National Library
of Sweden

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2013

Arkivexemplar

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1966: 6

Socialdepartementet

FÖRENKLAD STATSBIDRAGSGIVNING TILL HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

BETÄNKANDE AVGIVET AV

TILLKALLADE SAKKUNNIGA

Stockholm 1966

STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1966

Kronologisk förteckning

1. Svensk ekonomi 1966—1970. Esselte. 296 s. Fi.
2. Export och import 1966—1970. Bilaga 1. Esselte. 92 s. Fi.
3. Yrkesutbildningen. Håkan Ohlssons boktryckeri, Lund. 586 s. E.
4. Ny myntserie. Beckman. 87 s. Fi.
5. Internationellt fredsforskningsinstitut i Sverige. Norstedt & Söner. 61 s. U.
6. Förenklad statsbidragsgivning till hälso- och sjukvården. Håkan Ohlssons boktryckeri, Lund. 158 s. S.

Anm. Om särskild tryckort ej angives, är tryckorten Stockholm.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1966:6
Socialdepartementet

FÖRENKLAD STATSBIDRAGSGIVNING TILL HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

BETÄNKANDE AVGIVET AV

TILLKALLADE SAKKUNNIGA

LUND 1966
HÅKAN OHLSSONS BOKTRYCKERI

Innehåll

Skrivelse till Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet . . 5

Kap. 1 Utredningsuppdraget 7

Kap. 2 Historisk återblick 10

Kap. 3 Gällande statsbidragsgrunder 25

Kap. 4 Vissa tidigare utredningar och förslag 41

Kap. 5 Allmänna utgångspunkter för revidering av statsbidragssystemet . . 53

Kap. 6 Alternativa utformningar av ett allmänt driftbidrag 67

Kap. 7 Det allmänna driftbidragets värdebeständighet 80

Kap. 8 Avlösning av nuvarande villkorsbestämmelser 83

Kap. 9 Återbetalning av uppburna anläggningsbidrag 91

Kap. 10 Särskilda frågor rörande bidrag till städerna utanför landsting . . . 98

Kap. 11 Samordning av vissa separata bidrag 105

Kap. 12 Sammanfattning 110

Reservation av ledamoten Olerud 116

Textbil. I A Sammanställning av gällande statsbidragsgrunder för den slutna, länsvis organiserade sjukvården 118

I B Sammanställning av gällande statsbidragsgrunder för den öppna, länsvis organiserade vården 124

II Förslag till kungörelse angående allmänt driftbidrag till hälso- och sjukvården 129

III Förslag till kungörelse angående statsbidrag till familjerådgivning m. m. 132

Tabellbil. A Sammanställning utvisande anläggningsbidragens ekonomiska betydelse för sjukvårdshuvudmännen för femårsperioden 1958—62 136

L 1 Sammanställning av på år 1962 belöpande statsbidrag till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården 138

L 2—13 Beräknat utfall för år 1962 av vissa alternativa utformningar av ett allmänt driftbidrag till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården 140

L 14 1962 års statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård, verksamhet för stöd och rådgivning till havande kvinnor i abortförebyggande syfte m. m. samt försöksvis anordnad familjerådgivning omräknat till ett bidrag till avlönande av läkare och kuratorer m. fl. inom dessa verksamhetsgrenar 152

S 1 Sammanställning av på år 1962 belöpande statsbidrag till den av städerna utanför landstingskommun drivna hälso- och sjukvården 154

S 2 1962 års statsbidrag till den av städer utanför landstingskommun drivna hälso- och sjukvården omräknat till ett enhetligt invånarbidrag 154

S 3 1962 års statsbidrag till den av städer utanför landstingskommun drivna hälso- och sjukvården omräknat till ett differentierat invånarbidrag 155

S 4 Sammanställning av på år 1962 belöpande statsbidrag till den av städerna utanför landstingskommun drivna hälso- och sjukvården vid full likställighet med landstingen 156

S 5 1962 års statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård, verksamhet för stöd och rådgivning till havande kvinnor i abortförebyggande syfte m. m. samt försöksvis anordnad familjerådgivning omräknat till ett bidrag till avlönande av läkare och kuratorer m. fl. inom dessa verksamhetsgrenar 156

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet

Genom beslut den 1 april 1960 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för inrikesdepartementet att tillkalla högst sex sakkunniga för att verkställa översyn av statsbidragssystemet på kroppssjukvårdens område jämte därmed sammanhängande spörsmål. Med stöd av detta bemyndigande tillkallades genom beslut den 13 maj 1960 såsom sakkunniga generaldirektören Bertil Olsson, dåmera överdirektören Erik Björkquist, dåmera förbundsdirektören Ivar Dahlgren, sekreteraren Eric Olerud, numera kanslirådet Olof Lindberg samt numera expeditionschefen Bengt Söderqvist, varjämte uppdrogs åt Olsson att vara de sakkunnigas ordförande. Såsom sekreterare åt de sakkunniga förordnades numera landstingssekreteraren Åke Esseen.

Kungl. Maj:t förordnade vidare genom beslut den 13 september 1963 att de sakkunnigas uppdrag skulle utvidgas till att omfatta jämväl översyn av utgående statsbidrag till psykiatriska lasarettskliniker, till anstalter för lättskötta psykiskt sjuka, psykiskt efterblivna, epileptiker, psykopatiska och nervösa barn samt till psykisk barna- och ungdomsvård ävensom de övriga statsbidrag, som utredningen funne kunna behandlas i sammanhanget.

De sakkunniga har till Kungl. Maj:t avgivit infordrat utlåtande den 29 september 1961 över Socialpolitiska kommitténs betänkande I Stöd åt barnaföderskor (SOU 1961: 38). Vidare har samråd ägt rum med representanter för 1961 års sjukförsäkringsutredning.

Sedan utredningsarbetet numera slutförts, får de sakkunniga härmed vördsamt avlämna betänkande angående förenklad statsbidragsgivning till hälso- och sjukvården.

Reservation har avgivits av undertecknad Olerud.

Stockholm den 30 december 1965.

Bertil Olsson

Erik Björkquist *Ivar Dahlgren* *Olof Lindberg*

Eric Olerud *Bengt Söderqvist*

/ Åke Esseen

KAPITEL 1

Utredningsuppdraget

Direktiven för nu ifrågavarande statsbidragsutredning innefattas *dels* i ett anförande till statsrådsprotokollet över inrikesärenden den 1 april 1960 av chefen för inrikesdepartementet, statsrådet Rune Johansson, *dels ock* i Kungl. Maj:ts beslut den 13 september 1963 om vidgat uppdrag åt utredningen.

I förstnämnda protokoll lämnas inledningsvis en översikt av den statliga bidragsgivningen till hälso- och sjukvården. Departementschefen erinrar därvid om att det sedan länge uppmärksammats, att det nuvarande systemet för statsbidrag inom förenämnda sektor behövde förenklas. Vissa utredningar och överväganden därom hade även företagits. I sistnämnda avseenden hänvisas till 1946 års statsbidragssakkunnigas betänkande angående statsbidragssystemet för den slutna kroppssjukvården (SOU 1948: 48), till kommitténs för översyn av hälso- och sjukvården i riket betänkande angående hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (SOU 1959: 15), till 1958 års besparingsutrednings betänkande om besparingar inom statsverksamheten (SOU 1959: 28) samt slutligen till det av mentalsjukvårdens statsbidragsutredning framlagda betänkandet angående de ekonomiska villkoren för en huvudmannaskapsreform inom mentalsjukvården (SOU 1960: 9).

Departementschefen anför härefter bl. a.

> Den lämnade redogörelsen synes klart visa, att det nuvarande systemet för statsbidrag till hälso- och sjukvården är i behov av en översyn. Systemet innesluter ett flertal vårdgrenar inom såväl öppen som sluten vård. Om mentalsjukvården medräknas utgör antalet nu understödda vårdgrenar mer än tjugo. Inom många vårdgrenar utgår både anläggningsbidrag och driftbidrag. Bidragsformerna är därför flera än antalet vårdgrenar och uppgår f. n. till ett trettiotal. Bidragsreglerna är i stor utsträckning oenhetliga. Beräkningen hänför sig i en del fall till flera faktorer och tarvar ofta räkenskapsgranskning. Vid anläggningsbidrag tillkommer bl. a., att anstalter och avdelningar skall avsynas. Angivna förhållanden föranleder, att både bidragstagarna och staten åsamkas ett betydande administrativt och kameralt arbete. Vidare synes statsbidragsvillkoren i vissa fall innebära en onödig begränsning av den kommunala bestämmanderätten.

Mentalsjukvårdens statsbidragsutrednings förslag om ett sammanförande av föreslaget nytt bidrag till den egentliga mentalsjukvården med nu utgående driftbidrag till övrig mentalsjukvård komme, anför departementschefen, att medföra en viss förenkling ifråga om dessa bidrag. I övrigt kvarstode behovet av översyn. En ytterligare komplikation av det nuvarande bidragssystemet uppkomme dessutom, därest separata bidrag till tjänsteläkarverksamhet aktualiserades.

Departementschefen yttrar vidare:

Jag förordar därför, att en utredning nu igångsättes för att åstadkomma en förenkling och rationalisering av det gällande statsbidragssystemet på kroppssjukvårdens område. Den föreslagna utredningen bör ha karaktär av en teknisk översyn av bidragssystemet. Därvid bör eftersträvas största möjliga förenkling utan att detta medför någon väsentlig ändring i kostnadsfördelningen mellan staten och huvudmännen.

Liksom vid omläggningen av driftbidragen till primärkommunerna och vid utarbetandet av förslaget rörande mentalsjukvården bör vid rationaliseringen av bidragsgivningen till den somatiska vården tillses, att åtgärderna icke leder till allvarliga omkastningar i de kommunala huvudmännens ekonomi och skattetryck. Utsikterna att utan sådana omkastningar nå fram till ett mycket enkelt bidragssystem synes emellertid vara gynnsamma i betraktande av att de berörda statsbidragen har relativt ringa ekonomisk betydelse för mottagarna. Det må nämnas, att enligt de av 1958 års besparingsutredning gjorda beräkningarna — vilka avser huvudparten av driftbidragen för den somatiska vården — i bidrag för verksamhetsåret 1957 utbetalades totalt cirka 34 milj. kronor till landstingskommunerna och 3,9 milj. kronor till de landstingsfria städerna. Bidragen motsvarade en sammanlagd genomsnittlig utdebitering för landstingskommunerna av 16 öre och för de landstingsfria städerna något mer än 4 öre per skattekrona. Om den totala bidragssumman hade fördelats efter invånarantalet, med landstingskommunernas och städernas invånare behandlade som två skilda grupper, skulle för landstingskommunerna i flertalet fall icke ha uppkommit större avvikelser än som motsvarats av en ändring i utdebiteringen med 3 öre per skattekrona; de största avvikelserna skulle ha varit 7,6 resp. 8,2 öre per skattekrona i förlust för två av landstingskommunerna. För städerna skulle avvikelsen i samtliga fall ha uppgått till högst 1 öre per skattekrona.

I första hand bör utredningen enligt departementschefen avse de nuvarande bidragen till somatisk vård utom speciella bidrag till undervisningssjukhusen. Frågan om sammanförande av ett särskilt statsbidrag till tjänsteläkarväsendet efter en eventuell huvudmannaskapsreform med övriga bidrag på hälso- och sjukvårdens område komme att prövas i särskild ordning.

I fråga om utredningsarbetets bedrivande framhåller departementschefen följande:

Utgångspunkten för arbetet bör vara att — i överensstämmelse med vad som skett beträffande driftbidragen till primärkommunerna och vad som föreslagits beträffande driftbidragen till sekundärkommunernas mentalsjukvård — söka genomföra en sammanslagning av alla eller flertalet driftbidrag inom den somatiska vården till ett allmänt sådant bidrag. Något hinder mot en sådan sammanslagning med hänsyn till att därmed en stimulerande verkan av bidragen skulle gå förlorad torde i stort sett ej föreligga.

I fråga om anläggningsbidragen bör prövas möjligheten att slopa de nuvarande bidragen, då dessa som regel icke torde vara av större kommunalfinansiell betydelse. En siffermässig belysning av detta förhållande torde böra lämnas. Om något eller några anläggningsbidrag finnes böra bibehållas såsom fristående, torde böra undersökas, huruvida icke — såsom 1946 års sakkunniga föreslog — bidrag bör avse endast vårdplatser, som representerar ett verkligt nytillskott, och alltså icke platser, som ersätter redan befintliga sådana. Härigenom skulle bidragsgivningen i varje fall successivt nedgå och kunna på ett senare stadium helt avvecklas. I detta sammanhang bör också uppmärksammas dels en av riksdagen i skrivelse den 3 december 1957, nr 380, berörd fråga om ändring av reglerna för återkrav i vissa fall av beviljade statsbidrag för uppförande eller inrättande av sjukvårdsanläggning, dels ock av medicinalstyrelsen i skrivelser den 19 juni 1958 och den 5 januari 1959 gjorda framställningar om befrielse från skyldighet att återleverera för anordnande av tuberkulos-

sjukvårdsanstalter och epidemisjukstugor uppburna statsbidrag i den mån vårdplatserna ej längre erfordras för ändamålet men användes för annat sjukvårdsändamål m. m.

För att underlätta den administrativa handläggningen bör bidragsbestämmelserna ges en schematisk utformning. 1946 års sakkunniga förordade, att det av dem föreslagna enhetliga driftbidraget till kroppssjukvårdsanstalter skulle utgå i form av invånarbidrag och vårddagsbidrag jämte vissa tillägg. Mentalsjukvårdens statsbidragsutredning har föreslagit invånar- och vårdplatsbidrag. Det synes mig icke uteslutet, att ett allmänt bidrag för de vårdändamål, som nu är ifråga, skulle kunna grundas uteslutande på invånarantal. Olika bidragsbelopp per invånare kan dock böra fastställas för landstingskommunerna och för de landstingsfria städerna. I den mån speciella bidrag skulle finnas böra alltjämt utgå, bör givetvis beräkningsmetoden också för dem göras så schablonartad som möjligt. Därest ett allmänt bidrag, beräknat efter befolkningstal eller enligt annan enhetlig metod, för vissa fall skulle anses ge ett otillfredsställande resultat, bör en kompletterande beräkningsregel göras enkel. Det torde böra undvikas att anknyta beräkningarna till de verkliga kostnaderna.

Den nuvarande bidragsgivningen inom den öppna somatiska vården avser till stor del löner, beräknade efter löneklasser i det statliga lönesystemet. Bidragen är alltså till denna del värdebeständiga i det de följer den statliga löneutvecklingen. De efter löneklass utgående bidragsbeloppen kan beräknas ha utgjort i det närmaste 40 % av totalsumman av de för verksamhetsåret 1957 utbetalade bidragen för sluten och öppen somatisk vård. Vid den nu förordade översynen av bidragssystemet på kroppssjukvårdens område bör övervägas i vad mån och på vad sätt det statliga stödet skall göras värdebeständigt.

Enligt gällande bestämmelser är städer, som ej tillhör landstingskommun, uteslutna från möjlighet att erhålla vissa bidrag. Vid utformningen av ett allmänt bidrag bör prövas, huruvida och i vad mån hänsyn till detta förhållande bör tagas vid utmätande av storleken av ett bidragsbelopp per invånare eller annan enhet.

Till arbetsuppgifterna vid översynen bör även höra att föreslå sådana bestämmelser om statligt inflytande över understödd verksamhet, som eventuellt må anses behövliga även i framtiden.

De anvisningar jag lämnat i det föregående har närmast avsett bidragsgivningen till landstingskommuner och landstingsfria städer. Beträffande andra slag av rättssubjekt, som enligt gällande föreskrifter kan komma i åtnjutande av statsbidrag, bör i första hand undersökas, huruvida bidragen kan slopas och uppgå i det generella bidraget åt de kommunala huvudmännen, som därvid i motsvarande mån böra lämna kompensation för de avlösta bidragen. Det kan också vara förtjänt att undersöka, om åtgärder bör vidtagas för att främja verksamhetens övergång till de kommunala sjukvårdshuvudmännen.

Slutligen bör utredningen vara oförhindrad att vid översynen upptaga även andra till ifrågavarande kommunala huvudmän utgående statsbidrag, vilka befinnes lämpligen kunna sammanföras med ett enhetligt statsbidrag på kroppssjukvårdens område.

Genom brev den 13 september 1963 har Kungl. Maj:t — under erinran om att Kungl. Maj:t den 31 maj 1963 beslutat att till riksdagen avlåta proposition (nr 171) angående landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård m. m., innefattande bl. a. principavtal i denna fråga — förordnat, att statsbidragsutredningens uppdrag skulle utvidgas till att omfatta jämväl översyn av utgående statsbidrag till psykiatriska lasarettskliniker, till anstalter för lättskötta psykiskt sjuka, psykiskt efterblivna, epileptiker, psykopatiska och nervösa barn samt till psykisk barna- och ungdomsvård ävensom övriga statsbidrag, som utredningen fann kunna behandlas i förevarande sammanhang.

KAPITEL 2

Historisk återblick

Sjukvården har i vårt land bedrivits av följande huvudmän, nämligen staten, landstingen och städerna utanför landsting, primärkommuner, föreningar, stiftelser och enskilda. Sålunda har staten sedan gammalt svarat för den kvalificerade, med retentionsrätt förenade mentalsjukvården (sinnessjukvården), medan landstingen och städerna utanför landsting handhaft övrig mentalsjukvård jämte undervisning och vård av psykiskt efterblivna, dock att Stockholm, Göteborg och Malmö jämlikt särskilda avtal ombesörjt hela sin mentalsjukvård. Landstingen och städerna utanför landstingen har vidare svarat för huvudparten av kroppssjukvården. Ehuru icke formellt huvudmän för den individuella hälsovården (den förebyggande vården) har landstingen i praktiken svarat jämväl för denna. Primärkommunerna har handhaft den allmänna hälsovården (omgivningshygienen) samt viss långtidssjukvård (kronisk sjukvård) i anslutning till sina ålderdomshem. Huvudmannaskapet för denna senare vårdgren har numera överförts på sekundärkommunerna. Föreningar, stiftelser och enskilda har fullgjort vissa vårduppgifter främst inom vanförevården, långtidssjukvården och vården av psykiskt efterblivna.

A. Den slutna sjukvården

Bland de uppgifter, som 1862 års landstingsförordning ålade landstingen, framstod sjukvården redan från början som den viktigaste. För att erhålla medel till verksamheten tillades landstingen beskattningsrätt. Denna rätt kom dock inte att utnyttjas omedelbart, då den s. k. sjukvårdsavgiften och brännvinsmedlen gav tillräckliga inkomster för att finansiera driften av de förefintliga lasaretten och sjukstugorna. Ytterligare inkomster inflöt till landstingen i form av legosängsavgifter samt räntor från egna fonder m. m. Att staten skulle direkt bidraga till verksamheten var då ej ifrågasatt.

Sjukvården genomgick emellertid en snabb utveckling och kom därigenom att utgöra en växande ekonomisk belastning för landstingen. Därvid uppkom frågan om statens ekonomiska medverkan för att stimulera till utbyggnad av vissa specialanstalter.

Tuberkulosvården

Tuberkulosvården var den vårdgren, där införandet av reguljära statliga bidrag först aktualiserades. *1905 års kommitté för ordnandet av tuberkulosvården* föreslog

sålunda i en utredning, som presenterades år 1907, särskilt statsunderstöd till denna vårdgren. Kommittén konstaterade att sjukvården i princip vore en landstingens och städernas utanför landsting angelägenhet. Principen hade emellertid brutits, då staten påtagit sig kostnaderna för hospitalen samt lämnat bidrag till vården av sinnesslöa barn och spetälskevården. Beträffande vården av de tuberkulösa tillkom vikten av att genom en ändamålsenlig vård uppspåra och oskadliggöra smittkällor, vilket väl motiverade statens ekonomiska stöd. Kommittén framlade en omfattande plan för tuberkulosvårdens ordnande och föreslog, att staten skulle i första hand lämna bidrag till bestridande av driftkostnaderna. Förslaget upptog ett bidragsbelopp av 50 öre per vårddag, vilket skulle motsvara 30 % av den beräknade genomsnittliga vårddagskostnaden. Därjämte föreslogs maximering av bidragsbeloppet på två sätt. Statsbidraget borde icke överstiga de kommunala huvudmännens tillskott. Bidraget borde vidare maximeras i förhållande till varje sjukvårdsområdes folkmängd. Vårdbehovet var störst i de stora städerna. Kommittén fann dock ej skäl föreslå större statsbidrag i förhållande till folkmängden för dessa än för övriga kommuner, då de stora städerna framstod som de ekonomiskt mest bärkraftiga bland rikets kommuner. Bidraget borde därför utgå för högst en plats per 1.000 invånare för samtliga sjukvårdsområden.

Kommittén ansåg, att uppförande av anstalterna helt borde bekostas av sjukvårdshuvudmännen. För att underlätta kapitalanskaffningen föreslogs dock, att staten skulle lämna 40-åriga amorteringslån med en fast räntesats, dock att räntefrihet skulle gälla intill dess byggnaderna färdigställts. Vidare föreslog kommittén vissa statsbidragsvillkor i fråga om lokalernas utformning m. m. ävensom vårdavgifternas storlek; den senare borde ej överstiga 1 kr per vårddag.

Departementschefen anslöt sig i proposition nr 166 till *1908 års riksdag* i princip till kommitténs förslag. I stället för statliga lån föreslog departementschefen dock särskilda anläggningsbidrag, vilka ansågs utgöra ett verksammare understöd än lån. Bidraget fixerades till en fjärdedel av de verkliga kostnaderna för anläggningen, exklusive tomt- och inventariekostnader. Med utgångspunkt från genomsnittlig anläggningskostnad av 4.000 kr föreslogs bidraget maximerat till 1.000 kr per plats. Ytterligare en maximering föreslogs så till vida, att bidrag skulle utgå för högst 1 plats per 1000 invånare utom för Jämtlands och Norrbottens län, där sjukdomen vore mest spridd och kommunernas ekonomiska bärkraft mindre än i andra län. Driftbidragen föreslogs även skola bestämmas till en fjärdedel av kostnaderna. Då medeldagkostnaden kunde beräknas till 2 kr per vårddag, borde driftbidraget fixeras till 50 öre. Närmare bestämmelser om driftbidragen förelades dock ej denna riksdag.

1908 års riksdag godtog i huvudsak departementschefens förslag. Man frångick dock fjärdedelsprincipen och bestämde, att statens bidrag skulle maximeras till hälften av anläggningskostnaden, dock högst 1.000 kr per plats.

Driftbidragsfrågan avgjordes vid *1909 års riksdag,* varvid bidraget sattes till 50 öre per vårddag utan anknytning till viss del av kostnaderna. Samma kvotregel som beträffande anläggningsbidragen godkändes. Som villkor för driftbidrag skulle gälla att vårdavgiften på allmän sal finge uttagas med högst 1 kr per vårddag.

Med anledning av penningvärdets fall under första världskriget höjdes genom beslut av 1919 års riksdag anläggningsbidraget till 2.000 kronor per vårdplats samt driftbidraget till 2 kronor per vårddag för tuberkulossjukhus (s. k. A-platser) och kronor 1.50 per vårddag för tuberkulossjukstugor och lasarettsavdelningar för tuberkulösa (s. k. B-platser). Under förra hälften av 1920-talet vidtogs emellertid en sänkning av bidragsbeloppen till kronor 1.75 respektive 1.25, varvid dock kvotbegränsningen för landstingens del bortföll beträffande både anläggnings- och driftbidragen.

Efter förslag av *statens sjukvårdskommitté* i ett år 1934 avgivet betänkande angående den slutna kroppsvården i riket (SOU 1934: 22) fastställde sedermera *1939 års riksdag* bidragen till kr 1.75 respektive 1.50, vilket beräknades motsvara hälften av driftkostnaderna, sedan vårdavgiften avdragits. Samtidigt fixerades de högsta patientavgifterna till kr 1.50 för A-plats och 1.25 för B-plats. Sjukvårdsområde med en tuberkulosdödlighet överstigande 25 procent av riksmedeltalet skulle vidare kunna erhålla förhöjt driftbidrag. Anläggningsbidragskungörelsen ändrades icke på motsvarande sätt, men förhöjt bidrag till anläggningar inom distrikt med hög tuberkulosdödlighet hade sedan flera år utgått efter riksdagsbeslut från fall till fall. Därjämte upphävdes gällande kvotregel för driftbidraget till städerna utanför landsting. Gällande bestämmelser återfinnes i kap. 3.

Epidemivården

Närmast följande vårdgren, som kom i åtnjutande av statsbidrag, var den slutna epidemivården, i samband med att ansvaret för densamma enligt 1919 års epidemilag ålades sekundärkommunerna. Förslag angående statligt bidrag till epidemivården hade framlagts redan av *1909 års hälsovårdskommitté* i ett år 1915 avgivet betänkande. De epidemiska sjukdomarnas allmänfarliga karaktär motiverade statens ekonomiska engagemang i erforderliga åtgärder till deras motverkande. Under hänvisning till att staten påtagit sig väsentliga delar av kostnaderna för sinnessjukvården och tuberkulossjukvården syntes det kommittén fullt riktigt, att staten i någon mån och i någon form bidroge till kostnaderna för epidemisjukvården.

Kommittén föreslog ej införandet av något anläggningsbidrag, då i de flesta fall tillräckligt antal epidemivårdplatser redan stode till förfogande och en viss ojämnhet huvudmännen emellan skulle bli följden, därest anläggningsbidrag infördes. Med hänsyn till den ojämna beläggningen föreslog kommittén ett driftbidrag med ett fast årligt belopp per vårdplats. Beloppet fixerades till 1.50 kronor per år, vilket beräknades ungefär svara mot räntan på anläggningskostnaden. Förslaget upptog införande av en kvotregel av innebörd, att bidrag skulle utgå för högst 1 plats per 1000 invånare för samtliga sjukvårdsområden, motsvarande i stort sett vårdbehovet på landsbygden enligt kommitténs egna undersökningar. För städerna vore platsbehovet det dubbla, men kommittén fann det rättvist att städerna själva finge svara för den del av kostnaderna för epidemisjukväsendet, som kunde anses förorsakad av deras egenskap av städer.

Departementschefen uttalade i proposition nr 153 till 1919 års riksdag med förslag till epidemilag, att det ej rådde tvivel därom, att beviljandet av driftbidrag vore en

förutsättning för ett effektivt genomförande av de föreslagna reformerna inom epidemisjukvården. Även anläggningsbidrag borde införas. Denna uppfattning godkändes av riksdagen, som tillade att anläggningsbidraget jämväl borde utgå till av landsting före epidemilagens ikraftträdande uppförda epidemisjukhus.

Den närmare utformningen av statsbidragssystemet antogs av *1920 års riksdag.* Departementschefen anförde i proposition nr 146, att anläggningsbidrag borde införas med retroaktiv verkan men förbehållas landstingen. Städerna utanför landsting borde ej erhålla statsbidrag bl. a. med hänsyn till att gällande epidemistadga redan ålade städerna skyldighet att uppföra epidemisjukhus. Bidraget borde i likhet med vad som gällde tuberkulossjukvårdsanstalter bestämmas till högst hälften av den verkliga byggnadskostnaden men icke överstiga 2.000 kr per vårdplats. Driftbidraget föreslogs till 2 kr per vårddag. Någon kvotregel upptogs ej.

Motionsvägen hade väckts förslag om att även städerna utanför landsting skulle tillerkännas byggnadsbidrag för sådana epidemisjukhus, som uppfördes efter den nya epidemilagens ikraftträdande, vilket riksdagen biföll. Anläggningsbidraget fastställdes till 2.500 kr för varje efter år 1915 påbörjad plats och 1.000 kr för övriga platser. I övrigt godkändes departementschefens förslag.

Kronikervården

Kronikervården eller vården av långvarigt kroppssjuka behandlades första gången i statsbidragssammanhang i ett av 1907 års *fattigvårdslagstiftningskommitté* år 1915 avlämnat betänkande angående förslag till lag om fattigvården. Kommittén erinrade om den stora bristen på särskilda anstalter för kroniskt sjuka personer, som medförde, att dessa i allmänhet måste vårdas i hemmen under otillfredsställande förhållanden. Landstingen och städerna utanför landsting ävensom andra kommuner borde intresseras att inrätta sjukhem för vård av kroniskt sjuka. Staten borde därvid träda till och bistå ekonomiskt, i första hand med anläggningsbidrag men även driftbidrag borde införas. I anledning härav tillsattes särskilda sakkunniga med uppdrag att närmare utreda frågan om vården av kroniskt sjuka. De sakkunnigas betänkande i ämnet, som avgavs år 1921, blev sedermera enligt uppdrag överarbetat av *medicinalstyrelsen,* som år 1926 framlade förslag i ämnet.

Efter remissbehandling upptogs frågan till behandling vid *1927 års riksdag.* I proposition nr 112 underströk departementschefen angelägenheten av att kronikervården skyndsamt ordnades. Flera huvudmän hade i avvaktan på statsmakternas beslut i statsbidragsfrågan väntat med inrättandet av vårdhem. De kroniskt sjuka vore mestadels att betrakta som invalider och således likställda med vanföra, till vilkas vård staten sedan länge lämnat bidrag. I allmänhet vore deras belägenhet även jämförbar med de tuberkulossjukas. Motivet till statsunderstöd åt tuberkulosvården hade enligt departementschefens mening varit det stora vårdbehovet, som icke kunde tillgodoses utan statlig hjälp. Samma situation var rådande i fråga om de kroniskt sjuka. Staten lämnade sedan många år bidrag till radiumhemmet i Stockholm, där många patienter tillhörde kategorien kroniskt sjuka. Såväl anläggnings- som driftbidrag borde därför tilldelas den kroniska sjukvården.

Berättigade att åtnjuta statsbidrag borde vara landsting samt såväl lands- som stadskommuner, kommunalförbund, föreningar och enskilda. En kvotregel borde införas med hänsyn icke blott till statsfinansiella skäl utan även den svårbestämbara gränsen mellan de sjuka, för vilkas vård bidrag skulle utgå, och exempelvis klienter å allmänna ålderdomshem. Kvotregeln borde gälla såväl anläggnings- som driftbidrag, vilka icke borde utgå för mer än en plats per 1000 invånare. För städerna utanför landsting föreslogs en snävare kvotgräns eller en plats för 2000 invånare med hänsyn till dessa städers större ekonomiska möjligheter för ordnandet av denna vårdform liksom annan sjukvård.

Med hänsyn till att bidragen vore stimulansbidrag borde anläggningsbidrag utgå endast för sådana anstalter, som anordnades framdeles. Statsbidrag borde ej heller utgå till anstalter, som vid ingången av år 1927 av den, som avsåge att driva dem för kronisk sjukvård, användes för sjukvård, även om användningen icke gällde vård av kroniskt sjuka.

Vad beträffar bidragens storlek ansåg departementschefen, att något lägre belopp än för tuberkulos- och epidemivården borde ifrågakomma, då hemmen för kroniskt sjuka kunde göras enklare. Bidragsbeloppen begränsades därför till 1.500 kr per plats i nyuppförd anstalt, till 1.000 kr per plats i inköpt byggnad och till 750 kr per plats i en i vederbörandes ägo befintlig byggnad, som omändrades till vårdhem för ifrågavarande sjuka. Samtidigt föreslogs en maximering av bidragen till halva anläggningskostnaden.

I fråga om driftbidragen godtog departementschefen principen om en tredelning av vårddagskostnaden. Med utgångspunkt från en genomsnittlig vårddagskostnad av 3 kr med avdrag för 30 öre, motsvarande dagsbeloppet för då utgående pension enligt lagen om allmän pensionsförsäkring, skulle återstoden eller kronor 2: 70 fördelas så, att statsbidraget bestämdes till en tredjedel därav eller till 90 öre per dag. Högsta vårdavgiften föreslogs till kr 1: 50.

Riksdagen godkände i huvudsak den framlagda propositionen.

1941 års reumatikervårdssakkunniga framhöll i ett den 10 juni 1944 avlämnat betänkande (SOU 1944: 28) att vårdbehovet för vissa reumatiskt sjuka borde i viss mån tillgodoses genom ett utbyggande av hemmen för kroniskt sjuka. För möjliggörande härav föreslogs borttagandet av kvotgränsen ävensom en höjning av statsbidragsbeloppen till det dubbla beträffande såväl uppförande som drift av kronikerhem.

I proposition nr 113 till *1945 års riksdag* förklarade departementschefen, att några allvarliga hinder visserligen icke mötte mot upphävande av kvotgränsen. Rådande läge påkallade dock en viss återhållsamhet i fråga om byggnadsverksamheten, icke minst den av staten understödda delen därav. Departementschefen anslöt sig därför till ett av medicinalstyrelsen framfört förslag om en höjning av kvotgränsen med 50 %. Anläggningsbidragen föreslogs höjda med cirka en tredjedel från 1.500 till 2.000 kronor per plats och driftbidraget från 90 öre per dag till kronor 1: 50. Förslaget godkändes av riksdagen.

I senare sammanhang har frågan om kvotgränsen varit föremål för ytterligare

överväganden, dock utan att leda till något resultat från statsmakternas sida. Se härom närmare i kap. 4 och 6.

Förlossningsvården

Förlossningsvården var föremål för utredning av bl. a. *1935 års befolkningskommission*, som i ett år 1936 avgivet betänkande (SOU 1936: 12) framlade förslag till vissa utvidgningar av statsbidragsrätten i förhållande till ett av statens sjukvårdskommitté framlagt förslag. För att uppnå det av kommissionen uppställda målet att förlossningsvård å anstalt till rimlig kostnad skulle stå varje kvinna till buds, som önskade begagna sig därav, ansågs det icke tillfyllest att staten endast lämnade driftbidrag till sådan vård, utan borde staten också åtaga sig viss del av kostnaderna för erforderlig utbyggnad genom landstingens och städernas utanför landsting försorg. Bidraget för nybyggnad borde bestämmas till samma belopp som inom epidemivården eller 2.500 kr per plats. De nordligaste länen borde med hänsyn till deras skattebördor och högre nativitet komma i åtnjutande av förhöjt byggnadsbidrag.

Förslag till förbättrad förlossningsvård framlades i proposition nr 39 till *1937 års riksdag*. Departementschefen föreslog där att såväl anläggnings- som driftbidrag skulle utgå trots viss tveksamhet i fråga om förslaget om anläggningsbidragen med hänsyn till de konsekvenser det kunde medföra beträffande annan lasarettsvård. Den ekonomiska situationen för flera landsting vore emellertid sådan att utan statlig hjälp den slutna barnbördsvårdens utbyggnad kunde komma att sättas i efterhand, innebärande ett icke önskvärt dröjsmål för denna viktiga fråga. Byggnadsbidraget sattes till 2.500 kr per plats, medan driftbidraget föreslogs till 2 kr per vårddag, dock för högst 10 dagar per barnaföderska. Vårdavgiften maximerades till 1 kr per vårddag.

Riksdagen godkände i huvudsak departementschefens förslag. Med anledning av motionsvägen väckt yrkande beslöts dock, att driftbidraget för barnbördsavdelningar vid lasarett och sjukstugor samt förlossningshem med minst 6 vårdplatser skulle höjas till 3 kr per vårddag med den begränsningen, att summan av bidraget och dagavgifterna i intet fall finge överstiga anstaltens verkliga driftkostnad.

I samband med införandet av den allmänna sjukförsäkringen slopades sedermera statsbidraget till driften av förlossningsanstalter med utgången av år 1954.

Medicinsk barnsjukvård

Frågan om statsbidrag till medicinsk barnsjukvård behandlades av *medicinalstyrelsen* i ett den 30 oktober 1935 avgivet förslag i ämnet. Styrelsen fann det vara av största betydelse, att en utbyggnad av avdelningar för barnsjukdomar vid lasaretten snarast komme till stånd och konstaterade, att en viss obenägenhet förelåge för ett snabbt igångsättande av uppförandet av sådana avdelningar.

På grund härav borde statsbidrag beviljas landstingen och städerna utanför landsting till såväl driften som uppförandet av dylika avdelningar. Medicinalstyrelsen förutsatte vidare, att driftbidrag skulle utgå till redan befintliga fristående barnsjukhus, som av styrelsen kunde godkännas för ändamålet.

Anläggningsbidraget föreslogs utgå med 2.000 kr per plats med sedvanlig klausul om hälftendelning. Driftbidraget borde bestämmas till kr 1: 75 per dag och patient under villkor att patientavgift ej uttoges med högre belopp än kr 2: 75, motsvarande högsta legosängsavgiften enl. Kungl. Maj:ts vårdtaxa (kr 4: 50) minskad med statsbidraget.

I fråga om platsbehovet konstaterade styrelsen att det stötte på oöverstigliga svårigheter att beräkna detta men förordade, att det inrättades två platser per 10.000 invånare, till vilket antal platser såväl anläggnings- som driftbidragen borde begränsas.

Departementschefen tillstyrkte i proposition nr 84 till *1939 års riksdag* i huvudsak medicinalstyrelsens förslag. Då barnsjukvården beräknades draga samma byggnadskostnader som förlossningsavdelningar vid lasaretten, föreslogs, att maximibidraget för ny vårdplats skulle utgå med 2.500 kr. Vid användande av för annat ändamål uppförd byggnad borde maximisumman bestämmas till 1.250 kr per plats. Vidare föreslogs viss gradering av bidragen med tanke på den höga skattebördan inom vissa barnrika sjukvårdsområden. Även särskilt stor spädbarnsdödlighet borde beaktas. Förhöjt bidrag skulle utgå efter prövning av Kungl. Maj:t i varje särskilt fall. En gradering kunde enligt departementschefen lämpligen ske på så sätt, att sjukvårdsområden, där antalet barn under 15 år med högst 30 procent överstege rikets medeltal, komme i åtnjutande av en förhöjning med högst 500 kr samt områden med ännu högre procenttal barn under 15 år en förhöjning med ytterligare 500 kr, allt per vårdplats. Statsbidraget finge dock i intet fall överstiga verkliga kostnaden för inrättandet av platserna.

I fråga om driftbidraget följdes i propositionen samma princip som tidigare tillämpats för andra grenar, d. v. s. staten och vederbörande huvudman skulle svara för hälften var av vårdkostnaden efter avdrag för patientavgiften. Med en beräknad vårddagkostnad av kr 5: 50 och vårdavgiften lämpligen bestämd till kr 1: 50 skulle statsbidraget bli 2 kr per vårddag. Förhöjning av bidraget kunde utgå för vissa områden liksom ifråga om anläggningsbidraget.

Riksdagen godkände i huvudsak departementschefens förslag med understrykande att vid bedömandet av det extra barnsjukvårdstillägget avgörande betydelse borde tillmätas skatteunderlagets storlek.

Sedan medicinalstyrelsen ånyo utrett vårdbehovet för den medicinska barnsjukvården, beslöt *1946 års riksdag* godkänna en proposition i ärendet om höjning av kvotsiffran. Statsbidrag skulle enligt beslutet kunna utgå för högst en vårdplats på varje tal av 2.500 av sjukvårdsområdets invånare.

Vården av lättskötta psykiskt sjuka

Frågan om driftbidrag till vårdhem för lättskötta sinnessjuka (numera lättskötta psykiskt sjuka) upptogs först till behandling av *statens sjukvårdskommitté,* vars förslag genom proposition nr 206 förelades *1936 års riksdag.* Driftbidraget bestämdes därvid till kr 1: 25 per dag och patient på villkor att för patienten icke uttogs högre dagavgift än 50 öre. Kommittén hade icke ansett erforderligt att statsbidrag utginge

jämväl till anordnande av vårdhem för denna kategori sjuka. Riksdagen ansåg emellertid synnerligen angeläget att erforderligt antal vårdhem snarast möjligt komme till stånd i samtliga sjukvårdsområden och att statsbidrag — efter prövning av Kungl. Maj:t i varje särskilt fall — utginge jämväl till uppförande och anordnande i övrigt av vårdhem. Därvid borde i huvudsak de grunder, som gällde för anordnande av hem för kroniskt sjuka, tillämpas. *Medicinalstyrelsen* framlade därefter på anmodan av Kungl. Maj:t förslag till grunder rörande statsbidrag till uppförande, inrättande eller inlösen av vårdhem för lättskötta sinnessjuka. Enligt detta skulle statsbidrag kunna utgå till landsting eller stad utom landsting med olika belopp, för nybyggnad med hälften av byggnadskostnaderna, dock högst 1.500 kr för varje vårdplats, för inköp av befintlig byggnad med hälften av köpesumman samt kostnaderna för om- och tillbyggnadsarbeten, dock högst 1.000 kr per plats, samt för ianspråktagande av i huvudmannens ägo för annat ändamål uppförd byggnad med hälften av kostnaderna för erforderliga om- och tillbyggnadsarbeten, dock högst 750 kr per plats. Statsbidraget begränsades till 1 plats per 1000 invånare, en begränsning som dock upphävdes sedermera. Förslaget framlades i *1937 års statsverksproposition* (V ht, sid. 179) och godkändes av riksdagen.

Psykiatrisk lasarettsvård

År 1946 utökades antalet statsbidragsberättigade vårdgrenar med ytterligare en, i det att den psykiatriska lasarettsvården kom att ingå i statsbidragssektorn. *Medicinalstyrelsen* hade i ett förslag till 10-årsplan för sinnessjukvården förordat, att vid centrallasaretten skulle anordnas psykiatriska kliniker, främst för att centrallasarettens resurser skulle kunna utnyttjas för undersökning och vård av de allt talrikare psyko-somatiska fallen. Ifråga om fördelning av anläggningskostnaderna kunde man tänka sig antingen möjligheten att staten påtoge sig hela kostnaden eller bidroge med visst belopp per vårdplats. Det förra tillvägagångssättet tillämpades vid uppförande av den psykiatriska kliniken i Lund, som med statligt bidrag till driften dreves i landstingets regi. Med hänsyn härtill föreslog styrelsen, att huvudmännen skulle få samtliga anläggningskostnader täckta. Vårdplatsbidraget föreslogs till 12.000 kr. Därjämte förslogs statsbidrag till driften.

I proposition nr 177 till *1946 års riksdag* föreslogs att statsbidrag skulle utgå till landstingen för psykiatriska lasarettsavdelningar, varvid dock anläggningsbidraget borde begränsas till hälften av byggnadskostnaden, dock högst 6.000 kr per plats. Driftbidraget föreslogs till 3 kr per vårddag vid en högsta patientavgift av kr 2: 50 per dag. Propositionen godkändes av riksdagen.

Vården av psykiskt efterblivna

Statligt bidrag till undervisning och vård av psykiskt efterblivna utgick första gången redan år 1870, då riksdagen beviljade anslag å extra stat med 2.500 kronor för utgivande av understöd om 100 kr för varje vid en viss anstalt intaget sinnesslött barn. Flera anstalter erhöll sedermera bidrag och år 1877 föreslog *sundhetskollegium* ett

allmänt anslag till sinnesslövården, att utgå som bidrag med 100 kr om året för varje sinnesslö på anstalt som hade till uppgift att genom undervisning och lämplig sysselsättning göra de sinnesslöa till nyttiga samhällsmedlemmar. De sinneslöa, som inte kunde tillägna sig någon grad av utbildning, lämnades utanför den statliga bidragsgivningen med undantag för barn vid de två anstalter, som bedrev utbildning av lärarinnor och sköterskor på området. Riksdagen godtog i stort sett sålunda föreslagna grunder, varefter en kungörelse i ämnet utfärdades av Kungl. Maj:t den 18 maj 1878.

Sedermera utvidgades bidragsrätten att omfatta jämväl arbetshemselever ävensom sinnesslöa, omhändertagna i s. k. kontrollerad familjevård. På grundval av ett av medicinalstyrelsen framlagt förslag höjdes bidragsbeloppen väsentligt vid *1919 års riksdag*, innefattande bl. a. en ökning av bidragsbeloppet till arbetshem för sinnesslöa, som icke voro fallandesjuka eller blinda, till 300 kr per år och intagen, om arbetshemmet anordnats och understöddes av landsting eller stad utanför landsting, och till högst detta belopp till enskilt arbetshem samt högst 200 kr per år och utackorderad till arbetshem, som anordnade kontrollerad familjevård för sinnesslöa. En minskning av bidragsbeloppen beslöts vid 1923 och 1924 års riksdagar till följd av prissänkningar, men sedan medicinalstyrelsen år 1941 påtalat, att statsbidragen på grund av prisstegringar ej längre motsvarade en tredjedel av driftkostnaderna, blev bidragen vid *1942 års riksdag* åter uppräknade i viss utsträckning. Därvid bestämdes statsbidragen per lästermin respektive halvår till a) uppfostringsanstalter för sinnesslöa, som ej vore fallandesjuka eller blinda, till 225 kr för interner och kr 112: 50 för externer och b) arbetshem för sådana sinnesslöa till 175 kr (i båda fallen med de nämnda beloppen fastställda som maximibelopp i fråga om enskild anstalt). Statsbidraget till kontrollerad familjevård förblev dock oförändrat.

