständighet under utbyggnadskedet i form av en anpassning till lönenivåns generella förskjutningar. Frågan om värdebeständigheten kan visserligen icke lösas utifrån principiella synpunkter utan är att betrakta som en lämplighetsfråga. Det gäller här i första hand en lämplig avvägning mellan statlig och kommunal beskattning i framtiden, en fråga där det icke finns möjlighet att nu ta en definitiv ställning. I detta sammanhang har jag icke kunnat biträda utredningens resonemang på s. 103, där 1957 års beslut om förenkling av den primärkommunala statsbidragsgivningen åberopas såsom i viss mån prejudicerande eller såsom en relevant omständighet vid ställningstagandet till den nu aktuella frågan. Med hänsyn till omöjligheten att ha en ens tillnärmelsevis klar uppfattning om hur de nominella kostnaderna kan komma att på-

verkas av löne- och prisnivåns framtida förändringar, synes det mig emellertid vid ett successivt överförande av huvudmannaskapet rimligt — speciellt givetvis med hänsyn till de landsting som på ett tidigt stadium övertar huvudmannaskapet — att en sådan värdebeständighetsgaranti lämnas från statens sida.

Däremot anser jag det inte lämpligt att i princip fastslå att full kompen- sation — visserligen enligt utredningen efter förhandlingar och prövning från statens sida beträffande kompenstationens storlek vid varje särskilt tillfälle — skall utgå även för kostnadsökningar föranledda av fortsatt höj- ning av vårdstandard. Mina skäl härtill är följande. En sådan garanti innebär med den av utredningen föreslagna bidragsmetoden — ett specifikt bidrag till mentalsjukvården som i utgångsläget innefattar en hundrapro- centig täckning av kostnaderna — att i princip full kompenstation lämnas för alla typer av kostnadsstegringar. Detta innebär en bidragskonstruktion som i realiteten nära liknar det procentbidrag som utredningen på s. 83 av- visar såsom olämpligt bl. a. därför att dess storlek blir beroende av mottaga- rens egna utgiftsdispositioner. Utredningens princip skulle beträffande en stor statsbidragssektor innebära att landstingen själva, om inte staten i detalj reglerar de nya huvudmännens dispositioner, bestämmer utgifter för vilka de själva inte alls eller endast i ringa utsträckning behöver ta det ekonomiska ansvaret. Detta måste enligt mitt sätt att se vara en föga rim- lig statsbidragskonstruktion. Ur denna principiella synpunkt synes det nöd- vändigt, att landstingen är beredda att ta det ekonomiska ansvaret för den del av den framtida utgiftsstegringen som motsvarar standardhöjningen. Självfallet kan detta innebära, att utdebiteringshöjningar blir nödvändiga. Sådana möjliga konsekvenser måste utifrån den av mig angivna principiella utgångspunkten accepteras. En annan sak är, att olika förhållanden kan tänkas föranleda en omprövning av bidragsbeloppen, exempelvis utifrån skattepolitiska utgångspunkter. Detta bör emellertid i så fall ske i ett större sammanhang och utan direkt sammankoppling med frågan om standard- utvecklingen på mentalsjukvårdens område. En övergång till ett rent invå- narbidrag, som icke är knutet till någon viss vårdgren, skulle sannolikt underlätta sådana justeringar.

För att belysa skälen till att man icke ens utifrån allmänna vårdsynpunk- ter eller ur landstingssynpunkt bör hävda ett principiellt krav på mer eller mindre automatisk »standardkompensation», kan följande konkretiserande resonemang föras. För närvarande pågår i statlig regi en omfattande ut- byggnad och standardhöjning av mentalsjukvården. Det är av bl. a. stats- finansiella skäl inte sannolikt att takten i denna upprustning under de fram- förliggande åren kan väsentligt ökas. Med denna takt är det statliga ubygg- nadsprogrammet »fulltecknat» åtminstone fram till mitten av 1960-talet. Detta innebär bl. a. att turordningen i tillkomsten av nya mentalsjukhus också är i stort sett given. Å andra sidan har från landstingshåll i många

sammanhang hävdats att utbyggnaden och upprustningen bör ske i väsentligt snabbare takt och att detta också kan väntas ske om huvudmannaskapet överföres. Det synes mig mot denna bakgrund icke självklart, att man inom en viss statsfinansiell ram av principiella skäl skall ge förtur för full standardkompensation framför att bereda utrymme för en snabbare utbyggnad av vårdresurserna.

3. Vad slutligen beträffar förutsättningarna för att anknyta storstäderna till de för landstingen föreslagna bidragsreglerna delar jag utredningens uppfattning att en sådan anknytning är tekniskt möjlig. Principen härför synes också enkel i så måtto att en övergång till de för landstingen förordade bidragsreglerna självfallet måste åtföljas av en motsvarande standardisering av vårdskyldigheten. I detta sammanhang vill jag emellertid framhålla, att jag finner i synnerhet det andra av de två alternativ för testning av hur en övergång till de nya reglerna skulle ekonomiskt utfalla för de tre städernas del (s. 115 o. f.) mindre relevant. I realiteten synes det förutsätta, att en övergång till det nya bidragssystemet skulle föregås av en saklig revision av vissa nu gällande avtals- och bidragsregler, bl. a. i vad avser pensionskostnadernas behandling i avtalen med Göteborg och Malmö. Jag kan icke finna tillräckliga skäl härtill (jfr i sistnämnda avseende prop. nr 87 till 1958 års riksdag, s. 98—99). En testning av ifrågavarande slag bör enligt min mening utgöras av en jämförelse (i vad avser statens resp. städernas kostnader) mellan å ena sidan det fallet att nu gällande avtal, bidragsregler och vårdskyldigheter kvarstode oförändrade, å andra sidan det fallet att nuvarande avtal och bidrag ersattes med de för landstingen förordade bidragen, med därtill knuten förutsättning om vårdskyldighetens omfattning. En sådan jämförelse skulle visa, att en »överkompensation» (större än i tab S:III, alt. 2, respektive tab. S:VI) bleve resultatet av det nya bidraget. Detta förhållande måste givetvis beaktas vid de förhandlingar om lösning av de speciella problem som skulle uppstå vid en övergång från nuvarande avtal till de nya bidragsreglerna, exempelvis rimligheten av det krav på »avlösning» av städernas hittills nedlagda och av statsbidrag ej täckta byggnadskostnader som utredningen ansett kunna aktualiseras (s. 112).





## TABELLER OCH BILAGOR



**Tabell L:I** Beräknad fördelning å landstingen av statens driftkostnader för egentlig mentalsjukvård under 1958.

Alt. 1. I medeltal belagda vårdplatser vid varje sjukhus fördelade efter respektive landstings andel i folkmängden inom sjukhusets upptagningsområde.

Kostnader vid varje sjukhus fördelade efter respektive landstings andel i folkmängden inom sjukhusets upptagningsområde.

Ltg	Vårdplatser		Netto- kostnader	Tillägg för pensions- kostnader	Summa kostnader	Antal skattekröner	Motsv. utdeb.
	antal	%					
B	1 188	2,7	8 332 795	1 062 431	9 395 226	21 714 643	0: 43
C	448	2,7	3 197 239	407 648	3 604 887	7 026 320	0: 51
D	629	2,8	4 343 861	553 842	4 897 703	9 314 937	0: 53
E	1 275	3,6	7 884 066	1 005 218	8 889 284	14 590 299	0: 61
F	1 002	3,5	5 518 921	703 662	6 222 583	10 500 882	0: 59
G	929	5,8	6 871 949	876 173	7 748 122	5 214 812	1: 49
Hn	336	3,7	2 023 957	258 055	2 282 012	2 948 510	0: 77
Hs	533	3,7	3 210 622	409 354	3 619 976	4 896 100	0: 74
I	305	5,5	1 881 140	239 846	2 120 986	1 678 664	1: 26
K	534	3,7	4 661 812	594 381	5 256 193	4 833 184	1: 09
L	935	3,6	5 956 496	759 453	6 715 949	8 883 198	0: 76
M	1 443	3,6	9 106 114	1 161 030	10 267 144	17 401 260	0: 59
N	645	3,8	3 652 293	465 667	4 117 960	5 878 234	0: 70
O	821	3,8	6 256 083	797 651	7 053 734	7 729 625	0: 91
P	1 317	3,5	8 193 742	1 044 702	9 238 444	14 356 072	0: 64
R	877	3,5	4 808 653	613 103	5 421 756	8 527 607	0: 64
S	1 040	3,6	6 983 636	890 414	7 874 050	11 340 113	0: 69
T	877	3,4	5 500 652	701 333	6 201 985	11 365 920	0: 55
U	773	3,4	4 666 496	594 978	5 261 474	10 088 091	0: 52
W	1 281	4,5	7 428 532	947 138	8 375 670	12 031 119	0: 70
X	978	3,3	7 245 779	923 837	8 169 616	11 421 900	0: 72
Y	972	3,4	6 943 156	885 252	7 828 408	11 409 304	0: 69
Z	532	3,7	3 518 836	448 652	3 967 488	4 826 399	0: 82
AC	844	3,5	5 368 192	684 445	6 052 637	8 075 223	0: 75
BD	825	3,2	7 014 383	894 334	7 908 717	12 384 964	0: 64
Tot.	21 339	3,5	140 569 405	17 922 599	158 492 004	238 437 380	0: 66

Tabell L:I

Alt. 2. I medeltal belagda vårdplatser vid varje sjukhus fördelade efter respektive landstings andel i folkmängden inom sjukhusets upptagningsområde (= Alt. 1).

Kostnader beräknade efter medeldagkostnaden för samtliga statens mentalsjukhus.

Ltg	Vårdplatser		Netto- kostnader	Tillägg för pensions- kostnader	Summa kostnader	Antal skattekronor	Motsv. utdeb.
	antal	%					
B	1 188	2,7	7 825 880	997 800	8 823 680	21 714 643	0: 41
C	448	2,7	2 951 174	376 274	3 327 448	7 026 320	0: 47
D	629	2,8	4 143 501	528 296	4 671 797	9 314 937	0: 50
E	1 275	3,6	8 398 987	1 070 871	9 469 858	14 590 299	0: 65
F	1 002	3,5	6 600 616	841 579	7 442 195	10 500 882	0: 71
G	929	5,8	6 119 733	780 266	6 899 999	5 214 812	1: 32
Hn	336	3,7	2 213 380	282 206	2 495 586	2 948 510	0: 85
Hs	533	3,7	3 511 106	447 666	3 958 772	4 896 100	0: 81
I	305	5,5	2 009 170	256 169	2 265 339	1 678 664	1: 35
K	534	3,7	3 517 693	448 506	3 966 199	4 833 184	0: 82
L	935	3,6	6 159 257	785 306	6 944 563	8 883 198	0: 78
M	1 443	3,6	9 505 678	1 211 974	10 717 652	17 401 260	0: 62
N	645	3,8	4 248 899	541 735	4 790 634	5 878 234	0: 81
O	821	3,8	5 408 289	689 557	6 097 846	7 729 625	0: 79
P	1 317	3,5	8 675 660	1 106 147	9 781 807	14 356 072	0: 68
R	877	3,5	5 777 185	736 591	6 513 776	8 527 607	0: 76
S	1 040	3,6	6 850 939	873 495	7 724 434	11 340 113	0: 68
T	877	3,4	5 777 186	736 591	6 513 777	11 365 920	0: 57
U	773	3,4	5 092 092	649 241	5 741 333	10 088 091	0: 57
W	1 281	4,5	8 438 512	1 075 910	9 514 422	12 031 119	0: 79
X	978	3,3	6 442 517	821 421	7 263 938	11 421 900	0: 64
Y	972	3,4	6 402 993	816 381	7 219 374	11 409 304	0: 63
Z	532	3,7	3 504 519	446 826	3 951 345	4 826 399	0: 82
AC	844	3,5	5 559 800	708 875	6 268 675	8 075 223	0: 78
BD	825	3,2	5 434 639	692 916	6 127 555	12 384 964	0: 49
Tot.	21 339	3,5	140 569 405	17 922 599	158 492 004	238 437 380	0: 66

Tabell L:I

Alt. 3. I medeltal belagda vårdplatser vid varje sjukhus fördelade efter antalet å samtliga mentalsjukhus i landet den 8/6 1959 inläggande patienter från respektive landstingsområde. Kostnader beräknade efter medeldagkostnaden för samtliga statens mentalsjukhus (= Alt. 2).

Ltg	Vårdplatser		Netto- kostnader	Tillägg för pensions- kostnader	Summa kostnader	Antal skattekronor	Motsv. utdeb.
	antal	%					
B	962	2,2	6 337 118	807 983	7 145 101	21 714 643	0: 33
C	534	3,2	3 517 694	448 505	3 966 199	7 026 320	0: 56
D	655	2,9	4 314 774	550 134	4 864 908	9 314 937	0: 52
E	1 105	3,1	7 279 123	928 088	8 207 211	14 590 299	0: 56
F	974	3,4	6 416 167	818 062	7 234 229	10 500 882	0: 69
G	833	5,2	5 487 339	699 635	6 186 974	5 214 812	1: 19
Hn	321	3,5	2 114 569	269 607	2 384 176	2 948 510	0: 81
Hs	624	4,3	4 110 563	524 097	4 634 660	4 896 100	0: 95
I	296	5,3	1 949 883	248 610	2 198 493	1 678 664	1: 31
K	792	5,5	5 217 254	665 199	5 882 453	4 833 184	1: 22
L	920	3,6	6 060 446	772 707	6 833 153	8 883 198	0: 77
M	1 372	3,5	9 037 969	1 152 341	10 190 310	17 401 260	0: 59
N	505	3,0	3 326 658	424 149	3 750 807	5 878 234	0: 64
O	886	4,1	5 836 473	744 150	6 580 623	7 729 625	0: 85
P	1 287	3,4	8 478 036	1 080 950	9 558 986	14 356 072	0: 67
R	860	3,4	5 665 199	722 313	6 387 512	8 527 607	0: 75
S	1 016	3,5	6 692 840	853 337	7 546 177	11 340 113	0: 67
T	838	3,2	5 520 276	703 835	6 224 111	11 365 920	0: 55
U	699	3,1	4 604 621	587 090	5 191 711	10 088 091	0: 51
W	1 762	6,2	11 607 071	1 479 902	13 086 973	12 031 119	1: 09
X	864	2,9	5 691 549	725 673	6 417 222	11 421 900	0: 56
Y	1 138	3,9	7 496 508	955 805	8 452 313	11 409 304	0: 74
Z	511	3,6	3 366 182	429 188	3 795 370	4 826 399	0: 79
AC	741	3,1	4 881 293	622 365	5 503 658	8 075 223	0: 68
BD	844	3,2	5 559 800	708 874	6 268 674	12 384 964	0: 51
Tot.	21 339	3,5	140 569 405	17 922 599	158 492 004	238 437 380	0: 66

**Tabell L:II.** Landstingens driftkostnader för övrig mentalsjukvård och för vård å epileptikeranstalter under 1958.

a) Vårdhem för lättskötta mentalt sjuka.

Ltg	Antal vårdplatser	Kostnader	Statsbidrag	Netto- kostnader	Antal skattekrönor	Motsv. utdeb.
B	330	1 657 017	112 088	1 544 929	21 714 643	0: 07
C	87	218 601	37 915	180 686	7 026 320	0: 03
D	196	532 167	75 156	457 011	9 314 937	0: 05
E	243	837 307	106 252	731 055	14 590 299	0: 05
F	175	457 821	74 393	383 428	10 500 882	0: 04
G	212	489 878	91 366	398 512	5 214 812	0: 08
Hn	61	290 675	27 745	262 930	2 948 510	0: 09
Hs	149	475 788	67 205	408 583	4 896 100	0: 08
I					1 678 664	
K	224	476 435	102 059	374 376	4 833 184	0: 08
L	242	602 500	105 385	497 115	8 883 198	0: 06
M	447	1 614 865	127 076	1 487 789	17 401 260	0: 09
N	180	485 019	81 374	403 645	5 878 234	0: 07
O	105	282 231	46 876	235 355	7 729 625	0: 03
P	175	725 902	81 586	644 316	14 356 072	0: 04
R	133	386 550	61 547	325 003	8 527 607	0: 04
S	152	506 156	68 700	437 456	11 340 113	0: 04
T	178	693 287	73 644	619 643	11 365 920	0: 05
U	57	210 547	23 165	187 382	10 088 091	0: 02
W	132	317 333	57 898	259 435	12 031 119	0: 02
X	201	548 048	63 486	484 562	11 421 900	0: 04
Y	162	653 707	75 441	578 266	11 409 304	0: 05
Z	117	252 754	56 036	196 718	4 826 399	0: 04
AC	162	552 409	71 302	481 107	8 075 223	0: 06
BD	376	825 482	170 272	655 210	12 384 964	0: 05
Tot.	4 496	14 092 479	1 857 967	12 234 512	238 437 380	0: 05

Tabell L:II

b) Psykiatriska avdelningar vid lasarett (vuxenkiöntel).

Ltg	Antal vårdplatser	Kostnader	Statsbidrag	Netto- kostnader	Antal skattekronor	Motsv. utdeb.
B						
C						
D	70	1 416 236	76 650	1 339 586	9 314 937	0: 14
E	68	950 457	49 683	900 774	14 590 299	0: 06
F	70	1 399 629	76 650	1 322 979	10 500 882	0: 12
G						
Hn						
Hs						
I						
K						
L	22	330 574	22 488	308 086	8 883 198	0: 03
M						
N	29	558 968	28 908	530 060	5 878 234	0: 09
O						
P	56	704 011	41 004	663 007	14 356 072	0: 05
R						
S	27	500 534	28 215	472 319	11 340 113	0: 04
T	32	685 508	34 800	650 708	11 365 920	0: 06
U	68	1 225 110	61 368	1 163 742	10 088 091	0: 12
W						
X						
Y						
Z						
AC						
BD	64	1 321 475	70 080	1 251 395	12 384 964	0: 10
Tot.	506	9 092 502	489 846	8 602 656	108 702 710	0: 08



Tabell L:II

c) *Psykisk barn- och ungdomsvård.*  
 (Dels öppen vård, dels ock sluten vård vid anstalter för psykopatiska och nervösa barn samt barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar.)

Ltg	Öppen vård (= öv) resp. antal vårdplatser	Kostnader	Statsbidrag	Netto- kostnader	Antal skattekronor	Motsv. utdeb.
B	öv	441 419	65 354	376 065	21 714 643	0: 01,7
C	öv	21 093	9 093	12 000	7 026 320	0: 00,2
F	öv 9	101 692 128 350	16 500 —	85 192 128 350		
		230 042	16 500	213 542	10 500 882	0: 02,0
L	öv 1	261 569 7 990	15 859 2 440	245 710 5 550		
		269 559	18 299	251 260	8 883 198	0: 02,8
M	öv 9	157 923 96 197	24 341 30 738	133 582 65 459		
		254 120	55 079	199 041	17 401 260	0: 01,1
O	öv 2	44 735 13 692	— 892	44 735 12 800		
		58 427	892	57 535	7 729 625	0: 00,7
P	öv 13	240 562 130 811	32 349 838	208 213 129 973		
		371 373	33 187	338 186	14 356 072	0: 02,4
S	öv 1	328 013 7 767	32 427 506	295 586 7 261		
		335 780	32 933	302 847	11 340 113	0: 02,7
T	öv 14	153 943 199 237	34 386 —	119 557 199 237		
		353 180	34 386	318 794	11 365 920	0: 02,8
AC	öv	123 854	27 872	95 982	8 075 223	0: 01,2
BD	öv 8	180 233 105 390	16 758 —	163 475 105 390		
		285 623	16 758	268 865	12 384 964	0: 02,2
	öv 57	2 055 036 689 434	274 939 35 414	1 780 097 654 020		
Tot.		2 744 470	310 353	2 434 117	130 778 220	0: 01,9

Tabell L:II

d) Undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna.

Ltg	Ianspråk- tagna vårdpl.	Kostnader	Statsbidrag	Netto- kostnader	Antal skattekronor	Motsv. utdeb.
B	635	2 696 747	920 857	1 775 890	21 714 643	0: 08
C	326	1 098 794	510 391	588 403	7 026 320	0: 08
D	421	1 905 019	638 290	1 266 729	9 314 937	0: 14
E	683	2 543 089	1 001 940	1 541 149	14 590 299	0: 11
F	407	1 443 252	591 281	851 971	10 500 882	0: 08
G	232	822 074	336 793	485 281	5 214 812	0: 09
Hn	134	474 341	194 331	280 010	2 948 510	0: 09
Hs	211	748 133	306 500	441 633	4 896 100	0: 09
I	111	401 785	172 931	228 854	1 678 664	0: 14
K	248	967 144	460 273	506 871	4 833 184	0: 10
L	464	1 111 842	718 486	393 356	8 883 198	0: 04
M	791	2 591 516	1 159 780	1 431 736	17 401 260	0: 08
N	229	914 530	399 506	515 024	5 878 234	0: 09
O	303	1 429 845	484 145	945 700	7 729 625	0: 12
P	541	2 357 514	869 455	1 488 059	14 356 072	0: 10
R	360	1 571 676	579 636	992 040	8 527 607	0: 12
S	337	1 592 988	537 057	1 055 931	11 340 113	0: 09
T	401	1 873 875	553 618	1 320 257	11 365 920	0: 12
U	430	1 328 555	599 817	728 738	10 088 091	0: 07
W	433	1 698 485	594 619	1 103 866	12 031 119	0: 09
X	425	1 873 416	751 410	1 122 006	11 421 900	0: 10
Y	453	2 003 689	696 270	1 307 419	11 409 304	0: 11
Z	221	742 641	358 540	384 101	4 826 399	0: 08
AC	413	1 448 623	692 097	756 526	8 075 223	0: 09
BD	512	2 898 667	855 554	2 043 113	12 384 964	0: 16
Tot.	9 721	38 538 240	14 983 577	23 554 663	238 437 380	0: 10

Tabell L:II

e) Vård å epileptikeranstalter.

Ltg	Ianspråk- tagna vårdplatser	Kostnader exkl. patient- avgifter	Statsbidrag	Netto- kostnader (= s. k. vård- ersättning)	Antal skattekronor	Motsv. utdeb.
B	61	477 393	177 392	300 001	21 714 643	0: 01,4
C	29	230 050	97 474	132 576	7 026 320	0: 01,9
D	25	171 157	67 779	103 378	9 314 937	0: 01,1
E	36	211 203	83 852	127 351	14 590 299	0: 00,9
F	15	88 854	33 201	55 653	10 500 882	0: 00,5
G	12	76 450	32 209	44 241	5 214 812	0: 00,8
Hn	6	28 704	11 467	17 237	2 948 510	0: 00,6
Hs	14	78 725	28 966	49 759	4 896 100	0: 01,0
I	6	35 310	12 270	23 040	1 678 664	0: 01,4
K	19	94 261	38 636	55 625	4 833 184	0: 01,2
L	58	291 455	117 113	174 342	8 883 198	0: 02,0
M	60	323 344	127 312	196 032	17 401 260	0: 01,1
N	13	69 577	27 269	42 308	5 878 234	0: 00,7
O	11	62 163	25 484	36 679	7 729 625	0: 00,5
P	23	134 797	50 376	84 421	14 356 072	0: 00,6
R	13	87 104	26 371	60 733	8 527 607	0: 00,7
S	23	144 489	53 867	90 622	11 340 113	0: 00,8
T	23	128 452	54 851	73 601	11 365 920	0: 00,6
U	28	199 197	77 222	121 975	10 088 091	0: 01,2
W	33	215 735	91 582	124 153	12 031 119	0: 01,0
X	30	209 347	81 826	127 521	11 421 900	0: 01,1
Y	36	254 301	99 673	154 628	11 409 304	0: 01,4
Z	19	129 683	46 911	82 772	4 826 399	0: 01,7
AC	30	173 812	76 756	97 056	8 075 223	0: 01,2
BD	20	136 336	51 495	84 841	12 384 964	0: 00,7
Tot.	643	4 051 899	1 591 354	2 460 545	238 437 380	0: 01,0

Tabell L:III A. Det ekonomiska utfallet för landstingen av ett enhetligt driftbidrag om 14 kr. per invånare och 2 550 kr. per vårdplats vid nuvarande utbyggnad av dels hela mentalsjukvården exklusive vård av svårskötta psykiskt efterblivna och dels vården å epileptikeranstalter.

Allt. 1. Vårdplatser för egentlig mentalsjukvård fördelade efter respektive landstings andel i folkmängden inom upptagningsområdet för varje sjukhus.  
 Kostnader för egentlig mentalsjukvård fördelade efter respektive landstings andel i folkmängden inom upptagningsområdet för varje sjukhus.