Sedan särskilda sakkunniga år 1943 presenterat ett förslag till lagstiftning angående skolplikt för bildbara sinnesslöa barn m. m., framlades i proposition (nr 205) till *1944 års riksdag* förslag till lag om undervisning och vård av bildbara sinnesslöa. Vid samma riksdag framlades även proposition (nr 206) angående statsbidrag till uppförande m. m. av anstalter för bildbara sinnesslöa, vilket innebar en nyhet, då dittills statsbidrag utgått endast till driftkostnaderna för sinnesslöanstalter av olika slag. Statsbidrag skulle enligt propostiionen utgå för *nya* vårdplatser vid kommunala anstalter med 4.000 kr per plats, dock högst 3/4 av verkliga byggnadskostnaden. Propositionen bifölls av riksdagen.

Vid *1945 års riksdag* godkändes en betydande höjning av statsbidragen till driftkostnaderna, nämligen till 400 kr för elev och halvår vid såväl upptagningshem som skolhem och arbetshem för sinnesslöa, som icke voro fallandesjuka, samt för varje barn, som endast åtnjöt undervisning i sinnesslöskola, högst 100 kr per halvår. Vidare medgavs statsbidrag för löner åt föreståndare och läkare vid skolhem och arbetshem, samorganiserade med skolhem, begränsat till 3/4 av kostnaderna.

Som ovan nämnts utgick från början statsbidrag icke till vården av obildbara sinnesslöa, d. v. s. sinnesslöa som icke kunde bibringas någon grad av utbildning. 1904 fastställdes emellertid bidragsrätt även för anstalter för obildbara sinnesslöa.

Statsbidraget utgick med högst 250 kr för varje obildbar sinnesslö, oavsett ålder, så länge asylvård åtnjöts. Bidragsbeloppet blev efterhand föremål för både höjning och sänkning för att år 1942 fastställas till högst 225 kr per intagen och halvår.

En författningsmässig reglering omfattande samtliga kategorier sinnesslöa genomfördes med *1954 års lag* om undervisning och vård av psykiskt efterblivna (SFS nr 483), där landstingens och städernas utanför landsting huvudmannskap i princip fastslogs. Undantag från detta huvudmannaskap stipulerades för vissa mera svårskötta kategorier, de s. k. § 4-fallen, för vilka staten alltjämt skulle svara. I två kungörelser samma år (SFS nr:ris 738 och 739) fastställdes även väsentligt förbättrade statsbidrag inom området. Dessa finnes återgivna i kap. 3.

Epileptikervården m. m.

Vården av epileptiker bedrevs till sin början på privat initiativ vid Vilhemsro anstalt utanför Jönköping, där fallandesjuka barn mottogs. Vilhelmsro visade sig emellertid snart icke kunna mottaga alla anmälda, varför under de följande årtiondena ett flertal anstalter tillkom, bl. a. Margaretahemmet och svenska diakonsällskapets anstalt å Stora Sköndal. Under 1910-talet utvecklades verksamheten vid anstalter för fallandesjuka avsevärt.

Statsbidrag till epileptikervården utgick till en början helt inom ramen för sinnesslövården. Med anledning av två motioner godkände emellertid *1914 års senare riksdag*, att statsbidraget till epileptikervården skulle utgå jämväl för i anstalt för fallandesjuka intagna icke sinnesslöa barn jämte arbetshemselever, som icke vore från barndomen sinnesslöa. Statsbidraget bestämdes till lika belopp för sinnesslöa och icke sinnesslöa fallandesjuka eller 250 kr om året. Efter en av medicinalstyrelsen verkställd utredning föreslogs att statsbidrag skulle utgå till uppfostringsanstalt och arbetshem för fallandesjuka med 250 kr för varje intagen per läsår respektive halvår, vilket förslag bifölls av 1919 års riksdag. Efter minskning av statsbidraget vid 1923 och 1924 års riksdagar blev bidragsgrunderna sedermera väsentligt förbättrade.

Gällande bestämmelser återfinns i kap. 3.

Angående vården av psykopatiska och nervösa barn hänvisas till kap. 3.

B. Hälsovård och öppen sjukvård

Hithörande vårdgrenar har i stort sett växt fram under 1930—1940-talen. Undantag utgör dispensärvården, distriktsbarnmorskeväsendet och distriktsvården, som är av äldre datum.

Dispensärvården

Den förebyggande tuberkulosbekämpningen började sålunda växa fram under början av 1900-talet och utvecklades i snabb takt, sedan 1914 års riksdag beslutat införa statsbidrag till av landsting, kommun, länsförening mot tuberkulos eller annan bestående korporation bedriven dispensärverksamhet. Städerna utanför landsting

undantogs därvid från rätten till statsbidrag. Statsbidraget bestämdes till högst en tredjedel av det utav landsting, kommuner eller korporationer till dispensären anvisade beloppet för utgifter för läkar- och sjuksköterskearvoden, resor i dispensärens tjänst, hyra för och underhåll av dispensärlokal, inköp av nödvändiga sjukvårdsartiklar m. m. Bidrag utgick dock icke för vad som lämnats såsom understöd åt enskilda personer. För erhållande av statsbidrag erfordrades att dispensären förestods av legitimerad läkare, och därjämte föreskrevs att vid dispensären anställda sjuksköterskor skulle ha såväl fullgod allmän sjukvårdsutbildning som undervisning vid särskild dispensärkurs. Vid 1937 års riksdag beslöts en ny organisation av dispensärverksamheten, som alltjämt är i huvudsak gällande. Centraldispensärer — antingen fristående eller anslutna till sanatorium eller lungklinik — skulle inrättas över hela landet, minst en inom varje landstingskommun. Som komplement till dessa tillskapades distriktsdispensärer *dels* av typ I, där distriktssköterska skulle handha dispensärarbetet jämsides med övriga uppgifter, *dels ock* av typ II, som närmast motsvarande den äldre dispensärtypen. Statsbidraget fixerades till högst hälften av det belopp, som återstod sedan sammanlagda summan av de statsbidragsberättigade utgifterna minskats med summan av under året influtna bidrag från kommuner och riksorganisationer, landtingsanslaget oberäknat. En ökning av statsbidraget med högst 50 % kunde ifrågakomma för dispensärvårdsområde med särskilt hög tuberkulosdödlighet i förhållande till riksmedeltalet. Grunderna för statsbidraget har under årens lopp ändrats på flera punkter, bl. a. år 1956, varvid nuvarande grunder för beräkning av statsbidrag infördes. Härutinnan hänvisas till kap. 3.

Distriktsbarnmorskeväsendet

Den första kungörelsen angående statsbidrag till barnmorskeväsendet daterar sig från år 1920, då ansvaret för denna vårdgren överflyttades från primärkommunerna till landstingen. Statsbidrag skulle enligt kungörelsen utgå för år med *dels* 200 kr som bidrag till begynnelseavlöning, *dels ock* det eller de ålderstillägg å 100 kr, vartill barnmorskan kunde vara berättigad, dock allenast för tid under vilken distriktsbarnmorsketjänst varit besatt med ordinarie innehavare. Som villkor för erhållande av statsbidrag skulle gälla bl. a. att distriktsbarnmorskas och vikaries avlöningsförmåner fullt motsvarade vad i sådant avseende stadgades. Nämnda kungörelse ersattes år 1926 med en ny kungörelse, som dels innebar en höjning av statsbidragsbeloppet till distriktsbarnmorskas begynnelselön med 50 kr, dels ock som nytt moment införde bidrag till avlönande av reservbarnmorska med 100 kr för år. Från och med år 1938 höjdes bidragsbeloppen väsentligt och fixerades till 1.500 kr för distrikts- eller reservbarnmorska jämte ifrågakommande ålderstillägg ävensom det lönetillägg å högst 300 kr, vartill barnmorskan kunde vara berättigad. Även stad utanför landsting, som undantagits från distriktsindelning, kunde komma i åtnjutande av bidrag med 1.500 kr för varje barnmorska, med vilken staden träffat avtal. Med vissa ändringar gällde dessa grunder till den 1 juli 1947, då nuvarande kungörelse i ämnet trädde i kraft. Denna redovisas i kap. 3.

Distriktsvården

Statsbidrag till distriktsvården infördes jämväl år 1920 i avsikt att förbättra hälso- och sjukvården på landsbygden. Bidragsmottagare var landsting samt lantkommuner eller sammanslagning av sådana, vilka anordnat distriktsvård enligt en av Kungl. Maj:t godkänd plan. Bidraget skulle utgå för den sjukvård, som kunde bedrivas i hemmen, ävensom för upplysande och rådgivande verksamhet avseende barnavård, bostadsvård och hälsovård. Statsbidraget utgjorde 500 kr per år för varje distriktssköterskebefattning för tid, varunder den uppehållits av ordinarie innehavare eller vikarie, som genomgått godkänd sjuksköterskeskola samt bevistat fullständig kurs vid statens skola för utbildning av distriktssköterskor. Vissa bestämmelser angående distriktsvårdens organisation liksom om distriktssköterskornas löne- och andra förmåner gavs också i kungörelsen. Överinseendet över distriktsvården ålades medicinalstyrelsen. Med vissa ändringar och kompletteringar blev dessa grunder gällande till utgången av år 1935, då nuvarande kungörelse trädde i kraft. Därmed infördes en ny norm för bidragsgivningen i det att bidraget bestämdes till hälften av den i viss löneklass utgående lönen. Bidraget ansågs närmast motsvara kostnaden för distriktssköterskans hälsovårdande arbete.

Den förebyggande mödra- och barnavården

Denna vårdgren införlivades bland de statsbidragsberättigade vårdområdena genom en kungörelse av år 1937 (nr 745), som trädde i kraft den 1 januari 1938. Enligt nämnda kungörelse utgick statsbidrag till landsting eller stad utanför landsting, som anordnade förebyggande mödra- och barnavård enligt en av medicinalstyrelsen godkänd plan. Verksamheten skulle bedrivas vid mödravårdscentraler och barnavårdscentraler i anslutning till barnbördshus, barnsjukhus eller lasarett, i första hand under ledning av specialutbildad läkare samt med biträde av sjuksköterska eller, vad angår mödravårdscentral, av barnmorska. Verksamheten kunde även bedrivas vid gemensam mödra- och barnavårdscentral under ledning av legitimerad läkare och med biträde av sjuksköterska resp. barnmorska. Slutligen kunde verksamheten vara förlagd till mödra- och barnavårdsstation under ledning av tjänsteläkare och förlagd till dennes mottagningslokaler samt med biträde av distriktssköterska resp. distriktsbarnmorska. Statsbidraget förutsatte, att mödra- och barnavården lämnades avgiftsfritt. Bidrag utgick *dels* med ett engångsbelopp till inredning och utrustning av lokaler för mödra- och barnavårdscentraler intill hälften av den verkliga kostnaden, dock högst 1.000 kr för varje central, *dels* med ett årligt belopp till avlöning åt läkare, sjuksköterskor och barnmorskor, *dels ock* med viss procent av sammanlagda kostnaderna för befattningshavarnas resor för hembesök hos spädbarn, dock icke för resor enbart inom stad, köping eller municipalsamhälle. Verksamheten skulle stå under överinseende av medicinalstyrelsen samt vederbörande förste provinsialläkare eller förste stadsläkare.

År 1944 tillkom en ny kungörelse, som medförde en utökning av verksamheten till delvis nya organ av såväl central som lokal natur. Samtidigt vidgades vården att omfatta havandeskapssjukdomar som icke fordrade vård å sjukhus. Statsbidrags-

grunderna gjordes också mera generösa. Bl. a. höjdes bidraget till inredning och utrustning av mödra- och barnavårdscentral med gemensamma lokaler till högst 1.500 kr. Bidragen till läkares avlönande grundades i princip på prestation, beräknad efter medeltalet besökande per mottagning under året. Dock fastställdes vissa minimi- och maximibelopp för ersättningens storlek per mottagning. Bidraget till sjuksköterskors och barnmorskors avlönande utgick som tidigare med 1.000 kr (jämte ålderstillägg) för heltidsanställd och 500 kr för deltidsanställd befattningshavare, till vars avlöning staten icke bidrog i annan ordning. Antalet bidragsberättigade tjänster vid varje central begränsades dock till tre. I fråga om bidraget till resor innebar den nya kungörelsen en utvidgning av bidragsrätten till att avse dels befattningshavares resor till filialer och hembesök hos havande kvinnor och mödrar, dels ock havande kvinnors, mödrars och barns resor till mottagningar för mödra- och barnavård enligt samma grunder, som gällde för hembesök hos spädbarn.

Kungörelsen ändrades och kompletterades år 1955 på ett flertal punkter. Därvid infördes statsbidrag för särskilt anordnad mottagning för rådgivning beträffande barn, som företedde uppfostringssvårigheter eller neurolabila symtom och icke hörde hemma inom den psykiska barna- och ungdomsvården. Vidare utvidgades den förebyggande mödravården till att omfatta mödragymnastik och behandling av sjukdomar, vilka föranletts av förlossning, ävensom rådgivning beträffande förebyggande födelsekontroll. Prestationsersättningen till läkarna jämte därtill anknutna minimi- och maximibelopp höjdes för att dock redan året därpå bli föremål för viss omläggning. Slutligen bestämdes, att för bidrag till heltidsanställd sjuksköterska eller barnmorskas avlöning skulle gälla samma grunder som beträffande distriktssköterskebefattning, d. v. s. bidrag skulle i princip utgå med hälften av de kontanta löneförmånerna. Dessa grunder gälla i allt väsentligt fortfarande (Jfr kap. 3).

Folktandvården

Frågan om åtgärder från det allmännas sida till främjande av tandvården har ventilerats i olika sammanhang alltsedan 1900-talets början — första gången genom en motion i riksdagen år 1904. Det skulle emellertid dröja ända till 1930-talets slut, innan något statsmakternas positiva ställningstagande till frågan om en statsunderstödd verksamhet förelåg. Sedan särskilda sakkunniga år 1937 avgivit ett betänkande med förslag till folktandvård (SOU 1937: 47), förelades frågan 1938 års riksdag genom propositionerna nr 127 och 128. Propositionerna blev med smärre jämkningar bifallna av riksdagen. I anslutning till riksdagsbeslutet utfärdade Kungl. Maj:t den 3 juni 1938 dels två kungörelser avseende statsbidrag till folktandvården (nr 358) och taxa för folktandvården (nr 359), dels ock en förordning om lindring i obemedlades och mindre bemedlades tandvårdskostnader m. m. (nr 360). Författningarna innebar i huvudsak följande.

Landstingen och städerna utanför landsting anförtroddes uppgiften att organisera och handha folktandvården. För ändamålet skulle landstingsområde vara indelat i tandvårdsdistrikt i enlighet med en av medicinalstyrelsen godkänd plan. I varje

distrikt skulle finnas minst en fast tandpoliklinik, där som regel behandling meddelades såväl barn som vuxna. Vid varje sådan poliklinik skulle vara anställda minst en tandläkare (distriktstandläkare) och en tandsköterska (distriktstandsköterska). I distrikt, där med hänsyn till ytvidd, kommunikationsförhållanden eller andra särskilda omständigheter så erfordrades, finge tillika anordnas en eller flera polikliniker för ambulatorisk tandvård. Såsom komplement till distriktstandpoliklinikerna skulle finnas en för varje landstingsområde gemensam centraltandpoliklinik.

Barntandvården omfattade åldersklasserna 4—15 år. För barn, som anmälts till regelbundet deltagande i folktandvård, skulle erläggas en årlig avgift, som skulle bestridas av vederbörande kommun. Denna ägde i princip att uttaga desamma av barnens målsmän. Avgiftsbefrielse skulle dock medgivas obemedlades och mindre bemedlades barn. Det var kommun obetaget att helt avstå från uttagande av vårdavgifterna.

I andra fall skulle tandvård meddelas mot avgift enligt en av Kungl. Maj:t fastställd taxa. Obemedlad eller mindre bemedlad kunde av vederbörande kommun erhålla bidrag till avgifterna. Vårdsökande, som under det kalenderår, då han fyllt 15 år, undergått fullständig munsanering inom folktandvården, ägde därefter t. o. m. utgången av det kalenderår, då han fyllt 19 år, erhålla tandvård mot avgift som med 25 procent understeg folktandvårdstaxan.

Till landstingens kostnader för folktandvården utgick statsunderstöd *dels* med årligt bidrag till avlönande av distriktstandläkare och distriktstandsköterskor, *dels* med engångsbelopp till utrustning av distriktstandpoliklinikerna. Städer utanför landsting erhöll statsbidrag med 4 kr om året för varje behandlat barn; däremot utgick ej bidrag till utrustning av tandpoliklinikerna. Statsbidrag utgick slutligen till primärkommunerna för de obemedlades och mindre bemedlades tandvård. Vissa villkor beträffande behandlingens art och omfattning var ävenledes knutna till rätten att utfå statsbidrag.

Sedan det befunnits påkallat att verkställa en översyn av folktandvårdsorganisationen, tillkallades nya sakkunniga (1946 års folktandvårdssakkunniga), vilka avgav ett betänkande i ämnet år 1948. På grundval härav förelades 1950 års riksdag förslag till vissa ändringar beträffande riktlinjerna för folktandvårdens fortsatta utbyggnad och organisation, innebärande bl. a. att den lägsta åldersgränsen för barntandvården bortföll och att den systematiska barntandvården i de fall, där organiserad förskoletandvård ej förekommit, såvitt möjligt skulle börja med 6-åringarna. Statsbidraget till landstingen ändrades från lönebidrag till ett bidrag per barn, vars behandling avslutats under kalenderåret. Bidraget föreslogs av Kungl. Maj:t till 9 kr per barn men höjdes av riksdagen till 16 kr per barn för att återställa den fördelning av kostnaderna på staten, landstingen och primärkommunerna som beräknats vid folktandvårdens införande. Samtidigt höjdes bidraget till städerna från 4 till 8 kr per behandlat barn. Det särskilda bidraget till lindring i obemedlades och mindre bemedlades tandvårdskostnader slopades.

Dessa statsbidragsgrunder gälla reellt sett allt fortfarande, ehuru 1950 års kungörelse i ämnet år 1961 ersattes av en ny. Se härom kap. 3.

Övriga vårdgrenar

Beträffande övriga grenar av förebyggande vård — psykisk barna- och ungdomsvård, abortförebyggande åtgärder, familjerådgivning och allmänna skärmbildsundersökningar — ävensom beträffande bidragen till provinsialläkarväsendet samt till hörapparater och andra tekniska hjälpmedel hänvisas till kap. 3.

KAPITEL 3

Gällande statsbidragsgrunder

Som framgått av den i föregående kapitel lämnade redogörelsen utgår statliga bidrag till ett flertal grenar av den hälso- och sjukvård, för vilken landstingen och de landstingsfria städerna ansvarar. Inom den slutna vården åtnjuter sålunda de kommunala huvudmännen statsbidrag till kostnaderna för såväl anordnande av vissa slag av vårdinrättningar som driften av desamma. Så är fallet beträffande tuberkulossjukvårdsanstalter, epidemivårdanstalter, sjukhem för långvarigt kroppssjuka samt medicinska barnavdelningar vid eller i anslutning till lasarett ävensom psykiatriska kliniker vid lasarett, sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka samt särskolor och vårdanstalter för vissa psykiskt efterblivna. Vidare utgår bidrag till anordnande av förlossningsanstalter samt till driften av epileptikeranstalter ävensom av anstalter för psykopatiska och nervösa barn. Statlig långivning förekommer även inom vissa vårdgrenar för inrättande av erforderliga anstalter. Inom den öppna sjukvården samt hälsovården utgår statliga bidrag till provinsialläkarväsendet, barnmorskeväsendet, distriktsvården (endast till landsting), dispensärvården (endast till landsting), förebyggande mödra- och barnavården, folktandvården samt den psykiska barna- och ungdomsvården. Statsbidrag utgår vidare till försöksvis anordnad familjerådgivning, verksamhet för stöd och rådgivning åt havande kvinnor i abortförebyggande syfte samt till allmän hälsokontroll. Slutligen utgår bidrag av statsmedel till tekniska hjälpmedel åt handikappade samt till anskaffande av hörapparater.

I det följande lämnas en redovisning av gällande bidragsgrunder för de olika grenar av sjukvårdshuvudmännens verksamhet, där ett sammanförande av bidragen till ett enhetligt bidrag kan ifrågakomma. Villkoren för bidragens utgående redovisas närmare i kap. 8. En tabellarisk sammanställning av statsbidragsbestämmelserna inom hälso- och sjukvården återfinnes i textbilagorna 1 A och 1 B.

A. Den slutna sjukvården

Tuberkulossjukvården

Bidragsbestämmelserna angående den slutna tuberkulosvården återfinnes beträffande anläggning av anstalterna i en kungörelse av den 27 juni 1914 (nr 292) samt i fråga om driften i en kungörelse av den 22 juni 1939 (nr 480).

Statsbidrag må tilldelas landsting, kommuner, föreningar och enskilda för *uppförande eller inrättande* av tuberkulossjukvårdsanstalter, företrädesvis tuberkulossjukstugor, tuberkulossjukhus och tuberkulosavdelningar på andra sjukvårdsanstal-

ter. Bidraget utgår med högst hälften av den enligt vederbörligen granskade räkenskaper funna verkliga byggnadskostnaden, exklusive utgift för anskaffande av byggnadstomt, med den inskränkningen att bidraget icke må överskrida 2.000 kr för varje vårdplats. Beträffande stad, som ej deltager i landsting, gäller en kvotbegränsning av innebörd, att bidrag ej i något fall må utgå till flera vårdplatser än en på varje tusental av stadens invånare (undantag har härvid gjorts för s. k. riksanstalter).

Statsbidrag till *driftkostnaderna* vid anstalter för lungtuberkulos utgår till landsting eller stad, som ej deltager i landsting, ävensom till bolag, förening eller stiftelse. Bidraget utgår med ett med hänsyn till morbiditeten differentierat belopp för dag och å allmän sal eller därmed likställt rum vårdad patient. Lägsta beloppet utgör därvid 1 kr 75 öre. Därest inom viss landstingskommun eller stad, som icke deltager i landstingskommun, medeltalet underhållsdagar för tuberkulossjuka per 1000 invånare under den senaste treårsperioden, det år för vilket statsbidrag sökes inberäknat, med mer än 25 % överstiger motsvarande medeltal för hela riket, utgår statsbidrag med successivt ökande belopp, maximalt till 4 kr 50 öre vid en sjuklighet som med mer än 75 % överstiger medeltalet för riket.

Epidemivården

Bidragsberättigade är landstingskommun samt stad, som icke deltager i landstingskommun. Bidrag till *uppförande*, inrättande eller inlösen av epidemivårdanstalter utgår enligt kungörelse den 7 september 1920 (nr 667) med högst hälften av byggnadskostnaderna eller lösesumman, utgifterna för tomt eller inventarier ej medräknade, dock att statsbidraget för nybyggnad ej må överstiga 2.500 kr för varje plats.

Till *driften* av epidemivårdanstalter utgår enligt kungörelse den 5 maj 1939 (nr 261) statsbidrag med 2 kr för dag och varje kostnadsfritt vårdad sjuk. Bidraget utgår i regel icke för flera sjukplatser för dag än medicinalstyrelsen eller, beträffande tillfälliga lokaler, länsläkaren fastställt såsom motsvarande normal beläggning av sjukhuset eller lokalen. Under vissa förutsättningar kan dock statsbidrag utgå för flera sjukplatser efter medgivande av myndighet, som enligt ovan äger godkänna tillfällig sjukvårdslokal. En särskild regel gäller för beräknandet av statsbidrag för driften av tillfällig lokal ävensom för ökad beläggning av epidemisjukhus, innebärande att avdrag skall ske för det antal vårdplatser, varmed antalet för normal beläggning godkända och för epidemisjukvård tillgängliga platser å epidemisjukhus understiger 1 promille av befolkningen inom det aktuella landstingsområdet.

Vården av långvarigt kroppssjuka

Statsbidragsbestämmelserna, som avser vården av de långvarigt kroppssjuka, återfinnes i två kungörelser av den 21 december 1951 (n:ris 820—821). Berättigade att erhålla statsbidrag är landsting eller stad, som ej deltager i landsting. När särskilda skäl föreligger, kan bidrag tillerkännas även i landsting deltagande kommun eller kommunalförbund, dels för anordnande av större från ålderdomshem fristående anstalt för ifrågavarande klientel dels ock för driften av sådan anstalt. Statsbidrag

till driften utgår även till av förening, stiftelse eller enskild drivet sjukhem för långvarigt kroppssjuka.

För åtnjutande av såväl anläggningsbidrag som driftbidrag inom denna vårdgren gäller vissa kvotbestämmelser. Sålunda må bidrag icke utgå för flera sjukplatser än för stad utanför landsting en och en halv på varje tal av tvåtusen av stadens invånare och för landstingsområde en och en halv på varje tusental av områdets invånare. Vid beräkningen av det platsantal, för vilket statsbidrag må utgå, skall dock hänsyn icke tagas till s. k. riksanstalter, d. v. s. anstalter avsedda för vård av sjuka från hela riket utan företräde för sjuka från viss kommun eller visst landstingsområde.

Bidraget till *uppförande eller inrättande* av hithörande anstalter har fixerats till högst hälften av byggnadskostnaderna, exklusive utgifterna för anskaffande av tomt och inventarier, dock högst 2.000 kr per plats, därest för ändamålet uppföres nybyggnad. För det fall att för ändamålet inköpes byggnad må bidraget utgå med högst hälften av köpesumman för själva byggnaden samt kostnaderna för erforderliga om- och tillbyggnadsarbeten, dock högst 1.500 kr per plats. Där slutligen till anstalt för långvarigt kroppssjuka tages i anspråk i huvudmännens ägo befintlig, för annat ändamål uppförd eller inköpt byggnad, må bidrag åtnjutas med högst hälften av kostnaderna för de om- eller tillbyggnadsarbeten, som påkallas av det nya ändamålet, dock högst 1.000 kr per plats.

I samband härmed må erinras om att vid 1964 års riksdag antagits grunder för statliga lån till landsting och städer utanför landsting för möjliggörande av en snabbare utbyggnad av vården av långvarigt kroppssjuka jämte vården av lättskötta psykiskt sjuka. Lånen — 30.000 kr per varje vårdplats som utgör ett nettotillskott till befintligt platsantal — skall utgå till uppförande av sjukhem, som påbörjats under tiden den 25 november 1963—31 december 1966. Lånen äro ränte- och amorteringsfria under fem år och skall återbetalas på tjugofem år. Anordnandebidrag avses icke utgå jämsides med lån till de här aktuella sjukhemmen.

Statsbidrag till *driftkostnaderna* vid anstalter för långvarigt kroppssjuka utgår med 1 kr 50 öre för dag och kroniskt sjuk patient för högst det antal sjukplatser å respektive anstalt, som av medicinalstyrelsen fastställts såsom motsvarande normal beläggning av anstalten.

Den medicinska barnsjukvården

Författningsbestämmelserna om statsbidrag till barnavdelningar vid eller i anslutning till lasarett återfinnes i två kungörelser av den 20 juli 1939 (SFS n:ris 537 och 538). Berättigad erhålla statsbidrag till uppförande eller inrättande av medicinsk avdelning för vård av sjuka barn respektive till driften av densamma är landsting eller stad, som ej deltager i landsting. Avdelningen skall vara anordnad vid eller i anslutning till lasarett eller därmed jämställd sjukvårdsinrättning. Driftbidrag må därjämte åtnjutas av landsting, kommun, kommunalförbund, förening eller stiftelse för medicinsk avdelning vid redan befintligt fristående barnsjukhus. Med barn avses person, som icke uppnått en ålder av 15 år.

Anläggningsbidrag må sammanlagt utgå för högst en vårdplats på varje tal av 2.500 av sjukvårdsområdets invånare. Bidragsbeloppet har vid uppförande av nybyggnad eller därmed jämförlig på- eller tillbyggnad av befintlig sjukvårdsinrättning fixerats till högst hälften av byggnadskostnaderna exklusive utgifterna för anskaffande av tomt och inventarier, dock högst 2.500 kr för varje vårdplats, som avdelningen med normal beläggning beräknas inrymma. Om till här avsedd avdelning tagas i anspråk för annat ändamål uppförd byggnad, må statsbidraget utgå med högst hälften av kostnaderna för erforderliga om- och tillbyggnadsarbeten, dock högst 1.250 kr för varje vårdplats. Efter skälighetsprövning kan dock statsbidraget i sistnämnda fall bestämmas till högst hälften av de å avdelningen belöpande ursprungliga byggnadskostnaderna, exklusive utgifter för anskaffande av tomt och inventarier, dock maximalt 2.500 kr per plats. Förhöjt statsbidrag kan utgå, därest det med hänsyn till ett sjukvårdsområdes skatteunderlag, skattebörda eller andra omständigheter så prövas skäligt. Som förutsättning gäller därvid, att kvoten av antalet barn under femton år i sjukvårdsområdet och i förhållande till folkmängden där enligt senast tillgängliga officiella siffror överstiger motsvarande kvot för hela riket. Förhöjningen utgår med högst 500 kr för vårdplats, där den för sjukvårdsområdet uträknade kvoten med högst 30 % överstiger kvoten för hela riket och eljest med högst 1.000 kr för vårdplats. Bidraget må dock i intet fall överstiga verkliga kostnaden för platsernas inrättande, exklusive utgifter för anskaffande av tomt och inventarier.

Statsbidraget till *driften* av medicinsk barnavdelning utår med 2 kr för dag och barn, som vårdas å allmän sal eller därmed likställt rum. Förhöjt driftbidrag må kunna utgå under enahanda förutsättningar som gäller för anläggningsbidrag och utgör 25 öre respektive 50 öre per dag och vårdat barn. Medicinalstyrelsen har att fastställa det högsta antal platser (normal beläggning) för vilket statsbidrag må utgå.

Förlossningsvården

Inom förlossningsvården utgår efter den 1 januari 1955 statsbidrag endast till *uppförande eller inrättande* av förlossningsanstalter enligt kungörelsen den 21 juli 1937 (SFS nr 742). Bidraget må utgå till landsting eller stad, som ej deltager i landsting, för uppförande eller inrättande av barnbördshus (= helt fristående förlossningsanstalt med mer än femton vårdplatser), barnbördsavdelning (= i samband med lasarett, därmed jämställd sjukvårdsinrättning eller vid sjukstuga anordnad avdelning för förlossningar) eller förlossningshem (= helt fristående förlossningsanstalt med högst femton vårdplatser). För förlossningshem med högst fem vårdplatser må statsbidrag utgå endast om särskilda skäl föreligger.

Bidragsbeloppets storlek varierar med hänsyn till den åtgärd, som från huvudmannens sida vidtagits för tillskapandet av vårdinrättningen. Uppföres nybyggnad för ändamålet, utgår bidraget med högst hälften av byggnadskostnaderna, frånräknat utgifter för anskaffande av tomt eller inventarier, dock högst 2.500 kr för varje vårdplats. För det fall att byggnad inköpes kan statsbidrag utgå med högst hälften av köpesumman för själva byggnaden samt av kostnaderna för om- och tillbyggnadsarbeten, påkallade av byggnadens användande till det nya ändamålet, dock högst

1.750 kr för varje vårdplats, såvida icke särskilda skäl föranleder ett högre bidragsbelopp. Tages till barnbördshus eller barnbördsavdelning i anspråk i huvudmannens ägo befintlig för annat ändamål uppförd eller inköpt byggnad, må statsbidrag utgå med högst hälften av kostnaderna för de om- och tillbyggnadsarbeten, som erfordras för byggnadens användande till det nya ändamålet, dock icke utan särskilda skäl med högre belopp än 1.250 kr för varje vårdplats. Slutligen må huvudman, som för anordnande av förlossningshem uppför nybyggnad, erhålla statsbidrag med högst 1.000 kr för varje vårdplats.

Sjukhemmen för lättskötta psykiskt sjuka

I fråga om sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka återfinnes gällande bestämmelser om statsbidrag i två kungörelser av den 4 juni 1937 (SFS nr 296 och 297). Bidrag utgår till såväl uppförande, inrättande eller inlösen av sjukhem som till driften av desamma, dock att hemmet i regel ej må inrymma mindre än 30 vårdplatser, om hemmet är avsett för ettdera könet. Enbart sekundärkommunala huvudmän är statsbidragsberättigade.

Anläggningsbidrag utgår med högst 1.500 kr för varje vårdplats vid uppförande av nybyggnad, med högst 1.000 kr för varje vårdplats till inköp av byggnad jämte kostnader för erforderliga om- och tillbyggnadsarbeten samt slutligen med högst 750 kr 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.

I fråga om möjligheten till erhållande av lån till uppförande av här aktuella sjukhem hänvisas till vad ovan anförts under vården av långvarigt kroppssjuka.

Statsbidrag till driften av sjukhemmen utgår med 1 kr 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 viss överbeläggning på sjukhemmen.

Psykiatriska lasarettskliniker

Hithörande bidrag regleras i två kungörelser av den 21 juni 1946 (SFS nr 421 och 422). Liksom i fråga om lättskötta psykiskt sjuka må statsbidrag endast utgå till landsting och stad, som ej deltager i landsting. Undantag från kungörelsens tillämpningsområde har tills vidare stipulerats för psykiatriska kliniker i Stockholm, Göteborg och Malmö samt Uppsala och Lund.

Anläggningsbidragen utgår med högst hälften av byggnadskostnaderna. Om för ändamålet uppföres nybyggnad eller verkställes därmed jämförlig på- eller tillbyggnad, är dock bidraget maximerat till 6.000 kr per vårdplats. Tages en för annat ändamål uppförd byggnad i anspråk för psykiatrisk lasarettsklinik, utgår bidrag med högst 3.000 kr per plats. I sistnämnda fall kan emellertid hänsyn tagas jämväl till

de på kliniken belöpande ursprungliga byggnadskostnaderna upp till ett bidragsbelopp av 6.000 kr per vårdplats.

Statsbidrag till *driften* av psykiatrisk lasarettsklinik utgår med 3 kr för dag och patient på allmän sal eller därmed likställt rum. Kliniken 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.

Hemmen för psykopatiska och nervösa barn

Enligt gällande bestämmelser, som återfinnes i kungörelsen den 4 juni 1937 (SFS nr 303), utgår statsbidrag till driften av anstalt för psykopatiska och nervösa barn, som drives av landsting, stad utanför landsting, barnavårdsförbund, förening eller stiftelse och som för ändamålet godkänts av medicinalstyrelsen. Godkännande må lämnas endast om behov av anstalten prövats föreligga.

Driftbidrag utgår med 2 kr 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.

En enskild anstalt av förevarande slag, Mellansjö skolhem, erhåller enligt särskilt avtal statsbidrag med f. n. (1964) 11.800 kr 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. Enligt särskilda riksdagsbeslut har statliga lån beviljats för viss tillbyggnad samt för utrustning av hemmet.

Enligt bemyndigande av riksdagen har Kungl. Maj:t beslutat godkänna avtal om statsbidrag till fem s. k. läkepedagogiska institut, nämligen Solbergahemmet, Mikaelgården, Kristoffergården, Mora Park och Saltå arbetsskola, samtliga avsedda för psykopatiska barn, innebärande att statsbidrag från och med den 1 januari 1964 utgår med 40 % av driftkostnaderna för omkring 170 vårdplatser. Bidrag kan även i förekommande fall utgå till lärarlöner enligt de regler, som gäller för särskolor.

Vården av psykiskt efterblivna

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 (SFS nr 738 och 739). Bidrag må 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 ock 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 förra fallet för varje av skolöverstyrelsen godkänd internatplats vid särskola med 12.000 kr och för varje av medicinalstyrelsen godkänd internatplats å vårdanstalt med 9.000 kr samt för sådan av vederbörande huvudtillsynsmyndighet (skolöverstyrelsen eller medicinalstyrelsen) godkänd externatskola och extern vård, arbets- eller sysselsättningsavdelning med 50 % av den verkliga byggnadskostnaden, dock högst 9.000 kr för plats. Vid omändring av befintlig byggnad i huvudmannens ägo, som uppförts för annat ändamål, utgår statsbidrag med 30 % av den verkliga byggnadskostnaden, dock högst 12.000 kr för godkänd internatplats vid särskola och 9.000 kr 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 % av de ökade byggnadskostnaderna.

Statsbidrag till *driftkostnader* utgår för såväl lönekostnader som övriga driftkostnader. Lönebidrag utgår för rektorer (föreståndare) och lärare vid särskolor med belopp, som motsvarar 95 % av de sammanlagda kontanta avlöningsförmånerna enligt vissa beräkningsgrunder. Till övriga driftkostnader utgår statsbidrag, för kalenderår räknat, med dels 1.200 kr för varje vid särskola eller vårdanstalt den 1 oktober under bidragsåret befintlig, av huvudtillsynsmyndighet godkänd internatplats, dels 200 kr för varje elev, som den 1 oktober under bidragsåret åtnjöt externatundervisning, och dels 200 kr för varje psykiskt efterbliven, som den 1 oktober under bidragsåret var utackorderad i kontrollerad familjevård, ansluten till särskola eller vårdanstalt. Bidraget kan efter prövning av huvudtillsynsmyndigheten minskas, om beläggningen på särskola eller vårdanstalt under bidragsåret avsevärt understigit det godkända patsantalet eller eljest på särskilda skäl.

För vissa enskilda anstalter har Kungl. Maj:t godkänt särskilda avtal, innefattande gynnsammare bidragsgrunder än kungörelsen medgiver.

Epileptikervården

Huvudmannaskapet för epileptikervården åvilar sedan år 1957 i princip landstingen och de landstingsfria städerna i enlighet med bestämmelserna i sjukvårdslagen, dvs. i den mån icke annan drager försorg därom. Epileptikeranstalterna, för vilka medicinalstyrelsen är huvudtillsynsmyndighet, indelas i epilepsisjukhus och epileptikerhem och bör uppdelas på småbarnshem, skolhem, yrkeshem, arbetshem och vårdhem. Vid epileptikersjukhus bör därutöver finnas särskild observationsavdelning. I pedagogiskt hänseende står skolhem och yrkeshem under tillsyn av skolöverstyrelsen. Vården bedrives dels i form av sluten vård å epileptikeranstalt, dels såsom öppen vård. För sluten vård finnes f. n. ett statligt epilepsisjukhus, Vilhelmsro sjukhus vid Jönköping, medan övriga epileptikeranstalter — epilepsisjukhuset i Sköndal samt tio epileptikerhem — i regel drives av föreningar och stiftelser. Den öppna epileptikervården bedrives bl. a. som kontrollerad familjevård.

Gällande bestämmelser om statsbidrag till epileptikeranstalter finnes intagna i en

kungörelse av den 6 juni 1957 (SFS nr 469). Bidrag utgår till *driften* av dylik anstalt, vare sig den drives av landsting eller stad utanför landsting eller av förening eller stiftelse. Även enskild person, som driver sådan anstalt, kan komma i åtnjutande av statsbidrag. Hithörande anstalter skall vara godkända av medicinalstyrelsen, som också har att fastställa antalet vårdplatser.

Bidraget utgår dels för avlöningar åt rektorer och lärare dels för övriga driftskostnader. Avlöningsbidraget är utformat i överensstämmelse med motsvarande bidrag till särskolorna för psykiskt efterblivna. För övriga driftkostnader utgår statsbidrag med 2.000 kr för varje vid epileptikeranstalt den 1 oktober under bidragsåret befintlig, av medicinalstyrelsen godkänd internatplats, samt med 300 kr 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.

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 kr för vårddag. Återstående del av vårdersättningen gäldas av statsmedel.

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

B. Hälsovård och öppen sjukvård m. m.

De statliga bidragen inom den öppna sjukvården är i huvudsak konstruerade som bidrag till kostnaderna för avlönande av den inom respektive vårdgren anställda medicinalpersonalen. I några fall förekommer en kombination av lönebidrag och bidrag för en viss undersökning eller behandling, t. ex. inom dispensärvården. Bidraget till folktandvården åter utgår med fixerade belopp för varje behandlat barn. Inom vissa vårdgrenar utgår jämväl bidrag till resekostnader resp. tekniska hjälpmedel.

Provinsialläkarväsendet

Statsbidraget till provinsialläkarväsendet regleras i en kungörelse den 10 maj 1963 (SFS nr 159). Bidrag utgår till landstingskommun för det antal provinsialläkartjänster, som inrättas inom ramen för av Kungl. Maj:t fastställt högsta antal statsbidragsberättigade tjänster. Antalet har för tiden intill år 1968 bestämts till högst 760 tjänster. Statsbidraget utgör för varje tjänst ett belopp per år, motsvarande

årslönen i lönegrad 21 löneklass 23 å löneplan A i statens löneförordning, ökad med 20 %. Härutöver erhålles bidrag till särskilda lönetillägg för så många tjänster, som svarar mot antalet inom den statliga provinsialläkarorganisationen den 30 juni 1963 inrättade tjänster i lönegrupperna II—V å löneplan C i statens löneförordning. Bidrag åtnjutes endast för tjänst, som uppehållits med ordinarie innehavare eller vikarie under minst halva året.

Barnmorskeväsendet

Statsbidraget till avlöning åt distriktsbarnmorskor m. m. regleras i en kungörelse av den 30 juni 1947 (nr 429). Berättigad erhålla bidrag till bestridande av kostnaderna för distriktsbarnmorskas avlöning m. m. är landsting och stad, som icke deltager i landsting.

För varje barnmorskebefattning, som under minst tre fjärdedelar av samma kalenderår uppehållits av legitimerad barnmorska, utgår bidrag med belopp motsvarande halva årslönen i näst högsta löneklassen av för befattningen gällande lönegrad, dock högst enligt lönegrad A 13 i statens löneförordning ävensom med hälften av utbetalad kompensation för förhöjd folkpensionsavgift. Viss reduktion av utgående bidrag kan ifrågakomma för den tid utöver en månad av kalenderåret, som vederbörande befattningshavare utanför den av medicinalstyrelsen godkända planen efter anvisning av barnmorskestyrelsen tjänstgjort å barnbördsavdelning eller förlossningshem om minst sex vårdplatser. Bidraget utgår för den aktuella tiden med endast en fjärdedel av de därpå belöpande kontanta avlöningsförmånerna. För det fall att särskild vikarie förordnats under distriktsbarnmorskas anstaltstjänstgöring och vikarien därunder icke samtidigt uppehåller annan distriktsbarnmorskebefattning än som ambulerande distriktsbarnmorska reduceras icke bidraget. Förekommande kallortstillägg bestrides helt av statsmedel.

Statsbidrag utgår vidare för barnmorskas resor för att biträda vid förlossning i hemmet och för att lämna eftervård åt kvinnor, som efter förlossning vårdas i hemmet. Bidraget utgör inom Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län 70 %, inom Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län 60 % och i övriga län 50 % av sammanlagda resekostnaderna, med borträknande av utgifter för resor enbart inom stads, köpings och municipalsamhälles planlagda område.

Ålägges distriktsbarnmorska av medicinalstyrelsen att antaga anställning som erbjudits henne inom annat barnmorskedistrikt, är sistnämnda distrikt berättigat uppbära ersättning med belopp motsvarande flyttningsersättning enligt de bestämmelser, som gäller för statens befattningshavare, hänförda till rese- och traktamentsklass C i gällande resereglemente.

Stad, som ej deltager i landstingskommun, kan enligt beslut av medicinalstyrelsen undantagas från indelningen i barnmorskedistrikt. Har i sådant fall staden träffat avtal med en eller flera barnmorskor att fullgöra distriktsbarnmorskas uppgifter inom förlossningsvården, skall till staden utgå statsbidrag med 1.800 kr för varje barnmorska, med vilken träffats sådant avtal inom ramen för av medicinalstyrelsen fastställt erforderligt antal barnmorskor.

Distriktsvården

Bestämmelserna om statsbidrag till distriktsvården återfinnes i en kungörelse av den 28 juni 1935 (nr 428; omtryckt nr 344/1963). Bidrag utgår endast till landsting, som i enlighet med kungörelsens bestämmelser anordnat distriktsvård inom landstingsområdet (distriktsområde).

Statsbidraget utgår för varje distriktssköterskebefattning, som under minst tre fjärdedelar av ett och samma kalenderår upphållits av person med föreskriven kompetens, med belopp motsvarande hälften av lönen för helt år i näst högsta löneklassen av för befattningen gällande lönegrad, dock högst enligt lönegrad A 15 i statens löneförordning, ävensom hälften av utbetalad kompensation för förhöjd folkpensionsavgift. I den mån kallortstillägg utgår, bestrides detta helt av statsmedel.