Ltg	Folkmängd 31/12 1958	Antal vårdplatser för			Summa vårdplatser = %	Totalkostnader för			Summa total- kostnader	Landstingens netto- kostnader för		Statens kostnader (driftkostnad + bidrag)	Enhetligt statsbidrag			Ökning (+) resp. minsk- ning (-) av statens kost- nader (Skilln. kol. 13 o. 16)	Motsvarar minskad (-) resp. ökad (+) utdebit. för lands- tingen	Ltg
		eg. mental- sjukvård	övr. mental- sjukvård	epileptiker- vård		eg. mental- sjukvård	övr. mental- sjukvård	epileptiker- vård		övr. mental- sjukvård	epileptiker- vård		14: — per invånare	2 550: — per vårdplats	Summa			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
B	432 599	1 188	965	61	2 214 5,1	9 395 226	4 795 183	477 393	14 667 802	3 696 884	300 001	10 670 917	6 056 386	5 645 700	11 702 086	+ 1 031 169	— 0: 04,7	B
C	165 857	448	413	29	890 5,4	3 604 887	1 338 488	230 050	5 173 425	781 089	132 576	4 259 760	2 321 998	2 269 500	4 591 498	+ 331 738	— 0: 04,7	C
D	223 923	629	687	25	1 341 6,0	4 897 703	3 853 422	171 157	8 922 282	3 063 326	103 378	5 755 578	3 134 922	3 419 550	6 554 472	+ 798 894	— 0: 08,6	D
E	358 828	1 275	994	36	2 305 6,4	8 889 284	4 330 853	211 203	13 431 340	3 172 978	127 351	10 131 011	5 023 592	5 877 750	10 901 342	+ 770 331	— 0: 05,3	E
F	283 063	1 002	661	15	1 678 5,9	6 222 583	3 530 744	88 854	9 842 181	2 771 920	55 653	7 014 608	3 962 882	4 278 900	8 241 782	+ 1 227 174	— 0: 11,7	F
G	159 085	929	444	12	1 385 8,7	7 748 122	1 311 952	76 450	9 136 524	883 793	44 241	8 208 490	2 227 190	3 531 750	5 758 940	— 2 449 550	+ 0: 47,0	G
Hn	91 640	336	195	6	537 5,9	2 282 012	765 016	28 704	3 075 732	542 940	17 237	2 515 555	1 282 960	1 369 350	2 652 310	+ 136 755	— 0: 04,6	Hn
Hs	145 377	533	360	14	907 6,2	3 619 976	1 223 921	78 725	4 922 622	850 216	49 759	4 022 647	2 035 278	2 312 850	4 348 128	+ 325 481	— 0: 06,6	Hs
I	55 701	305	111	6	422 7,6	2 120 986	401 785	35 310	2 558 081	228 854	23 040	2 306 187	779 814	1 076 100	1 855 914	— 450 273	+ 0: 26,8	I
K	144 836	534	472	19	1 025 7,1	5 256 193	1 443 579	94 261	6 794 037	881 247	55 625	5 857 161	2 027 704	2 613 750	4 641 454	— 1 215 707	+ 0: 25,2	K
L	257 479	935	728	58	1 721 6,7	6 715 949	2 314 475	291 455	9 321 879	1 449 817	174 342	7 697 720	3 604 706	4 388 550	7 993 256	+ 295 536	— 0: 03,3	L
M	395 660	1 443	1 247	60	2 750 7,0	10 267 144	4 460 501	323 344	15 050 989	3 118 566	196 032	11 736 391	5 539 240	7 012 500	12 551 740	+ 815 349	— 0: 04,7	M
N	168 571	645	438	13	1 096 6,5	4 117 960	1 958 517	69 577	6 146 054	1 448 729	42 308	4 655 017	2 359 994	2 794 800	5 154 794	+ 499 777	— 0: 08,5	N
O	216 628	821	410	11	1 242 5,7	7 053 734	1 770 503	62 163	8 886 400	1 238 590	36 679	7 611 131	3 032 792	3 167 100	6 199 892	— 1 411 239	+ 0: 18,0	O
P	372 830	1 317	785	23	2 125 5,7	9 238 444	4 158 800	134 797	13 532 041	3 133 568	84 421	10 314 052	5 219 620	5 418 750	10 638 370	+ 324 318	— 0: 02,2	P
R	249 266	877	493	13	1 383 5,5	5 421 756	1 958 226	87 104	7 467 086	1 317 043	60 733	6 089 310	3 489 724	3 526 650	7 016 374	+ 927 064	— 0: 10,9	R
S	291 035	1 040	517	23	1 580 5,4	7 874 050	2 935 458	144 489	10 953 997	2 268 553	90 622	8 594 822	4 074 490	4 029 000	8 103 490	— 491 332	+ 0: 04,3	S
T	261 419	877	625	23	1 525 5,8	6 201 985	3 605 850	128 452	9 936 287	2 909 402	73 601	6 953 284	3 659 866	3 888 750	7 548 616	+ 595 332	— 0: 05,2	T
U	227 899	773	555	28	1 356 5,9	5 261 474	2 764 212	199 197	8 224 883	2 079 862	121 975	6 023 046	3 190 586	3 457 800	6 648 386	+ 625 340	— 0: 06,2	U
W	285 366	1 281	565	33	1 879 6,6	8 375 670	2 015 818	215 735	10 607 223	1 363 301	124 153	9 119 769	3 995 124	4 791 450	8 786 574	— 333 195	+ 0: 02,8	W
X	294 020	978	626	30	1 634 5,6	8 169 616	2 421 464	209 347	10 800 427	1 606 568	127 521	9 066 338	4 116 280	4 166 700	8 282 980	— 783 358	+ 0: 06,8	X
Y	289 050	972	615	36	1 623 5,6	7 828 408	2 657 396	254 301	10 740 105	1 885 685	154 628	8 699 792	4 046 700	4 138 650	8 185 350	— 514 442	+ 0: 04,5	Y
Z	142 022	532	338	19	889 6,3	3 967 488	995 395	129 683	5 092 566	580 819	82 772	4 428 975	1 988 308	2 266 950	4 255 258	— 173 717	+ 0: 03,6	Z
AC	240 396	844	575	30	1 449 6,0	6 052 637	2 124 886	173 812	8 351 335	1 333 615	97 056	6 920 664	3 365 544	3 694 950	7 060 494	+ 139 830	— 0: 01,7	AC
BD	259 701	825	960	20	1 805 7,0	7 908 717	5 331 247	136 336	13 376 300	4 218 583	84 841	9 072 876	3 635 814	4 602 750	8 238 564	— 834 312	+ 0: 06,7	BD
Tot.	6 012 251	21 339	14 779	643	36 761 6,1	158 492 004	64 467 691	4 051 899	227 011 594	46 825 948	2 460 545	177 725 101	84 171 514	93 740 550	177 912 064	+ 186 963	— 0: 00,1	



**Tabell L:III A.** Det ekonomiska utfallet för landstingen av ett enhetligt driftbidrag om 14 kr. per<sup>p</sup> invånare och 2 550 kr per vårdplats vid nuvarande utbyggnad av dels hela mentalsjukvården exklusive vård av svårskötta psykiskt efterblivna och dels vården å epileptikeranstalter.

Alt. 2. Vårdplatser för egentlig mentalsjukvård fördelade efter respektive landstings andel i folkmängden inom upptagningsområdet för varje sjukhus (= Alt. 1).  
 Kostnader för egentlig mentalsjukvård beräknade efter medeldagkostnaden för samtliga statens mentalsjukhus.

Ltg	Folkmängd 31/12 1958	Antal vårdplatser för			Summa vårdplatser = ‰	Totalkostnader för			Summa total- kostnader	Landstingens netto- kostnader för		Statens kostnader (driftkostnad + bidrag)	Enhetligt statsbidrag			Ökning (+) resp. minsk- ning (—) av statens kost- nader (Skilln. kol. 13 o. 16)	Motsvarar minskad (—) resp. ökad (+) utdebit. för lands- tingen	Ltg
		eg. mental- sjukvård	övr. mental- sjukvård	epileptiker- vård		eg. mental- sjukvård	övr. mental- sjukvård	epileptiker- vård		övr. mental- sjukvård	epileptiker- vård		14: — per invånare	2 550: — per vårdplats	Summa			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
B	432 599	1 188	965	61	2 214 5,1	8 823 680	4 795 183	477 393	14 096 256	3 696 884	300 001	10 099 371	6 056 386	5 645 700	11 702 086	+ 1 602 715	— 0: 07,4	B
C	165 857	448	413	29	890 5,4	3 327 448	1 338 488	230 050	4 895 986	781 089	132 576	3 982 321	2 321 998	2 269 500	4 591 498	+ 609 177	— 0: 08,7	C
D	223 923	629	687	25	1 341 6,0	4 671 797	3 853 422	171 157	8 696 376	3 063 326	103 378	5 529 672	3 134 922	3 419 550	6 554 472	+ 1 024 800	— 0: 11,0	D
E	358 828	1 275	994	36	2 305 6,4	9 469 858	4 330 853	211 203	14 011 914	3 172 978	127 351	10 711 585	5 023 592	5 877 750	10 901 342	+ 189 757	— 0: 01,3	E
F	283 063	1 002	661	15	1 678 5,9	7 442 195	3 530 744	88 854	11 061 793	2 771 920	55 653	8 234 220	3 962 882	4 278 900	8 241 782	+ 7 562	— 0: 00,1	F
G	159 085	929	444	12	1 385 8,7	6 899 999	1 311 952	76 450	8 288 401	883 793	44 241	7 360 367	2 227 190	3 531 750	5 758 940	— 1 601 427	+ 0: 30,1	G
Hn	91 640	336	195	6	537 5,9	2 495 586	765 016	28 704	3 289 306	542 940	17 237	2 729 129	1 282 860	1 369 350	2 652 310	— 76 819	+ 0: 02,6	Hn
Hs	145 377	533	360	14	907 6,2	3 958 772	1 223 921	78 725	5 261 418	850 216	49 759	4 361 443	2 035 278	2 312 850	4 348 128	— 13 315	+ 0: 00,3	Hs
I	55 701	305	111	6	422 7,6	2 265 339	401 785	35 310	2 702 434	228 854	23 040	2 450 540	779 814	1 076 100	1 855 914	— 594 626	+ 0: 35,4	I
K	144 836	534	472	19	1 025 7,1	3 966 199	1 443 579	94 261	5 504 039	881 247	55 625	4 567 167	2 027 704	2 613 750	4 641 454	+ 74 287	— 0: 01,5	K
L	257 479	935	728	58	1 721 6,7	6 944 563	2 314 475	291 455	9 550 493	1 449 817	174 342	7 926 334	3 604 706	4 388 550	7 993 256	+ 66 922	— 0: 00,8	L
M	395 660	1 443	1 247	60	2 750 7,0	10 717 652	4 460 501	323 344	15 501 497	3 118 566	196 032	12 186 899	5 539 240	7 012 500	12 551 740	+ 364 841	— 0: 02,1	M
N	168 571	645	438	13	1 096 6,5	4 790 634	1 958 517	69 577	6 818 728	1 448 729	42 308	5 327 691	2 359 994	2 794 800	5 154 794	— 172 897	+ 0: 02,9	N
O	216 628	821	410	11	1 242 5,7	6 097 846	1 770 503	62 163	7 930 512	1 238 590	36 679	6 655 243	3 032 792	3 167 100	6 199 892	— 455 351	+ 0: 05,9	O
P	372 830	1 317	785	23	2 125 5,7	9 781 807	4 158 800	134 797	14 075 404	3 133 568	84 421	10 857 415	5 219 620	5 418 750	10 638 370	— 219 045	+ 0: 01,5	P
R	249 266	877	493	13	1 383 5,5	6 513 777	1 958 226	87 104	8 559 107	1 317 043	60 733	7 181 331	3 489 724	3 526 650	7 016 347	— 164 957	+ 0: 01,9	R
S	291 035	1 040	517	23	1 580 5,4	7 724 434	2 935 458	144 489	10 804 381	2 268 553	90 622	8 445 206	4 074 490	4 029 000	8 103 490	— 341 716	+ 0: 03,0	S
T	261 419	877	625	23	1 525 5,8	6 513 776	3 605 850	128 452	10 248 078	2 909 402	73 601	7 265 075	3 659 866	3 888 750	7 548 616	+ 283 541	— 0: 02,5	T
U	227 899	773	555	28	1 356 5,9	5 741 333	2 764 212	199 197	8 704 742	2 079 862	121 975	6 502 905	3 190 586	3 457 800	6 648 386	+ 145 481	— 0: 01,4	U
W	285 366	1 281	565	33	1 879 6,6	9 514 422	2 015 818	215 735	11 745 975	1 363 301	124 153	10 258 521	3 995 124	4 791 450	8 786 574	— 1 471 947	+ 0: 12,2	W
X	294 020	978	626	30	1 634 5,6	7 263 938	2 421 464	209 347	9 894 749	1 606 568	127 521	8 160 660	4 116 280	4 166 700	8 282 980	+ 122 320	— 0: 01,1	X
Y	289 050	972	615	36	1 623 5,6	7 219 374	2 657 396	254 301	10 131 071	1 885 685	154 628	8 090 758	4 046 700	4 138 650	8 185 350	+ 94 592	— 0: 00,8	Y
Z	142 022	532	338	19	899 6,3	3 951 345	995 395	129 683	5 076 423	580 819	82 772	4 412 832	1 988 308	2 266 950	4 255 258	— 157 574	+ 0: 03,3	Z
AC	240 396	844	575	30	1 449 6,0	6 268 675	2 124 886	173 812	8 567 373	1 333 615	97 056	7 136 702	3 365 544	3 694 950	7 060 494	— 76 208	+ 0: 00,9	AC
BD	259 701	825	960	20	1 805 7,0	6 127 555	5 331 247	136 336	11 595 138	4 218 583	84 841	7 291 714	3 635 814	4 602 750	8 238 564	+ 946 850	— 0: 07,6	BD
Tot.	6 012 251	21 339	14 779	643	36 761 6,1	158 492 004	64 467 691	4 051 899	227 011 594	46 825 948	2 460 545	177 725 101	84 171 514	93 740 550	177 912 064	+ 186 963	— 0: 00,1	



**Tabell L:III A.** Det ekonomiska utfallet för landstingen av ett enhetligt driftbidrag om 14 kr. per invånare och 2 550 kr. per vårdplats vid nuvarande utbyggnad av dels hela mentalsjukvården exklusive vård av svårskötta psykiskt efterblivna och dels vården å epileptikeranstalter.

Alt. 3. Vårdplatser för egentlig mentalsjukvård fördelade efter antalet å samtliga mentalsjukhus i landet den 8/6 1959 inläggande patienter från respektive landstingsområde.  
 Kostnader för egentlig mentalsjukvård beräknade efter medeldagkostnaden för samtliga statens mentalsjukhus (= Alt. 2).