Dispensärverksamheten

Beträffande dispensärverksamheten för tuberkulosens bekämpande återfinnes statsbidragsbestämmelserna i en kungörelse av den 18 juni 1937 (nr 400). Statsbidrag utgår endast till landsting, som i enlighet med kungörelsens bestämmelser anordnat dylik verksamhet inom landstingsområdet. Ledningen av dispensärverksamheten utövas av vederbörande hälsovårdsstyrelse. Kungörelsen skiljer mellan olika slag av dispensärer. Centraldispensär — fristående eller ansluten till en sjukvårdsanstalt — har utrustning för röntgenundersökning och förestås av läkare med behörighet till läkarbefattning vid annat sanatorium än kustsanatorium samt förfogar över en sjuksköterska med röntgenutbildning. Centraldispensär underställd mottagning, anordnad antingen vid sanatorium, där centraldispensär ej finnes, eller vid lasarett med medicinsk avdelning, där lasarettsläkare med ovan nämnd behörighet finnes anställd, kallas i kungörelsen undersökningsstation. Som filialmottagning slutligen betecknas mottagning av centraldispensärläkaren eller av medicinalstyrelsen förordnad läkare på annan plats än vid centraldispensär eller undersökningsstation. Distriktsdispensär förestås i regel av tjänsteläkare med distriktssköterska som biträde (typ I). Vid distriktsdispensär av typ II finns särskild dispensärsköterska anställd.

Statsbidrag utgår för avlönande av läkare, som förestår fristående centraldispensär, samt sjuksköterska vid dylik dispensär och vid distriktsdispensär av typ II, vilka är heltidsanställda och inneha föreskriven kompetens, med hälften av årslönen i näst högsta löneklassen av för befattningen gällande lönegrad i statens löneförordning, dock högst enligt lönegrad A 25 för läkare och högst lönegrad A 13 för sjuksköterska ävensom hälften av utbetalad kompensation för förhöjd folkpensionsavgift. Till sköterskas avlönande utgår dock icke bidrag, därest dylikt åtnjutes enligt kungörelsen om statsbidrag till distriktsvård. Till arvode åt läkare, som förestår ansluten centraldispensär, undersökningsstation eller filialmottagning utgår statsbidrag med hälften av det årliga arvodet, dock högst med 3.675 kr. Till arvode åt läkare vid distriktsdispensär utgår bidraget med hälften av ett årligt arvodesbelopp, som beräknas efter i planen angivet antal mottagningar för året och ett arvode per mottagning av 15 kr, om medeltalet undersökningar per mottagning understiger sju,

20 kr, om medeltalet uppgår till minst sju men ej tio, samt 25 kr, om medeltalet uppgår till minst tio. Statsbidrag utgår vidare till övriga kostnader, nämligen med 2 kr 50 öre per röntgenundersökning och 50 öre per skärmbildsundersökning vid fristående centraldispensär och med 2 kr per röntgenundersökning och 50 öre per skärmbildsundersökning vid ansluten centraldispensär, undersökningsstation och filialmottagning. Statsbidrag utgår slutligen för medellösa och mindre bemedlade personers resor till och från centraldispensär, undersökningsstation eller filialmottagning för undersökning, såvida icke sjukförsäkringslagens bestämmelser om resekostnadsersättning är tillämpliga.Bidraget utgör inom Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län 70 %, inom Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län 60 % samt inom riket i övrigt 50 % av de sammanlagda resekostnaderna, som överstiger tre kronor.

Förebyggande mödra- och barnavård

Enligt kungörelse den 15 juni 1944 (nr 396; omtryck 482/1955) må till landstingskommun och stad, som ej tillhör landstingskommun, utgå statsbidrag för anordnande och upprätthållande av rådgivande verksamhet i fråga om förebyggande mödra- och barnavård, innefattande jämväl havandeskapsdiagnos, mödragymnastik, behandling av sjukdomar, som föranletts av havandeskap eller förlossning och icke fordra vård å sjukhus, ävensom skyddskoppsympning av barn och rådgivning beträffande förebyggande födelsekontroll. Verksamheten utövas genom olika lokala organ, nämligen mödravårdscentral, typ I och II, barnavårdscentral, typ I och II, mödra- och barnavårdscentral typ II, mödravårdsstation, barnavårdsstation eller mödra- och barnavårdsstation samt slutligen mödravårdsfilial, barnavårdsfilial eller mödra- och barnavårdsfilial.

Mödravårdscentral av typ I eller II skall i regel vara förlagd till mottagnings- eller polikliniklokaler, anslutna till barnbördshus eller barnbördsavdelning vid sjukhus. Centralerna skall stå under ledning av läkare vid central av typ I med specialutbildning i obstetrik och gynekologi. Dessutom skall vid varje central erforderligt biträde lämnas av sammanlagt högst tre barnmorskor eller sjuksköterskor. Barnavårdscentral skall vara förlagd til mottagnings- eller polikliniklokaler, anslutna till barnsjukhus eller barnavdelning vid sjukhus eller till andra lämpliga lokaler. Centralerna skall stå under ledning av läkare, vid central av typ I med specialutbildning i pediatrik. För lämnande av erforderligt biträde skall finnas högst tre sjuksköterskor. Mödra- och barnavårdscentralen av typ II skall disponera gemensamma, för ändamålet särskilt avsedda lokaler och stå under ledning, i fråga om central med skilda mottagningar för mödrar och barn, av en eller två legitimerade läkare och eljest av en sådan läkare. Erforderligt biträde lämnas av en eller flera barnmorskor eller sjuksköterskor beträffande mödravården och en eller flera sjuksköterskor i vad avser barnavården. Station skall stå under ledning av tjänsteläkare och förläggas till dennes mottagningslokaler eller andra lämpliga lokaler. Biträde lämnas av en eller flera distriktsbarnmorskor eller distriktssköterskor. Vad slutligen angår filial gäller, att dylik skall stå under ledning av läkare vid den central eller

station, till vilken den hör, och vara förlagd till för ändamålet lämpliga lokaler. Som biträde tjänstgör även här en eller flera barnmorskor eller sjuksköterskor.

Statsbidrag utgår för det antal centraler, stationer och filialer, som upptagits i av medicinalstyrelsen godkänd plan. Bidraget utgår *dels* till inredning och utrustning av lokaler för central, *dels* till avlöning av läkare, sjuksköterskor och barnmorskor, *dels* till resor, som företages av nämnda befattningshavare till mottagningar eller för hembesök, *dels ock* till havande kvinnor, mödrars och barns resor till mottagningar m. m.

Till inredning och utrustning av central utgår statsbidraget med 1.000 kr för mödravårdscentral resp. barnavårdscentral, medan för mödra- och barnavårdscentral, typ II, bidragsbeloppet utgör 1.500 kr.

Vid särskilt anordnad mottagning av läkare för rådgivning beträffande barn, som visar uppfostringssvårigheter eller neurolabila symtom och inte bör hänvisas till den psykiska barna- och ungdomsvården, utgår bidrag till läkares avlöning med 35 kr per mottagning. För annan mottagning av läkare utgår bidrag till dennes avlöning med 10 kr per mottagning samt med 3 kr 50 öre för varje undersökt kvinna och med 2 kr 50 öre för varje undersökt barn. Beträffande nyförlöst kvinna utgår dock bidrag för endast ett besök. Hålles mottagningarna vid mödravårdscentral, typ I, av annan läkare än centralens föreståndare utgår, därest föreståndaren står till förfogande för rådgivning i minst 25 fall årligen, statsbidrag till föreståndarens arvode med 500 kr. Överstiger antalet rådfrågningar 25 per år, kan medicinalstyrelsen efter anmälan om förhållandet från föreståndaren medgiva förhöjning av bidraget till 1.500 kr för år.

För befattning som barnmorska eller sjuksköterska vid mödravårdscentral av båda typerna, till vilken staten icke bidrager i annan ordning, utgår statsbidrag med 500 kr. För befattning, som heltidsanställd barnmorska eller sjuksköterska vid mödracentral av typ I, som under minst tre fjärdedelar av samma kalenderår uppehållits av behörig person, utgår bidraget med hälften av lönen för helt år i näst högsta löneklassen av för befattningen gällande lönegrad, dock högst enligt lönegrad A 13 i statens löneförordning, ävensom med hälften av utgiven kompensation för förhöjd folkpensionsavgift. Förekommande extra tillägg i vederbörande kallortsklass bestrides helt av staten. För befattning, som heltidsanställd sjuksköterska vid barnavårdscentral, typ I eller II, som under minst tre fjärdedelar av samma kalenderår uppehållits av behörig person, utgår bidraget enligt enahanda grunder, som för motsvarande befattning vid mödravårdscentral av typ I. Vid mödra- och barnavårdscentral, typ II, med skilda mottagningar för kvinnor och barn, utgår bidrag till barnmorske- eller sjuksköterskebefattning för mödravården med 500 kr. För befattning, som heltidsanställd sjuksköterska för barnavården vid här avsedd central ävensom vid central med gemensam mottagning gäller enahanda bidragsregler som för motsvarande befattning vid barnavårdscentral.

Statsbidrag för läkares resor till mottagningar i förebyggande mödra- och barnavård utom stationeringsorten utgår med viss del av de sammanlagda resekostnaderna, i Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län med 70 %, i Västernorrlands, Gävle-

borgs, Koppar- och Värmlands län med 60 % samt i riket i övrigt med 50 %. Bidrag utgår endast, om läkaren icke i annan ordning erhåller ersättning av allmänna medel för resan samt denna sker till och från mottagning, som upptagits i den av medicinalstyrelsen godkända planen för verksamheten. För barnmorskas eller sjuksköterskas resor för hembesök hos havande kvinnor, mödrar och barn utgår bidrag enligt samma grunder, dock ej för resor enbart inom stads, köpings eller municipalsamhälles planlagda område. För resor till mottagningar i förebyggande mödra- och barnavård, som företages av havande kvinnor, mödrar och barn ävensom för havande kvinnors resor till dispensärorgan för skärmbildsundersökning, utgår bidrag enligt nyssnämnda grunder, dock endast då färden företagits med omnibus eller järnväg och resekostnaderna för dit- och återresa överstiger tre kronor.

Folktandvården

Gällande bestämmelser angående statsbidrag till folktandvården återfinnes i en kungörelse av den 26 maj 1961 (nr 278). Berättigad till statsbidrag är landstingskommun och stad, som ej tillhör landstingskommun.

Varje landstingsområde och stad utanför landsting skall vara indelat i tandvårdsdistrikt med minst en fast tandpoliklinik (distriktspoliklinik) i varje distrikt. Dessutom skall finnas minst en för hela landstingsområdet gemensam centraltandpoliklinik, förlagd till ett av landstingskommunens lasarett. Medicinalstyrelsen fastställer plan för folktandvården inom respektive område (folktandvårdsplan).

Folktandvården bedrives *dels* såsom barntandvård intill utgången av det kalenderår barnet fyller sexton år, *dels* såsom systematisk behandling — i regel en gång per år återkommande tandvård av omfattning, som medicinalstyrelsen bestämmer — *dels* såsom organiserad tandvård i form av systematisk behandling av vissa enheter såsom årsgrupper, skolklasser eller å anstalt intagna barn, *dels ock* såsom ungdomstandvård för vårdsökande i åldern 17—19 år.

Statsbidrag utgår till *utrustning* av varje i respektive landstings folktandvårdsplan ingående distriktstandpoliklinik med 3.000 kr och, om mer än en tandläkare skall vara anställd vid polikliniken, med 1.300 kr för varje ytterligare tandläkare. Utrustningsbidrag utgår vidare med 1.000 kr för varje i planen upptagen annextandpoliklinik och ambulatorisk tandpoliklinik. Statsbidrag till utrustning av folktandvårdspoliklinik utgår icke till stad utanför landsting.

Driftbidraget utgår till landstingskommun för varje barn, som inom landstingsområdet erhåller systematisk behandling, med sexton kronor för varje år behandlingen meddelats till och med det kalenderår, under vilket barnet fyller sexton år.

För varje barn, som deltager i organiserad barntandvård, skall primärkommunen till vederbörande huvudman erlägga en årliga avgift av fem kronor enligt förordningen i ämnet den 22 september 1950 (nr 606).

Till stad, som ej deltager i landsting, utgår driftbidrag för varje inom folktandvården behandlat barn med åtta kronor per år på samma villkor och i samma ordning, som gäller för landstingskommunerna.

Psykisk barna- och ungdomsvård

I kungörelse den 4 november 1960 (SFS nr 619) har bestämmelser meddelats om statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård. Berättigad erhålla bidrag är endast landsting och landstingsfria städer, som anordnar avgiftsfri mottagning för ändamålet i anslutning till barn- och ungdomspsykiatrisk lasarettsklinik eller vid fristående central enligt en av medicinalstyrelsen godkänd plan.

Statsbidrag utgår till *dels* läkares och assistenters (psykologers, kuratorers och pedagogassistenters) avlöning *dels ock* till dessa befattningshavares resor i tjänsten. Lönebidraget utgår med ett årligt belopp, motsvarande hälften av de verkliga kostnaderna, dock högst 6.000 kr för läkare och 3.000 kr för annan befattningshavare. Vidare utgår bidrag till befattningshavarnas rese- och traktamentskostnader med 70 % inom de tre nordliga länen, 60 % inom Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län samt med 50 % inom riket i övrigt.

Abortförebyggande åtgärder

I kungörelse den 21 december 1945 (SFS nr 863) regleras den statsunderstödda verksamheten för stöd och rådgivning åt havande kvinnor i abortförebyggande syfte. Bidrag utgår endast till landsting och stad utanför landsting, som anordnar avgiftsfri sådan verksamhet enligt en av medicinalstyrelsen godkänd plan. Verksamheten utövas vid särskilda rådgivningsbyråer, vid vilka skall finnas legitimerade läkare och kvinnliga kuratorer. År 1964 fanns inrättade 19 byråer. Statsbidraget utgår till läkarens avlöning med 15 kr för varje mottagning under dennes ledning samt till kuratorns avlöning med 25 kr varje mottagning, under vilken kuratorn biträder vid eller i läkarens frånvaro handhar rådgivningsverksamheten. Bidrag utgår även för tillgodoseende av överhängande hjälpbehov hos kvinnor, som besöker kurator, ävensom för ersättning till vissa laboratorier för utförande av biologiska och immunologiska graviditetsreaktioner åt mödravårdsorgan och rådgivningsbyråer, i sistnämnda fall med högst 20 kr för varje utfört prov. Bidrag utgår slutligen till kurators resor för hembesök samt för vissa resor av abortsökande kvinnor enligt de normer, som gäller resebidrag inom den förebyggande mödra- och barnavården.

Familjerådgivning

Statsbidrag till försöksvis anordnad familjerådgivning regleras i en kungörelse av den 2 december 1960 (SFS nr 710). Berättigade till bidrag är landstingskommun eller stad utanför landstingskommun, som anordnar avgiftsfri rådgivning och behandling i samband med konfliktssituationer inom äktenskap och familj samt upplysningsverksamhet om samlevnadsproblem, eventuellt även abortrådgivning. När särskilda skäl därtill är, kan bidrag även utgå till annan kommun eller enskild. Verksamheten skall vara anordnad enligt en av medicinalstyrelsen godkänd plan och till densamma skall vara knutna dels som konsulter minst en gynekolog och en psykiater, dels ock två eller flera kuratorer.

Statsbidrag utgår till kostnaderna för läkares och kurators avlöning och resor enligt enahanda grunder, som gäller för den psykiska barna- och ungdomsvården.

Allmän hälsokontroll (skärmbildsundersökning)

Närmare föreskrifter rörande statsbidrag till allmänna skärmbildsundersökningar har meddelats i ett kungl. brev den 15 maj 1959. Undersökningarna är frivilliga och organiseras sjukvårdsområdesvis enligt närmare av medicinalstyrelsen utfärdade bestämmelser. Kostnaderna för skärmbildsundersökningarna bestridas till hälften av staten och till återstående hälft av vederbörande huvudman.

Hjälpmedel för rörelsehindrade m. fl.

I fråga om statsbidrag till hjälpmedel för rörelsehindrade m. fl. har meddelats närmare föreskrifter i kungl. kungörelsen den 22 oktober 1965 (SFS nr 544).

Enligt kungörelsen utgår statsbidrag för ortopediska och andra hjälpmedel, som tillhandahållits enskilda personer, till landstingskommun och stad som ej tillhör sådan kommun, samt vissa enskilda anstalter. Bidrag utgår för anskaffande, förhyrning och reparation av *dels* proteser och stödjebandage, hålfotsinlägg dock endast av Langes typ, eller ortopediska skodon, *dels ock* rullstolar och invalidvagnar, som är behövliga av ortopediska skäl, samt sparkcyklar och liknande transportmedel för personer med gångsvårigheter. Beträffande bidrag till motordriven invalidvagn erfordras därvid utlåtande av läkare att den, för vilken fordonet avses, är i stånd att föra fordonet utan fara för sig själv och andra.

Vidare utgår bidrag för anskaffande av andra för handikappade särskilt avsedda hjälpmedel, ägnade att påtagligt underlätta sådana till den dagliga livsföringen hörande åtgärder som intagande av dygnsvila, på- och avklädning, hygieniska bestyr, förflyttning, motionering, läsning, intagande av mat och dryck ävensom husliga sysslor, dock ej för motordrivna hushållsapparater.

Härjämte utgår statsbidrag för anskaffande av elektriska hjärtstimulatorer (pacemakers) samt talapparater avsedda för dem som genom sjukdom i struphuvudet förlorat talförmågan.

Bidrag utgår icke när behovet är av tillfällig karaktär och står i samband med akut sjukdom.

Särskilda regler gäller om vilka läkare, som äger ordinationsrätt beträffande skilda slag av hjälpmedel.

Statsbidraget utgår med belopp motsvarande skälig kostnad för anskaffande, förhyrning och, i förekommande fall, reparation av hjälpmedel på villkor att ersättning för kostnaden icke avkräves den, åt vilken hjälpmedlet tillhandahållits. Bidraget beviljas av medicinalstyrelsen, som vid sin sida har ett rådgivande organ, hjälpmedelsnämnden med uppgift bl. a. att fortlöpande följa utvecklingen på området, särskilt beträffande pris- och kvalitetsfrågor och avgiva därav föranledda förslag.

Hörapparater

Bidragsgivningen till anskaffande av hörapparater regleras i en kungörelse av den 21 oktober 1955 (nr 577). Statsbidraget utgår för inköp eller utbyte av hörapparat till person, som av läkare, behörig till befattning som lasarettsläkare vid

öron-, näs- och halsavdelning, förklarats lida av så allvarlig hörselskada, att behov av hörapparat föreligger. För inköp av hörapparat utgår statsbidrag enligt följande: till barn under 16 år med hela inköpskostnaden samt till person, som fyllt 16 år, med inköpskostnaden, dock högst 400 kr. Sistnämnda maximibelopp gäller dock icke i fall, då vederbörande sökande befinnes uppenbarligen vara i behov av specialapparat, för vilken inköpskostnaden överstiger 400 kr. Bidraget utgår därvid med högst hela inköpskostnaden enligt av medicinalstyrelsen fastställda anvisningar.

För utbyte av hörapparat, till vars anskaffande utgått statsbidrag, utgår bidrag enligt samma grunder, som gäller för inköpet, därest den innehavda apparatens ljudförstärkande funktion icke längre anses tillfredsställande samt åtta år förflutit, sedan apparaten erhållits. På särskilda skäl kan dock föreståndare för hörcentral efter fyra år från apparatens erhållande medgiva bidrag till utbyte vid tidigare tidpunkt än den ovan nämnda. Normalt skall vid utbyte den tidigare erhållna apparaten återlämnas. I fall då med statligt bidrag erhållen hörapparat förlorats genom stöld eller förlorats eller allvarligt skadats genom brand, olycksfall eller liknande händelse utgår statsbidrag till inköp av ny apparat, oberoende av tiden för innehavet av den förlorade eller skadade apparaten. Enahanda regler gäller vid utbyte av hörapparat, då utbytet efter medgivande av föreståndare för hörcentral avser apparat för barn under 16 år och den innehavda apparaten förslitits eller eljest blivit obrukbar eller den nya apparaten kan avsevärt förbättra barnets hörselförmåga. Sådant utbyte av försliten eller obrukbar apparat berättigar dock till erhållande av statsbidrag endast en gång. Statsbidrag utgår endast för hörapparat av typ, som godkänts av medicinalstyrelsen. Apparaten skall dessutom vara inköpt hos hörcentral och utprovad genom sådan hos landstingskommun eller stad, som ej deltager i landstingskommun, eller hos hörselfrämjandet anställd befattningshavare, som erhållit för ändamålet erforderlig utbildning.

KAPITEL 4

Vissa tidigare utredningar och förslag

Behovet av en förenkling och rationalisering av det nuvarande bidragssystemet inom hälso- och sjukvården har sedan länge uppmärksammats och upptagits till behandling i olika sammanhang såväl i propositioner som i motioner till riksdagen, av statliga utredningar och myndigheter, av de kommunala sjukvårdshuvudmännen och deras organisationer samt av enskilda huvudmän. Här nedan lämnas en redogörelse för vissa hithörande förslag, som framkommit under de senaste tre decennierna.

Statens sjukvårdskommitté

Denna kommitté, som enligt direktiven hade att söka åstadkomma en klarare avgränsning mellan staten och övriga huvudmäns åtaganden beträffande den slutna kroppssjukvården, uppdrog i sitt tidigare omnämnda betänkande av år 1934 vissa *allmänna riktlinjer för den slutna sjukvårdens handhavande och finansiering*. Dessa riktlinjer byggde på principen, att landstingen och städerna utanför landsting borde handhava och, delvis med bidrag från staten, bekosta den vård, som lämpligen kunde ordnas länsvis eller genom samarbete mellan angränsande län, medan staten skulle handhava och bekosta eller ock kraftigt understödja den vård, som krävde anstalter avsedda för hela riket eller ett flertal sjukvårdsområden. I enlighet härmed borde landstingen och städerna utanför landsting i fortsättningen handha och utveckla, förutom lungtuberkulosvården och epidemivården, jämväl den slutna förlossningsvård, som kunde anses erforderlig vid sidan om lasarett och sjukstugor och som dåmera huvudsakligen ombesörjdes av primärkommuner och enskilda å särskilda förlossningshem. Landstingen och städerna utanför landsting borde vidare i större utsträckning än dittills omhändertaga och organisera vården av kroniskt sjuka, lättskötta sinnessjuka och konvalescenter.

Statligt stöd genom driftbidrag borde liksom dittills lämnas tuberkulos-, epidemi- och kronikervården men därutöver även barnbördsvården och vården av lättskötta sinnessjuka för att underlätta dessa vårdgrenars utbyggnad.

Anläggningsbidragen till lungtuberkulosanstalter och epidemisjukhus borde i likhet med vad som gällde kronikervården graderas med hänsyn till om fråga vore om uppförande av nybyggnad, inköp av färdig byggnad eller ianspråktagande av i vederbörandes ägo befintlig byggnad. Hälftenprincipen borde därvid gälla. Kommittén föreslog slutligen vissa regler för återbäring av bidrag vid nedläggande av anstalt.

Vad beträffar driftbidragen utgick kommittén från att staten i princip skulle bestrida halva driftkostnaden, sedan patientavgiften avdragits, och föreslog vissa belopp för såväl driftbidragen som patientavgifterna. Inom epidemivården, där vården var avgiftsfri för de egentliga epidemifallen, föreslogs bidraget höjt med en krona per dag under förutsättning att de epidemiskt sjuka erhölle fri transport. Som allmän förutsättning för erhållande av statsbidrag förordade kommittén att vederbörande anstalt skulle ingå som led i en av medicinalstyrelsen godkänd plan.

Såsom framgår av kap. 3 har dessa riktlinjer i viss utsträckning legat till grund för utformningen av statsbidragen till den länsvis ordnade slutna sjukvården. Tillämpningen av den s. k. hälftenprincipen har dock icke fullföljts i anslutning till det förändrade penningvärdet utan har de fastställda bidragsbeloppen i stort sett kvarstått oförändrade. I fråga om den s. k. centraliserade vården ledde sjukvårdskommitténs förslag till att staten övertog vissa kostnader för bland annat kustsanatorie- och vanförevården, som landstingen och storstäderna tidigare bestritt. Även på detta område har emellertid utvecklingen gått i andra spår, efter hand ledande till ett enhetligt huvudmannaskap för all sluten sjukvård.

1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården

Frågan om en rationalisering av den statliga bidragsverksamheten aktualiserades ånyo år 1946, då Kungl. Maj:t efter framställning från Svenska landstingsförbundet bemyndigade chefen för socialdepartementet att tillkalla högst sex sakkunniga för att verkställa en översyn av grunderna och villkoren för statsbidrag till hälso- och sjukvården samt framlägga därav föranledda förslag. De sakkunniga, som närmast hade till uppgift att verkställa en teknisk omläggning av statsbidragssystemet för den slutna kroppssjukvården, har redovisat sina förslag i ett betänkande angående statsbidragssystemet för den slutna kroppssjukvården (SOU 1948: 48).

I sin kritik av det gällande bidragssystemet framhöll de sakkunniga, som antog benämningen 1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården, att det nuvarande systemet ur stimulanssynpunkt icke hade samma effekt som tidigare. Någon anledning att begränsa bidragsgivningen till speciella vårdformer förelåge därför icke. Tvärtom borde icke minst ur administrativ synpunkt vinnas fördelar med ett system av bidrag utan sådan begränsning. Med hänsyn härtill och då ett enhetligt huvudmannaskap för all sluten vård på längre sikt bäst gagnade sjukvården, föreslogs det nya bidragssystemet utsträckt till samtliga vårdgrenar, inklusive den centraliserade vården.

De sakkunniga diskuterade olika möjligheter till en differentiering av driftbidraget, såsom efter skattekraft, sjukvårdsbehov m. m., dock utan att på denna väg komma fram till ur praktiska och administrativa synpunkter godtagbara förslag. I fråga om Gotlands läns landsting fann de sakkunniga, att detta landsting till följd av sin ringa storlek och sitt isolerade läge intoge en särställning. Efter att ha övervägt olika alternativa utformningar av ett generellt bidragssystem, såsom att låta bidraget utgå med viss procent av varje landstings kostnader för den slutna sjukvården eller att införa ett bidrag efter antalet vårddagar eller ett fast bidrag

per invånare, stannade de sakkunniga för att förorda en kombination av invånar- och vårddagsbidrag såsom ett system lämpat som norm för statens ekonomiska engagemang i den slutna kroppssjukvården.

Genom invånarbidraget skulle man garantera en viss minimistandard, medan den rörliga delen, vårddagsbidraget skulle ge huvudmännen ökat statligt stöd i den mån vården utbyggdes. Systemets elastiska utformning skulle medföra en anpassning till sjukvårdens utbyggnad, sedan den nått en minimistandard, varjämte de i ekonomiskt hänseende mindre gynnsamt ställda sjukvårdsområdena skulle få relativt större möjligheter till upprätthållande av en godtagbar standard. En alltför stor omfördelning huvudmännen emellan av det totala statliga bidraget till sjukvården skulle även kunna undvikas genom det förordade systemet. Ifråga om avvägningen mellan invånar- och vårddagsbidragen fann de sakkunniga, att denna finge bli beroende av en skälighetsprövning. Med hänsyn till att vårddagsantalet per år utgjorde 2 per invånare vid tiden för de sakkunnigas undersökningar, borde bidragsbeloppet avvägas så, att beloppet per invånare vägde dubbelt mot beloppet per vårddag. Med hänsyn härtill föreslog de sakkunniga ett gemensamt driftbidrag av 2 kr per invånare och 1 kr per vårddag.

De sakkunniga ansåg det emellertid nödvändigt att komplettera sitt förslag med särskilda tillägg för tuberkulos- och epidemivård i sådana sjukvårdsområden, som inom dessa vårdformer finge vidkännas speciella ekonomiska påfrestningar.

Vidare förutsattes, att bidragsbeloppen tid efter annan bleve föremål för översyn med hänsyn till mera varaktiga förändringar i fråga om penningvärde samt sjukvårdens standard och inriktning.

I fråga om anläggningsbidragen föreslog de sakkunniga att statsbidraget skulle begränsas till anläggningar, som innebure ett platstillskott. Därigenom skulle bidragen automatiskt komma att avvecklas inom de olika vårdgrenarna allt eftersom det endast bleve fråga om ersättningsplatser. Beträffande bidragens storlek föreslogs slopande av dittills gällande hälftenprincip och en övergång till vissa enhetsbelopp, fixerade till 6.000 kr per vårdplats för s. k. A-vård och 4.000 kr per vårdplats för kronikervård och annan B-vård. Högre bidrag skulle dock i speciella fall kunna beviljas av Kungl. Maj:t. Även anläggningsbidragen föreslogs tid efter annan bli föremål för omprövning.

Beträffande vilka rättsobjekt, som skulle stå som mottagare av statsbidrag, räknade de sakkunniga med att invånarbidraget helt skulle förbehållas landsting och städer utanför landsting. Vårddagsbidraget borde i första hand utgå till av dessa huvudmän i egen regi drivna anstalter men även till sådana sjukvårdsinrättningar, för vilkas driftkostnader landstingen och städerna i sista hand helt eller delvis ansvarade. Bidrag till nyinrättade anläggningar borde enligt de sakkunniga endast utgå till landstingen och de landstingsfria städerna.

I fråga om statsbidragsvillkoren ansåg de sakkunniga bl. a. att gällande kvotregler i princip borde upphävas. För kronikervården förordades dock en kvotbegränsning av anläggningsbidragen till 2,5 platser per 1.000 invånare med möjlighet för Kungl. Maj:t att bevilja bidrag intill 3,5 platser per 1.000 invånare.

Det av 1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården förordade bidragssystemet för den slutna kroppssjukvården, som i sak innebar en uppräkning av utgående statsbidrag och en utvidgning av statsbidragsrätten till flera vårdgrenar, föranledde icke annan åtgärd än att betänkandet överlämnades till nu ifrågavarande statsbidragsutredning att beaktas vid fullgörandet av dess uppdrag.

Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket

I sitt betänkande angående hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958: 15) har denna kommitté även tagit upp frågan om en översyn av statsbidragsbestämmelserna för den somatiska vården.

Kommittén framlade i betänkandet förslag om en huvudmannaskapsreform för den öppna sjukvården genom tjänsteläkare och utgick från att landstingen vid ett eventuellt övertagande av tjänstläkarorganisationen skulle komma i åtnjutande av statsbidrag. Det mest rationella vore därvid, att ett sådant bidrag kunde inarbetas i ett allmänt bidrag, som avsåge all somatisk vård utom folktandvård.

Vid en närmare systematisk genomgång av gällande bidragsbestämmelser inom den somatiska vården hade kommittén funnit, att floran av skilda bidragsformer blivit så omfattande på detta område, att det nödvändigtvis måste medföra betydande administrativa kostnader för såväl bidragsmottagare som bidragsgivare. Förklaringen härtill ville kommittén se i det förhållandet att bidragen tillkommit vid olika tider och av särskilda anledningar, oftast som stimulansbidrag. Det kunde enligt kommittén starkt ifrågasättas, om behov av stimulans genom speciella statsbidrag alltjämt vore erforderligt. Givetvis borde sistnämnda förhållande icke leda till att bidragen bortfölle men väl att de speciella statsbidragen ersattes av ett allmänt bidrag, vilket skulle leda till en märkbar besparing i det kamerala arbetet. Det konstaterades, att oavsett frågan om en huvudmannaskapsreform vore en översyn av statsbidragsbestämmelserna för den somatiska vården erforderlig. Kommittén föreslog därför, att sådan översyn skulle komma till stånd genom särskilda sakkunniga.

I proposition nr 181 till 1961 års riksdag framlades sedermera förslag om att landstingens ansvar som sjukvårdshuvudmän skulle utvidgas att i princip omfatta även den öppna sjukvården från och med den 1 juli 1963. Förslag framlades jämväl om statsbidrag till landstingen för deras kostnader för tjänsteläkarväsendet. Antalet statsbidragsberättigade tjänster skulle bestämmas genom förhandlingar mellan staten och svenska landstingsförbundet och har för tiden 1 juli 1963—31 december 1967 bestämts till högst 760. Propositionen godkändes av riksdagen.

Mentalsjukvårdens statsbidragsutredning

I betänkande angående de ekonomiska villkoren för en huvudmannaskapsreform inom mentalsjukvården (SOU 1960: 9) framlade denna utredning förslag om ett enhetligt statligt driftbidrag för hela mentalsjukvården. Utredningen hade nämligen funnit, att en samordning av utgående driftbidrag till av sjukvårdshuvudmännen redan omhänderhavda mentalsjukvårdsgrenar med ett statligt bidrag till den egentliga mentalsjukvården vore möjlig vid en huvudmannaskaps-

reform. Det förordades, att driftbidraget utformades som ett kombinerat invånar- och vårdplatsbidrag, i vart fall under pågående upprustnings- och utbyggnadsperiod. Bidraget borde i utgångsläget grunda sig på *dels* statens driftkostnader för egentlig mentalsjukvård, *dels ock* statens kostnader för utgående bidrag till redan landstingsdrivna mentalsjukvårdsgrenar jämte vården av epileptiker. Med invånarbidraget bestämt till 14 kr per invånare och vårdplatsbidraget till 2.550 kr per vårdplats skulle enligt utredningen för majoriteten av landstingen uppstå en relativt god överensstämmelse med det på förenämnda sätt beräknade bidragsunderlaget. Det enhetliga driftbidraget borde göras i möjligaste mån värdebeständigt med hänsyn både till den allmänna löne- och kostnadsutvecklingen och till den ökning av driftkostnaderna, som kunde framkallas av en av statsmakterna godtagen standardhöjning. Bidraget borde med hänsyn härtill successivt justeras.

Vad beträffar befintliga mentalsjukhus föreslog utredningen, att dessa vederlagsfritt skulle överlåtas till de nya huvudmännen jämte för ändamålet erforderlig tomtmark. I fråga om bidrag till uppförande av nya mentalsjukhus samt till vissa åtgärder vid befintliga sjukhus etc. förordade utredningen anläggningsbidrag av olika storleksordning med utgångspunkt från de beräknade kostnaderna per vårdplats vid nyuppförda fristående mentalsjukhus och för nytillkommande platser vid befintliga sjukhus ävensom för utökad kapacitet av gemensamhetsanordningar vid vissa sjukhus. Även dessa bidrag föreslogs göras värdebeständiga genom anknytning av bidragsbeloppen till byggnadsstyrelsens byggnadskostnadsindex. Utredningen föreslog även, att särskilda utrustningsbidrag till nya vårdplatser skulle utgå.

I fråga om anläggningsbidragen till av huvudmännen redan omhänderhavda mentalsjukvårdsgrenar ansåg utredningen, att nuvarande bidrag borde tills vidare bibehållas som separata bidrag. Ur rationell synpunkt kunde det emellertid vara anledning att ånyo överväga denna fråga i samband med en övergång till ett mera förenklat bidragssystem för mentalsjukvården än vad utredningen för det dåvarande ansåge sig kunna förorda.

Utredningen fann vidare, att det bidragssystem, som förordats för den landstingskommunala mentalsjukvården, skulle kunna tillämpas även på de tre största städerna, vilka enligt särskilda avtal med staten redan omhänderhade sin mentalsjukvård.

I proposition nr 171 till 1963 års riksdag framlades principförslag om att landstingskommunerna den 1 januari 1967 skulle övertaga huvudmannaskapet för den av staten bedrivna mentalsjukvården och vården av epileptiker. Undantag gjordes för specialvården av s. k. psykopater, som skulle övertagas senast den 1 januari 1970, samt för undervisningen och vården av sådana psykiskt efterblivna, som mottages vid statens blind- och dövskolor. Propositionen grundar sig på resultatet av överläggningar mellan representanter för staten och landstingskommunerna, vid vilka överenskommits vissa allmänna bestämmelser att ligga till grund för de olika landstingskommunerna övertagande av den statliga mentalsjukvården. Reformens genomförande förutsätter därutöver upprättande av särskilda avtal mellan staten och respektive landstingskommun. I de allmänna bestämmelserna ingår såsom grund-

läggande villkor att landstingskommunerna vederlagsfritt skall övertaga statens mentalsjukhus m. m. samt att staten skall lämna bidrag till investerings- och driftkostnader. Till nya mentalsjukvårdsplatser skall utgå statliga anläggningsbidrag med, beräknat per den 1 juli 1962, ett belopp av 55.000 kr per plats vid helt nya sjukhus och 30.000 kr per tillkommande plats vid befintliga sjukhus och institutioner jämte 20.000 kr per plats för gemensamhetsanläggningar. Utrustningsbidrag har upptagits till 5.000 kr per plats vid helt nytt sjukhus och till 2.500 kr per tillkommande plats vid befintligt sådant. I fråga om beräkningen av det statliga bidraget till mentalsjukvårdens driftkostnader har överenskommits att såsom bas för bidraget till platser vid andra sjukhus än psykopatsjukhus lägges beträffande Norrbottens läns landstingskommun den genomsnittliga vårddagskostnaden vid Furunäsets sjukhus samt beträffande andra landstingskommuner den genomsnittliga vårddagskostnaden vid övriga av staten drivna mentalsjukhus året före avtalets ikraftträdande, multiplicerad med *dels* det antal inom landstingskommunen mantalsskrivna patienter, som i genomsnitt under år 1966 varit intagna vid här avsedda sjukhus inom riket, *dels ock* talet 365. Överenskommelsen innebär vidare bl. a. att utgående investerings- och driftbidrag göres värdebeständiga, anläggningsbidragen genom anknytning till byggnadsstyrelsens byggnadskostnadsindex, utrustningsbidragen genom anknytning till ändringar i omsättningsskatt och kommerskollegii partiprisindex (generalindex) efter den 1 juli 1962 samt driftbidragen genom anpassning för varje kalenderår till *dels* den årliga procentuella förändringen av lönerna för statens tjänstemän, *dels ock* den genomsnittliga förhöjningen av lönerna för tjänsterna inom den statliga sektorn vid s. k. B-listeförhandlingar. Även för kostnaderna för sjukhuspersonalens pensionering inklusive socialförsäkringsavgifter kompenseras de nya huvudmännen genom uppräkning av den genomsnittliga vårddagskostnaden med 20 % av den avlöningssumma, som ingår i genomsnittskostnaden. De ekonomiska villkoren i de allmänna bestämmelserna skall tillämpas under fem år, d. v. s. intill utgången av år 1971. Nya förutsättningslösa förhandlingar skall dessförinnan upptagas mellan parterna i fråga om statens bidrag så att nya överenskommelser om de ekonomiska villkoren kan tillämpas från och med år 1972.

Propositionen godkändes av riksdagen.

1957 års folktandvårdssakkunniga

Ifrågavarande sakkunniga föreslog i sitt betänkande Folktandvården (SOU 1960: 1) ifråga om statsbidragen till folktandvården dels att driftbidraget till städer utanför landsting skulle höjas från 8 till 10 kr per behandlat barn dels ock att de nuvarande utrustningsbidragen skulle bortfalla. De sakkunnigas förslag behandlades i 1961 års statsverksproposition (XI ht sid. 344). Beträffande statsbidragen framhölls därvid, att särskilda sakkunniga för att verkställa en översyn av statsbidragssystemet på kroppssjukvårdens område jämte därmed sammanhängande frågor tillkallats ävensom att frågan om en avlösning av statsbidragen till folktandvården komme att upptagas till behandling i detta sammanhang. Någon ändring av utgående statsbidrag borde på grund härav icke då genomföras.

Förslag angående kroniskt sjuka

Som i kap. 2 nämnts har statsbidragsbestämmelserna rörande kronikervården varit föremål för ytterligare överväganden. Sålunda föreslog *socialvårdskommittén* i ett betänkande av år 1946 angående ålderdomshem m. m. (SOU 1946: 52), att kvotbegränsningen helt skulle borttagas för att underlätta evakueringen av långvarigt kroppssjuka från ålderdomshemmen. Föredragande departementschefen uttalade emellertid i proposition till 1947 års riksdag, nr 243, angående ålderdomshemmens ordnande som sin åsikt, att med frågan borde anstå i avvaktan på ytterligare utredning, vilket riksdagen lämnade utan erinran.

I betänkande av år 1947 (SOU 1947: 61) behandlade *statens sjukhusutredning* bl. a. anstaltvården för kroniskt sjuka. Där framhölls de stora svårigheter, som alltid vore förenade med bedömandet av ett vårdplatsbehov. Utredningen hade emellertid på grundval av vissa beräkningar och överväganden kommit till den slutsatsen, att hela antalet kroniskt sjuka för det dåvarande uppgick till 3 à 4 promille av befolkningen med en ytterligare ökning att vänta under de närmaste årtiondena. Då icke alla kroniskt sjuka behövde anstaltsvård, räknade utredningen med en utbyggnad av kronikervården intill 3 promille av dåvarande folkmängd. Denna utbyggnad borde uppmuntras genom fortsatta bidrag till uppförande och drift. Viss bidragskvot borde bibehållas men vara lika för landsting och städer utanför landsting. Den dåvarande kvoten borde generellt höjas till 2 1/2 promille med rätt för Kungl. Maj:t att, där så vore motiverat, höja kvoten till förslagsvis 3 1/2 promille. Något statsmakternas beslut om höjning av kvotgränsen i anledning av nämnda förslag fattades emellertid icke.

I skrivelse den 17 juli 1958 förelsog vidare *medicinalstyrelsen* — bl. a. med anledning av resultatet av en inom styrelsen verkställd utredning om i vilken omfattning anstaltsvården för kroniskt sjuka utbyggts inom landstingsområdena och städerna utanför landsting — sådan ändring av kvotgränserna i kungörelserna angående statsbidrag till kronikervården, att bidrag skulle utgå för högst två vårdplatser på varje tusental av sjukvårdsområdes invånarantal eller, efter skälighetsprövning av Kungl. Maj:t på grund av särskilda omständigheter, för högst två och en halv vårdplats på varje tusental av sjukvårdsområdes invånarantal.

Även *svenska landstingsförbundet* hade i skrivelse den 28 april 1958 påkallat ändring av gällande kvotbestämmelser, då det allmänt ansetts att behovet av vårdplatser inom landstingsområdena utgjorde c:a 3 ‰ av folkmängden. *Svenska stadsförbundets* styrelse, som i sitt remissvar tillstyrkte landstingsförbundets framställning, erinrade i sammanhanget om frågan om reformering av hela statsbidragssystemet beträffande sjukvården och framhöll angelägenheten av att en dylik revision komme till stånd. I avvaktan härpå borde emellertid det befintliga bidragssystemet i möjligaste mån anpassas efter ändrade förhållanden. *Departementschefen* förklarade sig i 1959 års statsverksproposition XI ht. — med hänsyn till den icke oväsentliga merkostnad som en höjning av kvotgränserna skulle medföra samt till att det ökade bidragsbeloppet i huvudsak skulle komma befintliga, med gällande regler icke bidragsberättigade platser tillgodo — icke för det dåvarande beredd att förorda

en höjning av kvotgränserna men räknade med att frågan skulle beaktas vid en kommande översyn av statsbidragsbestämmelserna till den somatiska vården.

Socialpolitiska kommittén har i en rapport »Åldringsvårdens läge» (SOU 1963: 47) redovisat resultatet av en kartläggning av åldringsvården. Kartläggningen visade, att långtidssjukvården intoge en nyckelställning inom åldringsvården. Platssituationen inom långtidssjukvården vore prekär och det snabbt växande antalet åldringar krävde extraordinära insatser från sjukvårdshuvudmännens och statens sida. Staten borde därför i första hand medverka till att sjukvårdshuvudmännen snabbt kunde genomföra den utbyggnad om netto c:a 6.000 vårdplatser på sjukhem för långvarigt kroppssjuka fram till den 1 januari 1967, varom beslut förelåge enligt en verkställd inventering. Staten borde även stimulera till en utbyggnad härutöver. Platsbehovet beräknades till 10.000 platser utöver nuvarande vårdplatser för såväl somatiska som psykiska långtidsfall. I en promemoria angående statligt stöd till byggande av sjukhem (socialdepartementets stencil 1963: 11) föreslog kommittén, att statliga lån skulle lämnas landsting och landstingsfria städer för anordnande av sjukhem för långvarigt kroppssjuka samt mentalsjukhem i nybyggnader eller däremot svarande till- och ombyggnader, vilka påbörjades under tiden från den 25 november 1963 t. o. m. den 31 december 1966. Lån skulle kunna lämnas med högst 30.000 kr för varje vårdplats, som utgjorde ett nettotillskott till platsantalet. Kommittén räknade med lån till anordnande av c:a 5.000 vårdplatser i fristående sjukhem under treårsperioden 1964—66. Enligt förslaget skulle lånen vara ränte- och amorteringsfria de första fem åren efter utbetalningen, varefter skulle tillämpas en amorteringstid av 25 år. Som villkor för lån skulle bl. a. gälla, att sjukvårdshuvudmännen företedde en långsiktig plan för långtidssjukvården. Kommittén ansåg vidare att nuvarande möjlighet till statsbidrag till anordnande av sjukhem för långvarigt kroppssjuka och sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka kunde upphävas, om låneförslaget genomfördes.

Förslaget förelades 1964 års riksdag genom proposition nr 85, varvid föredragande departementschefen i fråga om de nuvarande anläggningsbidragen erinrade om att statsbidragsutredningen hade att pröva möjligheten att avveckla nuvarande anläggningsbidrag på kropps- och mentalsjukvårdens område. I avvaktan på resultatet av utredningen borde några förändringar i utgående anordnande- och driftbidrag inte ske. Anordnandebidrag till de här aktuella sjukhemmen borde dock inte ges jämsides med lån. Propositionen godkändes av riksdagen.

Centrala rehabiliteringsberedningen

I en promemoria (socialdepartementet 1963: 1)) har beredningen gjort viss sammanfattning av tidigare frågeställningar och synpunkter av grundläggande betydelse för erforderlig planering och utbyggnad av rehabiliteringsverksamheten. I fråga om kostnaderna för och finansieringen av utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen framhöll beredningen, att denna kunde antagas krävas avsevärda ekonomiska insatser. Det kunde ifrågasättas, om landstingen och städerna utanför landsting i allmänhet hade praktisk möjlighet att utan särskilt ekonomiskt stöd bygga upp en organisation av den av beredningen antydda omfattningen utan

eftersättande av andra uppgifter. Enligt beredningens åsikt kunde frågan om ekonomiskt stöd åt dessa för de med den medicinska rehabiliteringen förenade kostnaderna på längre sikt icke skiljas från frågan om fördelningen av sjukvårdens kostnader i övrigt mellan staten å ena sidan samt landstingskommuner och landstingsfria städer å den andra. Kostnaderna för den medicinska rehabiliteringen gjorde det än mera angeläget att frågan om ett allmänt driftbidrag till sjukvården bringades till en snar lösning ävensom att hänsyn toges till rehabiliteringsinsatserna i samband med bestämmandet av storleken av ett sådant statsbidrag. Beredningen har sedermera avlämnat ytterligare två betänkanden angående rehabilitering (SOU 1964: 50 och 51), innehållande allmänna principer och vissa organisationsförslag.

Allmänna statsbidragsutredningen

I detta sammanhang kan vara av intresse att erinra om, att även den statliga bidragsgivningen till primärkommunernas driftutgifter och kapitalutgifter har varit föremål för utredning genom sakkunniga med uppdrag att söka åstadkomma en förenkling av de statliga engagemangen i denna del. Nämnda sakkunniga, som antog benämningen allmänna statsbidragsutredningen, redovisade sina resultat i ett betänkande om förenklad statsbidragsgivning (SOU 1956: 8), vilket ledde till förslag till 1957 års riksdag (prop. nr 112), som godkände det framlagda förslaget. Det i betänkandet framlagda förslaget utgjorde en överarbetning av det principbetänkande angående driftbidrag till primärkommunerna, som allmänna statsbidragsutredningen framlade i december 1952 (SOU 1952: 44).

Grundtanken i principbetänkandet var, att en förenkling av systemet för statens bidrag till kommunala driftutgifter i första hand borde genomföras genom en begränsning av antalet bidrag. Detta borde åstadkommas genom att det övervägande antalet utgående speciella driftbidrag, vilka icke vore av väsentlig betydelse ur stimulanssynpunkt, avlöstes med ett allmänt årligt bidrag till kommunerna. Denna huvudlinje skulle enligt de nya direktiven läggas till grund för överarbetningen av förslagen i principbetänkandet. Enligt sistnämnda direktiv finge en omläggning av den statliga bidragsgivningen icke leda till allvarliga omkastningar i kommunernas ekonomi eller, annorlunda uttryckt, storleken av det allmänna statsbidraget till varje kommun borde i stort sett motsvara summan av de speciella driftbidrag, som kommunen skulle förlora genom avlösningen. Denna grund för utformningen av ett förenklat bidragssystem benämndes av utredningen status-quo-principen.

Utredningen upptog vid överarbetningen av principbetänkandet till behandling 60 skilda driftbidrag, av vilka 43 var hänförliga till åttonde huvudtiteln. Vid sitt arbete prövade utredningen bl. a. möjligheten att formellt sammanföra de speciella driftbidragen till ett bidrag, helt motsvarande summan av de speciella bidrag, kommunerna eljest skulle erhålla. Status-quo-principen skulle därigenom iakttagas fullt ut, men systemet befanns icke medföra sådana fördelar ur förenklingssynpunkt, att det borde accepteras. Med utgångspunkt från att direktiven förutsatte, att omläggningen skulle ske med bibehållande av i stort sett lika stor bidragsgivning för varje kommun,

undersökte utredningen om det kunde finnas allmänna faktorer, efter vilka det allmänna statsbidraget kunde fördelas inom gränserna för den tolerans, med vilken tillämpningen av status-quo-principen rimligen borde förbindas. Vid sina undersökningar härutinnan prövade utredningen bl. a. en fördelning av ett allmänt statsbidrag mellan kommunerna i förhållande till deras invånarantal, d. v. s. ett rent invånarbidrag, ävensom en fördelning av detta bidrag efter ett med hänsyn till det relativa skatteunderlaget differentierat invånarbidrag. Av de 60 bidragen befanns endast 22 acceptabla ur status-quo-synpunkt vid en tillämpning på förhållandena under undersökningsåret. Provundersökningen gav dock ingen ledning för bedömandet av bidragssystemets verkan vid senare tidpunkt. Det nya allmänna statsbidraget skulle vidare med hänsyn till de separata bidragens obetydliga storlek få en ringa ekonomisk betydelse. Man undersökte därför möjligheten att lämna kommunerna kompensation för indragning av de 22 speciella bidragen genom uppräkning av något eller några av de speciella driftbidrag, som skulle kvarstå efter en begränsad avlösning. Närmast till hands låg därvid att överföra beloppet av de avlösta bidragen till ett bidrag, som utginge till alla landets kommuner som stöd för en obligatorisk verksamhet. Ett sådant kvarstående bidrag fann utredningen i bidraget till avlönande av lärare vid folk- och småskolor. Genom reduktion av kommunandelen i dessa löner skulle 15 av de 22 till indragning föreslagna bidragen kunna kompenseras kommunerna.

I fråga om de kvarstående bidragen, som icke omfattades av det föreslagna systemet, fann utredningen det ligga närmast till hands att söka vinna den ur förenklingssynpunkt eftersträvade begränsningen av antalet speciella bidrag genom sammanförande av dessa bidrag till ett fåtal sådana med enhetliga och enkla bidragsgrunder. En grupp speciella driftbidrag som enligt utredningen syntes ha ett naturligt inbördes samband vore statsbidragen till kommunernas avlöningskostnader inom folk- och fortsättningsskoleväsendet. Enligt då gällande bidragssystem kunde till kommun utgå ej mindre än 14 olika sådana bidrag, vilka lämpligen borde sammanföras till ett driftbidrag. Utredningen föreslog vidare sammanförande av dels 4 andra sinsemellan likartade bidrag till ett bidrag till de högre kommunala skolorna dels ock 3 ytterligare bidrag till ett bidrag till skolskjutsar och inackordering.

Med hänsyn till önskvärdheten att undvika alltför stora förskjutningar av statsbidragsbeloppen till de enskilda kommunerna förordade kommittén, att för beräkningen av dessa driftbidrag skulle väljas en form, som så nära som möjligt anslöte sig till den gällande vanligaste beräkningsgrunden. Med utgångspunkt härifrån fann utredningen det naturligt att statsbidragen i princip borde utgå med en procentuell andel av ett bidragsunderlag, som grundades på en schematisk beräkning av lönekostnaderna.

Den av allmänna statsbidragsutredningen föreslagna minskningen av antalet bidrag godkändes av statsmakterna (proposition nr 12 år 1957) i så måtto, att nio speciella bidrag avlöstes och kompensation lämnades i form av ökning av lärarlönebidraget respektive det högre skolbidraget, medan aderton bidrag sammanfördes till två större bidrag — fjorton till lärarlönebidraget och fyra till det högre skolbidraget.

1958 års besparingsutredning

I sitt betänkande om besparingar inom statsverksamheten (SOU 1959: 28) behandlade även 1958 års besparingsutredning frågan om den statliga bidragsgivningen inom sjukvården. Utredningen framhöll vikten av att rationaliseringsmöjligheterna i samband med statsbidragsgivning av olika slag tillvaratoges. Gällande föreskrifter på området borde överses i syfte att reducera det administrativa och kamerala arbetet för såväl de statliga organen som bidragstagarna. Speciell uppmärksamhet borde ägnas bestämmelser, som krävde teknisk och kameral kontroll.

Under hänvisning till den av allmänna statsbidragsutredningens förslag möjliggjorda rationaliseringen av bidragen till primärkommunerna framhöll besparingsutredningen, att en motsvarande genomgång av landstingssektorn vore behövlig. Ett enhetligt bidrag, avseende hela eller i vart fall större delen av hälso- och sjukvården, borde därvid eftersträvas.

En av utredningen efter befolkningstalet schablonmässigt verkställd omfördelning av de för verksamhetsåret 1957 utgivna statsbidragen till landstingen och de landstingsfria städerna visade enligt utredningen påfallande små avvikelser i de enskilda fallen. Detta skulle tyda på, att det borde vara möjligt att finna en principlösning, medförande ett långt drivet sammanförande av bidragen på de aktuella områdena och därmed en betydande förenkling av bestämmelserna. Eventuella särregler med hänsyn till ekonomiskt svaga bidragstagare borde kunna utformas så, att de icke ledde till nämnvärda administrativa komplikationer.

I sådana fall, där bidragstagaren hade möjlighet att påverka kostnaderna för utförandet av en anläggning eller driften av en verksamhet, för vilken statsbidrag utginge, borde statsbidragsbestämmelserna i möjligaste mån givas en utformning, som stimulerade bidragstagaren till sparsamhet. Ur dessa synpunkter borde statsbidrag icke utformas så att det utginge med viss procent av den beräknade eller verkliga kostnaden för en anläggning eller verksamhet. Anläggningsbidrag borde undvikas i sådana fall, då driftbidrag utginge för verksamheten och sistnämnda bidrag kunde anpassas även med hänsyn till anläggningskostnaderna.

1958 års skatteutjämningskommitté

Slutligen må nämnas att 1958 års skatteutjämningskommitté i sitt betänkande Kommunal skatteutjämning (SOU 1964: 19) berört frågan om statsbidragsgivningen till kommunerna. Kommittén hänvisade till att statsbidrag till kommunerna förekom i form av dels allmänna, dels speciella bidrag. I betänkandet framhölls önskvärdheten av en rationalisering av den speciella statsbidragsgivningen med dess många, sinsemellan olikartade bidrag. Grundtanken vid en sådan rationalisering borde vara att söka åstadkomma ett system för speciell bidragsgivning av innebörd, att denna endast skulle omfatta bidrag med en från skatteteknisk eller stimulanssynpunkt angelägen funktion. Goda förutsättningar för en rationalisering efter sådana linjer skulle enligt kommittén skapas genom införandet av ett allmänt skatteutjämningsbidrag av föreslagen typ. Av olika skäl ansåg kommittén sig icke böra lägga något konkret förslag i ämnet, främst enär ett flertal speciella statsbidrag redan vore föremål för

utredning i annat sammanhang och resultaten av dessa utredningar borde avvaktas.

Skatteutjämningskommitténs betänkande upptogs till behandling i proposition nr 43 till 1965 års riksdag, vari föreslogs en bidragsgivning i allmänt skatteutjämnande syfte från och med år 1966. Enligt förslaget kunde skatteutjämningsbidrag utgå även till landstingskommuner, vars skattekraft, mätt efter skatteunderlaget per innevånare, understeg medelskattekraften i riket. Samtidigt slopades de nuvarande skatteersättningarna till kommunerna i anledning av 1957 och 1961 års ortsavdragsreformer, varvid dock landstingen garanterades att det nya skatteutjämningsbidraget icke skulle understiga vad de för år 1965 uppburit i tillskjutet skatteunderlag enligt gällande kungörelse om skatteersättning. Vidare föreslogs i särskild proposition (nr 52) att bland annat nuvarande statsbidrag till landstingen för anordnande och drift av barnhem skulle avlösas genom det allmänna skatteutjämningsbidraget samt i de fall, detta bidrag utginge till föreningar och stiftelser, motsvarande belopp i stället skulle tillskjutas av vederbörande landsting. Propositionen godtogs av riksdagen.

KAPITEL 5

Allmänna utgångspunkter för revidering av statsbidragssystemet

Inledning

Såsom framgår av föregående kapitel har grunderna för statsbidragen till hälso- och sjukvården icke undergått någon mera markant ändring under de senaste två decennierna, om man undantager bidragen till provinsialläkarväsendet, vården av de psykiskt efterblivna samt de tekniska hjälpmedlen för handikappade. Utgångspunkten för bidragsgivningen har i åtskilliga fall varit att åstadkomma en viss kostnadsfördelning mellan staten och huvudmännen. Genom att bidragen endast till en del varit värdebeständiga har de dock i samband med penningvärdets fall och höjningen av vårdgrenarnas standard sjunkit i värde och i stor utsträckning förlorat sin stimulerande betydelse. Jämsides härmed har det med bidragens handhavande förenade administrativa arbetet kommit att efter hand framstå såsom oproportionerligt betungande och kostnadskrävande. Ett flertal sakkunnigförslag har framlagts i syfte att ernå en förenkling av statsbidragssystemet och samtidigt åvägabringa en för de kommunala huvudmännen gynnsammare fördelning av sjukvårdskostnaderna men dessa förslag har icke lett till avsett resultat.

Frågan om en ändrad fördelning av sjukvårdskostnaderna mellan staten och de kommunala huvudmännen har senast aktualiserats av svenska landstingsförbundet i samband med de förhandlingar, som förts mellan representanter för förbundet och vederbörande departement rörande landstingens övertagande av den statliga mentalsjukvården. I skrivelse till Kungl. Maj:t den 28 februari 1963 har landstingsförbundet sålunda påvisat, att landstingens utgifter för hälso- och sjukvården under åren 1950—60 mer än tredubblats och att den genomsnittliga utdebiteringen av landstingsskatten under samma period ökat med inemot 50 %, trots att antalet skattekronor stigit med drygt 80 %. I skrivelsen betonas vidare det varierande skatteunderlaget i de skilda landstingsområdena och ifrågasättes, huruvida vissa landsting utan en orimlig skattebelastning skall kunna tillgodose de ökade krav på hälso- och sjukvård som utvecklingen ställer, särskilt om ytterligare vårduppgifter pålägges landstingen enligt vissa föreliggande förslag. Under hänvisning härtill har förbundet hemställt om en översyn genom särskilda sakkunniga av frågan om hälso- och sjukvårdens finansiering, syftande till en skatte- och kostnadsutjämning mellan landstingen under ekonomisk medverkan av staten.

En viss förbättring i ekonomiskt avseende för landstingen och en angelägen skatte-

utjämning mellan dessa har kommit till stånd genom beslut av 1965 års riksdag på grundval av ett av 1958 års skatteutjämningskommitté framlagt förslag. Totalt kan enligt senaste uppgifter — genom skatteunderlagets utveckling och ändrad utdebitering — statens ifrågavarande bidrag till landstingen under år 1966 beräknas komma att uppgå till 355 milj. kr. Detta utgör ett nettotillskott för landstingen av cirka 163 milj. kr. I detta sammanhang vill utredningen erinra om att landstingens utgifter för hälso- och sjukvården under år 1964 uppgick till nära 2 miljarder kr och storstädernas motsvarande utgifter till 650 miljoner kr.

1962 års statsrevisorer har i sin berättelse berört olägenheterna med nuvarande statsbidragssystem och därvid särskilt uppehållit sig vid frågan om fördelningen av samhällsuppgifterna mellan stat och kommun. Enligt revisorernas uppfattning skulle nämnda olägenheter kunna i väsentliga avseenden elimineras, om en rationellare fördelning av dessa uppgifter kunde åvägabringas. Revisorerna har därför rekommenderat, att man i det fortsatta utredningsarbetet på området allvarligen strävar efter att i betydligt större utsträckning än hittills få till stånd en ändamålsenlig uppdelning av samhällsuppgifterna mellan stat och kommun.

Frågan om fördelningen av kostnaderna för hälso- och sjukvården mellan staten och de kommunala huvudmännen, liksom frågan om fördelningen av uppgifterna mellan dessa, är sålunda alltjämt aktuell. Statsbidragsutredningen anser sig emellertid förhindrad att upptaga dessa spörsmål till prövning, eftersom utredningens syfte enligt meddelade direktiv varit att göra en teknisk översyn av statsbidragssystemet för hälso- och sjukvården utan att statens kostnadsram för ändamålet därvid väsentligen rubbas.

De nuvarande statsbidragens bakgrund och ekonomiska betydelse

Den statliga bidragsgivningen till hälso- och sjukvården är, som redan i direktiven framhållits, uppdelad på ett förhållandevis stort antal separata bidrag av såväl anläggningsbidrags- som driftbidragskaraktär; till de senare räknar utredningen i detta sammanhang även förekommande bidrag till resor och tekniska hjälpmedel för patienter.

Driftbidragen, som har den största ekonomiska betydelsen för huvudmännen, är konstruerade på olika sätt. Inom den slutna vården utgår de såsom ett bidrag per patient och vårddag eller vårdplats och inom den öppna vården i regel som lönebidrag; inom folktandvården utgör bidraget dock ett belopp per behandlat barn. Driftbidragen till tuberkulossjukvårdanstalter och medicinska barnavdelningar kan vidare under vissa förutsättningar utgå med förhöjda belopp. På anläggningssidan utgår bidragen inom den slutna vården med ett belopp per vårdplats med differentiering av bidragsbeloppen både efter vårdgren och den åtgärd, som från huvudmannens sida vidtagits för tillskapande av vårdplatser, medan inom den öppna vårdsektorn utgår särskilda utrustningsbidrag till den förebyggande mödra- och barnavården samt folktandvården men ej till andra vårdgrenar. Rätten till bidrag är i regel omgärdad av en mångfald villkors- och ordningsföreskrifter med ursprungligt syfte

att trygga statsmakternas intentioner rörande de olika vårdgrenarnas utbyggnad och drift.

Den statliga bidragsgivningen var från början företrädesvis inriktad på sådana verksamhetsgrenar inom sjukvården, där ökande insatser från huvudmännens sida ansågs särskilt angelägna ur allmän synpunkt.

Detta var främst fallet med den slutna tuberkulos- och epidemivården, inom vilka vårdgrenar förhindrandet av smittspridning inom landet i dess helhet på sin tid framstod som mycket trängande. På båda dessa områden har läget radikalt förändrats, icke minst genom tuberkulosens och vissa andra smittsamma sjukdomars tillbakaträngande samt genom den förebyggande roll, som dispensärvården och vaccineringen mot olika infektionssjukdomar numera spelar.

Befolkningspolitiska överväganden låg bakom statsbidragen till förlossningsvården och den medicinska barnsjukvården ävensom den därmed sammanhängande förebyggande mödra- och barnavården. Dessa vårdgrenar är numera praktiskt taget helt utbyggda, varför bidragen även här kan anses ha fullgjort sin funktion som stimulansfaktor.

I fråga om vården av långvarigt kroppssjuka samt psykiskt sjuka och efterblivna ligger förhållandena något annorlunda till. Det statliga stödet till dessa vårdgrenar tillkom närmast med hänsyn till deras i relation till akutsjukvården eftersatta läge. Frånvaron av en laglig reglering av dessa vårdgrenar torde också ha medverkat. I både dessa hänseenden har numera beaktansvärda ändringar skett. Vårdskyldighet har sålunda införts och en avsevärd utbyggnad ägt rum, men alltjämt kvarstår ett betydande utbyggnadsbehov att tillgodose, vilket kräver fortsatt uppmärksamhet vid den översyn av statsbidragssystemet som anförtrotts utredningen.

Beträffande distriktsvården, dispensärvården och övriga förebyggande vårdgrenar har hävdats, att hithörande uppgifter till övervägande del vore en statlig angelägenhet, som motiverade ett mera kraftfullt stöd från statens sida. Detta betraktelsesätt torde ha medverkat till de mera gynnsamma bidragsgrunder, som gäller för dessa vårdformer. Vissa av vårdgrenarna är förhållandevis väl utbyggda, medan andra alltjämt har långt kvar till full utbyggnad.

Motivet för resebidragen har givetvis varit att underlätta vårdens utnyttjande för patienterna, medan till grund för bidragen till de tekniska hjälpmedlen för rörelsehindrade och hörselskadade ligger såväl humanitära som arbetsmarknadsmässiga synpunkter, vilka ansetts motivera, att staten i princip helt påtager sig kostnaderna för dessa hjälpmedel.

Slutligen bör här erinras om att statsbidraget till provinsialläkarväsendet, som länge var begränsat till avlönande av extra provinsialläkare, år 1963 radikalt omlagts och utökats till att principiellt omfatta den totala löne- och pensionskostnaden för alla provinsialläkare i samband med att huvudmannaskapet för den öppna sjukvården i landstingsområdena författningsenligt överförts till landstingen. Detta bidrag intager därmed en särställning i detta sammanhang.

Bakgrunden till de skilda statsbidragen har sålunda varit i viss mån skiftande. I stort sett kan dock syftet med den statliga bidragsgivningen sägas ha varit att

både stimulera och stödja de kommunala huvudmännen beträffande utbyggande och drift av respektive vårdgrenar. Bidragens stimulerande effekt har numera till stor del försvunnit, vartill främst penningvärdets fall samt sjukhusvårdens kvantitativa och kvalitativa utbyggnad medverkat. Det oaktat representera bidragens sammanlagda belopp ett icke obetydligt tillskott till huvudmännens ekonomi, vars betydelse accentueras av att vissa bidrag anknutits till befattningshavarnas löneställning och genom anpassning till löneutvecklingen gjorts värdebeständiga. Totalt rörde sig sålunda driftbidragen år 1962 (det senaste år, för vilket officiella belastningssiffror föreligger) till samtliga vårdgrenar om c:a 87 milj. kr, varav omkring 40 % eller 28 milj. kr omfattades av värdebeständigheten. Till belysning av dessa bidrags betydelse för de enskilda huvudmännen lämnas följande sammanställning (sid. 57).

Av tabellen framgår, att driftbidragen för nämnda år relativt sett betydde mest för Gotlands, Kalmar läns norra samt de fyra nordligaste länens landstingsområden, varierande mellan 45 och 32 öre per skattekrona, samt minst för storstäderna jämte Stockholms och Västmanlands läns landstingsområden, motsvarande 11 resp. 16 och 17 öre per skattekrona. Driftbidragens ekonomiska betydelse varierade alltså i hög grad för olika huvudmän.

Med hänsyn till vad sålunda anförts och med tanke på de kostnadskrävande arbetsuppgifter, som redan åvilar sjukvårdshuvudmännen och i framtiden kan komma att läggas på dem, kan ett slopande av de statliga bidragen icke gärna ifrågakomma utan att vederlag i någon form lämnas. Något annat synes ej heller ha avsetts i direktiven, som ju närmast syftar till en teknisk förenkling och rationalisering av bidragssystemet utan väsentlig rubbning av nuvarande kostnadsram.

Vilka statsbidrag bör ingå i ett allmänt driftbidrag?

Enligt direktiven bör statsbidragsutredningen i första hand söka genomföra en sammanslagning av alla eller flertalet driftbidrag till ett allmänt sådant bidrag av i möjligaste mån enhetlig karaktär. Därvid har utredningen att bl. a. beakta, att några allvarliga omkastningar i de kommunala huvudmännens ekonomi och skattetryck icke äger rum.

Från denna utgångspunkt har utredningen främst inriktat sig på att sammanföra bidrag till sådana verksamhetsgrenar, som kontinuerligt drives av eller berör samtliga sjukvårdshuvudmän. För att åstadkomma ett så rättvist utgångsläge som möjligt har det vidare tett sig naturligt att till en början avlösa bidrag på vårdområden, som i statsbidragshänseende nu nått eller under tiden fram till ikraftträdandet av det nya bidragssystemet kan förväntas ha nått en i stort sett likvärdig utbyggnad inom respektive sjukvårdsområden. Utredningen har bedömt, att sådana separata driftbidrag finnes till ett antal av *elva,* varav sex faller inom den slutna och fem inom den öppna vårdsektorn. De utgöres inom den slutna vården av driftbidragen till tuberkulossjukvårdsanstalter, epidemivårdsanstalter, sjukhem för långvarigt kroppssjuka (kroniska sjuka), medicinska barnavdelningar och psykiatriska kliniker vid

Sammanställning av på år 1962 belöpande statsbidrag till hälso- och sjukvården.

Sjukvårdsområde	Folkmängd 31/12 1962	Antal skattekronor enl 1962 års taxering	Summa statsbidrag	Statsbidrag	
				per invånare	per skattekrona
B	513.299	30.803.939	5.004.153	9:75	0:16
C	172.027	8.596.157	2.373.372	13:80	0:28
D	232.082	11.666.527	3.121.199	13:45	0:27
E	359.344	17.023.656	4.289.455	11:94	0:25
F	286.974	12.589.052	3.295.275	11:48	0:26
G	159.425	6.317.645	1.639.876	10:29	0:26
Hn	89.264	3.323.289	1.266.329	14:19	0:38
Hs	144.816	5.665.241	1.656.194	11:44	0:29
I	53.518	1.776.284	791.824	14:80	0:45
K	145.981	5.898.884	1.717.412	11:76	0:29
L	256.474	10.553.833	3.127.919	12:20	0:30
M	401.620	20.458.229	4.815.154	11:99	0:24
N	172.672	7.275.775	2.016.620	11:68	0:28
O	229.280	9.646.368	2.537.421	11:07	0:26
P	377.777	16.931.082	4.281.992	11:33	0:25
R	250.495	10.407.645	2.671.459	10:66	0:26
S	289.395	12.824.266	3.616.195	12:50	0:28
T	262.672	13.174.204	2.914.461	11:10	0:22
U	236.589	12.477.836	2.131.692	9:01	0:17
W	286.153	13.499.250	3.316.167	11:59	0:25
X	293.961	13.385.846	3.490.663	11:87	0:26
Y	281.340	13.008.828	4.330.077	15:39	0:33
Z	135.778	5.194.613	2.283.025	16:81	0:44
AC	236.767	9.656.058	3.225.802	13:62	0:33
BD	263.212	14.141.783	4.468.869	16:98	0:32
S:a	6.130.915	286.316.250	74.382.605	12:13	0:26
Stockholm	802.124	68.257.271	7.243.655	9:03	0:10
Göteborg	410.681	26.632.344	3.317.835	8:08	0:12
Malmö	237.517	15.156.432	1.784.700	7:51	0:12
S:a	1.450.322	110.046.047	12.346.190	8:51	0:11
Totalt	7.581.237	396.362.297	86.728.795	11:44	0:22

Anm. Från den 1 juli 1963 tillkommer bidraget till provinsialläkarväsendet med i runt tal 22.500.000 kr per år.

lasarett samt sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka. Inom den öppna vården synes bidragen till barnmorskeväsendet, distriktsvården, dispensärverksamheten, den förebyggande mödra- och barnavården samt folktandvården av enahanda skäl lämpligen kunna inordnas i ett enhetligt bidrag till hälso- och sjukvården. De olikheter i utbyggnadsgrad, som föreligger inom nu nämnda vårdgrenar är relativt obetydliga och med ökad tillgång på kvalificerad personal, främst läkare, tandläkare och sjuksköterskor, torde man kunna förvänta, att ytterligare utjämning av föreliggande olikheter inträder.

I detta sammanhang vill statsbidragsutredningen erinra om att 1961 års sjukförsäkringsutredning i sitt år 1965 framlagda betänkande om tandvårdsförsäkring

(SOU 1965: 4) till ingående diskussion upptagit frågan om den inom folktandvården organiserade barntandvårdens förhållande till den allmänna tandvårdsförsäkringen. Därvid har man utgått från att huvudmännen liksom hittills i princip skall vara skyldiga att inom folktandvårdens ram ombesörja fri tandvård för alla barn t. o. m. 16 år samt föreslagit att, i den mån rådande tandläkarbrist inom folktandvården lägger hinder i vägen därför, staten skall söka träffa överenskommelse med huvudmännen om att dessa bereder de barn, som icke kan emottagas inom folktandvårdsorganisationen, fri tandvård hos privatpraktiserande tandläkare. Samtidigt skulle statens bidrag till folktandvården utvidgas att omfatta all av huvudmännen bekostad barntandvård. I avbidan på att barnen tillförsäkras denna förmån genom huvudmännens försorg, måste enligt sjukförsäkringsutredningens mening en allmän tandvårdsförsäkring omfatta jämväl barnen. I sistnämnda hänseende föreligger emellertid en reservation av ordföranden och två andra ledamöter av innebörd, att förhandlingar snarast skall upptagas med huvudmännen i syfte att vidga dessas vårdskyldighet att jämväl omfatta barntandvård, som lämnas utanför folktandvårdens ram, och att denna vårdskyldighet skall fastställas genom avtal mellan staten och huvudmännen före tandvårdsförsäkringens ikraftträdande.

Med anledning härav har inom statsbidragsutredningen ifrågasatts, huruvida statens bidrag till folktandvården nu bör inordnas i ett allmänt driftbidrag. Utredningen har emellertid icke funnit tillräckliga skäl föreligga att lämna ifrågavarande statsbidrag åsido utan förutsätter, att om i samband med ovan berörda förhandlingar ökade förpliktelser ålägges huvudmännen, kostnaderna härför beaktas vid den slutliga beräkningen av bidragsunderlaget för det allmänna driftbidrag som utredningen i det följande föreslår.

I fråga om återstående driftbidragsberättigade vårdgrenar gäller att varken vården av psykopatiska och nervösa barn, den psykiska barna- och ungdomsvården, verksamheten för stöd och rådgivning till havande kvinnor i abortförebyggande syfte eller den försöksvis anordnade familjerådgivningen uppfyller de krav som enligt ovan varit vägledande för utredningen vid bedömandet av förevarande spörsmål. Hem för psykopatiska och nervösa barn drives således endast av ett fåtal kommunala huvudmän (städerna utanför landsting). Den psykiska barna- och ungdomsvården har av olika skäl, främst bristen på kvalificerad personal, endast kunnat utbyggas i relativt blygsam skala och förekommer över huvudtaget icke hos flera huvudmän. Liknande är förhållandet med verksamheten för stöd och rådgivning åt havande kvinnor i abortförebyggande syfte. Den försöksvis anordnade familjerådgivningen befinner sig ännu i initialskedet och bedrives för närvarande endast av fem huvudmän i olika omfattning. Statsbidragsutredningen har därför funnit, att ifrågavarande bidrag icke nu bör ingå i det enhetliga bidraget till hälso- och sjukvården. Med hänsyn emellertid till önskvärdheten av att en förenkling av dessa bidrag kommer till stånd har utredningen undersökt möjligheten av att på annat sätt lösa denna fråga. Härtill återkommer utredningen i kap. 11.

Vid sin prövning har utredningen vidare funnit, att hinder i och för sig icke skulle möta för ett inordnande i det generella bidragssystemet av bidragen till undervisning

och vård av psykiskt efterblivna samt till epileptikervården. Inom det förra vårdområdet pågår emellertid för närvarande och planeras under det närmaste årtiondet en väsentlig utbyggnad, i synnerhet på undervisnings- och yrkesutbildningssidan. Expansionen och de relativt gynnsamma bidragsbestämmelserna inom vårdområdet medför, att huvudmännen kan beräknas bliva berättigade till ytterligare statsbidrag för densamma i avsevärd omfattning. Ett inordnande av bidragen till vården av de psykiskt efterblivna i ett enhetligt bidrag skulle därför sannolikt leda till väsentligt avbräck för huvudmännen och dessutom skapa orättvisa dem emellan, varför bidragen tills vidare bör lämnas åsido. Angående bidragen till epileptikervården, vilka i princip är konstruerade på samma sätt som nyssnämnda bidrag, hänvisas till nästföljande avsnitt av detta kapitel.

Vad nu sagts gäller i viss mån även bidragen till provinsialläkarväsendet. Den överenskommelse, som träffats mellan staten och landstingsförbundet angående landstingens övertagande av provinsialläkarväsendet räknar med högst 760 statsbidragsberättigade tjänster fram till och med 1967. En väsentlig utbyggnad av denna vårdform är planerad. Med hänsyn härtill och till att ifrågavarande bidrag givits en speciell utformning, som i vissa delar förutsatts bli föremål för omprövning i särskild ordning, har utredningen funnit detta bidrag tills vidare icke böra ingå i ett generellt bidrag.

Bidragen till ortopediska hjälpmedel och hörapparater tager närmast sikte på den enskildes hjälpbehov, ehuru de av praktiska skäl distribueras genom huvudmännen. Ett inordnande av dessa bidrag i ett enhetligt bidrag till huvudmännen skulle i och för sig erbjuda stora fördelar ur förenklings- och rationaliseringssynpunkt, särskilt som den utbetalande myndigheten icke har nämnvärd möjlighet att kontrollera bidragens berättigande i det enskilda fallet utan får nöja sig med en formell granskning av rekvisitionen. Grunderna för dessa båda bidrag har emellertid nyligen ändrats väsentligt, innebärande att staten numera i princip svarar för hela kostnaden. Vidare har bidragsrätten utvidgats till att bl. a. omfatta hjälpmedel avsedda att underlätta den dagliga livsföringen för de rörelsehindrade. Nu berörda förhållanden torde medföra, att ett tidigare dolt behov av berörda hjälpmedel kommer att göra sig påmint genom en väsentligt ökad efterfrågan på desamma. Beaktas bör också, att utvecklingen på dessa områden går mycket snabbt, oftast med en fördyring av hjälpmedlen som följd. Dessutom föreligger en viss ojämnhet i vad avser utbyggnaden av de ortopediska klinikerna inom landstingen — flera landsting saknar ännu dylika kliniker och replierar dels på andra landstings kliniker dels ock på vanföreanstalterna. På grund härav skulle svårigheter uppkomma att erhålla underlag för en rättvis fördelning av statsbidragen till de ortopediska hjälpmedlen på de olika sjukvårdshuvudmännen. I proposition nr 82 till 1962 års riksdag har vidare föredragande departementschefen räknat med att frågan om kostnadstäckningen för båda grupperna hithörande hjälpmedel skulle komma att prövas av 1961 års sjukförsäkringsutredning. Med hänsyn till det anförda har utredningen avstått från att föreslå, att bidragen till ortopediska hjälpmedel och hörapparater i nuvarande läge inordnas i ett enhetligt driftbidrag.

Den allmänna skärmbildsverksamheten bedrives icke kontinuerligt inom samtliga sjukvårdsområden — endast fem à sex områden beröras årligen av undersökningarna, varför bidrag för ändamålet icke samtidigt åtnjutes av alla sjukvårdshuvudmän. Det torde vidare vara osäkert om bidraget för framtiden bör bibehållas i nuvarande utformning. En viss omdaning av bidraget kan nämligen förväntas i den mån pågående försöksverksamhet med vidgad hälsokontroll ger vid handen, att dylik kontroll mera allmänt bör införas. I uppdraget för 1961 års sjukförsäkringsutredning ingår även att undersöka, om och i vad mån sjukdomsförebyggande åtgärder kan inrymmas i den allmänna sjukförsäkringen. Av dessa skäl bör icke heller statsbidraget till allmän skärmbildsundersökning m. m. för närvarande inordnas i det generella bidragssystemet.

Frågan om en eventuell samordning med de separata bidrag för olika verksamhetsgrenar inom hälso- och sjukvården, som utredningen funnit icke böra i nuläget inordnas i ett generellt bidragssystem, torde böra upptagas till omprövning i samband med de förhandlingar, som förutsatts skola äga rum innan gällande mentalsjukvårdsavtal utlöper vid 1971 års utgång. Det synes nämligen utredningen lämpligt att vid detta tillfälle hela den statliga bidragsgivningen till hälso- och sjukvården upptages till omprövning i ett sammanhang.

Driftbidrag till enskilda s. k. riksanstalter

Statsunderstöd till enskilda anstalter av rikskaraktär, d. v. s. sådana anstalter som i princip mottager patienter från hela riket eller eljest en större rayon, utgår inom vanförevården, kustsanatorievården, vården av långvarigt kroppssjuka, den medicinska barnsjukvården, vården av psykopatiska och nervösa barn, vården av psykiskt efterblivna samt epileptikervården. Beträffande dessa anstalter ifrågasättes i direktiven, om icke nu utgående bidrag kunde slopas och inordnas i ett generellt bidrag till respektive kommunala huvudmän — vilka i dylikt fall borde i motsvarande mån lämna kompensation till anstaltsägarna för bidragsbortfallet — samt om icke åtgärder borde vidtagas för att främja verksamhetens övergång till de kommunala sjukvårdshuvudmännen.

Av nämnda anstalter intager vanföreanstalterna jämte Eugeniahemmet samt kustsanatorierna en särställning som gör dem inaktuella i detta sammanhang.

Frågan om vanföreanstalternas och Eugeniahemmets framtida verksamhet har under senare år varit föremål för särskild utredning, vars resultat anmälts i proposition nr 75 till 1965 års riksdag. Någon definitiv ställning togs därvid icke i annan mån än att föredragande departementschefen anslöt sig till ett tidigare fattat principbeslut om att ortopedvården vid vanföreanstalterna, i den mån det ej redan skett, borde överföras i vederbörande kommunala sjukvårdshuvudmans regi. I övrigt tillkännagav departementschefen sin avsikt att låta frågan om dessa anstalters framtida användning övervägas vidare i samband med utredning om vissa allmänna handikappfrågor.

Av de båda enskilda kustsanatorierna är Kronprinsessan Victorias kustsanatorium i Vejbystrand tills vidare förhyrt av staten för vård av psykiskt efterblivna i behov av ortopedisk vård. Enligt det s. k. mentalsjukvårdsavtalet skall ansvaret för denna vård från och med den 1 januari 1967 övertagas av vederbörande landsting. Kustsanatoriet Apelviken skall i enlighet med proposition nr 86 till 1964 års riksdag såsom ett provisorium under den närmaste 10-års perioden fortsättningsvis *dels* användas för vård av kirurgiska tuberkulosfall och eftervård av poliofall m. fl. från hela riket *dels ock* disponeras av Hallands läns landsting för vård av ortopedfall och långvarigt kroppsjuka. I samband med utarbetandet av en ny sjukvårdsplan för Hallands län skall vidare övervägas, om kustsanatoriet i sin helhet kan inordnas i landstingets sjukvård.

Vid nu angivna förhållanden har statsbidragsutredningen ansett sig böra lämna dessa anstalter utanför ett allmänt driftbidrag.

Detsamma gäller i princip även de enskilda hem för psykopatiska och nervösa barn, för vilka särskilda avtal angående statens understöd gäller. Ansvaret för driften av dessa hem skall för övrigt enligt ovannämnda avtal övertagas av vederbörande landsting i samband med den s. k. huvudmannaskapsreformens ikraftträdande. De enskilda hemmen för psykiskt efterblivna bör ävenledes, i likhet med de kommunala anstalterna på området, tills vidare lämnas utanför ett enhetligt statsbidragssystem.

Beträffande övriga enskilda hem får utredningen framhålla följande.

I gällande författningar angående statsbidrag till *vården av långvarigt kroppssjuka* (kronikervården) föreskrives, att vid beräkning av det platsantal för vilket statsbidrag må utgå — d. v. s. 1,5 platser för varje tusental av landstingsområdets invånare respektive för städer utanför landsting 1,5 platser för varje tal av tvåtusen av städernas invånare — hänsyn icke skall tagas till s. k. riksanstalter. Dylika anstalter, som drivas av föreningar eller stiftelser, finnas till ett antal av fyra och utgöres av följande sjukvårdsinrättningar med nedan angivet platsantal.

Södermanlands läns sjukhem, Flen	34 platser
John och Matilda Lennings sjukhem, Norrköping	81 »
Ribbingska sjukhemmet, Lund	77 »
Älvsborgs läns sjukhem, Ulricehamn	37 »
	229 platser

I samma mån som de kommunala sjukvårdshuvudmännen byggt ut sin kronikervård genom tillskapande av nya sjukhem och genom ekonomiskt understödjande av vård i hemmet åt långvarigt kroppssjuka torde de här aktuella fyra institutionerna ha alltmer förlorat sin karaktär av riksanstalter. Enligt erhållna uppgifter tillhör i dagens läge de patienter, som vårdas därstädes, i huvudsak det landstingsområde, inom vilket sjukhemmen är belägna. Dessa landsting svarar också redan nu i icke oväsentlig grad för driftkostnaderna vid respektive sjukhem. De facto torde också de vid respektive sjukhem befintliga vårdplatserna av de skilda lands-

tingen tagas i beaktande vid beräkning av föreliggande vårdbehov och uppgörande av planer för dettas tillgodoseende. Vid sådana förhållanden ter det sig mest naturligt, att ifrågavarande landsting helt övertager det ekonomiska ansvaret för dessa riksanstalter, eventuellt även äganderätten till desamma om överenskommelse därom kan träffas med vederbörande ägare. Enligt vad utredningen under hand erfarit torde något hinder för ett dylikt övertagande icke föreligga från respektive enskilda huvudmäns sida i form av donationsbestämmelser o. d.

Ett eventuellt övertagande av riksanstalterna från respektive landstings sida aktualiserar frågan om sjukhemmens ställning i statsbidragshänseende. De kommunala huvudmännens rätt till statliga uppförande- och driftbidrag begränsas av vissa uppställda kvotregler, medan som nämnts de s. k. riksanstalterna helt faller utanför dessa regler. Vid en övergång till landstingen skulle de aktuella institutionernas platsantal komma att räknas in i respektive landstings platsantal, vilket vid oförändrade kvotregler skulle medföra, att driftbidraget för de övertagna platserna vid ett bibehållande av nuvarande statsbidragsbestämmelser komme att helt eller delvis bortfalla, beroende på utbyggnadsgraden inom det övertagande landstingets område. Som exempel på det bidragsbortfall, som kan ifrågakomma, må nämnas Ribbingska sjukhemmet i Lund, vilket enligt uppgift uteslutande belägger sina statsbidragsberättigade 77 vårdplatser med patienter från Malmöhus läns landstingsområde. Vid full beläggning utgör statsbidraget till driftkostnaderna vid detta hem drygt 42.000 kr, vilket belopp Malmöhus läns landsting skulle gå förlustigt vid ett övertagande med oförändrade kvotregler. Beloppet motsvarar enligt 1962 års taxering 0.00,2 kr per skattekrona.

Ur statsbidragssynpunkt framstår det som ett önskemål, att ett övertagande av det ekonomiska ansvaret för riksanstalterna från landstingens sida kommer till stånd. Införandet av ett generellt driftbidrag för den landstingsdrivna sjukvården medför ju, att de speciella bidragen kommer att försvinna, och därmed bör även de kungörelser, som reglerar den nuvarande statliga bidragsgivningen, upphöra att gälla och ersättas av en enda kungörelse. Nu utgående statsbidrag till dessa riksanstalter synes böra inräknas i bidragsunderlaget för ett allmänt bidrag till vederbörande kommunala huvudmän. Så länge anstalterna drives i enskild regi, bör därvid de huvudmän, som väsentligen belägger anstalterna, lämna kompensation för de uteblivna statsbidragen. Till frågan om kvotgränsen för statsbidragen till vården av långvarigt kroppssjuka återkommer utredningen i kap. 6.

Inom den *medicinska barnsjukvården* utgår driftbidrag enligt gällande kungörelse endast till två enskilda anstalter, nämligen till Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn samt barnsjukhuset Samariten, båda belägna i Stockholms stad. Jämlikt särskilt beslut av Kungl. Maj:t utgår härvid bidrag för 31 platser utöver den för staden fastställda kvoten, avsedda för barn från annat sjukvårdsområde än Stockholms stad. Båda sjukhusen torde enligt föreliggande generalplan för stadens sjukvård komma att nedläggas inom en relativt snar framtid. Enligt avtal mellan staden och vederbörande sjukhusägare svarar staden i sista hand för driftkostnaden vid dessa sjukhus, så länge de används för nuvarande ändamål. Med hänsyn härtill

har utredningen räknat med att driftbidraget till ifrågavarande anstalter skall ingå i det allmänna bidragsunderlaget för Stockholms stad.