Ltg	Folkmängd 31/12 1958	Antal vårdplatser för			Summa vårdplatser = ‰	Totalkostnader för			Summa total- kostnader	Landstingens netto- kostnader för		Statens kostnader (driftkostnad + bidrag)	Enhetligt statsbidrag			Ökning (+) resp. minsk- ning (-) av statens kost- nader (Skilln. kol. 13 o. 16)	Motsvarar minskad (-) resp. ökad (+) utdebit. för lands- tingen	Ltg
		eg. mental- sjukvård	övr. mental- sjukvård	epileptiker- vård		eg. mental- sjukvård	övr. mental- sjukvård	epileptiker- vård		övr. mental- sjukvård	epileptiker- vård		14: — per invånare	2 550: — per vårdplats	Summa			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
B	432 599	962	965	61	1 988 4,6	7 145 101	4 795 183	477 393	12 417 677	3 696 884	300 001	8 420 792	6 056 386	5 069 400	11 125 786	+ 2 704 994	— 0: 12,5	B
C	165 857	534	413	29	976 5,9	3 966 199	1 338 488	230 050	5 534 737	781 089	132 576	4 621 072	2 321 998	2 488 800	4 810 798	+ 189 726	— 0: 02,7	C
D	223 923	655	687	25	1 367 6,1	4 864 908	3 853 422	171 157	8 889 487	3 063 326	103 378	5 722 783	3 134 922	3 485 850	6 620 772	+ 897 989	— 0: 09,6	D
E	358 828	1 105	994	36	2 135 5,9	8 207 211	4 330 853	211 203	12 749 267	3 172 978	127 351	9 448 938	5 023 592	5 444 250	10 467 842	+ 1 018 904	— 0: 07,0	E
F	283 063	974	661	15	1 650 5,8	7 234 229	3 530 744	88 854	10 853 827	2 771 920	55 653	8 026 254	3 962 882	4 207 500	8 170 382	+ 144 128	— 0: 01,4	F
G	159 085	833	444	12	1 289 8,1	6 186 974	1 311 952	76 450	7 575 376	883 793	44 241	6 647 342	2 227 190	3 286 950	5 514 140	— 1 133 202	+ 0: 21,7	G
Hn	91 640	321	195	6	522 5,7	2 384 176	765 016	28 704	3 177 896	542 940	17 237	2 617 719	1 282 960	1 331 100	2 614 060	— 3 659	+ 0: 00,1	Hn
Hs	145 377	624	360	14	998 6,9	4 634 660	1 223 921	78 725	5 937 306	850 216	49 759	5 037 331	2 035 278	2 544 900	4 580 178	— 457 153	+ 0: 09,3	Hs
I	55 701	296	111	6	413 7,4	2 198 493	401 785	35 310	2 635 588	228 854	23 040	2 383 694	779 814	1 053 150	1 832 964	— 550 730	+ 0: 32,8	I
K	144 836	792	472	19	1 283 8,8	5 882 453	1 443 579	94 261	7 420 293	881 247	55 625	6 483 421	2 027 704	3 271 650	5 299 354	— 1 184 067	+ 0: 24,5	K
L	257 479	920	728	58	1 706 6,6	6 833 153	2 314 475	291 455	9 439 083	1 449 817	174 342	7 814 924	3 604 706	4 350 300	7 955 006	+ 140 082	— 0: 01,6	L
M	395 660	1 372	1 247	60	2 679 6,8	10 190 310	4 460 501	323 344	14 974 155	3 118 566	196 032	11 659 557	5 539 240	6 831 450	12 370 690	+ 711 133	— 0: 04,1	M
N	168 571	505	438	13	956 5,7	3 750 807	1 958 516	69 577	5 778 901	1 448 729	42 308	4 287 864	2 359 994	2 437 800	4 797 794	+ 509 930	— 0: 08,7	N
O	216 628	886	410	11	1 307 6,0	6 580 623	1 770 503	62 163	8 413 289	1 238 590	36 679	7 138 020	3 032 792	3 332 850	6 365 642	— 772 378	+ 0: 10,0	O
P	372 830	1 287	785	23	2 095 5,6	9 558 986	4 158 800	134 797	13 852 583	3 133 568	84 421	10 634 594	5 219 620	5 342 250	10 561 870	— 72 724	+ 0: 00,5	P
R	249 266	860	493	13	1 366 5,5	6 387 512	1 958 226	87 104	8 432 842	1 317 043	60 733	7 055 066	3 489 724	3 483 300	6 973 024	— 82 042	+ 0: 01,0	R
S	291 035	1 016	517	23	1 556 5,3	7 546 177	2 935 458	144 489	10 626 124	2 268 553	90 622	8 266 949	4 074 490	3 967 800	8 042 290	— 224 659	+ 0: 02,0	S
T	261 419	838	625	23	1 486 5,7	6 224 111	3 605 850	128 452	9 958 413	2 909 402	73 601	6 975 410	3 659 866	3 789 300	7 449 166	+ 473 756	— 0: 04,2	T
U	227 899	699	555	28	1 282 5,6	5 191 711	2 764 212	199 197	8 155 120	2 079 862	121 975	5 953 283	3 190 586	3 269 100	6 459 686	+ 506 403	— 0: 05,0	U
W	285 366	1 762	565	33	2 360 8,3	13 086 973	2 015 818	215 735	15 318 526	1 363 301	124 153	13 831 072	3 995 124	6 018 000	10 013 124	— 3 817 948	+ 0: 31,7	W
X	294 020	864	626	30	1 520 5,2	6 417 222	2 421 464	209 347	9 048 033	1 606 568	127 521	7 313 944	4 116 280	3 876 000	7 992 280	+ 678 336	— 0: 05,9	X
Y	289 050	1 138	615	36	1 789 6,2	8 452 313	2 657 396	254 301	11 364 010	1 885 685	154 628	9 323 697	4 046 700	4 561 950	8 608 650	— 715 047	+ 0: 06,3	Y
Z	142 022	511	338	19	868 6,1	3 795 370	995 395	129 683	4 920 448	580 819	82 772	4 256 857	1 988 308	2 213 400	4 201 708	— 55 149	+ 0: 01,1	Z
AC	240 396	741	575	30	1 346 5,6	5 503 658	2 124 886	173 812	7 802 356	1 333 615	97 056	6 371 685	3 365 544	3 432 300	6 797 844	+ 426 159	— 0: 05,3	AC
BD	259 701	844	960	20	1 824 7,0	6 268 674	5 331 247	136 336	11 736 257	4 218 583	84 841	7 432 833	3 635 814	4 651 200	8 287 014	+ 854 181	— 0: 06,9	BD
Tot.	6 012 251	21 339	14 779	643	36 761 6,1	158 492 004	64 467 691	4 051 899	227 011 594	46 825 948	2 460 545	177 725 101	84 171 514	93 740 550	177 912 064	+ 186 963	— 0: 00,1	





**Tabell L:III B.** *Det ekonomiska utfallet för landstingen av ett enhetligt driftbidrag om kr. 29:60 per invånare vid nuvarande utbyggnad av dels hela mentalsjukvården exklusive vård av svårskötta psykiskt efterblivna och dels vården å epileptikeranstalter.*

(Samma alternativa grunder för fördelning å landstingen av statens driftkostnader för egentlig mentalsjukvård, som redovisats i L:I och L:III A).

L.tg	Alt. 1		Alt. 2		Alt. 3	
	Ökning (+) resp. minskning (—) av statens kostnader	Motsv. minskad (—) resp. ökad (+) utdeb. f. ltg	Ökning (+) resp. minskning (—) av statens kostnader	Motsv. minskad (—) resp. ökad (+) utdeb. f. ltg	Ökning (+) resp. minskning (—) av statens kostnader	Motsv. minskad (—) resp. ökad (+) utdeb. f. ltg
B	+ 2 134 013	— 0: 09,8	+ 2 705 559	— 0: 12,5	+ 4 384 138	— 0: 20,2
C	+ 649 607	— 0: 09,2	+ 927 046	— 0: 13,2	+ 288 295	— 0: 04,1
D	+ 872 543	— 0: 09,4	+ 1 098 449	— 0: 11,8	+ 905 338	— 0: 09,7
E	+ 490 297	— 0: 03,4	— 90 277	+ 0: 00,6	+ 1 172 370	— 0: 08,0
F	+ 1 364 057	— 0: 13,0	+ 144 445	— 0: 01,4	+ 352 411	— 0: 03,4
G	— 3 499 574	+ 0: 67,1	— 2 651 451	+ 0: 50,8	— 1 938 426	+ 0: 37,2
Hn	+ 196 989	— 0: 06,7	— 16 585	+ 0: 00,6	+ 94 825	— 0: 03,2
Hs	+ 280 512	— 0: 05,7	— 58 284	+ 0: 01,2	+ 734 172	+ 0: 15,0
I	— 657 437	+ 0: 39,2	— 801 790	+ 0: 47,8	— 734 944	+ 0: 43,8
K	— 1 570 015	+ 0: 32,5	— 280 021	+ 0: 05,8	— 2 196 275	+ 0: 45,4
L	— 76 342	+ 0: 00,9	— 304 956	+ 0: 03,4	— 193 546	+ 0: 02,2
M	— 24 855	+ 0: 00,1	— 475 363	+ 0: 02,7	+ 51 979	— 0: 00,3
N	+ 334 685	— 0: 05,7	— 337 989	+ 0: 05,7	+ 701 838	— 0: 11,9
O	— 1 198 942	+ 0: 15,5	— 243 054	+ 0: 03,1	— 725 831	+ 0: 09,4
P	+ 721 716	— 0: 05,0	+ 178 353	— 0: 01,2	+ 401 174	— 0: 02,8
R	+ 1 288 964	— 0: 15,1	+ 196 943	— 0: 02,3	+ 323 208	— 0: 03,8
S	+ 19 814	— 0: 00,2	+ 169 430	— 0: 01,5	+ 347 687	— 0: 03,1
T	+ 784 718	— 0: 06,9	+ 472 927	— 0: 04,2	+ 762 592	— 0: 06,7
U	+ 722 764	— 0: 07,2	+ 242 905	— 0: 02,4	+ 792 527	— 0: 07,9
W	— 672 935	+ 0: 05,6	— 1 811 687	+ 0: 15,1	— 5 384 238	+ 0: 44,8
X	— 363 346	+ 0: 03,2	+ 542 332	— 0: 04,7	+ 1 389 048	— 0: 12,2
Y	— 143 912	+ 0: 00,1	+ 465 122	— 0: 04,1	— 767 817	+ 0: 06,7
Z	+ 225 124	+ 0: 04,7	— 208 981	+ 0: 04,3	— 53 006	+ 0: 01,1
AC	+ 195 058	— 0: 02,4	— 20 980	+ 0: 00,3	+ 744 037	— 0: 09,2
BD	— 1 385 726	+ 0: 11,2	+ 395 436	— 0: 03,2	+ 254 317	— 0: 02,1
Tot.	+ 237 529	— 0: 00,1	+ 237 529	— 0: 00,1	+ 237 529	— 0: 00,1

**Tabell L:IV.** Fördelning å landstingen av statens beräknade driftkostnader för egentlig mentalsjukvård vid förutsatt utbyggnad.

Vårdplatsantal: 4 ‰ av folkmängden inom varje landstingsområde eller det högre antal, som i nuläget beräknats med ledning av beläggningsförhållandena den 8/6 1959.

Kostnader för egentlig mentalsjukvård beräknade efter medeldagkostnaden för samtliga statens mentalsjukhus.

Ltg	Folkmängd 31/12 1958	Vårdplatser		Kostnader beräk- nade efter 1958 års medel- dagkostnad för statens mentalsjukhus	Motsv. utdeb.
		antal	över 4 ‰		
1	2	3	4	5	6
B	432 599	1 730		12 850 008	0: 59
C	165 857	663		4 924 598	0: 70
D	223 923	896		6 655 264	0: 71
E	358 828	1 435		10 658 821	0: 73
F	283 063	1 132		8 408 213	0: 80
G	159 085	833	5,2	6 186 974	1: 19
Hn	91 640	367		2 725 984	0: 92
Hs	145 377	624	4,3	4 634 660	0: 95
I	55 701	296	5,3	2 198 493	1: 31
K	144 836	792	5,5	5 882 453	1: 22
L	257 479	1 030		7 650 583	0: 86
M	395 660	1 583		11 758 128	0: 68
N	168 571	674		5 006 304	0: 85
O	216 628	886	4,1	6 580 623	0: 85
P	372 830	1 491		11 074 775	0: 77
R	249 266	997		7 405 467	0: 87
S	291 035	1 164		8 645 901	0: 76
T	261 419	1 046		7 769 426	0: 68
U	227 899	912		6 774 108	0: 67
W	285 366	1 762	6,2	13 086 973	1: 09
X	294 020	1 176		8 735 034	0: 76
Y	289 050	1 156		8 586 479	0: 75
Z	142 022	568		4 218 962	0: 87
AC	240 396	962		7 145 496	0: 88
BD	259 701	1 039		7 717 432	0: 62
Tot.	6 012 251	25 214		187 281 159	0: 79

**Tabell L:V. Landstingens driftkostnader för övrig mentalsjukvård och för vård å epileptikeranstalter vid förutsatt utbyggnad.**

a) Vårdhem för lättskötta mentalt sjuka.

Vårdplatsantal: 1 % av folkmängden inom varje landstingsområde eller det högre antal, som disponeras i nuläget.