För *epileptikervårdens* del gäller ingen kvotbegränsning av statens bidrag. Detta underlättar i och för sig ett inordnande av driftbidragen till hithörande enskilda anstalter i ett generellt driftbidrag till de kommunala huvudmännen. Dessa lämnar för övrigt redan ett betydande understöd till ifrågavarande anstalter i form av en av medicinalstyrelsen fastställd vårdersättning, som avser att täcka den del av driftkostnaden för vederbörande anstalt, vartill statens bidrag, patientavgifter och övriga inkomster icke förslår. Å andra sidan är att märka, att f. n. icke finnes någon av landsting driven anstalt å detta vårdområde och att området med hänsyn härtill och till sin komplicerade natur blivit föremål för en relativt omfattande särreglering i statsbidragskungörelsen. Denna ansluter sig för övrigt i stora delar till den reglering, som gäller för vården av psykiskt efterblivna, vilken utredningen föreslagits skola lämnas utanför sektorn för ett generellt driftbidrag. Då vidare ställning icke tagits till epileptikerutredningens förslag beträffande organisationen av denna vård, har statsbidragsutredningen icke ansett sig böra räkna med att bidragen till de enskilda epileptikeranstalterna nu skola inordnas i ett generellt driftbidrag till den av landstingen drivna sjukvården. Totalt uppgick statens bidrag till dessa anstalter för år 1962 till drygt 1.600.000 kr.

Anläggnings- och utrustningsbidragen

Enligt direktiven bör utredningen pröva möjligheten att slopa de nuvarande anläggningsbidragen, då de som regel anses ha ringa kommunalfinansiell betydelse. Skulle något eller några anläggningsbidrag finnas böra bibehållas, bör undersökas om icke bidrag bör utgå endast för sådana vårdplatser, som representerar ett nytillskott av platser och icke endast utgör ersättning för redan befintliga, varigenom så småningom bidragsgivningen skulle helt avvecklas.

I avsikt att siffermässigt belysa de nuvarande anläggningsbidragens ekonomiska betydelse för huvudmännen har verkställts vissa undersökningar angående utbetalade statsbidrag för femårsperioden 1958—1962 till uppförande och inrättande av *dels* epidemivårdsanstalter, *dels* barnavdelningar vid eller i anslutning till lasarett, *dels* förlossningsanstalter, *dels* sjukhem för långvarigt kroppssjuka, *dels* psykiatriska lasarettskliniker, *dels* sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka, *dels ock* särskolor och vårdanstalter m. m. för psykiskt efterblivna, varvid i samtliga fall totalsumman för respektive bidrag under hela femårsperioden utslagits per invånare och per skattekrona under ett år, 1962. Resultatet av undersökningarna redovisas i Tabellbilaga A.

Av tabellen framgår, att anläggningsbidragen vart och ett för sig numera har ringa betydelse ur utdebiteringssynpunkt utom vad angår vårdanstalterna för psykiskt efterblivna, där bidraget under hela femårsperioden i visst fall motsvarat en utdebitering av 13 öre per skattekrona år 1962. Undantages de sistnämnda anstalterna har ej heller anläggningsbidragens sammanlagda värde någon större utdebiteringsmässig betydelse.

För att få en mer fullständig bild av anläggningsbidragens ekonomiska betydelse för huvudmännen har bidragen också ställts i relation till totalkostnaderna för uppförandet eller inrättandet av de olika byggnadsobjekten. Svårigheter har därvid yppat sig att erhålla fullt rättvisande siffror på dessa kostnader, speciellt i fråga om sådana bidragsberättigade vårdenheter som ingår i större byggnadskomplex, varvid fördelningen av kostnaderna för uppförande av de olika enheterna ofta gjorts efter varierande grunder. Genom att bidrag enligt gällande bestämmelser totalt icke kan överstiga hälften av byggnadskostnaderna är det för utfående av bidraget tillräckligt att styrka, att kostnaderna överstigit dubbla beräknade statsbidraget. Ett studium av inom centrala sjukvårdsberedningen upprättad statistik över byggnadskostnaderna och anläggningsbidragen ger vid handen, att statsbidraget i flertalet fall endast representerar mellan 5 och 10 procent av byggnadskostnaderna. I vissa fall kan dock bidraget utgöra en väsentlig del av byggnadskostnaderna. Så är exempelvis fallet med anläggningsbidrag för särskolor och vårdanstalter för psykiskt efterblivna, där i ett fall bidraget utgjorde drygt 44 procent av kostnaderna och i flera fall omkring 30 procent av desamma.

Bidrag, som för motsvarande tidsperiod utgått till inredning och utrustning av mödra- och barnavårdscentraler samt till utrustning av distriktstandpolikliniker inom folktandvården uppgår icke tillnärmelsevis till samma procentandel av kostnaderna som förenämnda anläggningsbidrag och synes därför ha mycket ringa ekonomisk betydelse för huvudmännen.

Det kan i sammanhanget erinras om, att 1946 års statsbidragssakkunniga föreslog en successiv avveckling av anläggningsbidragen till den slutna kroppssjukvården samt att mentalsjukvårdens statsbidragsutredning i fråga om anläggningsbidragen inom den landstingsdrivna mentalsjukvården föreslog, att dessa bidrag vid full utbyggnad av respektive vårdgren skulle avvecklas.

Mot bakgrunden av anläggningsbidragens ringa ekonomiska betydelse för sjukvårdshuvudmännen har utredningen funnit starka skäl tala för att dessa bidrag helt slopas. Behovet av stimulans är numera icke heller detsamma som förut inom flertalet vårdgrenar. Ett slopande av dessa bidrag synes även motiverat av den särskilt omständliga procedur för både staten och huvudmännen, som sammanhänger med sökande, beviljande och utbetalande av statsbidragen.

Mot ett slopande av anläggningsbidragen kan givetvis åberopas, att vissa vårdgrenar ännu ej utbyggts i sådan omfattning, att tillgängligt platsantal svarar mot föreliggande vårdbehov. Detta är fallet bl. a. med psykiatriska kliniker, som ännu (år 1964) saknas i sex landstingsområden. Någon eller några nya kliniker torde hinna färdigställas före ett ev. ikraftträdande av ett enhetligt bidragssystem. Statsbidrag kan därvid åtnjutas enligt gällande bestämmelser. För tiden därefter torde särskilt anläggningsbidrag icke längre böra utgå. För vården av långvarigt kroppssjuka och lättskötta psykiskt sjuka, där ett avsevärt utbyggnadsbehov alltjämt kvarstår, torde finansieringen av erforderlig utbyggnad i stort sett kunna ordnas inom ramen för det lånesystem för utbyggnad av långtidsvården, som föreslagits av socialpolitiska kommittén och godkänts av statsmakterna vid 1964 års riksdag (prop. 85).

Undantag bör emellertid göras för anläggningsbidrag till de vårdgrenar, beträffande vilka förekommande driftbidrag lämnas utanför det enhetliga driftbidraget. Bidraget till uppförande och inrättande av särskolor och vårdanstalter för psykiskt efterblivna beröres sålunda icke av utredningens förslag om slopande av anläggningsbidragen. Detta bidrag har även genom sin storlek, 12.000 kr per godkänd internatplats vid särskola och 9.000 kr för godkänd externatplats vid dylik skola eller per godkänd internatplats vid vårdanstalt, en viss stimulerande effekt på utbyggnaden av denna vårdgren, där behovet av utbyggnad alltjämt är stort.

Det statliga stödets värdebeständighet

I fråga om värdeständigheten hos det statliga stödet konstateras i direktiven, att den nuvarande statliga bidragsgivningen inom den öppna kroppssjukvården till stor del avser löner, beräknade efter löneklasser i det statliga lönesystemet. Till en del kan således redan en viss värdebeständighet sägas föreligga, eftersom man därvid följer den statliga löneutvecklingen. Vid den förordade översynen av bidragssystemet bör enligt direktiven övervägas i vad mån och på vad sätt det statliga stödet skall göras värdebeständigt.

Från huvudmannahåll har i olika sammanhang framhållits nödvändigheten av att finna någon form för en anpassning till kostnadsutvecklingen av utgående statliga bidrag även till den slutna kroppssjukvården. Statsbidragsutredningen har också, med hänsyn dels till den relativt stora andel av nu utgående statsbidrag, som redan är värdebeständig, dels till den hittills alltmer fortgående försämringen av de icke värdebeständiga bidragens reella värde, dels ock till sitt förslag om slopande av anläggningsbidragen, ansett att ett blivande generellt statsbidrag till kropps- och mentalsjukvården i möjligaste mån bör bli värdebeständigt. Utredningen redovisar sina närmare överväganden angående hithörande spörsmål i kapitel 7.

Bidragen till storstäderna

Enligt gällande statsbidragsbestämmelser råder en viss olikhet i bidragshänseende emellan landstingskommuner och städer, som ej tillhör landstingskommun. Olikheterna i bidragshänseende ligger däri att dessa städer *dels* är helt uteslutna från möjligheten att åtnjuta vissa bidrag *dels ock* i vissa fall erhåller bidrag enligt ogynnsammare grunder än övriga bidragsmottagare. Enligt direktiven bör vid utformningen av ett allmänt bidrag prövas, huruvida och i vad mån hänsyn till dessa förhållanden bör tagas vid utmätande av storleken av ett bidragsbelopp per invånare eller annan enhet.

Statsbidragsutredningen är för sin del av den uppfattningen, att även för dessa

städers vidkommande en avlösning av nuvarande separata bidrag så långt möjligt bör komma till stånd. Då lika vårdskyldighet bör motsvaras av lika rätt till statligt ekonomiskt stöd, bör enligt utredningens mening därvid i princip samma bidragsgrunder tillämpas för både landstingskommuner och städer.

Utredningens överväganden härutinnan behandlas närmare i kap. 6 (vården av långvarigt kroppssjuka) och kap. 10 (övriga vårdgrenar).

KAPITEL 6

Alternativa utformningar av ett allmänt driftbidrag

Som tidigare nämnts har i direktiven som en riktpunkt för utredningens arbete angivits att söka genomföra en sammanslagning av alla eller flertalet driftbidrag till ett allmänt sådant bidrag under beaktande av dels att några allvarliga omkastningar i de kommunala huvudmännens ekonomi och skattetryck icke sker, dels ock att någon väsentlig ändring i kostnadsfördelningen mellan staten och de kommunala huvudmännen icke äger rum. För att underlätta den administrativa handläggningen borde enligt direktiven det allmänna bidraget vidare ges en schematisk utformning och om möjligt grundas uteslutande på de olika sjukvårdsområdenas invånarantal, eventuellt med skilda belopp för landstingen och städerna utanför landsting. Därest ett allmänt bidrag beräknat efter invånarantal eller annan enhetlig metod skulle ge otillfredsställande resultat för vissa fall, borde en kompletterande beräkningsregel göras enkel. Slutligen framhålles att en anknytning av beräkningarna till de verkliga kostnaderna borde undvikas.

Utredningen har i föregående kapitel undersökt, vilka av de nuvarande driftbidragen som lämpligen borde läggas till grund för ett allmänt driftbidrag enligt sålunda angivna riktlinjer. Utredningen har därvid funnit, att detta skulle kunna vara fallet med driftbidragen till elva av landstingen drivna vårdgrenar, nämligen

1. tuberkulossjukvårdanstalterna
2. epidemivårdanstalterna
3. sjukhemmen för långvarigt kroppssjuka
4. medicinska barnavdelningarna vid lasaretten
5. sjukhemmen för lättskötta psykiskt sjuka
6. psykiatriska lasarettsklinikerna
7. barnmorskeväsendet
8. distriktsvården
9. dispensärvården
10. den förebyggande mödra- och barnavården samt
11. folktandvården.

Därjämte har utredningen räknat med att driftbidragen till de enskilda anstalterna för långvarigt kroppssjuka och sjuka barn skulle kunna ingå i det allmänna bidragsunderlaget mot det att vederbörande huvudman i förekommande fall lämnade anstaltsägaren kompensation för bortfallet av det nuvarande statliga bidraget. Den sammanlagda summan av de bidrag, som utredningen sålunda räknat med, uppgick

enligt senast tillgängliga officiella siffror (år 1962) till sammanlagt 48.6 miljoner kr, fördelade på de olika huvudmännen såsom följande sammanställning utvisar. Beträffande hemmen för långvarigt kroppssjuka har utredningen därvid utgått från full utbyggnad inom ramen för de medgivna platskvoterna av 1.5 resp. 0.75 platser på 1000 invånare i landstingskommuner resp. städer utanför landstingskommun. Sammanlagda antalet vårdplatser för dessa sjuka å landstingskommunala och primärkommunala hem översteg nämligen den medgivna kvoten i samtliga sjukvårdsområden. I den mån landstingen bygger ut sin vård för långvarigt kroppssjuka, förlorar motsvarande antal primärkommunala vårdplatser sin rätt till statsbidrag, varför statens totala kostnad för vårdgrenen blir oförändrad.

Den närmare fördelningen av beloppet å skilda vårdgrenar framgår av tabellbilaga L: 1 och S: 1.

Med utgångspunkt från dessa belopp har utredningen prövat ett flertal alternativa lösningar, närmast avseende den landstingsdrivna hälso- och sjukvården. I enlighet med direktiven har utredningen därvid undersökt olika möjligheter att konstruera ett allmänt driftbidrag med beaktande av de olika sjukvårdsområdenas invånarantal.

I första hand har utredningen undersökt möjligheten att utforma ett *enhetligt bidrag per invånare* för samtliga landstingskommunala huvudmän, varvid bidraget skulle avrundat motsvara kr 7: 10 per invånare (se tabellbilaga L: 2). Med detta alternativ skulle emellertid uppkomma relativt betydande omkastningar i statsbidragstilldelningen. Tio landsting skulle få minskade bidrag, medan femton skulle komma i ett bättre bidragsläge än med nuvarande separata bidrag. Den beloppsmässiga spännvidden uppgår till nära 1,9 miljoner kronor med en maximal ökning av 0,7 miljoner kronor och minskning av inemot 1,2 miljoner kronor. Den största ökningen i förhållande till summan av utgående separata bidrag skulle tillfalla Stockholms läns landsting med 23,8 %, medan Norrbottens läns landsting skulle få vidkännas den största förlusten med 38,3 %. Den utdebiteringsmässiga spännvidden uppgår till 13 öre per skattekrona med möjlighet till en sänkning av utdebiteringen med högst 3 öre per skattekrona för Skaraborgs län och behov av en ökad utdebitering med 10 öre per skattekrona i Jämtlands län. Bland de landsting som skulle komma att lida minskning i sitt bidragstillskott ingår förutom de fyra nordligaste länen även Gotlands, Kalmar läns norra landstingsområden, inom vilka statsbidragen har en jämförelsevis stor betydelse för utdebiteringen. Vid en lösning efter detta alternativ skulle alltså såväl de utdebiteringsmässiga som beloppsmässiga omkastningarna för de skilda landstingen innebära en omfördelning av utgående statsbidrag, som icke bör godtagas.

Utredningen har även prövat en lösning genom ett *differentierat invånarbidrag*. Med beaktande av resultatet av det förra alternativet har utredningen därvid uppdelat landstingen på två grupper, den ena omfattande Kalmar läns norra, Gotlands läns landsting och de norrländska landstingen och den andra gruppen bestående av rikets övriga landsting. På grundval av summan av utgående separata bidrag har bidraget per invånare för den första gruppen beräknats till kr 9: 75 och för den andra gruppen till kr 6: 50 (se tabellbilagan L: 3). Beloppen har erhållits på så sätt att summan av utgående separata bidrag för respektive grupp delats med summan

Sammanställning av på år 1962 belöpande statsbidrag till hälso- och sjukvården avsedda att avlösas av ett allmänt driftbidrag.

Sjukvårdsområde	Folkmängd 31/12 1962	Antal skattekronor enl. 1962 års taxering	Summa statsbidrag kr	Statsbidrag kr	
				per invånare	per skattekrona
B	513.299	30.803.939	2.943.653	5.73	0.09
C	172.027	8.596.157	1.294.123	7.52	0.15
D	232.082	11.666.527	1.839.579	7.85	0.16
E	359.344	17.023.656	2.282.429	6.21	0.11
F	286.974	12.589.052	1.975.720	6.88	0.16
G	159.425	6.317.645	1.040.356	6.53	0.16
Hn	89.264	3.323.289	758.750	8.50	0.22
Hs	144.816	5.665.241	1.094.745	7.56	0.19
I	53.518	1.776.284	443.968	8.30	0.25
K	145.981	5.898.884	1.013.125	6.94	0.17
L	256.474	10.553.833	1.707.960	6.66	0.16
M	401.620	20.458.229	2.409.765	5.91	0.12
N	172.672	7.275.775	1.169.917	6.78	0.16
O	229.280	9.646.368	1.526.811	6.66	0.16
P	377.777	16.931.082	2.460.968	6.46	0.14
R	250.495	10.407.645	1.473.552	5.88	0.14
S	289.395	12.824.266	2.020.526	6.98	0.16
T	262.672	13.174.204	1.699.264	6.67	0.13
U	236.589	12.477.836	1.461.632	6.18	0.12
W	286.153	13.499.250	1.988.226	6.95	0.15
X	293.961	13.385.846	2.122.514	7.17	0.16
Y	281.340	13.008.828	2.529.887	9.00	0.19
Z	135.778	5.194.613	1.492.911	11.00	0.29
AC	236.767	9.656.058	1.975.515	8.34	0.20
BD	263.212	14.141.783	3.028.928	11.51	0.21
Summa	6.130.915	286.316.250	43.754.824	7.13	0.15
Stockholm	802.124	68.257.271	2.830.459	3.53	0.04
Göteborg	410.681	26.632.344	1.226.619	2.99	0.05
Malmö	237.517	15.156.432	786.976	3.31	0.05
Summa	1.450.322	110.046.047	4.844.054	3.34	0.04
Totalt	7.581.237	396.362.297	48.598.878	6.41	0.12

av de i gruppen ingående landstingens befolkningstal. Omkastningar i bidragsgivningen skulle även vid ett så konstruerat bidragssystem uppkomma, ehuru självfallet ej av samma storleksordning som vid ett enhetligt invånarbidrag. Vid detta alternativ skulle femton landsting erhålla ett lägre bidrag än vad de nu erhåller, medan tio landsting erhålla en förmånligare bidragstilldelning än vad gällande grunder medger. Beloppsmässigt skulle ett på ifrågavarande sätt utformat bidragssystem ge en spännvidd om cirka 0,85 miljoner kr med en maximiökning av nära 0,4 miljoner kr (Stockholms län) och en största minskning av drygt 0,46 miljoner kr (Norrbottens län). Procentuellt skulle sistnämnda båda belopp innebära en höjning med 13 procent respektive en minskning med 25 procent vid jämförelse med summan av nuvarande separata bidrag. Utdebiteringsmässigt skulle uppkomma en spännvidd om 7 öre per skattekrona med en möjlighet till sänkning av utdebiteringen för Gotlands län med 4 öre per skattekrona och med behov av höjning av utdebiteringen för bl. a. Norr-

bottens och Jämtlands län med 3 öre per skattekrona. De variationer, som detta bidragssystem skulle innebära ur utdebiteringssynpunkt för de enskilda landstingen, torde i och för sig kunna anses tolerabla.

Möjlighet finns givetvis att helt eliminera skillnaderna i bidragstilldelningen genom att konstruera ett för *varje* landsting avpassat invånarbidrag. Ett sådant system skulle i utgångsläget ge samma bidrag som summan av de separata bidragen. För samtliga nu berörda alternativ gäller emellertid, att en ändring av invånarantalet skulle verka i höjande respektive sänkande riktning. Särskilt för utflyttningslänens del skulle detta innebära betydande nackdelar, då utflyttningen icke medför minskning av sjukvårdskostnaderna i samma takt som inkomstbortfallet vid ett invånarbidrag slår igenom, beroende bl. a. på det relativt större behovet av sjukvård hos den kvarvarande äldre befolkningen.

Av dessa skäl har utredningen icke ansett sig kunna acceptera ett invånarbidrag enligt något av ifrågavarande alternativ som ett lämpligt system vid en avlösning av nu utgående separata bidrag.

Utredningen har därför undersökt i vad mån nu angivna nackdelar kan reduceras genom att väga statsbidraget för *olika grupper av invånare* mot varandra. Utredningen har därvid prövat en utformning av bidraget *dels* såsom ett bidrag per barn upp till och med 16 års ålder, *dels* såsom ett bidrag per invånare kombinerat med bidrag per barn till och med 16 års ålder, *dels* såsom ett bidrag per åldring (67 år och äldre), *dels* såsom ett kombinerat bidrag per åldring och barn, *dels ock* slutligen som ett kombinerat bidrag per åldring, barn och invånare i övriga åldrar.

Bidraget per barn har med utgångspunkt från summan av de separata bidrag, som skall omfördelas inom ramen för ett på detta sätt konstruerat bidragssystem beräknats till 27 kr (se tabellbilaga L: 4). Den beloppsmässiga spännvidden skulle med detta bidragssystem komma att uppgå till omkring 1,65 miljoner kr med en största minskning av bidragstilldelningen av cirka 0,77 miljoner kr, som skulle drabba Norrbottens län, och en största ökning av ungefär 0,88 miljoner kr, som skulle tillfalla Stockholms län. Ur utdebiteringssynpunkt skulle spännvidden röra sig om 15 öre per skattekrona med behov av ökad utdebitering om 10 öre per skattekrona för Jämtlands län och en möjlighet till sänkt utdebitering om högst 5 öre per skattekrona för Skaraborgs län. För Kalmar läns norra och Gotlands läns landsting skulle det här avsedda bidragssystemet medföra ett bidragsbortfall om 139.000 kr respektive 34.000 kr, motsvarande 4 respektive 2 öre per skattekrona. Därjämte kan noteras att samtliga övriga norrlandslän skulle drabbas av inkomstbortfall av varierande storlek.

Ett bidragssystem utformat som ett *bidrag per invånare kombinerat med ett bidrag per barn* (motsvarande 5 kr per inv. och 8: 50 kr per barn) skulle medföra en än större beloppsmässig spännvidd eller 1,8 miljoner kr (se tabellbilaga L: 5). Största minskningen av bidragstilldelningen skulle därvid belöpa sig till ungefär 1 miljon kr och drabba Norrbottens läns landsting medan största ökningen av bidragsgivningen skulle tillfalla Stockholms läns landsting och belöpa sig till drygt 0,8 miljoner kr. Behovet av ökad utdebitering skulle bli störst i Jämtlands län med 10 öre per skattekrona och en möjlighet till skattesänkning noteras för Stockholms och Skara-

borgs län med 3 öre per skattekrona, en utdebiteringsmässig spännvidd sålunda om 13 öre per skattekrona. Även vid det här avsedda bidragssystemet skulle Kalmar läns norra och Gotlands läns landsting samt de fyra nordligaste landstingen få vidkännas bidragsbortfall med belopp av olika storlek.

Ett enhetligt *bidrag per åldring,* motsvarande kr 67: 50 per person, skulle enligt tabellbilaga L: 6 uppvisa en beloppsmässig spännvidd om drygt 2,6 miljoner kr, motsvarande en utdebiteringsmässig spännvidd om 18 öre per skattekrona. Norrbottens läns landsting skulle komma att förlora ej mindre än omkring 1,8 miljoner kr i statsbidrag eller 13 öre per skattekrona, medan Malmöhus län skulle erhålla 0,8 miljoner kr mera i statsbidrag än för närvarande. Behovet av ökad utdebitering skulle bli störst i Norrbottens län med nyssnämnda belopp per skattekrona, medan Kronobergs och Skaraborgs län skulle få möjlighet att sänka utdebiteringen med 5 öre per skattekrona. Samtliga norrländska landsting utom Gävleborgs skulle vid detta bidragssystem få vidkännas minskning i bidragstilldelningen med olika belopp, motsvarande för Jämtlands och Västerbottens läns landsting 8 respektive 6 öre per skattekrona, medan för Kalmar läns norra och Gotlands läns landsting situationen skulle bli obetydligt gynnsammare än enligt alternativen L: 4 och L: 5.

Att utforma ett blivande enhetligt bidragssystem som ett *kombinerat bidrag per åldring och barn* med ett lika stort belopp per åldring och per barn eller kronor 19: 25 för båda (se tabellbilaga L: 7) skulle medföra en beloppsmässig spännvidd om i det närmaste 1,6 miljoner kronor med en maximiökning av bidraget om 0,5 miljoner kronor för Stockholms läns landsting, innebärande en höjning med 17 procent och ett högsta bidragsbortfall om närmare 1,1 miljoner kronor för Norrbottens läns landsting, vilket motsvarar en minskning i bidragstilldelningen om ungefär 35 procent. Sett ur utdebiteringssynpunkt skulle detta för Skaraborgs län innebära en möjlighet till sänkning av utdebiteringen med 3 öre per skattekrona och ett höjt utdebiteringsbehov för Norrbottens län om 8 öre per skattekrona. Även Jämtlands och Västernorrlands län skulle lida inkomstbortfall med varierande belopp; för Jämtlands läns landsting skulle bortfallet belöpa sig till omkring 0,47 miljoner kronor, vilket svarar mot 9 öres ökad utdebitering per skattekrona och för Västernorrlands läns landsting skulle motsvarande siffror bli 0,5 miljoner kronor respektive 4 öre. Kalmar läns norra och Gotlands läns landsting skulle likaledes lida av minskning i bidragstilldelningen, motsvarande en ökad utdebitering om 4 respektive 2 öre per skattekrona.

Vad slutligen beträffar alternativet med ett *bidrag per åldring, barn och invånare i övrigt* (se tabellbilaga L: 8) har detta beräknats efter ett gemensamt belopp för barn och åldringar (kronor 14) och ett avsevärt mindre belopp (kronor 3) för återstående invånare. Detta alternativ medför en spännvidd i belopp om i runt tal 1,7 miljoner kr med en största ökning av bidraget för Stockholms läns landsting om närmare 0,6 miljoner kr. Största bidragsbortfallet skulle liksom i nyss berörda alternativ drabba Norrbottens läns landsting, i detta fall med drygt 1,1 miljoner kr. Även norrlandslandstingen i övrigt skulle liksom Kalmar läns norra och Gotlands läns landsting vid detta alternativ komma att vidkännas minskning i statsbidragstilldelningen av i stort sett samma storleksordning som enligt alternativ L: 7. Största

utdebiteringsökningen skulle komma på Jämtlands län med 10 öre per skattekrona medan den högsta utdebiteringssänkningen skulle möjliggöras för Skaraborgs läns landsting med 3 öre per skattekrona.

De sålunda undersökta möjligheterna att åstadkomma ett förenklat bidragssystem, byggt på antalet invånare och/eller vissa grupper av invånare ger utdebiteringsmässiga spännvidder, som i några fall är icke oväsentligt större än enligt tidigare redovisade huvudalternativ. Samtidigt skulle de ekonomiskt mindre bärkraftiga landstingsområdena, som är att hänföra till s. k. utflyttningslän, även vid nu berörda alternativ drabbas av ett betydande inkomstbortfall, varför en lösning efter dessa riktlinjer icke heller kan godtagas.

Utredningen har vidare prövat två alternativ med den ena komponenten bestående av invånarantalet och den andra av en annan relevant faktor. I det ena alternativet har invånarantalet kombinerats med lönebidrag för distriktssköterskor och distriktstandläkare, alltså *ett kombinerat invånar- och lönebidrag.* Invånarbidraget skulle därvid närmast täcka utgående separata bidrag inom den slutna vården, medan lönebidraget, som baserats på gällande löner till distriktssköterskor och distriktstandläkare skulle kompensera de avlösta bidragen inom öppna vården. Därvid har till grund legat uppgifter ur »Allmän hälso- och sjukvård» beträffande antalet tillsatta tjänster, vilket antal multiplicerats med lönebeloppen i 16 respektive 25 löneklassen. Bidraget per invånare har satts till 1 krona 50 öre, vilket i stort sett motsvarar summan av utgående separata bidrag till sluten vård. Lönebidragen har satts till 50 % av beräknade kostnader för lönerna till förenämnda personalkategorier (se tabellbilaga L: 9).

Ett på detta sätt konstruerat bidragssystem skulle medföra ett totalt tillskott för samtliga landsting med omkring 0,6 miljoner kronor, motsvarande drygt 1 procent. Tio landsting, däribland samtliga norrlandslandsting, skulle lida minskning i statsbidrag med varierande belopp, medan femton landstingskommunala huvudmän skulle erhålla högre bidrag än för närvarande. Den beloppsmässiga spännvidden skulle röra sig om 1,25 miljoner kronor med en största ökning av bidragstilldelningen med 0,58 miljoner kronor (+23,9 procent) för Malmöhus läns landsting och ett maximalt inkomstbortfall om 0,67 miljoner kronor (eller —22,1 procent) för Norrbottens läns landsting. Flertalet av de s. k. utflyttningslänen skulle göra förlust genom ett på detta sätt konstruerat bidragssystem. Utdebiteringsmässigt skulle uppstå en spännvidd om 9 öre med en sänkning av 3 öre i Malmöhus läns landsting och en höjd utdebitering om 5 öre i Västerbottens och Norrbottens läns, 3 öre i Jämtlands läns samt 6 öre i Gotlands läns landstingskommuner, allt per skattekrona.

Vid det andra alternativet har invånarbidraget kombinerats med antalet platser inom vården av långvarigt kroppssjuka, således ett *kombinerat invånar- och platsbidrag.* Alternativet har icke helt konstruerats i överensstämmelse med närmast föregående system, i det att summan av utgående separata bidrag här i stort sett hälftendelats och varje hälft sedan utslagits på antalet invånare respektive antalet vårdplatser inom långtidssjukvården. Den bidragsberättigade delen av långtidssjukvården, 1,5 platser per 1.000 invånare, har vidare förutsatts vara utbyggd av samtliga sjukvårdshuvudmän. Den sålunda tillämpade fördelningsgrunden innebär en bidrags-

andel per invånare om kronor 3: 50 och per vårdplats om kronor 2.400 (se tabellbilaga L: 10).

Utfallet för de olika landstingen skulle innebära vissa omkastningar i bidragsgivningen i förhållande till nuläget med 10 »förlorande» och 15 »vinnande» landsting. Den beloppsmässiga spännvidden skulle belöpa sig till 1,86 miljoner kronor. Största bidragsbortfallet skulle drabba Norrbottens läns landsting och uppgå till 1,16 miljoner kronor, medan högsta bidragstillskottet skulle tillfalla Stockholms läns landsting med nära 0,7 miljoner kronor. Samtliga norrländska landsting skulle befinna sig på förlustsidan, likaså Kalmar läns norra och södra samt Gotlands läns landsting. Utdebiteringsmässigt uppvisar detta bidragssystem en spännvidd om 13 öre per skattekrona med ett största behov av utdebiteringsökning om 10 öre per skattekrona i Jämtlands läns landsting (motsvarande siffror utgör för Gotlands och Norrbottens läns landsting 4 respektive 8 öre per skattekrona) och en möjlighet till sänkning av utdebiteringen med 3 öre per skattekrona i Skaraborgs läns landsting.

Även vid dessa båda alternativ blir sålunda de utdebiteringsmässiga och beloppsmässiga omkastningarna mellan landstingen inbördes sådana att systemet icke kan anses acceptabelt, särskilt med tanke på utflyttningslänen.

Statsbidragsutredningen har jämväl prövat möjligheten att åstadkomma ett enhetligt statsbidragssystem genom anknytning av bidraget till driften av enbart en viss vårdgren. Utredningen har därvid stannat för *vården av långvarigt kroppssjuka* som ett angeläget objekt för en ökad bidragsgivning med hänsyn till behovet av utbyggnad inom vårdgrenen. De provberäkningar, som utredningen företagit, har baserats på en platstillgång inom ramen för gällande kvotgräns, 1,5 platser per 1.000 invånare. Summan av de separata bidragen har därvid omfördelats på de skilda landstingen efter antalet vårddagar, motsvarande kronor 13: 25 per vårddag (se tabellbilaga L: 11).

Ett på detta sätt konstruerat bidragssystem uppvisar likaledes förhållandevis stora omfördelningar av statsbidragen jämfört med nuläget. Nio landsting skulle enligt detta bidragssystem erhålla en minskad bidragstilldelning med belopp upp till 1,123 miljoner kronor, medan sexton landsting skulle komma att uppbära högre statsbidrag än för närvarande med belopp upp till 0,775 miljoner kronor. Den beloppsmässiga spännvidden skulle följaktligen komma att röra sig om 1,9 miljoner kronor. Största ökning i förhållande till nuläget skulle tillfalla Stockholms län, medan Norrbottens län skulle komma att vidkännas det största bidragsbortfallet. Över huvud skulle här skisserade bidragssystem medföra inkomstbortfall för samtliga norrländska landsting utom Gävleborgs läns — där läget skulle bli i det närmaste status quo — ävensom för Gotlands läns och Kalmar läns norra och södra landsting. I fråga om utdebiteringen per skattekrona skulle utfallet bli en spännvidd av 13 öre per skattekrona med en möjlighet till utdebiteringssänkning av högst 3 öre per skattekrona inom Skaraborgs läns landstingsområde och ett behov av ökad utdebitering av 10 öre per skattekrona i Jämtlands län. Behov av ökad utdebitering i nämnvärd omfattning skulle vidare uppkomma för Gotlands och Norrbottens läns landsting med 4 respektive 8 öre per skattekrona. De s. k. utflyttningslänen skulle vid detta bidragssystem liksom vid de tidigare nämnda drabbas hårdare än övriga län.

Statsbidragsutredningen har tillika undersökt möjligheten att utforma ett enhetligt statsbidragssystem som ett *kombinerat plats- och lönebidrag*. Som underlag därtill har tjänat vården av långvarigt kroppssjuka inom en utbyggnad av 1,5 platser per 1.000 invånare samt beräknade löner till distriktstandläkarna. Platsbidraget har därvid satts till 2.400 kronor per plats (=alternativ L: 10) och lönebidraget till 50 % av den beräknade lönesumman (se tabellbilaga L: 12).

Utfallet av ett på sådant sätt konstruerat bidragssystem skulle totalt medföra en beloppsmässig spännvidd om i runt tal 1,8 miljoner kronor. Norrbottens läns landsting skulle därvid erhålla den största reduktionen av bidragstilldelningen eller drygt 1 miljon kronor, medan Stockholms läns landsting skulle komma att erhålla en största ökning av statsbidrag med inemot 0,8 miljoner kronor. Procentuellt innebär denna minskning respektive ökning av bidragstilldelningen 37 respektive 27 procent, allt vid jämförelse med summan av utgående separata bidrag. Totalt skulle tretton landsting få en minskning av sina bidrag med belopp av varierande storleksordning. Bland dessa ingår samtliga norrländska landsting samt Kronobergs, Kalmar läns norra och södra samt Gotlands läns landsting, således ett stort antal utflyttningslän. Utdebiteringsmässigt skulle behovet av en utdebiteringsökning till täckande av inkomstbortfallet vara störst i Jämtlands och Norrbottens läns landsting med 7 respektive 8 öre per skattekrona samt Gotlands läns landsting med 6 öre per skattekrona, medan det skulle vara möjligt för Malmöhus läns landsting att sänka skatteuttaget med 4 öre per skattekrona, en spännvidd således om 12 öre per skattekrona.

Utredningen har i ett ytterligare försök med kombinationen plats- och lönebidrag utökat den senare komponenten till att avse löner till både distriktstandläkare och distriktssköterskor, varvid platsbidraget bibehållits vid 2.400 kronor per vårdplats och lönebidraget fixerats till 35 procent av de beräknade lönekostnaderna till nämnda personalkategorier.

Utfallet av ett på sistnämnda sätt utformat bidragssystem skulle bliva något gynnsammare för sjukvårdshuvudmännen än alternaitv L: 12. Båda alternativen medför emellertid sådana omkastningar i tilldelningen av statsbidrag och utdebitering att de icke kunna anses lämpliga som avlösare till de nu utgående separata bidragen.

Då icke något av ovan redovisade alternativ visat sig framkomligt, har utredningen slutligen undersökt möjligheten att utforma bidraget som ett *rent lönebidrag*. Därvid har prövats olika alternativ, avseende bidrag till distriktstandläkares samt distriktssköterskors avlönande *dels* för varje personalkategori för sig *dels ock* för de olika kategorierna kombinerade. En fördel med ett dylikt system skulle vara att bidraget direkt omfattas av värdebeständighet genom dess anknytning till viss lönesumma.

De provberäkningar, som utredningen företagit, har givit vid handen att man vid ett dylikt alternativ skulle få arbeta med förhållandevis höga procenttal för att få en motsvarighet till summan av de separata bidragen samt att ett på avlöningskostnaderna grundat bidragssystem skulle giva alltför stora spännvidder såväl beloppsmässigt som utdebiteringsmässigt. Vid ett lönebidrag baserat på exempelvis beräknade lönekostnader för under 1962 besatta tandläkaretjänster inom folktandvården (se tabellbilaga L: 13) skulle procentsatsen belöpa sig till 100. Den belopps-

mässiga spännvidden skulle uppgå till 2 miljoner kronor med en största minskning av bidragstilldelningen för Norrbottens läns landsting om nära 1 miljon kronor och en förhöjd bidragsgivning om drygt 1 miljon kronor för Malmöhus läns landsting. Procentuellt skulle dessa siffror motsvara en minskning om 33 procent respektive en ökning om drygt 42 procent. En minskning av bidragen skulle bli följden för tretton landsting, bland dem Kronobergs, Kalmar norra, Gotlands, Skaraborgs, Värmlands, Kopparbergs och samtliga norrländska läns landsting, medan resterande tolv landsting skulle erhålla förhöjda bidrag om varierande belopp. Utdebiteringsmässigt skulle ett lönebidrag baserat på tandläkarna inom folktandvården ge en spännvidd om 14 öre per skattekrona med behov av en största höjning av utdebiteringen för Gotlands och Västerbottens läns landsting med 9 öre per skattekrona (motsvarande siffror för exempelvis Jämtlands och Norrbottens läns landsting skulle bli respektive 4 och 7 öre per skattekrona). Möjlighet till sänkt utdebitering skulle föreligga med högst 5 öre per skattekrona för Malmöhus läns landsting (motsvarande belopp för exempelvis Stockholms och Hallands läns landsting skulle bli 3 öre per skattekrona).

Motsvarande gäller, ehuru i mindre mån, vid en kombination av distriktstandläkares och distriktssköterskors löner. Utredningen har därför icke heller ansett sig böra godtaga ett bidragssystem byggt på ett rent lönebidrag.

Samtliga nu redovisade undersökningar, vilkas resultat i sammandraget skick återgives i omstående tabell, har givit vid handen att det icke synes möjligt att för *landstingens* del på ett acceptabelt sätt lösa bidragsfrågan med beaktande av kraven på såväl enkelhet som en i stort sett oförändrad kostnadsfördelning mellan staten och landstingen samt de senare sinsemellan. Särskilt ogynnsamt har läget tett sig för de s. k. utflyttningslänen.

För *storstädernas* del ställer sig frågan annorlunda. Utredningen har prövat de två i det föregående beskrivna huvudalternativen för ett nytt statsbidragssystem för den av dem bedrivna hälso- och sjukvården, nämligen ett enhetligt bidrag per invånare och ett differentierat invånarbidrag. Utgångspunkten har därvid varit gällande statsbidragsnormer, med den särställning dessa innebär för storstäderna i fråga om vissa vårdgrenar. (Se tabellbilagor S: 1, S: 2 och S: 3.)

Båda systemen skulle för storstädernas del ur såväl beloppsmässig som utdebiteringsmässig synpunkt innebära fullt acceptabla lösningar. Sålunda utvisar det första alternativet ett högsta bidragsbortfall av 143.300 kronor för Stockholms stad och ett högsta bidragstillskott av 149.100 kronor för Göteborg (tabellbilaga S: 2), vilka belopp i båda fallen understiger 1 öre per skattekrona. Det andra alternativet utvisar givetvis avsevärt mindre skillnader. Ur de synpunkter utredningen har att beakta torde det emellertid icke böra komma i fråga att tillämpa ett system för storstäderna och ett annat för landstingen.

I och för sig skulle det givetvis vara möjligt att för samtliga huvudmän disponera statsbidragens sammanlagda belopp i skatteutjämnande syfte på motsvarande sätt som skett med vissa bidrag enligt propositionerna nr 43 och 52 till 1965 års riksdag. Med hänsyn till de givna direktiven har dock utredningen icke ansett sig böra överväga en sådan lösning.

Sammanställning av de diskuterade statsbidragssystemens beloppsmässiga och utdebiteringsmässiga skillnader år 1962, avseende landstingen.

Diskuterade bidragssystem	Beloppsmässig skillnad, miljoner kronor			Utdebiteringsmässig skillnad, kronor per skattekrona		
	största ökning	största minskning	spännvidd	största minskning	största ökning	spännvidd
1. *Rent invånarbidrag*, tabell L:2	0,701	1,160	1,861	0,03	0,10	0,13
2. *Differentierat invånarbidrag* (Norrlandslänen + Kalmar norra och Gotland ett bidrag och riket i övrigt ett bidrag) tabell L:3	0,393	0,463	0,856	0,04	0,03	0,07
3. *Bidrag per barn* t.o.m. 16 år, tabell L:4	0,881	0,769	1,650	0,05	0,10	0,15
4. *Bidrag per invånare kombinerat med bidrag per barn*, tabell L:5	0,827	1,001	1,828	0.03	0,10	0,13
5. *Bidrag per åldring* fr.o.m. 67 års ålder, tabell L:6	0,817	1,823	2,640	0,05	0,13	0,18
6. *Kombinerat bidrag per åldring och bidrag per barn*, tabell L:7	0,512	1,074	1,586	0,03	0,09	0,12
7. *Kombinerat bidrag per åldring, per barn och per invånare i övriga åldrar*, tabell L:8	0,571	1,122	1,693	0,03	0,10	0,13
8. *Kombinerat invånar- och lönebidrag*, tabell L:9	0,577	0,670	1,247	0,03	0,06	0,09
9. *Kombinerat invånar- och platsbidrag*, tabell L:10	0,698	1,162	1,860	0,03	0,10	0,13
10. *Bidrag till vård av långvarigt kroppssjuka*, tabell L:11	0,775	1,123	1,898	0,03	0,10	0,13
11. *Kombinerat plats- och lönebidrag* (kronikervård respektive distriktstandläkares löner), tabell L:12	0,787	1,060	1,847	0,04	0,08	0,12
12. *Lönebidrag* (distriktstandläkares löner) tabell L:13	1,017	0,982	1,999	0,05	0,09	0,14

Statsbidragsutredningen har i detta läge vid sina fortsatta överväganden stannat för att föreslå en provisorisk avlösning av ifrågavarande separata statsbidrag. Utredningen har därvid särskilt beaktat, att det totala bidragsbelopp, varom här är fråga, för landstingens del ter sig relativt ringa i förhållande till de sammanlagda bidragsbeloppen för mentalsjukvården och provinsialläkarväsendet, beträffande vilka vårdgrenar bidragsfrågan lösts på ett provisoriskt sätt. Då man enligt utredningens mening bör syfta till att om möjligt komma fram till enhetlig lösning av det statliga stödet till hela hälso- och sjukvården, såvitt gäller landstingen och storstäderna, har det synts utredningen vara en fördel med en tillfällig lösning även för de delar av hälso- och sjukvården som utredningens uppdrag avser. Hela bidragsfrågan kan då omprövas i ett sammanhang, eventuellt i kombination med en skatteutjämning i större skala. Provisoriet, som föreslås träda i kraft den 1 januari 1967, bör med hänsyn

till det anförda icke utsträckas längre än till utgången av år 1971, då nu gällande överenskommelse mellan staten och landstingsförbundet angående finansieringen av den egentliga mentalsjukvården utlöper.

Under provisorietiden bör varje huvudman i princip få full täckning för vad han året före provisoriets ikraftträdande uppburit i separata bidrag för de vårdgrenar som skall inrymmas under det allmänna driftbidraget. Detta bidrag bör därför lämpligen få formen av ett totalbidrag för varje huvudman, beräknat på sätt nyss nämnts. Sker så, skulle detta bidrag för de olika huvudmännen, beräknat på grundval av statsbidragen för år 1962 (det senaste år för vilka officiella siffror föreligga), uppgå till de belopp som framgår av *alternativ 1* i tabellen å sid. 79.

Vid fastställandet av de provisoriska bidragen bör emellertid enligt utredningens uppfattning även följande beaktas.

Nuvarande separata bidrag till kronikervården är, som tidigare nämnts, begränsat till visst antal vårdplatser i förhållande till folkmängden (1,5 platser per 1.000 invånare inom landstingsområde och 1,5 platser per 2.000 invånare i stad utanför landsting). Anledningen till denna begränsning har främst varit svårigheten att i praktiken avgränsa det klientel, som anses höra till kronikervården, från det som bör omhändertagas inom åldringsvården. Man har också genom ifrågavarande kvotregler velat verka för en jämnare utbyggnad av vården och detta syfte har numera uppnåtts såtillvida, att praktiskt taget alla huvudmän byggt ut sin kronikervård inom ramen för den angivna kvoten. Behovet av vårdplatser har emellertid vuxit avsevärt efter hand som antalet åldringar ökat, vilket föranlett upprepade krav på en höjning av kvotgränsen utan att dock leda till något resultat. Utredningen får härutinnan hänvisa till redogörelsen i kap. 4 (sid. 47 o. f.). Här må dock erinras om följande.

Sedan 1953 års riksdag i anledning av väckta motioner hemställt om utredning av statsbidragen till kronikervården, upprättades en departementspromemoria i ämnet, vari bl. a. ifrågasattes en generell höjning av platskvoten till 2 promille för anläggningsbidraget men samtidigt ett slopande av driftbidraget. Dessa förslag avvisades av finansiella skäl, varvid framhölls att hithörande frågor borde bedömas i ett större sammanhang.

Frågan om kvotgränsen fick sedan vila till år 1958, då såväl landstingsförbundet som medicinalstyrelsen påkallade en förnyad prövning av densamma. Medicinalstyrelsen redovisade därvid en inom styrelsen verkställd utredning angående kronikervårdens dåvarande läge, utvisande, att samtliga städer utanför landsting då utbyggt den kroniska anstaltsvården utöver det antal vårdplatser, för vilka statsbidrag enligt gällande bestämmelser utgick, och att de flesta av dem drev så många vårdplatser, att bidrag icke utgick ens till hälften av dem. Samtidigt drev nästan två tredjedelar av landstingen fler vårdplatser än de kunde erhålla bidrag för och ungefär en fjärdedel av dem drev fler än två vårdplatser på varje tusental av invånarantalet. Vidare konstaterades att beläggningsprocenten på anstalterna varit hög. Behovet av kronikerplatser översteg sålunda betydligt det antal, som enligt gällande bestämmelser berättigade till statsbidrag. Behovet av sådana platser syntes närmast vara större inom städerna utanför landsting än inom landstingsområdena. En generell

höjning av kvoten till 2 promille för såväl anläggningsbidrag som driftbidrag borde därför snarast komma till stånd, lika för landstingsområden och för städer utanför landsting.

Svenska stadsförbundets styrelse ansåg att kvoten för anläggnings- och driftbidragen borde höjas till 3 promille ej blott för landstingens utan även för de landstingsfria städernas del och åberopade därvid, att någon väsentlig skillnad i fråga om åldersfördelningen inom befolkningen icke fanns mellan landstingen och storstäderna. Av Stockholms stads respektive Göteborgs stads befolkning var sålunda år 1955 8,6 respektive 10,5 procent 67 år eller däröver, medan riksmedeltalet var 9,1 procent. Förskjutningen mot högre åldrar fortsatte snabbt i storstäderna. Härtill kom ett stegrat behov av vårdplatser för kroniskt sjuka i storstäderna på grund av de bostadssociala förhållandena. Den för storstäderna gällande kvoten kunde sålunda icke längre sägas vara uttryck för ett minimibehov av kronikerplatser.

Frågan underställdes 1959 års riksdag, varvid föredragande departementschefen ånyo ställde sig avvisande av statsfinansiella skäl (merkostnaden för statsverket beräknades till drygt 2 miljoner kronor för driftbidrag till *alla* vårdplatser upp till 2 ‰). Departementschefen hänvisade vidare till att frågan om en översyn av statsbidragsbestämmelserna till den somatiska vården i dess helhet var aktuell och att en ändring av bidragsbestämmelserna för en viss vårdgren icke borde komma till stånd i avbidan på en sådan översyn.

Detta uttalande, som godtogs av riksdagen, har givit statsbidragsutredningen anledning att närmare överväga, om och i vad mån den sålunda ifrågasatta höjningen av kvotgränsen bör påverka beräkningen av bidragsunderlaget för det provisoriska totalbidrag som utredningen tänkt sig skulle tillkomma envar huvudman. Utredningen vill därvid erinra om att riksdagen numera på förslag av Kungl. Maj:t i proposition nr 85/1964 beviljat medel till lån åt de kommunala huvudmännen för ett snabbt utbyggande av sjukhemmen för de långvarigt kroppssjuka. Enligt propositionen förelåg beslut om en utbyggnad av vården till att vid utgången av år 1966 sammanlagt omfatta minst 21.500 vårdplatser, vilket motsvarar drygt 2,5 ‰. Då starka skäl kan anföras för att hänsyn tages till denna utbyggnad, i den mån den kommer till stånd, har utredningen ansett rimligt att vid beräknandet av vårdgrenens andel i det totala bidragsbelopp, som skall utbetalas till varje huvudman fr. o. m. den 1 januari 1967, i *alternativ* 2 upptaga de belopp som i så fall bör utgå. Någon skillnad har därvid mot bakgrunden av vad ovan anförts icke gjorts mellan landstingen och städerna utanför landsting.

Med utgångspunkt från *nu* tillgängligt siffermaterial och under förutsättning att nyssnämnda utbyggnad kommer till stånd inom angiven tid, skulle totalbidraget för de olika huvudmännen för år 1967 bli av den storleksordning, som alternativ 2 i följande sammmanställning utvisar. Statens merkostnad för kronikervården skulle vid ett godtagande av utredningens förslag i denna del för år 1967 bli högst 4.525.000 kr för landstingen och 1.650.000 kr till storstäderna. Det är att märka att det siffermaterial, som ej hänför sig till kronikervården, utgöres av de på år 1962 belöpande

Sammanställning av statsbidragen för år 1962 till hälso- och sjukvården vid en utbyggnad av långtidssjukvården dels inom ramen för gällande kvotgränser (alt. 1) dels ock enligt socialpolitiska kommitténs beräkningar (alt. 2).

Sjukvårdshuvudman	Alt. 1		Alt. 2				
	Platsantal enligt gällande kvot (1,5 ‰ resp. 0,75 ‰)	Statsbidrag belöpande på år 1962	Antal tillkommande platser över gällande kvot	Statsbidrag enligt gällande normer till platser utöver fastställd kvot	Totalt statsbidrag inklusive bidrag till platser utöver fastställd kvot	Motsvarar	
						per invånare	per skattekrona
1	2	3	4	5	6	7	8
B	769	2.943.653	340	186.150	3.129.803	6.10	0.10
C	258	1.294.123	493	269.918	1.564.041	9.09	0.18
D	348	1.839.579	632	346.020	2.185.599	9.42	0.19
E	538	2.282.429	377	206.407	2.488.836	6.93	0.15
F	429	1.975.720	443	242.543	2.218.263	7.73	0.18
G	238	1.040.356	297	162.607	1.202.963	7.55	0.19
Hn	133	758.750	198	108.405	867.155	9.71	0.26
Hs	216	1.094.745	124	67.890	1.162.635	8.03	0.21
I	79	443.968	99	54.203	498.171	9.31	0.28
K	217	1.013.125	128	70.080	1.083.205	7.42	0.18
L	384	1.707.960	221	120.997	1.828.957	7.13	0.17
M	601	2.409.765	325	177.937	2.587.702	6.44	0.13
N	258	1.169.917	132	72.270	1.242.187	7.19	0.17
O	343	1.526.811	379	207.502	1.734.313	7.56	0.18
P	565	2.460.968	335	183.413	2.644.381	7.—	0.16
R	375	1.473.552	250	136.875	1.610.427	6.43	0.16
S	433	2.020.526	537	294.008	2.314.534	7.99	0.18
T	393	1.699.264	608	332.880	2.032.144	7.74	0.15
U	354	1.461.632	24	13.140	1.474.772	6.23	0.12
W	429	1.988.226	862	471.945	2.460.171	8.60	0.18
X	439	2.122.514	431	235.973	2.358.487	8.02	0.18
Y	421	2.529.887	293	160.417	2.690.304	9.56	0.21
Z	202	1.492.911	96	52.560	1.545.471	11.38	0.30
AC	354	1.975.515	217	118.808	2.094.323	8.85	0.22
BD	394	3.028.928	424	232.140	3.261.068	12.39	0.23
Summa	9.170	43.754.824	8.265	4.525.088	48.279.912	7.87	0.17
Stockholm	602	2.830.459	807	441.832	3.272.291	4.08	0.05
Göteborg	308	1.226.619	1.123	614.843	1.841.462	4.48	0.07
Malmö	178	786.976	1.082	592.395	1.379.371	5.81	0.09
Summa	1.088	4.844.054	3.012	1.649.070	6.493.124	4.48	0.06
Totalt	10.258	48.598.878	11.277	6.174.158	54.773.036		

statsbidragen. Beloppen torde därför senare få omräknas på grundval av 1966 års statsbidragsmaterial.

För storstädernas del bör jämväl beaktas konsekvenserna av de förslag, som av utredningen framlägges i kap. 10.

KAPITEL 7

Det allmänna driftbidragets värdebeständighet

Mot bakgrunden av den urholkning av driftbidragens värde inom den slutna sjukvården, som ägt rum, samt pågående penningvärdesförsämring blir frågan om värdebeständigheten av ett allmänt driftbidrag enligt utredningens förslag givetvis av väsentlig betydelse för de kommunala huvudmännen. Frågan har också uppmärksammats i direktiven. Där konstateras, att den nuvarande statliga bidragsgivningen inom den öppna kroppssjukvården till stor del avser löner, beräknade efter löneklasser i det statliga lönesystemet och att alltså till denna del redan en viss värdebeständighet föreligger, eftersom man därvid följer den statliga löneutvecklingen. De bidragsbelopp, som var knutna till viss löneklass, uppskattades till omkring 40 % av totalsumman utbetalade bidrag till kroppssjukvård för år 1957. Vid översynen av bidragssystemet borde därför övervägas i vad mån och på vad sätt det statliga stödet skulle göras värdebeständigt.

Från huvudmannahåll har i olika sammanhang framhållits nödvändigheten av att finna någon form för en anpassning till kostnadsutvecklingen av de statliga bidragen inom den slutna kroppssjukvården, vilka såsom tidigare nämnts i stort sett utgått med oförändrade belopp alltsedan tillkomsten, medan sjukvårdskostnaderna oavbrutet stigit. De hittills gjorda framställningarna i ämnet har dock icke lett till några resultat.

Frågan har emellertid under senare år varit föremål för prövning och vunnit en positiv lösning i andra sammanhang, nämligen beträffande de åren 1961 resp. 1963 beslutade bidragen till provinsialläkarväsendet och den mentalsjukvård, som avses skola övertagas av landstingen fr. o. m. 1967. I fråga om provinsialläkarväsendet enades man vid förhandlingarna mellan staten och landstingsförbundet om att statsbidraget i princip borde vara värdebeständigt, vilket ansågs kunna vinnas genom att bidraget anknöts till lönen i viss löneklass. Därest väsentliga ändringar skedde i provinsialläkarnas lönegradsplacering, skulle nya förhandlingar kunna påkallas. Beträffande mentalsjukvården låg till grund för diskussionen ett av mentalsjukvårdens statsbidragsutredning i dess år 1960 avgivna betänkande (SOU 1960: 9) framfört förslag av innebörd, att driftbidraget, i vart fall till den del det avsåge den egentliga mentalsjukvården och under tiden för den planerade utbyggnaden och upprustningen av denna vårdgren, gjordes 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 framkallade. I motiven för sitt förslag anförde nämnda statsbidragsutredning bl. a.:

»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 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 godkännande 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.

Beträffande värdebeständighetsfrågans lösning diskuterades i betänkandet olika alternativ, varvid utredningen stannade för att föreslå *dels* en justering med hänsyn till den allmänna löneutvecklingen genom en anknytning av bidraget till det genomsnittliga procenttal, som vid varje tidpunkt gällde för uppräkning av lönerna för statliga befattningshavare, *dels ock* en justering med hänsyn till förändringar i personalens antal, sammansättning och löneställning; denna senare justering skulle ske successivt i den mån en av statsmakterna godtagen standardhöjning föranledde personalökningar och fastställas genom periodvis återkommande överväganden, vid vilka även representanter för de kommunala huvudmännen skulle vara företrädda.

Vid de överläggningar, som i samband med departementsberedningen av huvudmannaskapsreformen ägde rum mellan representanter för staten och svenska landstingsförbundet, enades man om att driftbidraget skulle för varje kalenderår anpassas

dels till den årliga procentuella förändringen av lönerna för statens tjänstemän *dels ock* till den genomsnittliga förhöjningen av lönerna för tjänsterna inom den statliga sektorn vid de s. k. B-listeförhandlingarna, d. v. s. till lönegradsuppflyttningarnas procentuella värde. Däremot accepterades från statens sida icke förslaget om ersättning för höjd vårdstandard genom förändring av personalens antal och sammansättning. Riksdagen godtog för sin del detta förhandlingsresultat.

Den ställning, som statsmakterna sålunda intagit till frågan om värdebeständigheten såväl när det gäller den primärkommunala bidragsgivningen som beträffande bidraget till landstingen för provinsialläkarväsendet och mentalsjukvården, synes statsbidragsutredningen ge god vägledning för bedömande av frågan om värdebeständigheten även hos det allmänna driftbidrag, som utredningen föreslår. Visserligen gäller det nu den sektor av hälso- och sjukvården, som de kommunala huvudmännen redan tidigare svarat för och som endast delvis understötts med värdebeständiga driftbidrag. En värdebeständighet för hela det provisoriska allmänna bidraget skulle å andra sidan under den tid, då detta är avsett att gälla, i stort sett kompensera det föreslagna borttagandet av alla nu utgående anläggnings- och utrustningsbidrag till de vårdgrenar, som bildar underlag för det allmänna driftbidraget. Härjämte föreligger risk för att en förskjutning av kostnadsfördelningen mellan staten och de kommunala huvudmännen till de senares nackdel på grund av penningvärdets fall kommer att fortsätta, om ej värdebeständigheten får omfatta hela driftbidraget. Penningvärdets instabilitet har för övrigt lett till att en indexreglering i växande omfattning införts på andra områden för det allmännas verksamhet. Utredningen vill därför föreslå, att det allmänna bidraget i dess helhet i princip göres värdebeständigt och att därvid den lösning, som godtagits för bidraget till den egentliga mentalsjukvården, tills vidare tillämpas. En anpassning bör alltså ske *dels* efter den procentuella förändringen av lönerna för samtliga statstjänstemän *dels ock* till förekommande lönegradsuppflyttningars procentuella värde. En bestämmelse härom bör inflyta i vederbörande kungörelse angående det allmänna driftbidraget.

KAPITEL 8

Avlösning av nuvarande villkorsbestämmelser

För de separata statsbidrag, som enligt utredningens förslag skulle ingå i ett allmänt driftbidrag, gäller vissa villkor och andra bestämmelser, vilka måste bli föremål för en omprövning i samband med det allmänna driftbidragets införande.

Några av dessa villkor, såsom begränsningen av bidraget till vissa platskvoter av folkmängden (kronikervården och den medicinska barnsjukvården) eller till hem med visst antal platser (lättskötta psykiskt sjuka) faller bort i och med godtagande av statsbidragsutredningens förslag till utformning av det allmänna driftbidraget. Övriga bestämmelser har reducerats i betydelse eller är eljest i behov av omprövning med hänsyn till den utveckling på hälso- och sjukvårdens område som skett sedan ifrågavarande bestämmelser tillkom. Då dessa bestämmelser av naturliga skäl i stor utsträckning ha olika form och innehåll allteftersom det gäller den slutna eller öppna vården, behandlar utredningen i det följande dessa vårdformer var för sig.

A. Den slutna vården

Reglering av patientavgifter

En maximering av dylika avgifter förekommer alltjämt i kungörelsen rörande tuberkulosvården, den medicinska barnsjukvården och den psykiatriska lasarettsvården. För driftbidrag till epidemisjukhus och därmed jämställda sjukvårdslokaler föreskrives som villkor, att vården lämnats konstnadsfritt för patienten. Syftet med dessa villkor har givetvis varit att ekonomiskt underlätta för patienten att erhålla behövlig vård, varvid beträffande epidemivården statens intresse av att hindra smittspridning medverkat. I och med tillkomsten av den allmänna sjukförsäkringen har nämnda syfte tillgodosetts på ett annat och mera genomgripande sätt. För de patienter, som på grund av gällande bestämmelser icke kunna komma i åtnjutande av ersättning för fastställda sjukvårdsavgifter och icke heller åtnjuta vård på statens eller socialvårdens bekostnad, har vederbörande huvudman möjligheter att lämna nedsättning eller befrielse från avgiften. Detta sker redan i stor utsträckning. Under sådana förhållanden och då vård av epidemifall enligt epidemilagen skall vara avgiftsfri saknas enligt utredningens mening anledning att bibehålla ifrågavarande villkor ifråga om den slutna vården. För övrigt må i detta sammanhang erinras om att 1961 års sjukförsäkringsutredning enligt sina direktiv har att till prövning upptaga frågan om avgiftsfri sjukhusvård överhuvudtaget.

Begränsning av driftbidraget till normal beläggning

En dylik begränsning gäller inom samtliga vårdgrenar. Den har tillkommit för att garantera en viss standard inom den statsunderstödda vården, innebärande, att överbeläggning i princip icke skulle understödjas med statsmedel. Undantag har endast gjorts för epidemivården såtillvida som bidrag efter godkännande av vederbörande länsläkare kan utgå även för överbeläggning, därest hinder mött att anordna tillfälliga vårdlokaler i erforderlig utsträckning. Ifrågavarande garantibestämmelse torde icke haft någon större praktisk verkan, enär den icke hindrat överbeläggning i och för sig utan blott medfört, att de överbelagda platserna icke blivit berättigade till statsbidrag. Men även om bestämmelsen tidigare verkat återhållande på beläggningen torde den numera sakna betydelse, då beläggningen helt påverkas av andra faktorer. Med hänsyn härtill och till den betydande administrativa belastning, som en redovisning av den dagliga beläggningen inom den berörda eller samtliga vårdgrenar innebär, vill utredningen förorda, att bestämmelsen utgår.

Central fastställelse av vårdplaner

Som villkor för driftbidrag till hemmen för långvarigt kroppssjuka och för lättskötta psykiskt sjuka stipuleras, att sådant hem skall ingå som ett led i en av medicinalstyrelsen godkänd plan för vårdens tillgodoseende inom sjukvårdsområdet. Detta villkor är avsevärt strängare än det som gäller sluten vård i allmänhet, vare sig statsunderstöd utgår eller ej. För denna vård gäller sedan länge en lagbestämmelse av innebörd att huvudmannens sjukvårdsstyrelse (motsvarande) har att verka för främjande av största möjliga planmässighet i sjukhusväsendet samt att därvid i erforderlig omfattning samråda med vederbörande centrala myndigheter. I den nya sjukvårdslagstiftningen, som även reglerar den öppna sjukvården, har denna regel fastslagits i 10 § sjukvårdslagen och 7 § sjukvårdsstadgan. Det senare lagrummet innehåller, till skillnad mot tidigare lagstiftning, ett uttryckligt stadgande att sjukvårdsstyrelse för att främja planmässighet inom sjukvården bör efter samråd med berörda myndigheter uppgöra översiktsplaner för olika grenar av sjukvården. Någon skyldighet att underställa dylika planer central myndighet för godkännande föreligger dock icke.

Sistnämnda principfråga var föremål för övervägande senast inom den s. k. sjukhuslagstiftningskommittén i dess år 1956 avgivna betänkande med förslag till sjukhuslag m. m. (SOU 1956: 27). Kommittén erinrade därvid om att frågan tidigare behandlats av ett flertal sakkunnigutredningar, som verkat inom hälso- och sjukvårdens område, men att icke någon av dem velat förorda, att det i författning föreskrevs någon skyldighet för huvudmännen att uppgöra planer för den slutna vården. Kommittén anslöt sig till denna uppfattning och framhöll, att ett fastställelseförfarande inför central myndighet skulle medföra en administrativ belastning av stora mått, icke minst genom det behov av ständiga ändringar som erfarenhetsmässigt gjorde sig gällande. Det kunde å andra sidan icke gärna råda delade meningar om att varje huvudman i någon form borde ha en viss planering för den

slutna vården inom sjukvårdsområdet. Redan i 1940 års sjukhuslag angåves att sjukvårdsstyrelse skulle verka för främjande av största möjliga planmässighet i sjukhusväsendet. Det syntes kommittén lämpligt att understryka detta genom ett tillägg, att styrelsen för sådant ändamål borde uppgöra planer för olika grenar av sjukhusvården. För att markera att planeringen icke behövde vara alltför detaljerad borde planerna i lagtexten betecknas såsom »översiktsplaner».

Vid planläggningen var det enligt kommittén av mycket stort värde, att samråd ägde rum med centrala sjukvårdsberedningen, vilken på detta område besatt eller hade tillgång till särskild sakkunskap, och att detta samråd skedde på ett förberedande stadium, innan huvudmannen ännu engagerat sig för en viss lösning. Det vore dock inte påkallat att i lagen reglera detta samråd. Kommittén framhöll emellertid, att den omständigheten att planerna för den slutna vården icke fastställdes av statlig myndighet icke innebure att huvudmännen lämnades en obeskuren rätt att bestämma var en sjukhusbyggnad skulle uppföras. Den allmänna regeln att ritningar till sjukhusanläggningar skulle godkännas i viss ordning innebure även att sjukhusets förläggning skulle godkännas.

Kommitténs uttalanden om sjukvårdsplaner föranledde ingen erinran från departementschefens sida. Denne underströk vikten av att dylika planer verkligen uppgjordes och att samråd därvid skedde med berörda myndigheter, framför allt centrala sjukvårdsberedningen. Att införa någon form av fastställelseförfarande inför central myndighet syntes honom inte vara erforderligt. Förfarandet borde vara så enkelt och smidigt som möjligt, varför inte heller några särskilda regler borde införas om hur samråd skulle äga rum. I enlighet härmed har som förut nämnts i 7 § sista stycket i sjukvårdsstadgan intagits föreskrift om att sjukvårdsstyrelse för att främja planmässighet i sjukvården bör »efter samråd med berörda myndigheter uppgöra översiktsplaner för olika grenar av sjukvården».

Med hänsyn till vad sålunda förekommit måste det enligt utredningens mening fordras tungt vägande skäl för att i samband med ett allmänt driftbidrag bibehålla föreskriften om centralt godkännande av planer för vården av långvarigt kroppssjuka och lättskötta psykiskt sjuka. Tillkomsten av denna föreskrift torde främst vara att söka i två omständigheter, nämligen dels att ifrågavarande vårdgrenar ända till år 1951 respektive 1959 varit undantagna från sjukhuslagstiftningens bestämmelser, dels ock att avgränsningen av hithörande klientel från åldringsvårdens, lasarettsvårdens och den statliga mentalsjukvårdens klientel beredde speciella svårigheter, som krävde särskilt beaktande vid vårdens utbyggande. Sedan ifrågavarande vårdgrenar numera inordnats under gällande sjukvårdslag och sjukvårdsstadga samt en betydande erfarenhet i de olika sjukvårdsområdena vunnits angående behovet av vårdgrenarnas utbyggande, saknas enligt utredningens mening tillräckliga skäl för bibehållandet av föreskriften i fråga. Utredningen anser sig så mycket mera kunna förorda ett slopande av denna föreskrift som utredningen rörande medicinalväsendets centrala administration nyligen framlagt förslag om en betydande förstärkning av medicinalstyrelsens möjligheter att i egenskap av högsta tillsynsmyndighet deltaga i planeringsarbetet på hälso- och sjukvårdens olika områden samt lämna råd

och anvisningar för deras utbyggande och utformning i övrigt. Genom beslut den 8 juli 1965 har ock Kungl. Maj:t tillsatt en till socialdepartementet knuten sjukvårdsdelegation med representanter för staten, svenska landstingsförbundet och svenska stadsförbundet med huvudsaklig uppgift att följa utvecklingen inom sjukvården och verka för samordning av sjukvårdsplaneringen.

I detta sammanhang må jämväl erinras om det särskilda statsbidragsvillkor som gäller på lungtuberkulosvårdens område och innebär, att en plan om samverkan mellan befintliga A- och B-anstalter skall vara fastställd av medicinalstyrelsen. Syftet med detta villkor var på sin tid, att samtliga tuberkulospatienter inom den slutna vården skulle garanteras bli delaktiga av A-anstalternas större resurser för diagnos och behandling. Utvecklingen på området har numera lett till att samtliga B-anstalter utom en, som tillhör Stockholms stad, nedlagts eller användes för annat ändamål. Vid sådant förhållande bör även detta villkor kunna utgå.

Krav på viss standard beträffande utrustning och personal, tillsyn m. m.

I driftbidragskungörelserna rörande den medicinska barnsjukvården och psykiatriska lasarettsvården finns en likartad bestämmelse av innebörd, att avdelningen skall vara så anordnad att de sjuka kunna erhålla en ur medicinsk synpunkt tillfredsställande vård samt att vårdpersonal skall vara anställd i tillräckligt antal och med erforderlig utbildning. För läkarna stadgas dessutom vissa särskilda behörighetsvillkor. Tillika föreskrives, att läkare vid sådan avdelning skall tillse, att där icke utan medicinalstyrelsens medgivande intages andra sjuka än som är i behov av vård eller observation å sådan avdelning och, när det gäller barnavdelning, ej uppnått 15-års ålder. Läkaren skall därjämte övervaka att vården av de sjuka är medicinskt tillfredsställande ävensom föra journal över de intagna. Beträffande tillsynen föreskrives vidare, att avdelning vid eller i anslutning till lasarett skall stå under samma tillsyn som sjukvårdsinrättningen i övrigt, medan fristående anstalt skall stå under överinseende av vederbörande länsläkare, samt att redogörelse för verksamheten årligen skall lämnas tillsynsmyndigheten enligt fastställt formulär.

För sådana kronikeranstalter, varå sjukvårdslagen icke äger tillämpning, samt för hemmen för lättskötta psykiskt sjuka gäller i allt väsentligt motsvarande bestämmelser, dock att några särskilda behörighetsvillkor för anstaltsläkarna icke upptages i kungörelsen.

I nästan alla de hänseenden, varom här är fråga, finnes föreskrifter meddelade i sjukvårdslagen och sjukvårdsstadgan. Där lämnas sålunda föreskrifter om anordnande av kommunala sjukhus av olika slag, om läkare och annan sjukvårdspersonal, om intagning på sjukhus samt vederbörande läkares ansvar för vården och förande av erforderliga journaler ävensom om skyldighet för sjukvårdsstyrelse att årligen avgiva årsberättelser enligt medicinalstyrelsens anvisningar. Om tillsynen över sjukhusen gäller bestämmelser i dels ovannämnda författningar, dels Kungl. Maj:ts instruktion för länsläkarväsendet och dels av medicinalstyrelsen i anslutning härtill utfärdat cirkulär (MF 83/1960). Nu berörda bestämmelser är så uttömmande att ytterligare föreskrifter icke synes erforderliga. I fråga om gränsdragningen mellan

de medicinska lasarettsavdelningarna för barn och vuxna finnes däremot ingen särskild föreskrift motsvarande den i kungörelsen om bidrag till medicinska barnavdelningar (15 år). En sådan torde dock numera ej vara erforderlig, utan lärer man i detta hänseende liksom på andra vårdområden få lita till praxis och överenskommelser vederbörande överläkare emellan.

Vad angår de i respektive kungörelse förekommande behörighetsvillkoren för överläkare inom medicinska barnsjukvården och den psykiatriska lasarettsvården för vuxna, överensstämmer dessa i princip med motsvarande bestämmelser i gällande kungörelse angående villkor för behörighet till vissa civila läkarbefattningar, varför ej heller i detta hänseende torde erfordras några särskilda föreskrifter.

För de enskilda sjukhem för kroniskt sjuka, som är aktuella i detta sammanhang, regleras ovannämnda förhållanden genom Kungl. Maj:ts stadga den 22 april 1960 (nr 114) angående enskilda sjukhem m. m. Några bestämmelser härutöver synes ej vara erforderliga

B. Den öppna vården

Central fastställelse av vårdplaner och instruktioner m. m.

Som allmänt villkor för statsbidrag till den öppna vårdens olika grenar gäller, att verksamheten skall vara anordnad enligt en av medicinalstyrelsen godkänd plan. Sådan plan skall i regel innefatta en indelning av vederbörande sjukvårdsområde i distrikt med angivande av stationsort och antalet befattningshavare under iakttagande av vissa i statsbidragskungörelsen uppdragna riktlinjer för verksamhetens organisation. För befattningshavare inom distriktsvården, dispensärvården och den förebyggande mödra- och barnavården skall jämväl finnas av medicinalstyrelsen godkända (normal-) instruktioner, medan för tandläkarna inom folktandvården gäller en av Kungl. Maj:t fastställd instruktion; de senare är enligt kungörelsen dessutom skyldiga att ställa sig till efterrättelse de särskilda föreskrifter i övrigt för folktandvårdens bedrivande, som Kungl. Maj:t eller medicinalstyrelsen utfärdar. För de förebyggande vårdgrenarna inklusive folktandvården har i kungörelserna tillika meddelats bestämmelser om ledningen och tillsynen av verksamheten.

Den mera ingående regleringen av hithörande vårdgrenar måste ses mot bakgrunden av att endast den öppna *sjukvården* är underkastad bestämmelserna i sjukvårdslagen och sjukvårdsstadgan, medan den förebyggande vården tills vidare lämnats utanför denna lagstiftning. En mellanställning intager den verksamhet som bedrives av distriktsbarnmorskor och distriktssköterskor, i det att förlossningsvården respektive hemsjukvården regleras genom sjukvårdslagstiftningen och den förebyggande verksamheten (mödravård, barnavård, dispensärvård, skolhälsovård och bostadsvård) genom vederbörande statsbidragskungörelser och instruktioner.

I detta sammanhang är det av intresse att taga del av den ståndpunkt, som föredragande departementschefen i propositionen (nr 122/62) med förslag till sjukvårdslag intog till frågan, hur den närmare regleringen av landstingens skyldigheter med avseende å den öppna sjukvården skulle ske. Han anförde därvid bl. a.

»Någon närmare reglering av annan öppen sjukvård än sådan som utövas av tjänsteläkare finner jag däremot, i likhet med svenska landstingsförbundet, inte erforderlig. Regleringen bör kunna utformas analogt med vad som skett för den slutna vården i sjukhuslagen, där särskilda bestämmelser intagits såvitt avser läkarna, medan beträffande annan personal endast stadgats att den personal skall finnas anställd, som i övrigt erfordras för att god vård skall kunna meddelas. Med en så utformad reglering får landstingen full frihet att organisera den vid sidan av tjänsteläkarväsendet erforderliga öppna sjukvården på sätt landstingen finner lämpligast. Anledning saknas därför att i sjukvårdslagen intaga bestämmelser om distriktssköterskor eller distriktsbarnmorskor samt om *indelning i sjuksköterske- och barnmorskedistrikt.* Sådana bestämmelser kommer, i den mån de över huvud anses behövliga, endast att återfinnas i regleringen av den förebyggande vården.»

Frågan om och i vad mån en laglig reglering av den förebyggande vården framdeles skall ske står alltså t. v. öppen. Enligt statsbidragsutredningens direktiv har emellertid utredningen att bl. a. föreslå sådana bestämmelser om statligt inflytande över statsunderstödd verksamhet som må befinnas behövliga även framdeles. Utredningen vill härutinnan anföra följande.

Som en allmän förutsättning för det generella driftbidraget bör gälla, att den förebyggande vården skall drivas i minst den omfattning, vari vården befinner sig vid det allmänna driftbidragets ikraftträdande. Det torde ankomma på medicinalstyrelsen att såsom högsta tillsynsmyndighet på hälso- och sjukvården i riket bevaka det allmännas intresse härutinnan. För den skull bör det liksom hittills stipuleras skyldighet för de lokala ledningsorganen att till medicinalstyrelsen avgiva årsberättelser för de skilda vårdgrenarna enligt anvisningar, som styrelsen meddelar. Så länge en avsevärd brist råder beträffande hithörande personalkategorier — främst sjuksköterskor, barnmorskor och tandläkare — torde vidare en central reglering av antalet tjänster inom de olika vårdgrenarna vara påkallad, icke minst med hänsyn till de s. k. utflyttningslänen. Detta torde i sin tur förutsätta att nuvarande vårdplaner, event. i förenklad form, bibehålles och att ändringar däri av beskaffenhet att påverka antalet tjänster sker först efter samråd med den centrala tillsynsmyndigheten. Därjämte bör Kungl. Maj:t eller, efter Kungl. Maj:ts bemyndigande, medicinalstyrelsen även framdeles äga i erforderlig omfattning utfärda de särskilda föreskrifter, som befinnes påkallade för ett rationellt bedrivande av den förebyggande vården ur medicinskt-organisatoriska synpunkter. Dessa föreskrifter torde i förekommande fall lämpligen böra utfärdas i form av anvisningar för varje vårdgren för sig. Några särskilda föreskrifter angående ledningen och tillsynen är däremot knappast påkallade, då ledningen inom sjukvårdsområdena redan nu tillkommer vederbörande hälso- eller sjukvårdsstyrelse samt medicinalstyrelsen enligt sin instruktion har att utöva högsta inseendet över hithörande vårdgrenar. Den lokala tillsyn, som enligt kungörelserna skola utövas av vederbörande länsläkare, kan enligt medicinalstyrelsens anvisningar fortgå med stöd av Kungl. Maj:ts instruktion för länsläkarorganisationen. För folktandvårdens del erfordras dock en särskild föreskrift som underlag för den tillsynsverksamhet, som f. n. utövas av vederbörande tandvårdsinspektör.

Kompetens- och lönevillkor

Inom den förebyggande vårdens olika grenar uppställes särskilda kompetensföreskrifter — utöver vederbörlig legitimation — för åtskilliga befattningshavare såsom villkor för statsbidrags utgående. Detta är fallet med distriktssköterskorna, vissa läkare och sjuksköterskor inom dispensärvården, läkare och sjuksköterskor vid mödra- och barnavårdscentralerna samt övertandläkarna inom folktandvården. Vissa kompetenskrav gäller även för tandtekniker och tandsköterskor inom folktandvården. För ernående och upprätthållande av en tillfredsställande standard inom den individuella hälsovården är det uppenbarligen av vikt att befattningshavarna äga fullgod utbildning för sin verksamhet. Detta ligger också i huvudmannens intresse, även om denne i viss utsträckning i rådande bristsituation tvingas att anlita personal, som ej uppfyller behörighetskraven. I princip bör därför dessa krav upprätthållas. Det torde böra ankomma på Kungl. Maj:t att efter förslag av medicinalstyrelsen utfärda närmare bestämmelser härutinnan.

Däremot lärer den i dispensärvårdskungörelsen intagna föreskriften, att läkare vid fristående centraldispensär samt vissa heltidsanställda dispensärsköterskor med föreskriven kompetens skall äga åtnjuta viss minimilön, kunna saklöst utgå, då hithörande spörsmål numera helt regleras förhandlingsvägen.

Taxor, avgiftsfrihet

Den öppna vården skall som regel lämnas utan kostnad för den enskilde. Undantag härifrån göres endast för tandvården åt vuxna, för vilken gäller en av Kungl. Maj:t fastställd taxa.

Att avgiftsfriheten i nuvarande utsträckning bör slopas har, såvitt för utredningen är bekant, icke ifrågasatts från något håll. Vid införandet av ett allmänt driftbidrag bör denna förmån också formellt fastslås. Annorlunda förhåller det sig med folktandvårdstaxan. Från huvudmannahåll har vid upprepade tillfällen hävdats, att huvudmännen själva skulle få rätt att bestämma hithörande avgifter för att därmed tillförsäkra sig full täckning för sina kostnader för vuxentandvården. Emellertid har denna fråga numera kommit i ett annat läge, sedan 1961 års sjukförsäkringsutredning innevarande år framlagt förslag till en vidgad tandvårdsförsäkring. Införes en mera allmän sådan försäkring lärer den ersättning, som i olika fall skall utgå från försäkringen, få betydelse även för folktandvården. I avbidan på försäkringsfrågans lösning torde någon principiell ändring i nuvarande förhållande på området icke böra vidtagas.

Resebidrag

För att göra den förebyggande mödra- och barnavården lätt tillgänglig för allmänheten utgår f. n. som en del av driftbidraget ersättning av statsmedel för *dels* befattningshavares resor utom stationsorten i och för mottagningar enligt fastställd plan och för hembesök hos vederbörande klienter, *dels ock* havande kvinnors, mödrars och barns resor till planenliga mottagningar i den förebyggande vården samt för havande kvinnors resor till dispensärorgan för skärmbildsundersökning vid fall av

misstänkt tuberkulos. Bidrag utgår med 50—70 % av de sammanlagda resekostnaderna, beroende på sjukvårdsområdets geografiska storlek, dock att patienten själv alltid får stå för en kostnad av upp till 3 kronor för egen resa.

Inom dispensärvården utgår tillika statsbidrag för medellösas och mindre bemedlades resa till centraldispensär i och för undersökning enligt enahanda grunder. För distriktsbarnmorskors resekostnader för biträde vid förlossning eller för eftervård utgår statsbidrag enligt motsvarande grunder som för befattningshavares resor inom förebyggande mödra- och barnavård.

Enär ifrågavarande resebidrag inräknats i bidragsunderlaget för det allmänna driftbidraget, förutsätter statsbidragsutredningen för sin del, att någon försämring av den förmån, som sålunda tillkommer klientelet inom den förebyggande mödra- och barnavården samt dispensärvården icke skall inträda, därest ett allmänt driftbidrag införes. En bestämmelse härom torde böra inflyta i vederbörande författning. Däremot synes det icke påkallat att bibehålla några särskilda föreskrifter om befattningshavares resekostnader inom här berörda vårdgrenar.

Utanordningsföreskrifter

Införes ett allmänt driftbidrag av den karaktär som utredningen föreslagit, kan nuvarande föreskrifter för beviljande och utanordnande av driftbidrag i hög grad förenklas. Den centrala prövningen begränsar sig, sedan totalbidraget för varje huvudman fastställts, till frågan om den procentsats, varmed totalbidraget i förekommande fall skall höjas för bibehållande av bidragets värdebeständighet. Det torde få ankomma på medicinalstyrelsen att efter samråd med statens avtalsverk verkställa denna prövning. I övrigt torde det vara tillfyllest att bestämma tidpunkt för bidragets årliga utanordnande. Enligt utredningens mening torde bidraget lämpligen böra utanordnas halvårsvis i efterskott, varvid reglering av värdebeständigheten i förekommande fall får ske vid den sista utbetalningen för vederbörande kalenderår.

KAPITEL 9

Återbetalning av uppburna anläggningsbidrag

Enligt *meddelade direktiv* har statsbidragsutredningen även att till övervägande upptaga *dels* en av riksdagen i skrivelse den 3 december 1957 (nr 380) berörd fråga om ändring av nuvarande regler för återkrav av beviljade anläggningsbidrag till sjukvårdsanstalter *dels ock* två av medicinalstyrelsen i skrivelser den 19 juni 1958 respektive den 5 februari 1959 gjorda framställningar om befrielse i vissa fall från skyldighet att återleverera för anordnande av tuberkulossjukvårdsanstalter och epidemisjukstugor uppburna bidrag. I anledning härav får utredningen anföra följande.

Gällande författningar angående statsbidrag till uppförande eller inrättande m. m. av olika slag av sjukvårdsanstalter innehåller bl. a. en bestämmelse av innehåll, att bidragsmottagaren skall förbinda sig att icke utan Kungl. Maj:ts särskilda medgivande nedlägga inrättningen eller använda den för annat ändamål än det varför den avsetts samt att, om detta villkor icke fullgöres, återbetala statsbidraget eller den del därav, som Kungl. Maj:t bestämmer.

I fall då återbetalningsskyldighet aktualiserats, vilket inträffat vid nedläggande av en inrättning, har som regel tillämpats den praxis att huvudmannen tillgodoräknas ett procentavdrag för varje fullt år, som inrättningen varit i bruk för sitt ändamål. Härvid har kommit till användning ett avdrag av en procent i fråga om stenhus och två procent beträffande trähus, innebärande en avskrivningstid av hundra år för stenhus och femtio år för trähus. I de fall åter där en inrättning, till vars uppförande utgått statsbidrag, använts för annat statsbidragsberättigat sjukvårdsändamål, har som regel uppskov med återbetalningen beviljats för tid, varunder byggnaden använts för sistnämnda ändamål, efter särskild prövning av det enskilda fallet.

Vid *1957 års riksdag* väcktes två *motioner* vari föreslogs, att riksdagen ville hos Kungl. Maj:t hemställa om sådan ändring av nu tillämpade regler för återkrav av beviljade statsbidrag, att återbetalningsskyldighet icke skulle föreligga, därest anläggningen icke längre erfordrades för det med statsbidraget avsedda ändamålet eller detta tillgodosåges av landstinget på annat tillfredsställande sätt eller eljest mer än 25 år förflutit efter det anläggningen tagits i bruk för det med bidraget avsedda ändamålet.

Motionärerna erinrade till en början om att avsikten med statsbidragen hade varit och vore att stimulera huvudmännen till utbyggnad av vårdplatser för vissa sjukdomar. Utvecklingen hade emellertid varit sådan, att inom vissa vårdområden överskott uppkommit på vårdplatser. Detta vore fallet inom tuberkulossjukvården,

bl. a. som en följd av strävan att anknyta dessa vårdgrenar till lasaretten genom inrättande av lung- och infektionskliniker därstädes. En del med statsbidrag tillskapade vårdplatser inom dessa grenar måste även nedläggas på grund av att de icke längre motsvarade gällande krav på vårdstandard. Den snabba utveckling, som vore utmärkande för den av landstingen omhänderhavda kroppssjukvården av idag, innebure, att inom loppet av några decennier omfattande ombyggnader och moderniseringar krävdes. Det vore därför enligt motionärerna orealistiskt att räkna med en så lång avskrivningstid, som nu vore fallet. Till detta komme att då statsbidragen lämnats såsom stimulansbidrag, de finge anses ha avsetts för täckande av toppkostnaderna och därför egentligen borde ha avskrivits omedelbart. För sjukvårdens huvudmän tedde sig de nu av staten tillämpade reglerna för återkrav av beviljade statsbidrag för uppförande eller inrättande av sjukvårdsanläggningar orimliga och en omedelbar omläggning av dessa regler som i hög grad påkallad. Avslutningsvis anförde motionärerna, att det förefölle uppenbart, att återbetalning av uppburet statsbidrag icke skulle ske, om sjukhuset erhölle annan användning av den anledningen, att det icke längre erfordrades för det med statsbidraget avsedda ändamålet, eller om huvudmannen på annat, bättre sätt tillgodosåge detta behov. Vidare borde den hittills tillämpade avskrivningstiden radikalt förkortas. Under alla omständigheter borde statsbidraget anses avskrivet efter 25 år.

Över motionerna infordrades yttranden av såväl statskontoret som medicinalstyrelsen.

Statskontoret hänvisade i sitt yttrande till att reglerna för återkrav av statsbidrag tidigare icke gjorts till föremål för ingående överväganden ur mera generella synpunkter. Vid ett ståndpunkttagande till det av motionärerna berörda spörsmålet om storleken av återkrav av statsbidrag borde förväxling icke ske med den avskrivning i teknisk bemärkelse, som berörts i statens sjukhusberednings betänkande I (SOU 1944: 47) och avsåge affärsmässig nedskrivning av det i en sjukhusanläggning investerade kapitalet. Där hade för ändamålet föreslagits en degressiv skala, så att ett restvärde å 30 % skulle kvarstå efter 30 år, innebärande att en återstående avskrivning skulle taga ytterligare omkring 20 år. Ett visst samband förelåge emellertid mellan dylika avskrivningsregler och statsmakternas återkrav av lämnade statsbidrag. Riskerna för att en återbetalning kunde bliva aktuell förutsattes av statskontoret bidraga såväl till en förnuftig planläggning av förekommande byggnationer som till en försiktig avskrivningspolitik. Ett bifall till motionerna kunde måhända minska denna försiktighet och leda till ur det allmännas synpunkt mindre tillfredsställande resultat. De föreslagna åtgärderna kunde således befaras få stor betydelse och det aktualiserade problemet berörde icke endast statsbidragen till sjukvårdsanläggningar. En ingående utredning av principfrågorna syntes enligt ämbetsverket erforderlig, innan nya principer tillämpades, och härvid borde även reglerna för återkrav av andra statsbidrag än dem till sjukvårdsanläggningar upptagas till bedömande. Någon omedelbar omläggning syntes icke oundgängligen påkallad. Möjlighet att beakta förhållanden som kunde motivera uppskov med eller befrielse från återbetalning förelåge vid Kungl. M:ts prövning av dylika ärenden. Statskontoret

fann sig för sin del icke kunna tillstyrka, att motionerna för det dåvarande borde föranleda någon riksdagens åtgärd.

Medicinalstyrelsen ansåg i likhet med motionärerna, att nu tillämpade återkravsregler i vissa situationer kunde leda till obilliga resultat. Så vore förhållandet då en anstalt nedlades efter att ha fungerat för sitt ändamål under lång tid. Styrelsen funne därför att en eventuell ändring av praxis på detta område borde taga sikte på en förkortning av de långa avskrivningstiderna för statsbidragen.