Ltg	Folkmängd 31/12 1958	Vårdplats- antal	Kostnader beräk- nade efter 1958 års medeldagkostnad för resp. landsting	Statsbidrag enl. nuv. bestämmelser (1:25/ vård dag)	Netto- kostnader	Motsv. utdeb.
1	2	3	4	5	6	7
B	432 599	433	2 533 461	197 556	2 335 905	0: 11
C	165 857	166	436 248	75 738	360 510	0: 05
D	223 923	224	724 394	102 200	622 194	0: 07
E	358 828	359	1 285 453	163 794	1 121 659	0: 08
F	283 063	283	781 943	129 119	652 824	0: 06
G	159 085	212	509 160	96 725	412 435	0: 08
Hn	91 640	92	439 562	41 975	397 587	0: 13
Hs	145 377	149	481 307	67 981	413 326	0: 08
I	55 701	56	189 479	25 550	163 929	0: 10
K	144 836	224	476 660	102 200	374 460	0: 08
L	257 479	257	660 387	117 256	543 131	0: 06
M	395 660	447	1 683 760	203 943	1 479 817	0: 09
N	168 571	180	486 837	82 125	404 712	0: 07
O	216 628	217	596 414	99 006	497 408	0: 06
P	372 830	373	1 524 824	170 181	1 354 643	0: 09
R	249 266	249	725 262	113 606	611 656	0: 07
S	291 035	291	978 240	132 769	845 471	0: 07
T	261 419	261	1 121 269	119 081	1 002 188	0: 09
U	227 899	228	935 393	104 025	831 368	0: 08
W	285 366	285	712 571	130 031	582 540	0: 05
X	294 020	294	923 939	134 138	789 801	0: 07
Y	289 050	289	1 095 989	131 856	964 133	0: 08
Z	142 022	142	280 919	64 788	216 131	0: 04
AC	240 396	240	1 005 648	109 500	896 148	0: 11
BD	259 701	376	831 674	171 550	660 124	0: 05
Tot.	6 012 251	6 327	21 420 793	2 886 693	18 534 100	0: 08

Tabell L:V

b) *Psykiatriska avdelningar vid lasarett (vuxen klientel).*

Vårdplatsantal: 0,4 % av folkmängden inom varje landstingsområde.

Ltg	Folkmängd 31/12 1958	Vårdplats- antal	Kostnader beräk- nade efter resp. landstings medel- dagkostnad 1958 vid centrallasarett el. motsv.	Statsbidrag enl. nuv. bestämmelser (3:—/vård- dag)	Netto- kostnader	Motsv. utdeb.
1	2	3	4	5	6	7
B	432 599	173	4 122 106	189 435	3 932 671	0: 18
C	165 857					
D	223 923	90	1 820 876	98 550	1 722 326	0: 18
E	358 828	143	1 986 020	156 585	1 829 435	0: 13
F	283 063	113	2 259 401	123 735	2 135 666	0: 20
G	159 085	64	1 210 282	70 080	1 140 202	0: 22
Hn	91 640	37	687 540	40 515	647 025	0: 22
Hs	145 377	58	1 141 486	63 510	1 077 976	0: 22
I	55 701	22	384 155	24 090	360 065	0: 21
K	144 836	58	938 254	63 510	874 744	0: 18
L	257 479	103	1 657 940	112 785	1 545 155	0: 17
M	395 660	53	1 304 046	58 035	1 246 011	0: 07
N	168 571	67	1 210 767	73 365	1 137 402	0: 19
O	216 628	87	1 539 800	95 265	1 444 535	0: 19
P	372 830	149	2 865 002	163 115	2 701 847	0: 19
R	249 266	100	1 662 210	109 500	1 552 710	0: 18
S	291 035	116	2 253 335	127 020	2 126 315	0: 19
T	261 419	105	2 215 185	114 975	2 100 210	0: 18
U	227 899	91	1 989 246	99 645	1 889 601	0: 19
W	285 366	114	2 623 511	124 830	2 498 681	0: 21
X	294 020	118	2 682 830	129 210	2 553 620	0: 22
Y	289 050	116	2 072 120	127 020	1 945 100	0: 17
Z	142 022	57	1 013 412	62 415	950 997	0: 20
AC	240 396	96	1 963 992	105 120	1 858 872	0: 23
BD	259 701	104	2 147 397	113 880	2 033 517	0: 16
Tot.	6 012 251	2 234	43 750 913	2 446 230	41 304 683	0: 17

Tabell L:V

c) Psykisk barna- och ungdomsvård.

(Barn- och ungdomspsykiatriska lasarettssavdelningar samt behandlingshem typ I och II.)

Vårdplatsantal: omkring (8+6+8=) 22 platser per 100 000 invånare.

Kostnader beräknade efter samma grunder som psykiatriska avdelningar vid lasarett (vuxen- klientel).

Statsbidrag omräknat enligt nuvarande bestämmelser för psykiatriska avdelningar vid lasarett (vuxenklientel) respektive anstalter för psykopatiska och nervösa barn.

Ltg	Folkmängd 31/12 1958	Vårdplats- antal	Kostnader	Statsbidrag	Netto- kostnader	Motsv. utdeb.
B	432 599	88	2 096 794	130 072	1 966 722	0: 09
C	165 857	44	837 047	65 036	772 011	0: 11
D	223 923	44	890 206	65 036	825 170	0: 09
E	358 828	88	1 222 166	130 072	1 092 094	0: 08
F	283 063	66	1 319 650	97 554	1 222 096	0: 10
G	159 085	44	832 069	65 036	767 033	0: 15
Hn	91 640	22	408 807	32 518	376 289	0: 13
Hs	145 377	22	432 978	32 518	400 460	0: 08
I	55 701	11	192 078	16 259	175 819	0: 10
K	144 836	22	355 890	32 518	323 372	0: 07
L	257 479	66	1 062 369	97 554	964 815	0: 11
M	395 660	88	2 165 209	130 072	2 035 137	0: 12
N	168 571	44	795 131	65 036	730 095	0: 12
O	216 628	44	778 749	65 036	713 713	0: 09
P	372 830	88	1 692 082	130 072	1 562 010	0: 11
R	249 266	44	731 372	65 036	666 336	0: 08
S	291 035	66	1 282 070	97 554	1 184 516	0: 10
T	261 419	66	1 392 402	97 554	1 294 848	0: 11
U	227 899	44	961 833	65 036	896 797	0: 09
W	285 366	66	1 518 874	97 554	1 421 320	0: 12
X	294 020	66	1 500 566	97 554	1 403 012	0: 12
Y	289 050	66	1 178 965	97 554	1 081 411	0: 09
Z	142 022	22	391 141	32 518	358 623	0: 07
AC	240 396	44	900 163	65 036	835 127	0: 10
BD	259 701	66	1 362 771	97 554	1 265 217	0: 10
Tot.	6 012 251	1 331	26 301 382	1 967 339	24 334 043	0: 10

Tabell L:V

d) *Undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna.*  
 Vårdplatsantal: 2 % av folkmängden inom varje landstingsområde.

Ltg	Folkmängd 31/12 1958	Vårdplats- antal	Kostnader beräk- nade efter 1958 års medeldagkostnad för resp. landsting.	Statsbidrag enl. nuv. bestämmelser	Netto- kostnader	Motsv. utdeb.
1	2	3	4	5	6	7
B	432 599	865	3 673 655	1 254 250	2 419 405	0: 11
C	165 857	332	1 119 172	519 912	599 260	0: 09
D	223 923	448	2 027 200	679 168	1 348 032	0: 14
E	358 828	718	2 673 114	1 053 306	1 619 808	0: 11
F	283 063	566	2 006 470	821 832	1 184 638	0: 11
G	159 085	318	1 127 310	461 418	665 892	0: 13
Hn	91 640	183	648 735	265 350	383 385	0: 13
Hs	145 377	291	1 031 595	422 532	609 063	0: 12
I	55 701	111	401 820	172 938	228 882	0: 14
K	144 836	290	1 131 000	537 950	593 050	0: 12
L	257 479	515	1 233 940	797 220	436 720	0: 05
M	395 660	791	2 591 316	1 160 397	1 430 919	0: 08
N	168 571	337	1 345 978	587 728	758 250	0: 13
O	216 628	433	2 043 327	683 707	1 359 620	0: 18
P	372 830	746	3 253 306	1 198 822	2 054 484	0: 14
R	249 266	498	2 171 778	801 780	1 369 998	0: 16
S	291 035	582	2 751 114	927 708	1 823 406	0: 16
T	261 419	523	2 443 979	721 740	1 722 239	0: 15
U	227 899	456	1 409 040	636 120	772 920	0: 08
W	285 366	571	2 240 033	783 983	1 456 050	0: 12
X	294 020	588	2 591 904	1 039 584	1 552 320	0: 14
Y	289 050	578	2 556 494	888 386	1 668 108	0: 15
Z	142 022	284	954 240	460 648	493 592	0: 10
AC	240 396	481	1 687 348	805 675	881 673	0: 11
BD	259 701	519	2 938 059	867 249	2 070 810	0: 17
Tot.	6 012 251	12 024	48 051 927	18 549 403	29 502 524	0: 12

Tabell L:V

e) Vård å epileptikeranstalter.

Utbyggnad enligt förslag av medicinalstyrelsens delegation (SOU 1955:52).

Ltg	Folkmängd 31/12 1958	Vårdplats- antal	Kostnader beräk- nade efter 1958 års medeldagkostnad för resp. landsting	Statsbidrag enl. nuv. be- stämnelser.	Netto- kostnader	Motsv. utdeb.
1	2	3	4	5	6	7
B	432 599	61	477 393	177 392	300 001	0: 01,4
C	165 857	29	230 050	97 474	132 576	0: 01,9
D	223 924	26	177 996	70 486	107 510	0: 01,2
E	358 828	42	246 414	97 818	148 596	0: 01,0
F	283 063	33	195 492	73 029	122 463	0: 01,2
G	159 085	19	121 049	50 996	70 053	0: 01,7
Hn	91 640	11	56 386	22 528	33 858	0: 01,1
Hs	145 377	17	95 591	35 173	60 418	0: 01,2
I	55 701	6	35 310	12 270	23 040	0: 01,4
K	144 836	19	94 261	38 636	55 625	0: 01,2
L	257 479	58	291 455	117 113	174 342	0: 02,0
M	395 660	60	323 344	127 312	196 032	0: 01,1
N	168 571	20	107 040	41 960	65 080	0: 01,1
O	216 628	26	146 926	60 242	86 684	0: 01,1
P	372 830	44	257 884	96 360	161 524	0: 01,1
R	249 266	29	194 300	58 841	135 459	0: 01,6
S	291 035	34	213 588	79 628	133 960	0: 01,2
T	261 419	31	173 135	73 935	99 200	0: 00,8
U	227 899	28	199 197	77 222	121 975	0: 01,2
W	285 366	34	222 258	94 350	127 908	0: 01,0
X	294 020	35	244 230	95 480	148 750	0: 01,3
Y	289 050	36	254 301	99 673	154 628	0: 01,4
Z	142 022	19	129 683	46 911	82 772	0: 01,7
AC	240 396	30	173 812	76 756	97 056	0: 01,2
BD	259 701	31	211 327	79 825	131 502	0: 01,1
Tot.	6 012 251	778	4 872 422	1 901 410	2 971 012	0: 01,2



Table 1.7. Regression coefficients of monthly precipitation (mm) on monthly temperature (°C) for the period 1971-2000.

City	Regression coefficient (mm/°C)	Standard error (mm/°C)	Significance level (p-value)	Number of observations (n)
1	0.000	0.000	0.000	30
2	0.000	0.000	0.000	30
3	0.000	0.000	0.000	30
4	0.000	0.000	0.000	30
5	0.000	0.000	0.000	30
6	0.000	0.000	0.000	30
7	0.000	0.000	0.000	30
8	0.000	0.000	0.000	30
9	0.000	0.000	0.000	30
10	0.000	0.000	0.000	30
11	0.000	0.000	0.000	30
12	0.000	0.000	0.000	30
13	0.000	0.000	0.000	30
14	0.000	0.000	0.000	30
15	0.000	0.000	0.000	30
16	0.000	0.000	0.000	30
17	0.000	0.000	0.000	30
18	0.000	0.000	0.000	30
19	0.000	0.000	0.000	30
20	0.000	0.000	0.000	30
21	0.000	0.000	0.000	30
22	0.000	0.000	0.000	30
23	0.000	0.000	0.000	30
24	0.000	0.000	0.000	30
25	0.000	0.000	0.000	30
26	0.000	0.000	0.000	30
27	0.000	0.000	0.000	30
28	0.000	0.000	0.000	30
29	0.000	0.000	0.000	30
30	0.000	0.000	0.000	30
31	0.000	0.000	0.000	30
32	0.000	0.000	0.000	30
33	0.000	0.000	0.000	30
34	0.000	0.000	0.000	30
35	0.000	0.000	0.000	30
36	0.000	0.000	0.000	30
37	0.000	0.000	0.000	30
38	0.000	0.000	0.000	30
39	0.000	0.000	0.000	30
40	0.000	0.000	0.000	30
41	0.000	0.000	0.000	30
42	0.000	0.000	0.000	30
43	0.000	0.000	0.000	30
44	0.000	0.000	0.000	30
45	0.000	0.000	0.000	30
46	0.000	0.000	0.000	30
47	0.000	0.000	0.000	30
48	0.000	0.000	0.000	30
49	0.000	0.000	0.000	30
50	0.000	0.000	0.000	30
51	0.000	0.000	0.000	30
52	0.000	0.000	0.000	30
53	0.000	0.000	0.000	30
54	0.000	0.000	0.000	30
55	0.000	0.000	0.000	30
56	0.000	0.000	0.000	30
57	0.000	0.000	0.000	30
58	0.000	0.000	0.000	30
59	0.000	0.000	0.000	30
60	0.000	0.000	0.000	30
61	0.000	0.000	0.000	30
62	0.000	0.000	0.000	30
63	0.000	0.000	0.000	30
64	0.000	0.000	0.000	30
65	0.000	0.000	0.000	30
66	0.000	0.000	0.000	30
67	0.000	0.000	0.000	30
68	0.000	0.000	0.000	30
69	0.000	0.000	0.000	30
70	0.000	0.000	0.000	30
71	0.000	0.000	0.000	30
72	0.000	0.000	0.000	30
73	0.000	0.000	0.000	30
74	0.000	0.000	0.000	30
75	0.000	0.000	0.000	30
76	0.000	0.000	0.000	30
77	0.000	0.000	0.000	30
78	0.000	0.000	0.000	30
79	0.000	0.000	0.000	30
80	0.000	0.000	0.000	30
81	0.000	0.000	0.000	30
82	0.000	0.000	0.000	30
83	0.000	0.000	0.000	30
84	0.000	0.000	0.000	30
85	0.000	0.000	0.000	30
86	0.000	0.000	0.000	30
87	0.000	0.000	0.000	30
88	0.000	0.000	0.000	30
89	0.000	0.000	0.000	30
90	0.000	0.000	0.000	30
91	0.000	0.000	0.000	30
92	0.000	0.000	0.000	30
93	0.000	0.000	0.000	30
94	0.000	0.000	0.000	30
95	0.000	0.000	0.000	30
96	0.000	0.000	0.000	30
97	0.000	0.000	0.000	30
98	0.000	0.000	0.000	30
99	0.000	0.000	0.000	30
100	0.000	0.000	0.000	30

Tabell L:VI. Det ekonomiska utfallet för landstingen av ett enhetligt driftbidrag om 14 kr. per invånare och 2 550 kr. per vårdplats vid förutsatt utbyggnad av dels hela mentalsjukvården exklusive vård av svårskötta psykiskt efterblivna och dels vården å epileptikeranstalter.

Ltg	Folkmängd 31/12 1958	Antal vårdplatser för			Summa vårdplatser	Totalkostnader för			Summa total- kostnader	Landstingens netto- kostnader för		Statens kostnader (driftkostnad + bidrag)	Enhetligt statsbidrag			Ökning (+) resp. minsk- ning (—) av statens kost- nader (Skilln. kol. 13 o. 16)	Motsvarar minskad (—) resp. ökad (+) utdebit. för lands- tingen	Ltg
		eg. mental- sjukvård	övr. mental- sjukvård	epileptiker- vård		eg. mental- sjukvård	övr. mental- sjukvård	epileptiker- vård		övr. mental- sjukvård	epileptiker- vård		14: — per invånare	2 550: — per vårdplats	Summa			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
B	432 599	1 730	1 559	61	3 350	12 850 008	12 426 016	477 393	25 753 417	10 654 703	300 001	14 798 713	6 056 386	8 542 500	14 598 886	— 199 827	+ 0: 00,9	B
C	165 857	663	542	29	1 234	4 924 598	2 392 467	230 050	7 547 115	1 731 781	132 576	5 682 758	2 321 998	3 146 700	5 468 698	— 214 060	+ 0: 03,0	C
D	223 923	896	806	26	1 728	6 655 264	5 462 676	177 996	12 295 936	4 517 722	107 510	7 670 704	3 134 922	4 406 400	7 541 322	— 129 382	+ 0: 01,4	D
E	358 828	1 435	1 308	42	2 785	10 658 821	7 166 753	246 414	18 071 988	5 662 996	148 596	12 260 396	5 023 592	7 101 750	12 125 342	— 135 054	+ 0: 00,9	E
F	283 063	1 132	1 028	33	2 193	8 408 213	6 367 464	195 492	14 971 169	5 195 224	122 463	9 653 482	3 962 882	5 592 150	9 555 032	— 98 450	+ 0: 00,9	F
G	159 085	833	638	19	1 490	6 186 974	3 678 821	121 049	9 986 844	2 985 562	70 053	6 931 229	2 227 190	3 799 500	6 026 690	— 904 539	+ 0: 17,3	G
Hn	91 640	367	334	11	712	2 725 984	2 184 644	56 386	4 967 014	1 804 286	33 858	3 128 870	1 282 960	1 815 600	3 098 560	— 30 310	+ 0: 01,0	Hn
Hs	145 377	624	520	17	1 161	4 634 660	3 087 366	95 591	7 817 617	2 500 825	60 418	5 256 374	2 035 278	2 960 550	4 995 828	— 260 546	+ 0: 05,3	Hs
I	55 701	296	200	6	502	2 198 493	1 167 532	35 310	3 401 335	928 695	23 040	2 449 600	779 814	1 280 100	2 059 914	— 389 686	+ 0: 23,2	I
K	144 836	792	594	19	1 405	5 882 453	2 901 804	94 261	8 878 518	2 165 626	55 625	6 657 267	2 027 704	3 582 750	5 610 454	— 1 046 813	+ 0: 21,6	K
L	257 479	1 030	941	58	2 029	7 650 583	4 614 636	291 455	12 556 674	3 489 821	174 342	8 892 511	3 604 706	5 173 950	8 778 656	— 113 855	+ 0: 01,3	L
M	395 660	1 583	1 379	60	3 022	11 758 128	7 744 331	323 344	19 825 803	6 191 884	196 032	13 437 887	5 539 240	7 706 100	13 245 340	— 192 547	+ 0: 01,1	M
N	168 571	674	628	20	1 322	5 006 304	3 838 713	107 040	8 952 057	3 030 459	65 080	5 856 518	2 359 994	3 371 100	5 731 094	— 125 424	+ 0: 02,1	N
O	216 628	886	781	26	1 693	6 580 623	4 958 290	146 926	11 685 839	4 015 276	86 684	7 583 879	3 032 792	4 317 150	7 349 942	— 233 937	+ 0: 03,0	O
P	372 830	1 491	1 356	44	2 891	11 074 775	9 335 214	257 884	20 667 873	7 672 984	161 524	12 833 365	5 219 620	7 372 050	12 591 670	— 241 695	+ 0: 01,7	P
R	249 266	997	891	29	1 917	7 405 467	5 290 622	194 300	12 890 389	4 200 700	135 459	8 554 230	3 489 724	4 888 350	8 378 074	— 176 156	+ 0: 02,1	R
S	291 035	1 164	1 055	34	2 253	8 645 901	7 264 759	213 588	16 124 248	5 979 708	133 960	10 010 580	4 074 490	5 745 150	9 819 640	— 190 940	+ 0: 01,7	S
T	261 419	1 046	955	31	2 032	7 769 426	7 172 835	173 135	15 115 396	6 119 485	99 200	8 896 711	3 659 866	5 181 600	8 841 466	— 55 245	+ 0: 00,5	T
U	227 899	912	819	28	1 759	6 774 108	5 295 512	199 197	12 268 817	4 390 686	121 975	7 756 156	3 190 586	4 485 450	7 676 036	— 80 120	+ 0: 00,8	U
W	285 366	1 762	1 036	34	2 832	13 086 973	7 094 989	222 258	20 404 220	5 958 591	127 908	14 317 721	3 995 124	7 221 600	11 216 724	— 3 100 997	+ 0: 25,8	W
X	294 020	1 176	1 066	35	2 277	8 735 034	7 699 239	244 230	16 678 503	6 298 753	148 750	10 231 000	4 116 280	5 806 350	9 922 630	— 308 370	+ 0: 02,7	X
Y	289 050	1 156	1 049	36	2 241	8 586 479	6 903 568	254 301	15 744 348	5 658 752	154 628	9 930 968	4 046 700	5 714 550	9 761 250	— 169 718	+ 0: 01,5	Y
Z	142 022	568	505	19	1 092	4 218 962	2 639 712	129 683	6 988 357	2 019 343	82 772	4 886 242	1 988 308	2 784 600	4 772 908	— 113 334	+ 0: 02,3	Z
AC	240 396	962	861	30	1 853	7 145 496	5 557 151	173 812	12 876 459	4 471 820	97 056	8 307 583	3 365 544	4 725 150	8 090 694	— 216 889	+ 0: 02,7	AC
BD	259 701	1 039	1 065	31	2 135	7 717 432	7 279 901	211 327	15 208 660	6 029 668	131 502	9 047 490	3 635 814	5 444 250	9 080 064	+ 32 574	— 0: 00,3	BD
Tot.	6 012 251	25 214	21 916	778	47 908	187 281 159	139 525 015	4 872 422	326 852 688	113 675 350	2 971 012	215 032 234	84 171 514	122 165 400	206 336 914	— 8 695 320	+ 0: 03,6	



**Tabell S:I. Storstädernas driftkostnader för egentlig mentalsjukvård under 1958.**

All. 1. Vårdskyldighet och bidragsrätt enligt gällande avtal.

Stadt	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt orstäder
Antal skattekronor.....	56 591 230	22 580 486	11 681 266	90 852 982
Antal vårdplatser (%). . . . .	(4,3) 3 436	(3,1) 1 214	(3,0) 676	(3,8) 5 326
Kostnader. . . . .	34 645 482	9 006 747	5 694 235	49 346 464
Tillägg för pensionskostnader..	+ 4 417 299	+ 1 148 360	+ 726 015	+ 6 291 674
Summa kostnader. . . . .	39 062 781	10 155 107	6 420 250	55 638 138
Statsbidrag. . . . .	— 19 763 456	— 7 252 787	— 4 201 982	— 31 218 225
Nettokostnader. . . . .	19 299 325	2 902 320	2 218 268	24 419 913
Motsv. utdebitering . . . . .	0: 34	0: 13	0: 19	0: 27

All. 2. Utvidgad vårdskyldighet (= landstingen).

Utgående bidrag beräknade enligt gällande avtal, dock med bidrag till pensionskostnader även för Göteborg och Malmö.

Antal vårdplatser (%). . . . .	(4,6) 3 736	(3,4) 1 320	(3,3) 735	(4,1) 5 791
Kostnader. . . . .	37 669 443	9 796 172	6 192 159	53 657 774
Tillägg för pensionskostnader..	+ 4 802 854	+ 1 249 012	+ 789 500	+ 6 841 366
Summa kostnader. . . . .	42 472 297	11 045 184	6 981 659	60 499 140
Statsbidrag. . . . .	— 21 633 602	— 8 947 676	— 5 166 977	— 35 748 255
Nettokostnader. . . . .	20 838 695	2 097 508	1 814 682	24 750 885
Motsv. utdebitering. . . . .	0: 37	0: 09	0: 16	0: 27

**Tabell S:II.** Statens bidrag till storstädernas driftkostnader för övrig mentalsjukvård och vård å epileptikeranstalter under 1958.

a) Vårdhem för lättskötta mentalt sjuka.

Stad	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt storstäder
Antal skattekronor.....	56 591 230	22 580 486	11 681 266	90 852 982
Antal vårdplatser.....	107	112	199	418
Kostnader.....	687 727	354 193	1 044 657	2 086 577
Statsbidrag.....	— 45 958	—	— 90 431	— 136 389
Nettokostnader.....	641 769	354 193	954 226	1 950 188
Motsv. utdebitering.....	0: 01,1	0: 01,6	0: 08,2	0: 02,1

b) Psykiatriska avdelningar vid lasarett (vuxenkiöntel).

Alt. 1. Utan bidragsrätt.

Antal vårdplatser.....	84	88	78	250
Kostnader.....	1 749 811	2 439 678	1 891 392	6 080 881
Statsbidrag.....	—	—	—	—
Nettokostnader.....	1 749 811	2 439 678	1 891 392	6 080 881
Motsv. utdebitering.....	0: 03	0: 11	0: 16	0: 07

Alt. 2. Med bidragsrätt.

Antal vårdplatser.....	84	88	78	250
Kostnader.....	1 749 811	2 439 678	1 891 392	6 080 881
Statsbidrag.....	— 77 574	— 93 906	— 76 389	— 247 869
Nettokostnader.....	1 672 237	2 345 772	1 815 003	5 833 012
Motsv. utdebitering.....	0: 03	0: 10	0: 16	0: 06

Tabell S:II

c) *Psykisk barn- och ungdomsvård.*  
 (Dels öppen vård, dels ock slutna vård vid anstalter för psykopatiska och nervösa barn samt en barn- och ungdomspsykiatrisk lasarettavdelning i Stockholm.)