Även medicinalstyrelsen hänvisade till den av statens sjukhusutredning föreslagna avskrivningstiden av 50 år för sjukhusanläggningar utan differentiering mellan sten- och trähus. Sjukhusutredningen hade därvid räknat med att jämväl de nya värden, som tillförts anläggningarna genom reparationer och moderniseringar, skulle avskrivas inom samma tid. Statsbidragen till anordnandet av sjukvårdsanstalterna hänförde sig återigen till anstalterna i deras skick vid ianspråktagandet för respektive ändamål men icke till senare företagna investeringar. Det torde därför vara berättigat att räkna med en kortare avskrivningstid än 50 år för dessa bidrag. En avskrivningstid av 25 år ansåge dock styrelsen vara alltför kort, då en sjukvårdsanläggning trots en 25 à 30-årig användningstid med åtföljande behov av reparationer och modernisering finge anses besitta ett icke ringa restvärde. Styrelsen ville för sin del förorda en avskrivningstid för statsbidragen av 40 år för såväl sten- som trähus, innebärande ett årligt värdeminskningsavdrag å 2,5 %. Styrelsen åberopade härvid att en avskrivningstid å 40 år tillämpades ifråga om statliga sjukhusanläggningar, vilka redovisades på statens allmänna fastighetsfond.

Statsutskottet (utlåtande nr 165/1957) förklarade sig i likhet med motionärerna anse, att en avkortning av hittills tillämpade avskrivningstider, med hänsyn såväl till den allmänna utvecklingen på detta investeringsområde som till de förhållandevis ringa statsbidrag det här gällde, borde övervägas. Som en jämförelse erinrade utskottet om att man inom den statsbelånade bostadssektorn räknade med betydligt kortare avskrivningstider. Sjukhusanläggningarnas karaktär av specialbyggnader talade snarare för ännu kortare tider. En avskrivningstid om 25 år enligt motionärernas förslag kunde enligt utskottets mening väl motiveras. I vart fall borde den icke göras längre än den av medicinalstyrelsen förordade tiden av 40 år. Utskottet förklarade sig dock icke berett föreslå riksdagen att i vidare mån göra något bindande uttalande med anledning av motionärernas förslag. Den närmare avvägningen syntes böra överlämnas åt Kungl. Maj:t, varvid om så befunnes erforderligt förslag i ämnet borde underställas riksdagen.

Riksdagen fattade sedermera beslut i överensstämmelse med vad utskottet i sitt utlåtande föreslagit.

I sina förenämnda skrivelser den 19 juni 1958 och den 5 februari 1959 lämnade *medicinalstyrelsen* en närmare redovisning för den utveckling inom tuberkulosvården och epidemivården, som medfört att ett icke ringa antal vårdplatser av olika anledningar kunnat friställas inom dessa vårdområden. För att få till stånd ett så rationellt utnyttjande som möjligt av den uppkomna platsreserven hade styrelsen samrått med sitt huvudmannaråd, varvid från dettas sida framhållits, att

möjligheterna att använda de friställda platserna i hög grad försvårades av att dessa vårdplatser till övervägande del tillkommit med statsbidrag och alltså enligt gällande bestämmelser icke utan särskilt medgivande av Kungl. Maj:t finge användas till annat än det med bidraget avsedda ändamålet. Syftemålet med statens bidrag vore emellertid numera enligt huvudmannarådets mening helt tillgodosett, varför beslutanderätten ifråga om »överblivna» platsers användande för annat sjukvårdsändamål borde kunna överlåtas på medicinalstyrelsen. Frågan om platsernas användande för andra ändamål än sjukvård borde dock i varje särskilt fall underställas Kungl. Maj:t för prövning. Det hade vidare från huvudmannarådets sida framhållits, att vissa sjukhusbyggnader för här avsedda ändamål på grund av sitt nuvarande skick skulle komma att efter upprustning innehålla färre platser än dem, för vilka byggnadsbidrag erhållits.

Medicinalstyrelsen angav vidare flera sjukvårdsändamål, för vilka de friställda platserna redan kunnat tagas i anspråk. Så hade exempelvis de fria sanatorieplatserna kommit till användning inom annan lungsjukvård, där de lokala möjligheterna till kontakt med erforderliga specialiteter varit för handen, varjämte de även kommit att få väsentlig betydelse för vården av långvarigt kroppssjuka med dess betydande platsbehov. Även inom andra vårdgrenar kunde platserna komma att utnyttjas, t. ex. inom mentalsjukvården eller inom konvalescentvården. De friställda vårdplatserna inom epidemivården hade även i stor utsträckning utnyttjats inom långtidsvården men även för andra sjukvårdsändamål, främst som komplement till lasarettens vårdavdelningar och för konvalescentvård. Styrelsen framhöll jämväl att de belopp, som i förekommande fall skulle inlevereras av huvudmannen, i allmänhet vore förhållandevis ringa. Till belysning härav framlade styrelsen approximativa beräkningar angående de belopp, varmed återleverering skulle ifrågakommit, därest vid viss angiven tidpunkt för respektive ändamål icke disponerade platser skulle nyttjas för andra ändamål. I fråga om vårdplatserna på sanatoriet hade styrelsen vid beräkningen schematiskt utgått från att det antal vårdplatser, varmed det verkliga antalet platser på respektive sanatorium överstigit det, för vilket ifrågavarande statsbidrag utgått, i första hand lämnats respektive disponerats för annat ändamål än tuberkulosvård samt att återleverering i första hand skulle kommit ifråga av de tidigast beviljande statsbidragen. Enligt denna förenklade beräkningsmetod skulle återleverering den 15 november 1957 ha skett beträffande omkring 1.700 vårdplatser, för vilka statsbidrag erhållits med cirka 3 milj. kr. Med tillämpning av värdeminskningsavdrag enligt gällande praxis, 1 % för stenhus och 2 % för trähus, skulle återlevereringen ha omfattat i runt tal 2.250.000 kr. Efter en avskrivningstid om 40 år skulle av nämnda cirka 3 milj. kr återstått drygt 800.000 kr och med en avskrivningstid om 25 år endast omkring 250.000 kr att återleverera.

Motsvarande beräkning angående epidemisjukstugorna utvisar att den 1 januari 1959 fanns omkring 1.400 för epidemipatienter icke disponerade vårdplatser och att för dessa vårdplatser utgått statsbidrag med cirka 3 milj. kr. Med värdeminskningsavdrag beräknat enligt gällande praxis skulle återlevereringen ha omfattat närmare 2 milj. kr. Vid en avskrivningstid om 40 år skulle samma dag ha återstått

inemot 800.000 kr att återleverera och med en 25-årig avskrivningstid endast omkring 160.000 kr. Av de nämnda platserna utnyttjades cirka 800 för vård av långvarigt kroppssjuka, varför befrielse från återbetalningsskyldighet på därom gjord framställning torde ha medgivits av Kungl. Maj:t. För resterande 600 platser hade statsbidrag utgått med omkring 1,5 milj. kr. Om värdeminskningsavdrag beräknas enligt ovanstående skulle återleverering ha skett av cirka 900.000 kr. Vid en avskrivningstid om 40 respektive 25 år skulle omkring 400.000 kr respektive 100.000 kr ha återstått att leverera.

Styrelsen anslöt sig helt till huvudmannarådets uppfattning, att en smidigare form för medgivande att utnyttja med statsbidrag tillskapade vårdplatser för annat sjukvårdsändamål borde genomföras och hemställde *dels* att landsting och städer utanför landsting respektive epidemidistrikt, vilka enligt gällande bidragskungörelser uppburit statsbidrag till uppförande eller inrättande av tuberkulossjukvårdsanstalter m. m. respektive till anordnandet av epidemisjukstugor, måtte befrias från skyldighet att till statsverket återleverera sådant bidrag för ej längre erforderliga vårdplatser, vilka efter vederbörligt medgivande toges i anspråk för andra ändamål eller som bortfölle i samband med reparations- eller moderniseringsarbeten eller borde rivas, *dels ock* att styrelsen måtte bemyndigas att lämna sådant medgivande i fråga om sjukvårdsändamål ävensom då fråga var om minskning av antalet vårdplatser till följd av reparations- eller moderniseringsarbeten.

Statsbidragsutredningen vill för sin del understryka, att många av de inrättningar, till vilkas uppförande eller anordnande statsbidrag utgått, till följd av den medicinska utvecklingen och av andra orsaker numera fyllt sin uppgift. Detta gäller främst sanatorier och epidemisjukhus (-sjukstugor), vilka nedlagts såsom sådana på grund av att moderna lungkliniker resp. infektionskliniker uppförts i anslutning till centrallasaretten. Detta innebär i sak, att den i sjukvårdslagen stadgade skyldigheten för huvudmännen att ombesörja sluten vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd — vilken skyldighet numera omfattar alla vårdgrenar, till vilka anläggningsbidrag utgår — fullgöres på annat sätt än tidigare. På vilket sätt föreliggande vårdbehov tillgodoses saknar enligt utredningens mening betydelse i sammanhanget. Det väsentliga är att vårdskyldigheten fullgöres.

Vidare vill statsbidragsutredningen framhålla, att nu tillämpade regler för återkrav av uppburna anläggningsbidrag även i vissa andra fall kan framstå som obilliga. Detta är särskilt fallet, då en sjukvårdsanstalt efter att ha varit i bruk för sitt ändamål under en lång följd av år nedlägges utan att ersättas av annan, enär den blivit otidsenlig och icke svarar mot kraven på ett nutida sjukhus. Motsvarande gäller då på grund av de medicinska framstegen och därav följande lägre platsbehov ett antal vårdplatser vid en sjukvårdsanläggning friställes utan att komma till användning inom annan vårdgren. Skäl synes utredningen icke finnas för ett bibehållande i dylika fall av återbetalningsskyldigheten överhuvud, detta även om en friställd sjukvårdsbyggnad eller sjukvårdsavdelning skulle nyttjas för annat än sjukvårdsändamål, exempelvis inom annan huvudmannen åvilande verksamhetsgren. Utredningen vill härvid erinra om att enligt överenskommelsen om landstingens

övertagande av statens mentalsjukvård huvudmännen äger fritt vidtaga dispositioner för att åvägabringa en ändamålsenlig vårdorganisation.

Härtill kommer att, såsom medicinalstyrelsen påvisat, de belopp som skulle återlevereras redan med tillämpning av nuvarande reduceringsregler måste betecknas som synnerligen obetydliga ur statsfinansiell synpunkt. Om avskrivningstiden förkortas, vilket med rådande utvecklingstakt på sjukvårdens område synes väl motiverat, blir nämnda förhållande än mer påtagligt, samtidigt som det med handläggningen av hithörande ärenden förenade administrativa arbetet består i oförändrad omfattning. Frågans ekonomiska betydelse reduceras ytterligare, om utredningens förslag angående slopande av nuvarande anläggningsbidrag till flertalet vårdgrenar godtages.

Nu berörda omständigheter talar enligt utredningens mening för att sjukvårdshuvudmännen i princip befrias från återbetalningsskyldighet för uppburna anläggningsbidrag. Före nedläggande av sjukhem eller lasarettsavdelning, till vilka anläggningsbidrag utgått, bör dock medicinalstyrelsens medgivande inhämtas.

I anslutning härtill bör även primärkommunernas insatser uppmärksammas, särskilt i fråga om vården av långvarigt kroppssjuka. Principiellt är numera vården av dessa sjuka en landstingens och städernas utanför landsting angelägenhet. Många primärkommuner har emellertid tidigare på grund av då gällande fattigvårdslagstiftning inrättat sjukhem och sjukavdelningar vid ålderdomshem för dessa vårdbehövande och har därvid erhållit statsbidrag till kostnadernas täckande. Efter hand som landstingen byggt ut långtidsvården till erforderligt platsantal, har gällande planer för långtidsvårdens tillgodoseende ändrats och de primärkommunala institutionerna försvunnit ur planerna, innebärande att driftbidragen upphört och frågan om återbetalning av uppburet uppförandebidrag aktualiserats. Praxis har därvid varit, att så länge hemmet eller avdelningen nyttjats för vård av de långtidssjuka, uppskov erhållits med återbetalningen av uppförandebidraget. Så småningom har verksamheten helt nedlagts och sjukhemmets eller sjukavdelningens platser därvid ofta tagits i anspråk för annat icke sjukvårdande ändamål, nämligen för ålderdomshemsklientel. Vanligtvis har dessa primärkommunernas inrättningar varit i bruk inom långtidssjukvården under avsevärd tid och är därför otidsenliga och starkt förslitna, varför de måst genomgå omfattande moderniserings- och ändringsarbeten för att kunna nyttjas för sitt nya ändamål. Under sådana förhållanden anser utredningen vägande skäl föreligga att befria även primärkommunerna från återbetalningsskyldighet för uppburna anläggningsbidrag till olika slag av sjukvårdsinrättningar.

Med hänvisning till vad sålunda anförts får utredningen föreslå, att de kommunala huvudmännen befrias från återbetalningsskyldighet för uppburna statsbidrag till uppförande och inrättande av sjukvårdsinrättningar i de fall medicinalstyrelsen så medgiver. Detta bör även gälla anläggningsbidrag till särskolor och vårdanstalter för psykiskt efterblivna, varvid i fråga om särskolor skolöverstyrelsens medgivande bör inhämtas före ett eventuellt nedläggande.

För enskilda anstalter torde återbetalningsskyldigheten böra bibehållas. Avskriv-

ningstiden bör dock i anslutning till vad 1957 års riksdag uttalat avsevärt förkortas och normalt icke överstiga 30 år. Denna gräns tillämpas f. n. för avskrivning av värdena å landstingens sjukhus och överensstämmer jämväl med vad som i dylikt hänseende överenskommits i gällande principavtal angående landstingens övertagande av statens mentalsjukvård.

KAPITEL 10

Särskilda frågor rörande bidrag till städerna utanför landsting

Enligt gällande statsbidragsbestämmelser råder en viss olikhet i bidragshänseende emellan landstingskommuner och städer, som ej tillhör landstingskommun. Sistnämnda städer utgöres av Stockholm, Göteborg och Malmö, sedan numera Hälsingborg och Gävle återinträtt i vederbörande landsting och frågan om Norrköpings stads inträde i Östergötlands läns landsting från och med den 1 januari 1967 vunnit sin lösning. Olikheterna i bidragshänseende ligger däri, att förenämnda städer *dels* är helt uteslutna från möjligheten att åtnjuta vissa bidrag *dels ock* i några fall erhåller bidrag enligt ogynnsammare grunder än landstingen. Det förra är fallet med bidragen till psykiatriska lasarettsavdelningar samt bidragen till distrikts- och dispensärvården. Det senare gäller vården av långvarigt kroppssjuka samt folktandvården, där bidragen till ifrågavarande städer begränsats till hälften av den platskvot respektive av det belopp per behandlat barn, som fastställts för landstingskommuner. I direktiven har angivits, att vid utformningen av ett allmänt bidrag bör prövas, huruvida och i vad mån hänsyn till dessa förhållanden bör tagas vid utmätande av storleken av ett bidragsbelopp per invånare eller annan enhet.

Utredningen har i kap. 6 behandlat detta spörsmål såvitt angår vården av långvarigt kroppssjuka. Beträffande övriga här berörda vårdgrenar har utredningen i detta kapitel undersökt bakgrunden till ovan angivna förhållanden och hur utvecklingen sedermera gestaltat sig, varvid utredningen kommit till följande resultat.

Psykiatriska lasarettsavdelningar

Vid framläggande av förslag till statsbidrag för psykiatriska avdelningar vid kroppssjukhusen (prop. 177/1946) erinrade föredragande departementschefen om att Stockholm, Göteborg och Malmö genom särskilda avtal förbundit sig att omhänderhava sinnessjukvården för de i dessa städer hemortsberättigade sinnessjuka och att förhandlingar påginge om revidering av dessa avtal. Han fann sig därför icke kunna för det dåvarande förorda, att statsbidrag utginge till vare sig uppförande eller drift av psykiatriska lasarettskliniker i någon av dessa städer, men framhöll samtidigt att de föreslagna grunderna för driftbidraget till dylika kliniker kunde komma att revideras i samband med en allmän omläggning av gällande grunder för bidrag till landstingens sjukvårdande verksamhet. Detta uttalande föranledde icke någon erinran från riksdagens sida.

Någon revidering av ovannämnda avtal i syfte att inordna ifrågavarande kliniker under avtalens statsbidragsbestämmelser — från vilka de enligt avtalens lydelse äro

undantagna — har icke kommit till stånd. Medicinalstyrelsen — som enligt Kungl. Maj:ts bemyndigande fört förhandlingar med representanter för storstäderna om formell revision av avtalen — har emellertid i annat sammanhang förklarat sig beredd att tillstyrka en framställning från städerna om att deras psykiatriska kliniker skulle komma i åtnjutande av statsbidrag enligt samma grunder som gäller för övriga psykiatriska lasarettsavdelningar.

Även i annat sammanhang har medicinalstyrelsen uttalat sig för likställighet på detta område. Detsamma gäller bl. a. mentalsjukvårdens statsbidragsutredning i dess år 1960 avgivna betänkande (SOU 1960: 9). Vidare är att beakta, att enligt gällande sjukvårdslag storstäderna har samma vårdskyldighet för ifrågavarande klientel som landstingen.

Mot bakgrunden av vad sålunda anförts och förekommit synes det statsbidragsutredningen rimligt, att Stockholm, Göteborg och Malmö medgives rätt att i sina respektive bidragsunderlag inräkna ett årsbelopp, motsvarande vad som skulle ha utgått vid tillämpning av kungörelsen om driftbidrag till psykiatriska avdelningar vid eller i anslutning till lasarett.

Distriktsvården

I fråga om distriktsvården togs statsbidragsfrågan upp första gången vid 1919 års lagtima riksdag (prop. nr 260). Föredragande departementschefen framhöll därvid, att statens stöd i första hand borde koncentreras på att åstadkomma en nöjaktig distriktsvård inom de områden, där tillgång till sådan sjukvård vore mest av behovet påkallad.

Enligt uttalande av sakkunniga, som framlagt förslag till distriktsvårdens ordnande, hade distriktssjukvården icke samma genomgripande betydelse för städerna som för landsbygden, varför det icke vore oundgängligen nödvändigt att tilldela stadskommuner statsunderstöd för organisation av distriktssjukvård. Med hänsyn härtill syntes det åtminstone för det dåvarande icke böra bliva fråga om statsbidrag annat än till distriktssjukvård på landsbygden. Departementschefen ville i detta sammanhang erinra om att det förslag till epidemilag, som Kungl. Maj:t den 21 februari 1919 beslutat förelägga riksdagen, innehöll den bestämmelsen, att varje epidemidistrikt, som innefattade landsbygd, skulle äga tillgång till nödigt antal sjuksköterskor för att på landsbygden bereda vård åt med smittsam sjukdom behäftade personer, för vilka plats å epidemisjukhus ej kunde beredas. Någon skyldighet att anställa distriktssköterskor vore således icke avsedd att införas annat än för landsbygden. Samma skäl, som föranlett denna begränsning i skyldigheten att anställa distriktssköterskor, talade för att rätten till statsbidrag för distriktssköterskors anställande jämväl begränsades till landsbygden.

Ifrågavarande bestämmelse i epidemilagsförslaget godtogs av riksdagen och har sedan ägt giltighet t. o. m. 1959, då en ny sjukhuslag trädde i kraft, som i detta hänseende upphävde skillnaden mellan landsbygds- och stadsdistrikt. Enligt 23 § i gällande sjukvårdslag, vilken lag reglerar såväl öppen som sluten vård, skall för den sjukvårdande verksamheten i alla sjukvårdsområden finnas anställd den personal,

som erfordras för att god sjukvård skall kunna meddelas. Därmed har landstingen och städerna utanför landsting blivit helt jämställda med avseende å skyldigheten att ombesörja sjukvård.

År 1935 blev distriktsvårdens organisation, som dittills huvudsakligen endast lämnat utrymme för hemsjukvård, föremål för en allsidig omprövning i syfte att göra den bättre ägnad att tillgodose de ökade krav på socialhygien — särskilt ifråga om moderskaps- och barnavård samt bostadsvård — som efter första världskrigets slut alltmer gjort sig gällande (prop. 213/1935). För detta ändamål beslöts bl. a. att i princip endast landstingen skulle vara huvudmän för vården och äga uppbära statsbidrag. Landskommuner eller sammanslutning av landskommuner, som dittills uppburit statsbidrag för av dem anordnad distriktsvård, skulle efter viss övergångstid icke äga uppbära bidrag för ändamålet. Distriktssköterskornas antal skulle ökas och distriktens storlek minskas så att befattningshavarna kunde ägna väsentligt mer tid åt de socialhygieniska uppgifterna, bland vilka även skulle ingå att, där så lämpligen kunde ske, omhändertaga det av dispensärsköterskorna bedrivna fältarbetet. Liksom tidigare skulle dock distriktssköterskornas tjänstgöring kunna omfatta allenast viss eller vissa grenar av distriktsvården, t. ex. hemsjukvård. Samtidigt beslöts att utbildningen vid distriktssköterskeskolan skulle omläggas och enbart avse socialhygienisk omvårdnad såsom en påbyggnad på den allmänna sjuksköterskeutbildningens två första år.

Statens bidrag till distriktssköterskornas avlöning höjdes till det dubbla eller 1.000 kronor jämte ålderstillägg. Vägledande härvidlag var principen, att staten skulle svara för den del av kostnaden, som föll på hälsovården, medan landstingen skulle svara för den del, som avsåg sjukvården. Denna princip har sedermera följts såtillvida, att staten i fortsättningen påtagit sig att svara för hälften av distriktssköterskans lön i viss lönegrad jämte kompensation för förhöjd folkpensionsavgift ävensom för extra kallortstillägg. En förutsättning härför är, att distriktssköterskan vunnit legitimation som sjuksköterska och, om ej medicinalstyrelsen medgivit undantag, nöjaktigt genomgått fullständig distriktssköterskeutbildning.

Frågan om en motsvarande utbyggnad av distriktsvården i städerna utanför landsting togs icke upp till behandling i detta sammanhang. Så synes ej heller ha skett senare.

Distriktssköterskornas närmaste motsvarighet i dessa städer, de s. k. stadssjuksköterskorna, är huvudsakligen sysselsatta med att meddela sjukvård enligt läkares föreskrift dels på egna mottagningar dels ock vid hembesök. Med hänsyn till att sköterskorna ofta kommer i kontakt med familjer och personer, som av en eller annan anledning hamnat i misär, har det emellertid också blivit en viktig uppgift för dem att hålla vederbörande kommunala organ, såsom socialnämnden, barnavårdsnämnden och hälsovårdsnämnden, underrättade om missförhållanden av olika slag, så att erforderliga åtgärder kan vidtagas. Det ligger också i sakens natur att stadssjuksköterskorna — oavsett om rapport sker till något av nyssnämnda organ — med råd och anvisningar söker undanröja och förebygga fortsatta missförhållanden av mera allmänhygienisk karaktär.

Stadssjuksköterskorna är legitimerade sjuksköterskor, som ofta har långvarig sjukhustjänstgöring bakom sig men i regel saknar distriktssköterskeutbildning. Någon reguljär fortbildning förekommer icke heller men viss vidareutbildning i form av föreläsningar i aktuella ämnen har givits företrädesvis i Malmö.

De speciella socialhygieniska uppgifterna har i nu berörda städer anförtrotts sköterskor, som förskaffat sig viss specialutbildning inom en eller flera vårdgrenar. Så är fallet med barnavården, skolhälsovården, dispensärvården och bostadsvården. Motsvarande utveckling har emellertid även ägt rum inom de större landstingsstäderna, varför skillnaden mellan dessa städer och storstäderna i praktiken icke är så stor ifråga om distriktsköterskans arbetsuppgifter. Olikheterna består i stället däri, att stadssjuksköterskorna i regel sakna distriktssköterskeutbildning och att i storstäderna varje vårdgren utgör en enhet för sig. I en inom medicinalstyrelsen år 1962 upprättad, till inrikesdepartementet överlämnad Pm angående översyn av distriktssköterskeutbildningen m. m. har man vid behovsräkningarna ej gjort skillnad mellan landsting och landstingsfria städer. Man har utgått från att i större städer alltjämt kommer att finnas sjuksköterskor endast avsedda för hemsjukvård och för dessa ej föreslagit distriktssköterskeutbildning. För alla övriga sjuksköterskетjänster i statsbidragsberättigad öppen vård föreslås ensartad påbyggnadsutbildning och samma kompetens (=distriktssköterskeskola).

Vid nu angivna förhållanden finner statsbidragsutredningen vägande skäl tala för att Stockholm, Göteborg och Malmö i statsbidragshänseende likställes med landstingen när det gäller distriktsvården. Härför talar ock den omständigheten, att Kungl. Maj:t i samband med Hälsingborgs och Gävle stads återinträde i respektive landstingskommun på därom gjord ansökan beviljat sådana stadssjuksköterskor i dessa städer, som icke ägde i statsbidragskungörelsen föreskriven distriktssköterskeutbildning, dispens därifrån med skyldighet för dem att efter medicinalstyrelsens anvisning i stället genomgå en kompletteringskurs vid statens distriktssköterskeskola. På enahanda villkor vill utredningen för sin del förorda, att Stockholm, Göteborg och Malmö vid bidragsunderlagets beräknande för då inrättade tjänster gottskrives ett belopp motsvarande vad som landstingen äger uppbära i statsbidrag enligt gällande distriktsvårdskungörelse.

Dispensärvården

Dispensärverksamhet i tuberkulosförebyggande syfte har sedan lång tid tillbaka bedrivits även i städerna utanför landsting. Då statsbidrag år 1914 infördes för dispensärverksamheten i landet, undantogos ifrågavarande städer, varvid förutsattes, att de hade tillräckliga resurser att utan statligt stöd tillgodose sin dispensärvård på ett tillfredsställande sätt. När år 1937 principbeslut fattades om en genomgripande omorganisation av dispensärvården — främst bestående däri att statsunderstödda centraldispensärer skulle tillkomma som komplement till distriktsdispensärerna och att dispensärsköterskornas arbete vid distriktsdispensärerna skulle, där så lämpligen kunde ske, övertagas av distriktssköterskorna — uteslöts städerna även då från rätten att komma i åtnjutande av statsbidrag för ändamålet med samma motivering som

tidigare. Frågan har därefter ej varit uppe till omprövning i samband med de ändringar, som senare vidtagits i dispensärkungörelsen.

Dispensärverksamheten i Stockholm, Göteborg och Malmö kan sägas ha i stort sett utbyggts på motsvarande sätt som i de större landstingsstäderna, där centraldispensären är kombinerad med distriktsdispensärer med särskilt anställda dispensärsköterskor. I Stockholm och Göteborg finnes en fristående centraldispensär, som förestås av en heltidsanställd överläkare, och till centralen är knutna särskilda läkare och sköterskor för distriktsverksamheten ävensom för gruppundersökningar. Centraldispensären i Stockholm är därjämte utbyggd med dels en särskild barnavdelning dels en speciell behandlingsavdelning, där poliklinisk vård meddelas, dels en skärmbildsbyrå, där förutom skärmbildsundersökning även tuberkulinprov och BCG-vaccinationer utföres, dels ock en kuratorsavdelning, som jämväl meddelar yrkesrådgivning. Dispensärverksamheten i Malmö är helt anknuten till Allmänna sjukhusets lungklinik.

Ser man enbart till dispensärverksamheten och kostnaderna därför — som år 1962 i de tre storstäderna belöpte sig till sammanlagt omkring 4 milj. kronor — kan man givetvis liksom tidigare göra gällande att statsbidrag ur kommunalfinansiell synpunkt icke är av behovet påkallat för denna verksamhet. Enligt statsbidragsutredningens uppfattning bör emellertid denna synpunkt i förevarande sammanhang icke tillmätas avgörande betydelse utan bör kravet på principiell likställighet huvudmännen emellan i fråga om rättigheter och skyldigheter på hälso- och sjukvårdens område fälla utslaget. Beträffande dispensärvården föreligger ur denna synvinkel icke någon anledning att behandla städerna utanför landsting annorlunda än landstingen. Utredningen förutsätter därvid att läkar- och sköterskepersonalen äger i dispensärkungörelsen föreskriven kompetens och att, där så ej är fallet, Kungl. Maj:t medgiver erforderlig dispens. Under hänvisning härtill och till den ståndpunkt utredningen intagit beträffande den med dispensärvården samordnade distriktsvården vill utredningen föreslå, att även hithörande kostnader inräknas i respektive städers bidragsunderlag i motsvarande utsträckning som gäller för landstingen.

Folktandvården

Vad härefter angår folktandvården bestämdes ursprungligen (prop. 127/38) att statens stöd till landstingen skulle utgå i form av *dels* ett årligt bidrag till distriktstandläkares och distriktstandsköterskors löner (med 3.000 resp. 1.000 kr jämte ålderstillägg) *dels ock* ett engångsbidrag till utrustning av distriktstandvårdspolikliniker, allt i enlighet med en av medicinalstyrelsen fastställd plan för varje landstingsområde. Beträffande städerna utanför landsting — vilka vid denna tid redan i stor utsträckning anordnat kommunal tandvård för skolbarn och i vissa fall för vuxna — ansågs icke lika starka skäl tala för statsbidrag, men med hänsyn till betydelsen av en fullt genomförd folktandvård även i dessa städer beslöts dock att visst bidrag skulle utgå jämväl till dem. På grund av den större frihet i organisatoriskt hänseende, som borde lämnas dessa städer, befanns det därvid lämpligast att bidraget utgick i form av ett bidrag per behandlat barn, vilket bestämdes till 4 kr

(motsvarande knappt hälften av den beräknade nettokostnaden kr 9.40). Statsbidrag till utrustning av tandpolikliniker ansågs icke påkallat för städernas del. Ett motionsledes framfört krav på full likställighet i statsbidragshänseende med landstingen bifölls icke av riksdagen.

Vid den översyn av folktandvården, som verkställdes av 1946 års statsbidragssakkunniga, föreslogs, att statens lönebidrag till landstingen skulle omläggas till ett bidrag per behandlat barn, vilket med hänsyn till den faktiska förskjutningen i kostnadsfördelningen mellan stat och landsting som ägt rum efter folktandvårdens införande borde sättas till 16 kr. De sakkunniga ansåg vidare anledning saknas att i statsbidragshänseende giva städerna utanför landsting en sämre ställning än landstingen, då tandvården i dessa städer utbyggts efter i huvudsak samma linjer som inom landstingsområdena. När förslaget anmäldes för riksdagen (prop. 84/1950) ansåg sig föredragande departementschefen i dåvarande läge dock icke kunna biträda denna ståndpunkt, även om han medgav att vissa skäl talade för densamma. Förslaget i övrigt accepterades i propositionen såtillvida att beloppet per barn föreslogs höjt från 8 till 9 kronor, motsvarande statens dåvarande lönebidrag utslaget per barn. Vid riksdagsbehandlingen följdes likväl de sakkunnigas förslag om 16 kronor per barn, varjämte bidraget till städerna av motsvarande skäl höjdes till 8 kronor per barn.

Planer för folktandvårdens ordnande i storstäderna i huvudsaklig överensstämmelse med de riktlinjer som gäller för landet i övrigt har sedan mer än ett decennium tillbaka varit fastställda och lett till en omfattande utbyggnad av denna vård. Med hänsyn härtill och till vad i statsbidragsfrågan förekommit sedan de ursprungliga grunderna fastställdes anser utredningen övervägande skäl tala för att storstäderna även på detta område likställes med landstingen vid beräkning av underlaget för det allmänna driftbidraget.

Hemmen för psykopatiska och nervösa barn

I detta sammanhang vill utredningen rikta uppmärksamheten på ett statsbidrag, som de facto intar en särställning i förhållandet mellan landstingen och storstäderna, nämligen statsbidraget till hemmen för psykopatiska och nervösa barn.

Enligt kungörelsen den 4 juni 1937 (SFS nr 303) utgår som tidigare nämnts statligt driftbidrag med 2 kr per dag och barn å hem för psykopatiska och nervösa barn, vilket drives av landsting, stad utanför landsting, barnavårdsförbund, förening eller stiftelse. Inom detta vårdområde finnes för närvarande icke någon landstingsägd anstalt. Landstingen replierar i stället på föreningsdrivna riksanstalter, som åtnjuter bidrag av staten enligt särskilda avtal och därför omfattas av principavtalet angående huvudmannaskapets för mentalsjukvården överförande till landstingen.

Städerna utanför landsting däremot driver egna anstalter för ifrågavarande klientel och uppbär härför statsbidrag enligt kungörelsen med drygt 50 000 kr för år. Enligt utredningens mening bör frågan om en avveckling av dessa bidrag övervägas i nu förevarande sammanhang såsom ett led i strävan att åvägabringa enhetliga bidragsbestämmelser för landstingen och städerna utanför landsting. Ur denna synpunkt

finner utredningen — icke minst mot bakgrunden av den utvidgning av bidragen till storstäderna som föreslagits i detta kapitel — starka skäl tala för att ifrågavarande statsbidragsbestämmelser upphäves samtidigt med att utredningens här framlagda förslag i övrigt träder i kraft, vilket beräknas ske den 1 januari 1967.

Sammanfattning

Efter den nu redovisade granskningen av de förhållanden som ligger bakom skillnaden i statsbidragshänseende mellan landstingen och städerna utanför landsting samt den utveckling som därefter ägt rum har statsbidragsutredningen kommit till det resultatet, att både principiella och sakliga skäl motivera, att full likställighet huvudmännen emellan bör genomföras i samband med den revidering av statsbidragssystemet, varom nu är fråga.

Merkostnaden för statsverket vid ett godtagande av utredningens förslag kan på grundval av 1962 års material beräknas enligt följande sammanställning, därvid hänsyn även tagits till det i kap. 6 framlagda förslaget alternativ 2 beträffande vården av långvarigt kroppssjuka:

Vården av långvarigt kroppssjuka	1.649.070
Psykiatriska lasarettsavdelningar	375.480
Distriktsvården	561.826
Dispensärvården	690.750
Folktandvården	1.228.928
Summa	4.506.054
Avgår driftbidragen till hem för psykopatiska och nervösa barn	52.164
Summa merkostnad, netto	4.453.890

Detta totalbelopp fördelar sig på de skilda städerna enligt nedanstående tabell, vari även angivits antalet skattekronor och bidragens betydelse ur utdebiteringssynpunkt.

Stad	Antal skattekronor enligt 1962 års taxering	Statsbidrag år 1962 enligt samma grunder som gäller för landstingen	På år 1962 belöpande statsbidrag enligt gällande grunder	Merkostnad för statsverket vid full jämställdhet i bidragshänseende
1	2	3	4	5
Stockholm	68.257.271	4.792.672	2.830.459	1.962.213
Göteborg	26.632.344	2.603.485	1.226.619	1.376.866
Malmö	15.156.432	1.901.787	786.976	1.114.811
Summa	110.046.047	9.297.944	4.844.054	4.453.890

KAPITEL 11

Samordning av vissa separata bidrag

Av skäl som redovisats i kapitel 5 har statsbidragsutredningen funnit vissa bidrag icke f. n. lämpade för ett inordnande i ett allmänt driftbidrag. Bland dessa bidrag befinner sig bidragen till tre vårdområden, som ha nära samband med varandra, nämligen bidragen till psykisk barna- och ungdomsvård, till verksamhet för stöd och rådgivning till havande kvinnor i abortförebyggande syfte samt till försöksvis anordnad familjerådgivning. I enlighet med direktiven har utredningen undersökt om och i vad mån en förenkling av dessa bidrag kan åvägabringas.

Grunderna för statens bidrag till den psykiska barna- och ungdomsvården och till den försöksvis anordnade familjerådgivningen har i princip samma utformning med ett högsta bidrag av 6000 kr till avlöning åt läkare och 3000 kr till avlöning åt kurator eller assistent. Till den abortförebyggande verksamheten åter utgår bidrag med en fixerad summa för varje mottagning av 15 kronor för läkare, som håller mottagningen, och 25 kronor för kurator, som biträder vid eller svarar för densamma. Därjämte utgår bidrag för hjälpåtgärder vid överhängande hjälpbehov hos abortsökande kvinnor, som besöker kurator, ävensom för ersättning till vissa laboratorier för utförande av graviditetsreaktioner. På alla tre områdena utgår procentuella bidrag efter vissa grunder till utgifterna för befattningshavarnas resor i tjänsten; inom den abortförebyggande verksamheten utgår dessutom bidrag efter enahanda grunder för vissa resor av havande kvinnor. Bestämmelserna om organisation och befattningshavarnas kompetens har i vederbörande statsbidragskungörelse fått en i viss mån skiljaktig utformning, beroende på verksamhetens natur. I övrigt föreligger icke några väsentliga skillnader mellan de tre kungörelserna, frånsett att Kungl. Maj:t förbehållit sig prövningen av bidrag till familjerådgivningen.

Frågan om en samordning av nu berörda vårdgrenar var aktuell i samband med införande av statsbidrag till familjerådgivningen. I sitt betänkande med förslag till allmän familjerådgivning (SOU 1957: 33) hävdade *familjerådgivningskommittén* att abortprofylaxen vore en gren av den allmänna familjerådgivningen. Abortförebyggande arbete och familjerådgivning av allmän karaktär vore alltså ej två skilda samhällsuppgifter. Erfarenheter från abortbyrån och familjerådgivningsbyrån visade, att problemen för klientelet vid båda slagen av byråer i de flesta fall vore likartade. Som en extra komplikation tillkommer för den abortsökande kvinnan ett ovälkommet havandeskap. Hennes abortansökan kunde i regel betraktas som ett symptom på underliggande, ofta svårartade störningar. I stort sett samma störningar återfunnes

i mer eller mindre uttalad form hos en väsentlig del av familjerådgivningens klientel. En abortansökan vore ofta ett tecken på rubbningar i samlevnaden med en man, varför abortproblemet i stor utsträckning borde ses som ett samlevnadsproblem och en familjevårdande angelägenhet. Tendensen för arbetet vid abortbyråerna hade också, i den mån personalens tid räckt till, varit en utveckling till familjerådgivning på allt bredare bas. Kommittén ansåg det därför mest naturligt att sammanföra de båda grupperna rådsökande till en gemensam rådgivningsbyrå.

Familjerådgivningskommittén förordade vidare, att huvudmannaskapet för verksamheten borde anförtros landstingen resp. de landstingsfria städerna, enär verksamheten inom den allmänna familjerådgivningen hade en direkt anknytning till de uppgifter inom hälso- och sjukvården, som åvilade landstingen och nödvändiggjorde ett nära samband med landstingens sjukvårdsinrättningar. Därjämte framhölls att familjerådgivningens mål låge i linje med landstingens allmänt förebyggande hälsovård och att landstingen redan hade hand om vårduppgifter, som komme familjerådgivningen nära, exempelvis den psykiska barna- och ungdomsvården och den abortförebyggande verksamheten. Kommittén föreslog även att statligt driftbidrag skulle utgå till familjerådgivarnas löner med 60 % av vissa föreslagna minimilöner, varvid förutsattes att rådgivningen skulle vara avgiftsfri för den enskilde. I och med införandet av en statsunderstödd familjerådgivning borde enligt kommitténs mening kungörelsen den 21 december 1945 angående statsbidrag till den abortförebyggande verksamheten upphöra att gälla beträffande anordnandet av nya abortrådgivningsbyråer. Verksamheten vid befintliga sådana byråer skulle om möjligt överflyttas till familjerådgivningsbyråer. Med hänsyn till svårigheter i samband med överflyttningen, särskilt mot bakgrunden av befintliga personella resurser, föreslogs en femårig övergångstid, under vilken existerande abortbyråer skulle medgivas rätt till statsbidrag enligt förenämnda författning.

Föredragande statsrådet konstaterade i proposition nr 135 till 1960 års riksdag att det nära sambandet mellan allmän familjerådgivning och speciell abortrådgivning var väldokumenterat. En övervägande remissopinion hade emellertid ställt sig kritisk till kommitténs förslag om ett sammanförande i princip av de båda verksamheterna. Som motiv hade därvid anförts att de alltid brådskande abortärendena skulle komma att kräva förtur och inkräkta på den tid, som kunde ägnas de konfliktsituationer inom familjen som icke hade anknytning till ett ovälkommet havandeskap. Även om detta skäl endast hade relevans i de större städerna med dess anhopning av abortärenden, vore det uppenbart att familjerådgivningen hade en naturlig anknytning även till den psykiska barna- och ungdomsvården. De svårfostrade barnen vore ofta produkten av en disharmonisk hemmiljö med samlevnadssvårigheter och konflikter även mellan föräldrarna. Med hänsyn härtill skulle en familjerådgivningsverksamhet utan tvivel kunna ges en rationell anknytning både till abortbyråerna och till enheterna inom den psykiska barna- och ungdomsvården. Såväl av praktiska skäl som av tveksamhet inför vad som kunde vara den principiellt riktigaste lösningen av anknytningsfrågan syntes man enligt föredraganden söka undvika att i dåläget låsa fast en familjerådgivningsverksamhet, vars uppbyggnad kunde bli aktuell under 1960-

talet, vid den ena eller den andra angränsande verksamheten. De lokala förhållandena och de personella resurserna varierade i olika delar av landet liksom intresset för berörda verksamheter. Statsrådet anslöt sig till den grupp av remissinstanser som förordat, att man borde pröva sig fram och ge envar huvudman frihet att själv bestämma, hur en familjerådgivande verksamhet skulle organiseras. Den allmänna familjerådgivningen borde således i det inledande skedet ha karaktären av försöksverksamhet. Medicinalstyrelsen hade förordat att man inom lämpliga landstingsområden kunde göra »modellförsök» med familjerådgivning i anknytning till eller fristående från abortrådgivningen och med familjerådgivningen inrymd i sjukhusorganisationen respektive förlagd utanför densamma. Erfarenheterna torde sedan få ge anvisning om vilken utformning, som bäst lämpade sig för ett fritidssamhälle med vida större krav på den mentalhygieniska och mentalvårdande samhällsapparaten än som nu kunde realiseras.

I fråga om det av kommittén föreslagna statsbidraget till den framtida familjerådgivningsverksamheten erinrade föredraganden om att frågan om en avlösning av de olika statsbidragen till landstingens mentalvårdande verksamhet aktualiserats i mentalsjukvårdens statsbidragsutrednings betänkande (SOU 1960: 9). Inom en nära framtid komme vidare en översyn av statsbidragsgivningen på övriga delar av hälso- och sjukvården att verkställas. Formerna för en eventuell statsbidragsgivning på längre sikt till den familjerådgivande verksamheten borde av denna anledning icke upptagas i detta sammanhang. Med hänsyn till angelägenheten av att stimulera till försöksverksamhet på det berörda området förordades emellertid, att möjlighet till statsbidrag infördes.

Beträffande utformningen av detta bidrag framhöll departementschefen att det inte vore osannolikt att en del av de landsting, som övervägde att inrätta abortbyråer, vid en rekommendation om försöksverksamhet med valfria anknytningsmöjligheter redan från början komme att inrätta en kombinerad familjerådgivnings- och abortbyrå. Detta förhållande talade närmast för en utformning av statsbidraget enligt samma grunder som gällde för statsbidraget till abortbyråerna. Statsbidragskonstruktionen inom den psykiska barna- och ungdomsvården vore dock administrativt enklare och därjämte mera rekryteringsbefrämjande i de fall familjerådsverksamheten förlades fristående från lasaretten. Statsbidraget föreslogs därför utgå efter samma grunder som till den psykiska barna- och ungdomsvården, dvs. i princip med hälften av de verkliga lönekostnaderna för år, dock högst 6 000 kronor för läkare och 3 000 kronor för kurator, samt för tjänsteresor. Möjligheten till kontanthjälp åt abortsökande kvinnor i kritiska situationer borde dock bibehållas, där familjerådsverksamheten koordinerades med abortrådgivningsverksamhet. Detsamma gällde ersättningen till vissa laboratorier för utförande av biologiska graviditetsreaktioner.

Statsutskottet (utlåtande nr 136) hade intet att erinra mot förslaget, att bestämmelserna om statsbidrag till familjerådgivning utformades efter mönster av vad som gällde beträffande bidrag till den psykiska barna- och ungdomsvården. Utskottet underströk dock i sammanhanget, att ett riksdagsbeslut om statsbidrag till försöksverksamhet givetvis icke finge anses innefatta något ställningstagande till frågan om

finansieringen på längre sikt av en utbyggd familjerådgivning. Riksdagen biföll propositionen.

Innan *statsbidragsutredningen* för sin del tager ställning till frågan om samordning och förenkling av statsbidragen till de nu aktuella vårdgrenarna må konstateras, att desamma företrädesvis till följd av bristen på kvalificerad personal alltjämt är mycket ojämnt utbyggda inom de olika sjukvårdsområdena — speciellt inom landstingen, där utbyggnaden i vissa fall ännu icke kunnat över huvud igångsättas. Den ringa utbyggnadsgraden medför att det här t. v. rör sig om förhållandevis begränsade statsbidragsbelopp. Totalt uppgick summan av på år 1962 belöpande statsbidrag till de tre vårdgrenarna för landstingen och städerna utanför landsting till omkring 1,2 milj. kronor, inberäknat ett belopp av 160 000 kronor för tillgodoseende av överhängande hjälpbehov hos abortsökande kvinnor samt ett belopp om 30 000 kronor för ersättning till vissa laboratorier för graviditetsreaktioner. Fördelningen av beloppen på de olika huvudmännen framgår av tabellbilagorna L 14 och S 5.