Stad	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt storstäder
Antal skattekronor.....	56 591 230	22 580 486	11 681 266	90 852 982
Antal vårdplatser.....	90	22	18	130
Kostnader.....	3 700 434	1 048 087	159 087	4 907 608
varav öppen vård.....	(1 901 514)	(819 220)	( — )	(2 720 734)
barnpsyk. avd.....	(552 989)			(552 989)
psykopatbarnhem.....	(1 245 931)	(228 867)	(159 087)	(1 633 885)
Statsbidrag.....	— 322 707	— 75 138	— 28 889	— 426 734
varav öppen vård.....	(212 212)	(61 540)	( — )	(273 752)
psykopatbarnhem.....	(110 495)	(13 598)	(28 889)	(152 982)
Nettokostnader.....	3 377 727	972 949	130 198	4 480 874
Motsv. utdebitering.....	0: 06	0: 04	0: 01	0: 05

d) *Undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna.*

Antal ianspråktaga vårdplatser	1 040	506	238	1 784
Kostnader.....	8 561 768	2 164 137	1 056 398	11 782 303
Statsbidrag.....	— 1 713 016	— 793 280	— 367 167	— 2 873 463
Nettokostnader.....	6 848 752	1 370 857	689 231	8 908 840
Motsv. utdebitering.....	0: 12	0: 06	0: 06	0: 10

e) *Vård å epileptikeranstalter.*

Antal ianspråktaga vårdplatser	60	9	20	89
Kostnader.....	456 407	74 752	123 601	654 760
Statsbidrag.....	— 146 740	— 28 693	— 55 921	— 231 354
Nettokostnader.....	309 667	46 059	67 680	423 406
Motsv. utdebitering.....	0: 00,5	0: 00,2	0: 00,6	0: 00,5

**Tabell S:III.** *Det ekonomiska utfallet för storstäderna av ett enhetligt driftbidrag om 14 kr. per invånare och 2 550 kr. per vårdplats vid nuvarande utbyggnad av dels hela mentalsjukvården exklusive vård av svårskötta psykiskt efterblivna och dels vården å epileptikeranstalter.*

Alt. 1. Vårdskyldighet och bidragsrätt för egentlig mentalsjukvård enligt gällande avtal.

1	Stad	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt storstäder
2	Folkmängd 31/12 1958. . . . .	804 910	397 205	221 700	1 423 815
	<i>Antal vårdplatser</i>				
3	eg. mentalsjukvård. . . . .	3 436	1 214	676	5 326
4	övrig mentalsjukvård. . . . .	1 321	728	533	2 582
5	epileptikervård. . . . .	60	9	20	89
6	Summa vårdplatser (= ‰)	(6,0) 4 817	(4,9) 1 951	(5,5) 1 229	(5,6) 7 997
	<i>Totalkostnader</i>				
7	eg. mentalsjukvård. . . . .	39 062 781	10 155 107	6 420 250	55 638 138
8	övrig mentalsjukvård. . . . .	14 699 740	6 006 095	4 151 534	24 857 369
9	epileptikervård . . . . .	456 407	74 752	123 601	654 760
10	Summa totalkostnader	54 218 928	16 235 954	10 695 385	81 150 267
	<i>Städernas nettokostnader</i>				
11	eg. mentalsjukvård. . . . .	19 299 325	2 902 320	2 218 268	24 419 913
12	övrig mentalsjukvård. . . . .	12 618 059	5 137 677	3 665 047	21 420 783
13	epileptikervård. . . . .	309 667	46 059	67 680	423 406
14	Summa nettokostnader	32 227 051	8 086 056	5 950 995	46 264 102
15	<i>Statens kostnader</i> (utgående statsbidrag) . . . .	21 991 877	8 149 898	4 744 390	34 886 165
	<i>Enhettligt driftbidrag</i>				
16	14: — per invånare . . . . .	11 268 740	5 560 870	3 103 800	19 933 410
17	2 550: — per vårdplats . . . .	12 283 350	4 975 050	3 133 950	20 392 350
18	Summa bidrag	23 552 090	10 535 920	6 237 750	40 325 760
19	Ökning (+) resp. minskning (—) av statens kostnader. (Skilln. rad 15 och 18.) . . . .	+ 1 560 213	+ 2 386 022	+ 1 493 360	+ 5 439 595
20	Motsv. minskad (—) resp. ökad (+) utdeb. f. städerna	— 0: 02,8	— 0: 10,6	— 0: 12,8	— 0: 06,0

Tabell S:III

Alt. 2. Utvidgad vårdskyldighet för egentlig mentalsjukvård (= landstingen).

Utgående bidrag beräknade enligt gällande avtal och övriga bestämmelser, dock med bidragsrätten utvidgad till psykiatriska avdelningar vid lasarett och driftkostnadsbidrag till pensionskostnader inräknade i bidragsunderlaget även för Göteborg och Malmö.

1	Stad	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt storstäder
2	Folkmängd 31/12 1958.....	804 910	397 205	221 700	1 423 815
	<i>Antal vårdplatser</i>				
3	eg. mentalsjukvård.....	3 736	1 320	735	5 791
4	övrig mentalsjukvård.....	1 321	728	533	2 582
5	epileptikervård.....	60	9	20	89
6	Summa vårdplatser (= ‰)	(6,3) 5 117	(5,2) 2 057	(5,8) 1 288	(5,9) 8 462
	<i>Totalkostnader</i>				
7	eg. mentalsjukvård.....	42 472 297	11 045 184	6 981 659	60 499 140
8	övrig mentalsjukvård.....	14 699 740	6 006 095	4 151 534	24 857 369
9	epileptikervård.....	456 407	74 752	123 601	654 760
10	Summa totalkostnader	57 628 444	17 126 031	11 256 794	86 011 269
	<i>Städernas nettokostnader</i>				
11	eg. mentalsjukvård.....	20 838 695	2 097 508	1 814 682	24 750 885
12	övrig mentalsjukvård.....	12 540 485	5 043 771	3 588 658	21 172 914
13	epileptikervård.....	309 667	46 059	67 680	423 406
14	Summa nettokostnader	33 688 847	7 187 338	5 471 020	46 347 205
	<i>Statens kostnader</i>				
15	(beräknade statsbidrag)...	23 939 597	9 938 693	5 785 774	39 664 064
	<i>Enhettligt driftbidrag</i>				
16	14: — per invånare.....	11 268 740	5 560 870	3 103 800	19 933 410
17	2 550: — per vårdplats...	13 048 350	5 245 350	3 284 400	21 578 100
18	Summa bidrag	24 317 090	10 806 220	6 388 200	41 511 510
19	Ökning (+) resp. minskning (—) av statens kostnader. (Skilln. rad 15 och 18.) ..	+ 377 493	+ 867 527	+ 602 426	+ 1 847 446
20	Motsv. minskad (—) resp. ökad (+) utdeb. f. städerna	— 0: 00,7	— 0: 03,8	— 0: 05,2	— 0: 02,0



**Tabell S:IV.** Beräkning av statens bidrag till storstädernas driftkostnader för egentlig mentalsjukvård vid förutsatt utbyggnad.

Vårdplatsantal: 4,5 ‰ av folkmängden inom varje stad eller det högre antal, som vid obegränsad vårdskyldighet beräknats i nuläget.

Stad	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt storstäder
Folkmängd 31/12 1958.....	804 910	397 205	221 700	1 423 815
Antal skattekronor.....	56 591 230	22 580 486	11 681 266	90 852 982
Vårdplatsantal.....	(4,6 ‰) 3 736	1 787	998	6 521
Kostnader beräknade efter 1958 års medeldagkostnad för resp. stad.....	42 472 297	15 217 109	9 219 674	66 909 080
Statsbidrag enl. nuv. bestämmelser.....	— 23 534 738	— 11 581 558	— 6 353 816	— 41 470 112
Nettokostnader.....	18 937 559	3 635 551	2 865 858	25 438 968
Motsv. utdebitering.....	0: 33	0: 16	0: 25	0: 28

**Tabell S:V.** Beräkning av statens bidrag till storstädernas driftkostnader för övrig mentalsjukvård och vård å epileptikeranstalter vid förutsatt utbyggnad.

a) Vårdhem för lättskötta mentalt sjuka.

Vårdplatsantal: 1,5 ‰ av folkmängden inom varje stad.

Vårdplatsantal.....	1 207	596	333	2 136
Kostnader beräknade efter 1958 års medeldagkostnad för resp. stad.....	7 700 901	1 853 441	1 728 370	11 282 712
Statsbidrag enl. nuv. bestämmelser.....	— 550 694	— 271 925	— 151 931	— 974 550
Nettokostnader.....	7 150 207	1 581 516	1 576 439	10 308 162
Motsv. utdebitering.....	0: 13	0: 07	0: 13	0: 11

b) Psykiatriska avdelningar vid lasarett (vuxenklientel).

Vårdplatsantal: 0,5 ‰ av folkmängden inom varje stad.

Vårdplatsantal.....	402	199	111	712
Kostnader beräknade efter 1958 års vårdagkostnad.....	9 929 219	5 661 172	3 009 454	18 599 845
Statsbidrag enl. nuv. bestämmelser.....	— 440 190	— 217 905	— 121 545	— 779 640
Nettokostnader.....	9 489 029	5 443 267	2 887 909	17 820 205
Motsv. utdebitering.....	0: 17	0: 24	0: 25	0: 31

Tabell S:V

c) *Psykisk barna- och ungdomsvård.*

(Barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar samt behandlingshem typ I och II.)

Vårdplatsantal: omkring (10+8+10=) 28 platser per 100 000 invånare.

Kostnader beräknade efter samma grunder som för psykiatriska avdelningar vid lasarett (vuxenklientel).

Statsbidrag omräknat enligt nuvarande bestämmelser för psykiatriska avdelningar vid lasarett (vuxenklientel) respektive anstalter för psykopatiska och nervösa barn.

Stad	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt storstäder
Folkmängd 31/12 1958.....	804 910	397 205	221 700	1 423 815
Antal skattekronor.....	56 591 230	22 580 486	11 681 266	90 852 982
Vårdplatsantal.....	224	112	62	398
Kostnader.....	6 469 669	3 186 187	1 680 956	11 336 812
Statsbidrag.....	— 331 968	— 165 984	— 91 970	— 589 922
Nettokostnader.....	6 137 701	3 020 203	1 588 986	10 746 890
Motsv. utdebitering.....	0: 11	0: 13	0: 14	0: 19

d) *Undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna.*

Vårdplatsantal: 2 % av folkmängden inom varje stad.

Vårdplatsantal.....	1 610	794	443	2 847
Kostnader beräknade efter 1958 års medeldagkostnad för resp. stad.....	13 253 520	3 395 938	1 966 477	18 615 935
Statsbidrag enl. nuv. bestämmelser.....	— 2 651 670	— 1 244 992	— 683 549	— 4 580 211
Nettokostnader.....	10 601 850	2 150 946	1 282 928	14 035 724
Motsv. utdebitering.....	0: 19	0: 10	0: 11	0: 15

e) *Vård å epileptikeranstalter.*

Utbyggnad enligt förslag av medicinalstyrelsens delegation (SOU 1955:52).

Vårdplatsantal.....	96	47	26	169
Kostnader beräknade efter 1958 års medeldagkostnad för resp. stad.....	730 272	390 382	160 680	1 281 334
Statsbidrag enl. nuv. bestämmelser.....	— 234 816	— 149 836	— 72 696	— 457 348
Nettokostnader (= s.k. värder-sättning).....	495 456	240 546	87 984	823 986
Motsv. utdebitering.....	0: 00,8	0: 01,1	0: 00,8	0: 00,9

**Tabell S:VI.** Det ekonomiska utfallet för storstäderna av ett enhetligt driftbidrag om 14 kr. per invånare och 2 550 kr. per vårdplats vid förutsatt utbyggnad av dels hela mentalsjukvården exklusive vård av svårskötta psykiskt efterblivna och dels vården å epileptikeranstalter.

(Vårdskyldighet och bidragsrätt i likhet med landstingen.)

1	Stad	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt storstäder
2	Folkmängd 31/12 1958.....	804 910	397 205	221 700	1 423 815
	<i>Antal vårdplatser</i>				
3	eg. mentalsjukvård.....	3 736	1 787	998	6 521
4	övrig mentalsjukvård.....	3 443	1 701	949	6 093
5	epileptikervård.....	96	47	26	169
6	Summa vårdplatser	7 275	3 535	1 973	12 783
	<i>Totalkostnader</i>				
7	eg. mentalsjukvård.....	42 472 297	15 217 109	9 219 674	66 909 080
8	övrig mentalsjukvård.....	37 353 309	14 096 738	8 385 257	59 835 304
9	epileptikervård.....	730 272	390 382	160 680	1 281 334
10	Summa totalkostnader	80 555 878	29 704 229	17 765 611	128 025 718
	<i>Städernas nettokostnader</i>				
11	eg. mentalsjukvård.....	18 937 559	3 635 551	2 865 858	25 438 968
12	övrig mentalsjukvård.....	33 378 787	12 195 932	7 336 262	52 910 981
13	epileptikervård.....	495 456	240 546	87 984	823 986
14	Summa nettokostnader	52 811 802	16 072 029	10 290 104	79 173 935
	<i>Statens kostnader</i> (beräknade statsbidrag)...				
15		27 744 076	13 632 200	7 475 507	48 851 783
	<i>Enhellt driftbidrag</i>				
16	14: — per invånare.....	11 268 740	5 560 870	3 103 800	19 933 410
17	2 550: — per vårdplats...	18 551 250	9 014 250	5 031 150	32 596 650
18	Summa bidrag	29 819 990	14 575 120	8 134 950	52 530 060
19	Ökning (+) resp. minskning (—) av statens kostnader. (Skilln. rad 15 och 18.)....	+2 075 914	+ 942 920	+ 659 443	+ 3 678 277
20	Motsv. minskad (—) resp. ökad (+) utdeb. f. städerna....	—0: 03,7	—0: 04,2	—0: 05,6	—0: 04,0

## BILAGA 1

### Tillämpning av bidragsbestämmelser enligt gällande avtal mellan staten och städerna Stockholm, Göteborg och Malmö angående städernas övertagande av mentalsjukvården

*Gemensamma uppgifter för beräkning av driftkostnadsbidrag och platskostnadsbidrag.*

Rikets folkmängd den 1 januari 1958.....		7 392 872
Stockholms folkmängd den 1 januari 1958.....	798 913	
Göteborgs folkmängd den 1 januari 1958.....	392 577	
Malmös folkmängd den 1 januari 1958.....	217 330	1 408 820
Rikets folkmängd i övrigt.....		5 984 052
Antalet underhållsdagar för psykiskt sjuka på statens menattsjukhus under år 1958 (efter avdrag för klinik-, kriminal-, rums- och familjevårdspatien- ter) uppgick till.....		7 107 856
varav för Stockholms patienter.....	34 764	
Göteborgs ».....	6 959	
» » Malmö ».....	6 291	48 014
samt för patienter från riket i övrigt.....		7 059 842

### *Beräkning av driftkostnadsbidrag*

På statsverket belöpande medelkostnad för underhållsdag på statens sinnessjukhus under år 1958 uppgick till 17 kronor 3 öre exklusive pensionskostnader och till 19 kronor 26 öre inklusive pensionskostnader (15 % av avlöningskostnaderna).

Skillnaden mellan här redovisade medelkostnader per underhållsdag och av utredningen i betänkandet angivna högre dagkostnader — 18 kronor 5 öre exklusive pensionskostnader och 20 kronor 35 öre inklusive dessa kostnader — förklaras av att i sistnämnda kostnadsbelopp ingår även kostnader för hjälpverksamhet, övervakning av vissa försöksutskrivna samt utbildning av personal vid statens mentalsjukhus.

Verkligt antal underhållsdagar för vilka ersättning utgår

## STOCKHOLM

$$\text{Folkmängdskvot} = \frac{798\,913 \times 7\,059\,842}{5\,984\,052} = 942\,539$$

Antalet statsbidragsberättigande underhållsdagar för Stockholms patienter under år 1958 uppgick till ..... 1 205 116      1 193 342

$$\text{Antalet statsbidragsdagar} = 942\,539 + \frac{1\,193\,342 - 942\,539}{3} = 1\,026\,140$$

$$\text{Driftkostnadsbidrag inkl. ersättning för pensionskostnader} = 19:26 \times 1\,026\,140 = \underline{19\,763\,456:40}$$

## GÖTEBORG

$$\text{Folkmängdskvot} = \frac{392\,577 \times 7\,059\,842}{5\,984\,052} = 463\,153$$

Antalet statsbidragsberättigande underhållsdagar för Göteborgs patienter under år 1958 uppgick till ..... 425 883      425 883

Antalet statsbidragsdagar = antalet statsbidragsberättigande underhållsdagar.

$$\text{Driftkostnadsbidrag} = 17:03 \times 425\,883 = \underline{7\,252\,787:49}$$

## MALMÖ

$$\text{Folkmängdskvot} = \frac{217\,330 \times 7\,059\,842}{6\,100\,513} = 251\,506$$

$$5\,984\,052 + 854 + 1 + 488 + 14 + 373 + 8\,343 + 4\,063 + 32\,038 + 4\,970 + 64\,369 + 108 + 840$$

Antal statsbidragsberättigande underhållsdagar för Malmö patienter under år 1958 uppgick till ..... 252 072      246 740

Antalet statsbidragsdagar = antalet statsbidragsberättigande underhållsdagar.

$$\text{Driftkostnadsbidrag} = 17:03 \times 246\,740 = \underline{4\,201\,982:20}$$

*Anm.* Olikheten mellan å ena sidan avtalen med Stockholm och Göteborg och å andra sidan avtalet med Malmö hänför sig till beräkningen av folkmängdskvoten. Det vid beräkningen av folkmängdskvoten för Malmö ökade antalet invånare för riket i övrigt (6 100 513—5 984 052 = 116 461) motsvarar folkmängden i de områden, som inkorporerats med storstäderna efter Malmö-avtalets ikraftträdande.

### Beräkning av platskostnadsbidrag

Till byggnadsfonden för närmast föregående år lägges den andel i statens utgifter för utveckling av dess anstaltsvård under det följande året, som antalet statsbidragsdagar för respektive stad utgör av antalet underhållsdagar vid statens sjukhus efter avdrag för i avtalen undantagna patientkategorier. Där en minskning av antalet statsbidragsdagar inträtt under det aktuella året, skall respektive byggnadsfond reduceras med belopp, som motsvarar de bortfallna statsbidragsdagarnas andel i byggnadsfonden för nästföregående år.

Statens utgifter under år 1958 för utveckling av dess anstaltsvård utgjorde

Byggnadskostnader (utbetalda av byggn.stn).....	kronor	26 104 495: 67
» » » med.stn).....	»	1 498 919: 26
Utrustningskostnader ( utbetalda av med.stn).....	»	2 128 785: 02
	Summa kronor	29 732 199: 95

## STOCKHOLM

Byggnadsfond vid utgången av år 1957:		43 056 694: 95
Ökning för år 1958: $\frac{29\ 732\ 199: 95 \times 1\ 026\ 140}{7\ 059\ 842}$		<u>4 321 544: 55</u>
		47 378 239: 50
Reducering för år 1958: $\frac{43\ 056\ 694: 95 \times 1\ 383}{1\ 027\ 523}$		<u>57 951: 39</u>
Byggnadsfond vid utgången av år 1958:.....		47 320 288: 11
Platskostnadsbidrag = 5 % å 47 320 288: 11.....		<u>2 366 014: 40</u>

## GÖTEBORG

Byggnadsfond vid utgången av år 1957:.....		18 335 131: 79
Ökning för år 1958: $\frac{29\ 732\ 199: 95 \times 425\ 883}{7\ 059\ 842}$		<u>1 793 586: 01</u>
		20 128 717: 80
Reducering för år 1958: $\frac{18\ 335\ 131: 79 \times 12\ 712}{438\ 595}$		<u>531 415: 53</u>
Byggnadsfond vid utgången av år 1958:.....		19 597 302: 27
Platskostnadsbidrag = 5 % å 19 597 302: 27.....		<u>979 865: 11</u>

## MALMÖ

Byggnadsfond vid utgången av år 1957.....		9 792 683: 03
Ökning för år 1958: $\frac{29\ 732\ 199: 95 \times 246\ 740}{7\ 059\ 842}$		<u>1 039 134: 44</u>
		10 831 817: 47
Byggnadsfond vid utgången av år 1958:.....		10 831 817: 47
Platskostnadsbidrag = 5 % å 10 831 317: 47.....		<u>541 590: 87</u>

## BILAGA 2

**Sammanställning över disponerade markområden m. m.  
vid vissa statliga mentalsjukhus**

Sjukhus	Sjukhusområdets areal, m <sup>2</sup>			Totalareal m <sup>2</sup>	För näringsdrift utnyttjad areal m. m.
	Park- och åkermark	Skogsmark	Ev. övrig mark		
1	2	3	4	5	6
Ulleråker.....	1 080 740	—	214 500	1 295 240	Trädgård 40 000 m <sup>2</sup> , och jordbruk 75 440 m <sup>2</sup> .
Sundby.....	1 000 000	437 000	459 000	1 896 000	Jordbruk. Trädgårdsskötsel. Svinskötsel.
Birgitta.....	484 000	92 875	—	576 875	Trädgårdsskötsel.
Ryhov.....	490 000	100 000	111 560	701 560	Trädgård 40 200 m <sup>2</sup> . Jordbruk 80 000 m <sup>2</sup> .
S:t Sigfrid.....	350 000	800 000	50 000	1 200 000	Skogsbruk. Trädgårdsskötsel. Jordbruk med ladugårdsdrift.
S:ta Gertrud.....	524 000	1 132 500	85 000	1 741 500	—
S:t Olof.....	20 000	—	91 985	111 985	Trädgårdsskötsel.
Gullberna.....	519 562	—	—	519 562	—
S:t Lars.....	949 800	—	—	949 800	—
S:ta Maria.....	848 000	—	82 000	930 000	Trädgårdsskötsel: köksväxter 40 000 m <sup>2</sup> , fruktodlingar 42 000 m <sup>2</sup> .
S:t Jörgen.....	350 000	489 000	10 000	849 000	Trädgårdsskötsel i begränsad omfattning.
Restad.....	794 000	29 000	69 000	892 000	Kreaturslös jordbruksdrift.
Marieberg.....	470 000	1 253 000	515 000	2 238 000	Skogsdrift. Svinskötsel.
Säter.....	345 950	1 723 880	298 020	2 367 850	Jordbruk. Boskapsskötsel. Skogsbruk.
Sidsjön.....	330 000	250 000	—	580 000	Skogsgallring. Trädgårdsskötsel. (3 växthus och 2 000 m <sup>2</sup> frilandsodling).
Frösö.....	802 400	44 600	—	847 000	Potatisodling.
Umedalen.....	545 450	676 000	—	1 221 450	Trädgårdsskötsel. Timmeravverkning. Jordbruk.
Furunäset.....	210 000	630 000	20 000	860 000	Sedvanlig skogsvård.
Falbygden.....	400 000	—	—	400 000	—
Mellringe.....	363 000	—	—	363 000	—
Bollnäs.....	360 000	—	—	360 000	—

### *Anmärkningar till bilaga 2*

*Ulleråker:* 100 000 m<sup>2</sup> utarrenderade till lantbrukshögskolan. Nedläggning av jordbruk planeras, varvid ytterligare 42 500 m<sup>2</sup> kan utarrenderas.

*Sundby:* Sekundäravdelningarna Ribbingelund och Rosöga ej medräknade. Arealuppgift saknas för Ribbingelund. För Rosöga 62 000 m<sup>2</sup> park- och tomtmark och 47 000 m<sup>2</sup> skog. Ingen näringsdrift.

*Gullberna:* Området naturligt avgränsat och i sin helhet erforderligt för promenader och terapi. All mark utgör park och trädgård.

*S:t Lars:* F. n. utarrenderas 362 700 m<sup>2</sup> åker och 33 820 m<sup>2</sup> ängsmark.

*S:ta Maria:* Hela åkerarealen, omkring 217 000 m<sup>2</sup>, utarrenderad. I övrig mark ingår 220 000 m<sup>2</sup> skog, använd som park.

*S:t Jörgen:* Skogsmarken ingår i patienternas fritidsområde.

*Restad:* Skogsarealen tillhör kungsladugården Restad och står under domänverkets förvaltning med rätt för sjukhuset att nyttja skogen som »friluftsområde». Viss mark kan avstyckas för bostads- eller industribyggelse. Vargöns A. B. har nyttjanderätt till visst vattenområde. Vänersborgs stad disponerar med vägrätt ett område om 1 800 m<sup>2</sup>.

*Marieberg:* Arvodesanställd jägmästare. Förhandlingar har upptagits med Kristinehamns stad om försäljning av vissa markområden.

*Säter:* Totalarealen omfattar även 46 080 m<sup>2</sup> vattenområde. I övrig mark inräknas byggnader och tomter, trädgård och växthus, ängs- och betesmark m. m.

*Sidsjön:* Förhandlingar pågår med Sundsvalls stad om arrendering för sjukhusets räkning av ett markområde om ungefär 50 000 m<sup>2</sup>.

*Umedalen:* Odlad mark: 21 000 m<sup>2</sup> för trädgårdsskötsel och 220 000 m<sup>2</sup> för jordbruk.

*Furunäset:* Förhandlingar har upptagits med Piteå stad om försäljning av vissa markområden.



1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist ein Beitrag zur Kenntnis der Geschichte der Stadt Stockholm. Sie behandelt die Zeit von der Gründung der Stadt im Jahre 1252 bis zur Gegenwart. Die Geschichte ist in drei Hauptperioden unterteilt: die Zeit der Gründung und des Aufbaus, die Zeit der Entwicklung und die Zeit der Modernisierung. In der ersten Periode wird die Gründung der Stadt durch König Magnus den Guten beschrieben, die Errichtung der Festung und die Entwicklung der Stadt zu einer bedeutenden Handelsstadt. In der zweiten Periode wird die Entwicklung der Stadt im 17. und 18. Jahrhundert beschrieben, die Zeit der Herrschaft Karls des Zehnten und die Entwicklung der Stadt zu einer der größten Städte Europas. In der dritten Periode wird die Modernisierung der Stadt im 19. und 20. Jahrhundert beschrieben, die Zeit der Herrschaft Gustav IV. Adolf und die Entwicklung der Stadt zu einer der größten Städte Europas.





# Statens offentliga utredningar 1960

## Systematisk förteckning

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

### Justitiedepartementet

Förslag till namnlag. [5]

### Utrikesdepartementet

### Försvarsdepartementet

### Socialdepartementet

### Kommunikationsdepartementet

### Finansdepartementet

Fastighetsbeskattningen. [4]  
Studiekostnader vid beskattningen. [6]  
Redogöraransvaret och anmärkningsprocessen. [7]  
Preliminär nationalbudget för år 1960. [8]

### Ecklesiastikdepartementet

### Jordbruksdepartementet

Högre utbildning, forskning och försök på lantbrukets område. [2]  
Grusexploateringen i Sverige. [3]

### Handelsdepartementet

### Inrikesdepartementet

Folkvandvården. [1]  
De ekonomiska villkoren för en huvudmannaskareform inom mentalsjukvården. [9]

### Civildepartementet