Utredningen har vid sina undersökningar av möjligheten till en samordning och förenkling av bidragsgivningen på här berörda vårdområden funnit, att detta låter sig göra utan väsentlig rubbning av nuvarande kostnadsfördelning mellan staten och huvudmännen samt mellan de senare inbördes. Detta synes lämpligen kunna ske på så sätt att i första hand nuvarande bidrag per mottagning inom den abortrådgivande verksamheten omändras till ett avlöningsbidrag per läkare resp. kurator i likhet med vad fallet är inom de båda övriga vårdgrenarna. Därjämte är det ur rationaliseringssynpunkt önskvärt, att de särskilda bidragen till hjälpåtgärder och graviditetsundersökningar åt abortsökande kvinnor ävensom resebidragen inom samtliga tre vårdgrenar omräknas till ett avlöningsbidrag, som slås ut på antingen endera eller båda-dera av de verksamma befattningshavarkategorierna. Utredningen har stannat för att förorda, att ifrågavarande bidrag samordnas med bidraget per läkare, vilket enligt utredningens beräkningar skulle medföra en uppräkning av detta bidrag från 6 000 till 8 000 kronor. Bidraget till kuratorer och assistenter skulle liksom hittills utgå med 3 000 kronor per befattningshavare men utsträckas att gälla samtliga tre vårdgrenar.

En omfördelning av summan av de tre separata bidragen enligt dessa grunder ger det resultat som redovisas i tabellbilagorna L: 14 och S: 5. Med hänsyn till fördelarna med ett enhetligt bidragssystem ter sig resultatet enligt utredningens mening relativt tillfredsställande. Utredningen tänker härvid icke blott på förenklingen av det administrativa bestyret med bidragens handhavande utan även på det förhållandet, att enhetliga bidragsgrunder på dessa områden är ägnade att underlätta en rationell utbyggnad av de olika vårdgrenarna, antingen var för sig eller i kombination med varandra.

Det redovisade materialet avspeglar nuläget med dess utbyggnadsgrad. Avsikten är emellertid att systemet skall, allt eftersom verksamheten inom någon av vårdgrenarna påbörjas resp. utbygges inom de skilda sjukvårdsområdena, appliceras på den nya eller utbyggda verksamheten. Det för avlönande av läkare uppräknade beloppet beräknas i stort täcka förekommande utgifter för resor, för tillgodoseende av över-

hängande hjälpbehov hos abortsökande kvinnor samt för utförande av graviditetsreaktioner. Utredningens förslag förutsätter att nämnda utgifter skall vid samordningen av de aktuella driftbidragen övertagas av sjukvårdshuvudmännen. I övrigt torde de i vederbörande kungörelser intagna föreskrifterna böra tills vidare bibehållas i huvudsak oförändrade.

På enahanda skäl som anförts i kapitel 7 vill utredningen tillika förorda, att det samordnade bidraget till ifrågavarande tre vårdgrenar göres värdebeständigt enligt i samma kapitel föreslagna grunder.

Under hänvisning till det anförda föreslår statsbidragsutredningen, att de tre här behandlade separata bidragen samordnas enligt ovan angivna riktlinjer. Samordningen synes böra tillämpas från och med den 1 januari 1967 eller den tidpunkt som föreslagits för det allmänna statsbidragets ikraftträdande. Frågan om eventuell samordning av ifrågavarande bidrag med det allmänna driftbidraget torde få upptagas till omprövning i samband med de förhandlingar som förutsatts skola äga rum innan gällande mentalsjukvårdsavtal utlöper vid 1971 års utgång.

KAPITEL 12

Sammanfattning

Enligt givna direktiv har utredningens syfte varit att genom en teknisk översyn åstadkomma en förenkling och rationalisering av statsbidragssystemet på hälso- och sjukvårdens område utan att detta medför någon väsentlig ändring i kostnadsfördelningen mellan staten och de kommunala huvudmännen eller några allvarliga omkastningar i sistnämnda huvudmäns ekonomi och skattetryck. Utgångspunkten borde därvid vara att till ett allmänt driftbidrag söka sammanföra alla eller flertalet driftbidrag med undantag för de under senare år beslutade bidragen till provinsialläkarväsendet och den mentalsjukvård, som landstingen fr. o. m. 1967 skall övertaga från staten. För att underlätta den administrativa handläggningen borde det allmänna bidraget ges en schematisk utformning och om möjligt grundas uteslutande på de olika sjukvårdsområdenas invånarantal. I den mån speciella bidrag skulle finnas alltjämt böra utgå, borde beräkningsmetoden för dem göras så schablonartad som möjligt.

Vidare borde övervägas dels i vad mån och på vad sätt det statliga stödet borde göras värdebeständigt, dels ock huruvida och i vad mån vid utmätande av det allmänna driftbidragets storlek hänsyn skulle tagas till att städerna utanför landsting för närvarande vore uteslutna från möjligheten att erhålla vissa bidrag. Härjämte borde undersökas, huruvida förekommande bidrag till andra rättssubjekt än landstingskommuner och landstingsfria städer kunde slopas och mot erforderlig kompensation inräknas i det generella driftbidraget till de kommunala huvudmännen. Slutligen borde till översynen höra att föreslå sådana bestämmelser om statligt inflytande över den statsunderstödda verksamheten som kunde anses behövliga även framledes.

Efter en översikt av statsbidragens bakgrund och ekonomiska betydelse för de olika huvudmännen ävensom en återblick på vissa tidigare utredningar och förslag rörande hälso- och sjukvårdens finansiering har statsbidragsutredningen till prövning upptagit frågan om vilka statsbidrag, som bör ingå i ett allmänt driftbidrag av den karaktär som direktiven åsyftar. Utredningen har därvid främst inriktat sig på att sammanföra bidrag till sådana verksamhetsgrenar, som kontinuerligt drives av eller berör samtliga kommunalhuvudmän. För att åstadkomma ett så rättvist utgångsläge som möjligt har det vidare tett sig naturligt att till en början avlösa bidrag på vårdområden, som i statsbidragshänseende nu nått eller under tiden fram till ikraftträdandet av det nya bidragssystemet kan förväntas ha nått en i stort sett likvärdig utbyggnad inom respektive sjukvårdsområden. Utredningen har bedömt, att sådana separata driftbidrag finnes till ett antal av *elva,* avseende

1. tuberkulossjukvårdsanstalterna
2. epidemivårdsanstalterna
3. sjukhemmen för långvarigt kroppssjuka
4. medicinska barnavdelningarna vid lasaretten
5. sjukhemmen för lättskötta psykiskt sjuka
6. psykiatriska lasarettsklinikerna
7. barnmorskeväsendet
8. distriktsvården
9. dispensärvården
10. den förebyggande mödra- och barnavården samt
11. folktandvården.

Därjämte har utredningen räknat med att driftbidragen till de enskilda anstalterna för långvarigt kroppssjuka och för sjuka barn skulle kunna ingå i det allmänna bidragsunderlaget mot det att vederbörande huvudman i förekommande fall lämnade anstaltsägaren kompensation för bortfallet av det nuvarande statliga bidraget. Den sammanlagda summan av de bidrag, som utredningen sålunda räknat med, uppgick enligt senaste tillgängliga officiella siffror (år 1962) till sammanlagt 48.6 miljoner kr. Av denna summa belöpte ca 43,8 milj. kr på landstingen och 4,8 milj. kr på städerna utanför landsting, motsvarande i genomsnitt 15 resp. 4 öre per skattekrona. Totalt uppgick statens driftbidrag till hälso- och sjukvården nämnda år till drygt 87 milj. kr, varav ca 74,5 milj. kr föll på landstingen och 12,5 milj. kr på storstäderna.

Med utgångspunkt från förstnämnda belopp har utredningen till åtlydnad av direktiven undersökt olika möjligheter att konstruera ett allmänt driftbidrag med anknytning till de skilda sjukvårdsområdenas invånarantal, främst i form av ett *enhetligt* resp. *differentierat bidrag per invånare*. Det förra alternativet skulle medföra avsevärda utdebiterings- och beloppsmässiga omkastningar för åtskilliga landsting. Det andra alternativet innebär självfallet mindre variationer i nämnda hänseenden. Det kan även utformas så, att skillnaderna i bidragstilldelningen helt elimineras i utgångsläget. För båda nu berörda huvudalternativ gäller emellertid, att förekommande ändringar av invånarantalet verkar i höjande respektive sänkande riktning. Särskilt för utflyttningslänens del skulle detta innebära betydande nackdelar, då utflyttningen icke medför minskning av sjukvårdskostnaderna i samma takt som bortfallet vid ett invånarbidrag slår igenom, beroende bl. a. på det relativt större behovet av sjukvård hos den kvarvarande äldre befolkningen. Av dessa skäl har utredningen icke ansett sig kunna acceptera något av ifrågavarande alternativ som ett lämpligt system vid en avlösning av nu utgående separata bidrag.

Utredningen har därför undersökt i vad mån nu angivna nackdelar kan reduceras genom att väga statsbidragen för *olika grupper av invånare* mot varandra. Utredningen har därvid prövat en utformning av bidraget *dels* såsom ett bidrag per barn upp till och med 16 års ålder, *dels* såsom ett bidrag per invånare kombinerat med bidrag per barn till och med 16 års ålder, *dels* såsom ett bidrag per åldring (67 år

och äldre), *dels* såsom ett kombinerat bidrag per åldring och barn, *dels ock* slutligen som ett kombinerat bidrag per åldring, barn och invånare i övriga åldrar.

De sålunda undersökta möjligheterna att åstadkomma ett förenklat bidragssystem, byggt på antalet invånare och/eller vissa grupper av invånare ger utdebiteringsmässiga spännvidder, som i några fall är icke oväsentligt större än enligt tidigare redovisade huvudalternativ. Samtidigt skulle de ekonomiskt mindre bärkraftiga landstingsområdena, som är att hänföra till s. k. utflyttningslän, även vid nu berörda alternativ drabbas av ett betydande inkomstbortfall. En lösning efter dessa riktlinjer bör därför icke heller godtagas.

Utredningen har vidare prövat två alternativ med den ena komponenten bestående av invånarantalet och den andra av en annan relevant faktor. I det ena alternativet har invånarantalet kombinerats med lönebidrag för distriktssköterskor och distriktstandläkare, alltså *ett kombinerat invånar- och lönebidrag.* I det andra alternativet har invånarantalet kombinerats med antalet platser inom vården av långvarigt kroppssjuka, således ett *kombinerat invånar- och platsbidrag.* Jämväl dessa alternativ skulle medföra sådana omkastningar i bidragstilldelningen mellan landstingen att de icke kan anses acceptabla, särskilt med tanke på utflyttningslänen.

Liknande resultat uppvisar även *andra alternativ,* som utredningen undersökt, såsom en anknytning av bidraget till enbart vårdplatserna för långvarigt kroppssjuka, till en kombination av dessa vårdplatser och lönerna för distriktstandläkare och distriktssköterskor samt till enbart lönerna för dessa befattningshavaregrupper. (Se sammanställningen sid. 76).

Samtliga nu berörda undersökningar har sålunda givit vid handen, att det icke synes möjligt att för *landstingens* del på ett acceptabelt sätt lösa bidragsfrågan med beaktande av kraven på såväl enkelhet som en i stort sett oförändrad kostnadsfördelning mellan staten och landstingen samt de senare sinsemellan. Särskilt ogynnsamt har läget tett sig för de s. k. utflyttningslänen.

För *storstädernas* del ställer sig saken annorlunda, i det att båda de förenämnda huvudalternativen med ett enhetligt resp. differentierat invånarbidrag visat sig innebära fullt godtagbara lösningar. Ur de synpunkter utredningen har att beakta torde det emellertid icke komma i fråga att tillämpa ett statsbidragssystem för storstäderna och ett annat för landstingen.

I och för sig skulle det givetvis vara möjligt att disponera statsbidragens sammanlagda belopp i skatteutjämnande syfte på motsvarande sätt som skett med vissa andra bidrag enligt beslut av 1965 års riksdag. Med hänsyn till de givna direktiven har dock utredningen icke ansett sig böra överväga en sådan lösning.

Statsbidragsutredningen har i detta läge stannat för att föreslå en provisorisk avlösning av ifrågavarande separata statsbidrag. Utredningen har därvid särskilt beaktat, att det totala bidragsbelopp, varom här är fråga, för landstingens del ter sig relativt ringa i förhållande till de sammanlagda bidragsbeloppen för mentalsjukvården och provinsialläkarväsendet, beträffande vilka vårdgrenar bidragsfrågan lösts på ett provisoriskt sätt. Då man enligt utredningens mening bör syfta till att om möjligt komma fram till enhetlig lösning av det statliga stödet till hela hälso- och

sjukvården, såvitt gäller landstingen och storstäderna, har det synts utredningen vara en fördel med en tillfällig lösning även för de delar av hälso- och sjukvården som utredningens uppdrag avser. Hela bidragsfrågan kan då omprövas i ett sammanhang, eventuellt i kombination med en skatteutjämning i större skala. Provisoriet, som avsetts träda i kraft den 1 januari 1967, bör med hänsyn till det anförda icke utsträckas längre än till utgången av år 1971, då nu gällande principöverenskommelse med landstingsförbundet angående finansieringen av den egentliga mentalsjukvården utlöper.

Under provisorietiden bör varje huvudman i princip få full täckning för vad han året före provisoriets ikraftträdande uppburit i separata bidrag för de vårdgrenar som skall inrymmas under det allmänna driftbidraget. Detta bidrag bör därför lämpligen få formen av ett totalbidrag för varje huvudman, beräknat på sätt nyss nämnts. Sker så, skulle detta bidrag för de olika huvudmännen, beräknat på grundval av statsbidragen för år 1962, uppgå till ett sammanlagt belopp av i runt tal 48,6 milj. kr *(alternativ 1)*.

Vid fastställandet av de provisoriska bidragen bör emellertid enligt utredningens uppfattning även beaktas den ökning av vårdbehovet för långvarigt kroppssjuka som ägt rum, sedan nu gällande platskvoter fastställts, och som lett till att det stora flertalet huvudmän sett sig nödsakade att ubygga eller fatta beslut om en utbyggnad av vården till i genomsnitt 2,5 platser per tusen invånare vid 1966 års utgång. Riksdagen har ock på förslag av Kungl. Maj:t (prop. 85/1964) — utan att framställa erinran mot det beräknade platsbehovet — beviljat medel för lån till ändamålet. Då starka skäl kan anföras för att hänsyn tages till denna utbyggnad i den mån den kommer till stånd, har statsbidragsutredningen ansett rimligt att vid beräknandet av vårdgrenens andel i det totala bidragsbelopp, som skall utbetalas till varje huvudman fr. o. m. den 1 januari 1967, i *alternativ 2* upptaga de belopp som i så fall bör utgå. Någon skillnad har därvid icke gjorts mellan landstingen och städerna utanför landsting. Statens merkostnad för kronikervården skulle vid ett godtagande av utredningens förslag i denna del för år 1967 bli högst ca 4.525.000 kr för landstingen och 1.650.000 kr för storstäderna.

Utredningen föreslår jämväl — under hänvisning bl. a. till vad som i sådant hänseende av statsmakterna godtagits rörande driftbidragen till provinsialläkarväsendet och den egentliga mentalsjukvården — att det allmänna driftbidraget i dess helhet göres värdebeständigt i så måtto, att det anpassas *dels* efter den procentuella förändringen av lönerna för samtliga statstjänstemän, *dels ock* till förekommande lönegradsuppflyttningars procentuella värde. Samtidigt föreslås, att nuvarande anläggnings- och utrustningsbidrag till de vårdgrenar, som bildar underlag för det allmänna driftbidraget, slopas.

Vidare föreslås, att huvudparten av de villkor och särföreskrifter, som nu gäller för driftbidragen till här berörda vårdgrenar, bortfaller. I fråga om sjukvården har dessa bestämmelser helt kunnat avvecklas, främst med hänsyn till den reglering av densamma som innehålles i den nya sjukvårdslagen och sjukvårdsstadgan. När det åter gäller den förebyggande vårdens olika grenar, vilka f. n. faller utanför denna

reglering, har utredningen funnit vissa särbestämmelser alltjämt erforderliga, närmast i syfte att möjliggöra en jämnare utbyggnad av vissa hithörande vårdgrenar genom central reglering av antalet nyinrättande tjänster och anvisningar rörande vårdgrenarnas bedrivande ur medicinskt-organisatoriska synpunkter. För att i möjligaste mån garantera en tillfredsställande standard inom den statsunderstödda hälsovården har också kravet på fullgod utbildning ansetts böra i princip upprätthållas. Slutligen har för statsbidragets utgående förutsatts, att gällande förmåner av kostnadsfri eller taxereglerad vård bibehålles, liksom också de förmåner i form av resebidrag, som enskild person åtnjuter inom vissa förebyggande vårdgrenar.

I samband med frågan om avlösning av gällande villkor för nämnda driftbidrag har utredningen till prövning upptagit vissa i direktiven särskilt omnämnda framställningar angående ändring av nu tillämpade regler för återbetalning av uppburna anläggningsbidrag i de fall, då en sjukvårdsanläggning nedlägges eller användes för annat ändamål. Utredningen har därvid kommit till den uppfattningen, att samtliga kommunala huvudmän bör befrias från återbetalningsskyldighet för uppburna anläggningsbidrag i de fall medicinalstyrelsen med hänsyn till utvecklingen på området finner anläggningen icke längre erforderlig eller lämplig för sitt ändamål. För enskilda anstalter bör återbetalningsskyldigheten bibehållas, varvid dock avskrivningstiden bör förkortas och normalt icke överstiga 30 år.

Enligt direktiven har utredningen jämväl behandlat frågan om storstädernas särställning i statsbidragshänseende. Denna består däri, att dessa städer *dels* är helt uteslutna från möjligheten att åtnjuta vissa bidrag *dels ock* i några fall erhåller bidrag enligt ogynnsammare grunder än landstingen. Det förra är fallet med bidragen till psykiatriska lasarettsavdelningar samt bidragen till distrikts-och dispensärvården. Det senare gäller vården av långvarigt kroppssjuka samt folktandvården, där bidragen till ifrågavarande städer begränsats till hälften av den platskvot respektive av det belopp per behandlat barn, som fastställts för landstingskommuner. Till vården av långvarigt kroppssjuka har utredningen tagit ställning i samband med avvägningen av det allmänna driftbidragets storlek, varvid utredningen icke funnit skäl föreligga att behandla storstäderna annorlunda än landstingen. Beträffande övriga här berörda vårdgrenar har utredningen — efter granskning av de förhållanden som legat bakom skillnaden i statsbidragshänseende mellan landstingen och städerna utanför landsting samt den utveckling som därefter ägt rum — kommit till det resultatet, att både principiella och sakliga skäl motivera, att full likställighet huvudmännen emellan bör genomföras i samband med den revidering av statsbidragssystemet, varom nu är fråga. Samtidigt föreslås, att statens driftbidrag till de av storstäderna drivna hemmen för psykopatiska och nervösa barn slopas. Merkostnaden för statsverket vid ett godtagande av utredningens förslag rörande storstäderna kan på grundval av 1962 års material beräknas till ca 4.450.000 kr, därvid hänsyn även tagits till det med alternativ 2 betecknade förslaget beträffande vården av långvarigt kroppssjuka.

Slutligen har utredningen prövat frågan om och i vad mån en förenkling kan ske beträffande statsbidragen till vårdgrenar, som tills vidare faller utanför ramen för det föreslagna allmänna driftbidraget. Det har därvid befunnits ändamålsenligt och

möjligt att — utan väsentlig rubbning av kostnadsfördelningen mellan staten och de kommunala huvudmännen och de senare sinsemellan — samordna och förenkla bidragen till de varandra närstående vårdgrenarna psykisk barna- och ungdomsvård, abortförebyggande åtgärder och familjerådgivning på så sätt, att samtliga bidrag koncentrerats till att avse avlöning åt läkare resp. kuratorer och assistenter. Bidragen har därigenom för de tre vårdgrenarna kunnat bestämmas till 8 000 kronor per läkare och 3 000 kronor per kurator eller assistent, allt för år. Därvid har utredningen förutsatt, att utgifterna för resor samt för särskilda hjälpåtgärder och graviditetsundersökningar åt abortsökande kvinnor övertages av vederbörande huvudman. Bidragen har vidare avsetts bli värdebeständiga i samma utsträckning som det allmänna driftbidraget samt bli tillämpliga på nytillkommande befattningshavare inom ovannämnda kategorier allteftersom vårdgrenarna utbygges.

De ändrade bidragsgrunderna förutsättes träda i kraft vid samma tidpunkt som det allmänna statsbidraget. Frågan om eventuell samordning av ifrågavarande bidrag, liksom övriga kvarstående separata bidrag, med det allmänna driftbidraget bör upptagas till omprövning i samband med de förhandlingar som förutsatts skola äga rum innan gällande mentalsjukvårdsavtal utlöper vid 1971 års utgång.

I enlighet med ovan angivna riktlinjer har inom utredningen upprättats *dels* förslag till kungörelse om allmänt driftbidrag till hälso- och sjukvården, *dels ock* förslag till kungörelse om statsbidrag till familjerådgivning m. m., vilka förslag fogats till detta betänkande som *textbilaga II och III*. Vid bifall till dessa förslag skulle åtta kungörelser om anläggningsbidrag och sexton kungörelser om driftbidrag kunna upphävas.

Reservation

av ledamoten Olerud

Enligt direktiven har utredningen även prövat frågan i vilken mån och på vad sätt det statliga stödet skall göras värdebeständigt. Utredningen har ansett att det föreslagna totalbidraget och det samordnade bidraget till psykisk barna- och ungdomsvård, verksamhet för stöd och rådgivning åt havande kvinnor i abortförebyggande syfte samt den försöksvis anordnade familjerådgivningen skall kombineras med en värdebeständighetsregel gällande bidragen i deras helhet. I dessa avseenden delar jag helt utredningens mening.

I fråga om värdebeständighetsregelns närmare utformning har jag däremot icke kunnat ansluta mig till den ståndpunkt, som intagits av utredningen, vilken funnit det naturligt att anknyta till den värdebeständighetsklausul som intagits i den mellan staten och landstingsförbundet och sedermera av riksdagen godkända överenskommelsen om landstingens övertagande av den statliga mentalsjukvården. I enlighet därmed föreslås att de nya bidragen anpassas dels efter den procentuella förändringen av lönerna för samtliga statstjänstemän dels ock till förekommande statliga lönegradsuppflyttningars procentuella värde.

Enligt min mening tillgodoser denna regel icke sjukvårdshuvudmännens berättigade krav på en fullgod värdebeständighet bl. a. av det skälet att regeln, som utredningen själv konstaterar, icke lämnar kompensation för standardhöjande insatser i form av förändringar i personalens antal och sammansättning. En annan brist är att den endast beaktar löneutvecklingen inom den statliga sektorn. Sistnämnda förhållande ter sig särskilt allvarligt ur den synpunkten att praktiskt taget hela sjukvårdsområdet kan väntas övergå till den kommunala sjukvårdssektorn och att sålunda den löneutveckling som kan förväntas inom vårdområdet endast i begränsad omfattning kommer att göra sig märkbar för statens del.

Med hänsyn härtill bör en värdebeständighetsregel, som bygger på principen att väntade kostnadsökningar väsentligen betingas av ökade personalkostnader, så nära som möjligt ansluta sig till löneutvecklingen just på det område vars kostnadsförändringar den skall kompensera, dvs. i det här fallet den kommunala sjukvårdssektorn. Det kan icke möta några tekniska svårigheter att låta löneutvecklingen inom denna i stället för löneutvecklingen på det statliga området bli utslagsgivande för justeringen av det nu aktuella totalbidraget jämte det särskilda för vissa verksamhetsgrenar samordnade bidraget. Hänsyn bör därvid givetvis också tagas till förändringar i personalens antal och sammansättning.

Framhållas bör att storstäderna icke deltagit i de förhandlingar som lett fram till den förutnämnda överenskommelsen mellan staten och landstingsförbundet angående landstingens övertagande av mentalsjukvården. Denna överenskommelse kan därför icke betraktas som prejudicerande för storstäderna.

TEXTBILAGOR

Sammanställning av gällande statsbidragsgrunder för

Vårdgren	Kungörelse	Bidrag till anläggning				Anmärkningar
		Bidragsberättigad huvudman	Maximalt bidrag	Max. pat. avgift	Kvotregel Plats per inv.	
1	2	3	4	5	6	7
1. Tuberkulosvård (medicinsk)	27/6—14 (SFS 292)	landsting, kommun, förening, enskild.	2.000 kr/ plats	—	stad utanför landsting: 1 plats per 1.000 invånare	Bidrag beviljas av Kungl. Maj:t.
2. Epidemivård	7/9—20 (SFS 667)	landsting; stad utanför landsting	nybyggnad: 2.500 kr/ plats; inlösen av befintlig byggnad: 1.000 kr/ plats.	—	—	
3. Vård av långvarigt kroppssjuka	21/12—51 (SFS 820)	landsting; stad utanför landsting; ev. kommun, ev. kommunalförbund.	nybyggnad: 2.000 kr/ plats; nyinköpt byggnad: 1.500 kr/ plats; ombyggnad av i vdb:s ägo befintlig byggnad: 1.000 kr/ plats.	—	landsting 1 ½ plats per 1000 invånare; stad utanför landsting 1 ½ plats per 2000 invånare	Bidrag beviljas av Kungl. Maj:t.
4. Medicinsk barnsjukvård	20/7—39 (SFS 537)	landsting; stad utanför landsting	nybyggnad: 2.500 kr/ plats; ombyggnad av i vdb:s ägo befintlig byggnad: 1.250 kr/ plats.	5 kr/ dag	1 per 2.500 invånare med möjlighet för Kungl. Maj:t att i visst fall medgiva bidrag till ytterligare platser	Förhöjt bidrag må utgå till områden med relativt stort barnantal. Anläggningsbidrag utgår endast till avdelningar vid eller i anslutning till lasarett. Bidrag beviljas av Kungl. Maj:t.
5. Förlossningsvård a) barnbördshus	21/7—37 (SFS 742)	landsting; stad utanför landsting	nybyggnad: 2.500 kr/ plats; nyinköpt byggnad: 1.750 kr/	5 kr/ dag	—	Statsbidrag beviljas av Kungl. Maj:t.

Kungörelse	Bidrag till drift				Anmärkningar
	Bidragsberättigad huvudman	Bidrag	Max.pat. avgift	Kvotregel Plats per inv.	
8	9	10	11	12	13
22/6—39 (SFS 480)	landsting; stad utanför landsting; bolag; förening; stiftelse	1 kr 75 öre/dag och patient	5 kr/dag	—	I områden med hög tuberkulossjuklighet utgår ett förhöjt driftbidrag. Bidrag beviljas av medicinalstyrelsen, som fastställer högsta statsbidragsberättigade platsantal.
5/5—39 (SFS 261)	epidemidistrikt	2 kr/dag och patient	Avgiftsfri	—	Statsbidrag utgår som regel endast för det antal platser, som vederbörligen fastställts såsom normalbeläggning för sjukhus eller tillfällig lokal. Bidrag utgår under vissa förutsättningar även för överbeläggning.
21/2—51 (SFS 821)	landsting; stad utanför landsting; ev. annan	1 kr 50 öre/dag och patient	—	landsting 1 ½ plats per 1000 invånare; stad utanför landsting 1 ½ plats per 2000 invånare	Bidrag beviljas av medicinalstyrelsen, som fastställer högsta statsbidragsberättigade platsantal. Förutsättning för erhållande av bidrag: av medicinalstyrelsen godkänd plan för den kroniska sjukvårdens tillgodoseende inom sjukvårdsområdet.
20/7—39 (SFS 538)	landsting; stad utanför landsting; kommun; kommunalförbund; förening; stiftelse.	2 kr för dag och barn	5 kr/dag	1 per 2.500 invånare med möjlighet för Kungl. Maj:t att i visst fall medgiva bidrag till ytterligare platser	Barn = person som ej uppnått 15 års ålder. Förhöjt bidrag må utgå till områden med relativt stort barnantal. Bidrag beviljas av medicinalstyrelsen, som fastställer högsta bidragsberättigade platsantal. Förhöjt bidrag beviljas av Kungl. Maj:t.
					Statsbidrag till driften av förlossningsanstalter utgår icke efter den 1 januari 1955.

1	2	3	4	5	6	7
eller barnbördsavdelning			plats; ombyggnad av i vdb:s ägo befintlig byggnad: 1.250 kr/plats.			
b. förlossningshem			nybyggnad: 1.000 kr/plats.	5 kr/dag	—	
6. Sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka	4/6—37 (SFS 296)	landsting; stad utanför landsting	nybyggnad: 1.500 kr/plats; nyinköpt byggnad: 1.000 kr/plats; ombyggnad av i vdb:s ägo befintlig byggnad: 750 kr/plats.	—	—	Statsbidrag utgår endast för vårdhem, ingående som led i en av medicinalstyrelsen godkänd plan. Statsbidrag beviljas av Kungl. Maj:t.
7. Psykiatriska kliniker vid eller i anslutning till lasarett	21/6—46 (SFS 421)	landsting; stad utanför landsting	nybyggnad: 6.000 kr/plats; ombyggnad av för annat ändamål uppförd byggnad: 3.000 kr/plats.	5 kr/dag	—	Vid ombyggnad kan bidraget per plats bestämmas till högst hälften av ursprungliga byggnadskostnaderna, dock högst 6.000 kr. Bidrag beviljas av Kungl. Maj:t.
8. Hem för psykopatiska och nervösa barn	—	—	—	—	—	Statliga lån kan utgå.
9. Särskolor och vårdanstalter för psykiskt efterblivna	10/12—54 (SFS 738)	landsting; stad utanför landsting, enskild, förening el. stiftelse	*nybyggnad:* särskola: 12.000 kr/internatplats; 9.000 kr/externatplats; vårdanstalt samt extern vård-, arbets- eller sysselsättningsavdel-	—	—	Bidrag beviljas av Kungl. Maj:t.

8	9	10	11	12	13
4/6—37 (SFS 297)	landsting; stad utanför landsting	1 kr 25 öre per dag och patient	—	—	Statsbidrag utgår endast för det antal platser, medicinalstyrelsen fastställt som motsvarande normal beläggning, och må i regel ej understiga 30 vårdplatser.
21/6—46 (SFS 422)	landsting; stad utanför landsting	3 kr per dag och patient	5 kr/dag	—	Statsbidrag utgår endast för avdelning, som förestås av läkare med av medicinalstyrelsen godkänd psykiatrisk och neurologisk utbildning. Bidrag utgår för det antal platser medicinalstyrelsen fastställt som motsvarande normal beläggning.
4/6—37 (SFS 303)	landsting, stad utanför landsting, barnavårdsförbund, förening el. stiftelse.	2 kr per dag och patient	—	—	Medicinalstyrelsen har att godkänna anstalt. Godkännande lämnas endast om behov av anstalten prövats föreligga. Särskilt avtal föreligger beträffande den enda enskilda anstalten (Mellansjö skolhem)
10/12—54 (SFS 739)	landsting; stad utanför landsting, enskild, förening el. stiftelse.	*lönebidrag:* 95 % av kontanta löneförmånerna till rektorer (föreståndare) och lärare vid särskolor; *bidrag till övriga driftkostnader;* 1.200 kr per	avgiftsfritt för pat. under 21 år. För annan pat. gäller en fastställd avgift, motsvarande allmän folkpension efter avdrag av 75 kr/mån	—	Bidrag per plats utgår för varje den 1 oktober under bidragsåret befintlig av huvudtillsynsmyndighet godkänd plats. Bidraget kan vid väsentlig underbeläggning minskas. Bidrag utbetalas av skolöverstyrelsen resp medicinalstyrelsen.

1	2	3	4	5	6	7
			ning 9.000 kr/plats; *omändring av befintlig byggnad»* 30 % av byggnadskostnaden dock högst 12.000 kr/ internatplats vid särskola 9.000 kr/ och externatplats eller internatplats vid vårdanstalt.			
10. Epilepsivården	—	—	—	—	—	Statliga lån beviljas i regel för uppförande eller inrättande av enskilda anstalter.

8	9	10	11	12	13
		godkänd internatplats vid särskola el. vårdanstalt; 200 kr per externatplats samt 200 kr per patient utackorderad i familjevård.			
6/6—57 (SFS 469)	landsting, stad utanför landsting, förening el. stiftelse av enskild person	*lönebidrag:* i likhet med vad gäller särskolor *bidrag till övriga driftkostnader:* 2.000 kr/ godkänd internatplats; 300 kr. för varje i kontrollerad familjevård utackorderad epileptiker.	avgiftsfritt för pat. under 21 år. För annan pat. högsta avgift = allmän folkpension efter avdrag 75 kr/mån	—	Bidraget till driften grundas på förhållandena den 1 oktober bidragsåret. Bidraget utbetalas av medicinalstyrelsen.

Sammanställning av gällande statsbidragsgrunder

Vårdgren	Kungörelse	Bidragsberättigad huvudman m.m.	Bidrag	Anmärkningar
1	2	3	4	5
1. Provinsialläkarväsendet	10/5 1963 (SFS 159)	landsting	Årslönen i A 21:23 ökad med 20 % jämte lönetillägg i lönegrupperna II—V å löneplan C i statens löneförordning.	Bidraget, som utbetalas av medicinalstyrelsen, utgår t.v. för 760 tjänster. Tjänst skall ha uppehållits under 6 månader.
2. Barnmorskeväsen	30/6 1947 (SFS 429)	landsting; stad utanför landsting.	*Till distriktsbarnmorskas avlöning.* För varje befattning, uppehållen under minst 3/4 av samma år med legitimerad barnmorska: ½ årslönen enligt högst A 13:15 i statens löneförordning, inberäknat kompensation för förhöjd folkpensionsavgift. Ev. kallortstillägg helt av statsmedel. *Till distriktsbarnmorskas resekostnader för biträde vid förlossning eller för eftervård:* Enahanda grunder som gäller inom den förebyggande mödra- och barnavården.	Barnmorskebefattning skall vara upptagen i en av medicinalstyrelsen godkänd plan för förlossningsvårdens tillgodoseende inom barnmorskedistriktet, (=landstingskommunen eller stad, som ej tillhör dylik kommun). Statsbidrag utbetalas av länsstyrelsen.
3. Distriktsvård	28/6 1935 (SFS 428); omtryck (SFS 344/ 1963)	landsting	½ årslönen i högst A 15:17, inberäknat kompensation för förhöjd folkpensionsavgift. Ev. kallortstillägg helt av statsmedel.	Distriktsvården skall vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan för verksamheten och instruktion för distriktssköterskor. Distriktssköterskebefattning skall under minst 3/4 av året ha uppehållits av person med föreskriven kompetens. Bidrag utbetalas av länsstyrelsen.
4. Dispensärvård a) Fristående centraldispensär	18/6 1937 (SFS 400); omtryck SFS 593/ 1951)	landsting	*Läkare:* högst ½ årslönen i A 25:27; *sjuksköterska:* ½ årslönen i A 13:15; i båda fallen inberäknat kompensation för förhöjd folkpensionsavgift. *Övriga kostnader:* Kr 2:50 för röntgenun-	Verksamheten skall vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan för verksamheten och instruktion för befattningshavarna. Särskilda kompetens — och lönevillkor gälla. Bidraget utbetalas av medicinalstyrelsen.

1	2	3	4	5
			dersökning och 50 öre för skärmbildsundersökning. *Patienters resor:* För medellösa och mindre bemedlade personers resor till och från undersökning: i Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län med 70 %, i Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län med 60 % samt i riket i övrigt med 50 % av resekostnaderna, överstigande 3 kr.	
b. Ansluten centraldispensär, undersökningsstation och ev. filialmottagning			*Läkare:* ½ årliga arvodet, dock högst med kr. 3.675:—.	
c) Distriktsdispensär			*Läkare:* ½ av ett årligt arvodesbelopp, beräknat efter antal mottagningar per år och ett arvode per mottagning av kr 15 — 25:—. *Övriga kostnader:* =fristående dispensär, dock högst 2 kr per röntgenundersökning	
5. Förebyggande mödra- och barnavård, innefattande jämväl behandling av havandeskaps- och förlossningssjukdomar m.m.	15/6 1944 (SFS 396); omtryck (SFS 482/1955)	landsting; stad utanför landsting.	*Till läkares avlöning:* Vid särskild mottagning för rådgivning beträffande barn med uppfostringssvårigheter: kr 35:— per mottagning.	Verksamheten skall vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan och normalinstruktion. Vården skall vara avgiftsfri. Särskilda kompetensvillkor för befattningshavare vid central fastställes av medicinalstyrelsen.
			Vid annan mottagning kr 10:— per mottagning samt 3:50 för varje undersökt kvinna och 2:50 för varje undersökt barn.	Hålles mottagningar av annan läkare än föreståndaren, utgår under vissa förutsättningar bidrag till föreståndarens arvode med kr. 500:— till 1.500:—

1	2	3	4	5
			Till barnmorskas eller sjuksköterskas avlöning. Vid mödravårdscentral, där staten icke bidrager i annan ordning: 500:— per befattning. Vid mödravårdscentral typ I samt vid barnavårdscentral typ I och II, där befattning under minst 3/4 av samma år på heltid uppehållits av behörig person: ½ årslönen i A 13:15, inberäknat kompensation för förhöjd folkpensionsavgift. Vid mödra- och barnavårdscentral, typ II med skilda mottagningar för kvinnor och barn; för barnmorska eller sjuksköterska för mödravården: 500:— samt för heltidsanställd sköterska i barnavård enligt enahanda bidragsregler som vid barnavårdscentral, typ I och II. Ev. kallortstillägg helt av statsmedel. *Till läkares, barnmorskas eller sjuksköterskas resor:* i Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län med 70 %, i Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län med 60 % samt i riket i övrigt med 50 % av resekostnaderna. *Till patienters resor till mottagningar:* Enahanda grunder som nyss nämnts för kostnader överstigande 3 kr för dit- och återresa. Till *inredning och utrustning* av mödravårdscentral, typ I och II, samt barnavårdscentral, typ I och II; 1.000 kr och av mödra- och barnavårdscentral typ II, med 1.500 kr.	Bidragen utbetalas av medicinalstyrelsen.

1	2	3	4	5
6. Folktandvård	26/5 1961 (SFS 278)	landsting; stad utanför landsting (efter Kungl. Maj:ts medgivande)	*Landsting:* För varje barn som erhåller systematisk (årlig) behandling, med 16 kr per år t.o.m. det kalenderår, under vilket barnet fyller 16 år. Till utrustning av distriktstandpoliklinik 3.000 kr och, om mer än en tandläkare skall vara där anställd, 1.300 kr för varje ytterligare tandläkare, samt 1.000 kr för annextandpoliklinik och ambulatorisk tandpoliklinik. *Stad utanför landsting:* För varje barn, som erhåller systematisk (årlig) behandling, med 8 kr per år t.o.m. det kalenderår, barnet fyller 16 år.	Medicinalstyrelsen fastställer plan för folktandvården inom respektive landstingsområde (folktandvårdsplan). Kungl. Maj:t fastställer instruktion för tandläkarna och taxa för vården. Särskilda behörighetsvillkor gäller vissa befattningshavare. Utrustningsbidraget utbetalas av medicinalstyrelsen, medan driftbidragets utbetalande åvilar länsstyrelsen.
7. Psykisk barna- och ungdomsvård.	4/11 1960 (SFS 619)	landsting; stad utanför landsting	*Till avlöning åt läkare* högst 6.000 kr per år och *åt annan* befattningshavare (psykolog, kurator m.fl.) högst 3.000 kr per år. *Till befattningshavares resor:* Enahanda grunder som i den förebyggande mödra- och barnavården.	Plan för verksamheten godkännes av medicinalstyrelsen. Undersökning, rådgivning och behandling skall lämnas avgiftsfritt. Bidrag utbetalas av medicinalstyrelsen.
8. Abortförebyggande åtgärder.	21/12 1945 (SFS 863)	landsting; stad utanför landsting	*Till läkares avlöning:* 15 kr för varje mottagning under dennes ledning; *Till kurators avlöning:* 25 kr för varje mottagning. För tillgodoseende av *överhängande hjälpbehov* hos kvinnor, vissa *laboratorieundersökningar* samt *kurators resor* för hembesök utgår även bidrag, liksom för vissa resor av havande kvinnor.	Verksamheten skall vara ordnad enligt en av medicinalstyrelsen godkänd plan Rådgivning samt utfärdande av intyg i anslutning härtill skall vara avgiftsfri. Särskilda behörighetsvillkor för kurator.

1	2	3	4	5
9. Familjerådgivning	2/12 1960 (SFS 710)	landsting; stad utanför landsting; event. annan kommun eller enskild	*Till läkares och kurators avlöning* samt *resor*: Enligt enahanda grunder som gäller den psykiska barna- och ungdomsvården.	Verksamheten, f.n. försöksvis anordnad, skall bedrivas enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan vid öppen mottagning och vara avgiftsfri.
10. Allmän skärmbildsundersökning	K.br. 15 maj 1959	landsting; stad utanför landsting	Hälften av kostnaderna för undersökningens bedrivande.	Medicinalstyrelsen meddelar närmare föreskrifter angående kostnadernas bestridande.
11. Ortopediska hjälpmedel m.m.	22/10 1965 (SFS 544)	landsting: stad utanför landsting; vanföreanstalterna, kustsanatorierna, Eugeniahemmet, vissa reumatiska sjukhus	Hela kostnaden för stödjebandage, proteser, rullstolar, invalidvagnar (även motordrivna), sparkcyklar och liknande transportmedel för personer med gångsvårigheter; vidare för pacemakers (elektriska hjärtstimulatorer) samt talapparater av visst slag ävensom för sådana för handikappade särskilt avsedda hjälpmedel, som är ägnade att påtagligt underlätta den dagliga livsföringen.	Behovet av respektive hjälpmedel skall styrkas med läkarintyg. Medicinalstyrelsen utbetalar bidraget efter rekvisition.
12. Hörapparater	21/10 1955 (SFS 577)	Person, som av specialist förklarats lida av så allvarlig hörselskada att behov av hörapparat föreligger.	Till barn under 16 år hela inköpskostnaden; till person som fyllt 16 år inköpskostnaden, dock högst 400 kr, såvitt ej behov av specialapparat föreligger. Bidrag utgå även för utbyte av apparat.	Kostnad för inköp förskotteras av vederbörande lasarett. Bidraget utbetalas till lasarettet av medicinalstyrelsen under förutsättning att styrelsen godkänt apparattypen.

Förslag
till
Kungörelse angående allmänt driftbidrag av statsmedel till hälso- och sjukvården

Kungl. Maj:t har, i överensstämmelse med riksdagens beslut, funnit gott förordna som följer.

1 §

Landstingskommun och stad, som ej tillhör landstingskommun, äger i enlighet med bestämmelserna i denna kungörelse erhålla allmänt bidrag till täckande av sina driftkostnader för hälso- och sjukvården i den omfattning som nedan sägs.

2 §

Bidraget utgår med ett årligt totalbelopp, som enligt av riksdagen godkända grunder för varje huvudman första året fastställes av Kungl. Maj:t på förslag av medicinalstyrelsen.

Driftbidraget skall av medicinalstyrelsen, efter samråd med statens avtalsverk, för varje kalenderår anpassas till *dels* den generella förändring av lönerna för statens tjänstemän *dels ock* den genomsnittliga förhöjning av lönerna för dessa tjänster genom lönegradsuppflyttningar, varom överenskommelse träffats i vederbörlig ordning.

3 §

Som villkor för driftbidragets åtnjutande skall gälla *dels* att den förebyggande vården skall vara avgiftsfri i den mån Kungl. Maj:t ej annorlunda medgivit, *dels ock* att kostnaderna för havande kvinnors, mödrars och barns resor till och från fastställda mottagningar inom förebyggande mödra- och barnavård ävensom för havande kvinnors samt medellösa och mindre bemedlades resor till och från centraldispensär, undersökningsstation eller filialmottagning för undersökning om misstänkt tuberkulos bestridas av vederbörande huvudman, om resan företagits med omnibus, tåg eller båt och i den mån kostnaden därför överstiger 3 kronor per gång.

4 §

Det ankommer på medicinalstyrelsen att utfärda de närmare anvisningar rörande den förebyggande vårdens bedrivande, som kunna befinnas påkallade utöver av Kungl. Maj:t meddelade föreskrifter.

5 §

Bidraget utbetalas av medicinalstyrelsen utan särskild rekvisition halvårsvis i efterskott. Slutlig reglering av bidraget för varje år sker kalenderårsvis i efterskott.

6 §

Det åligger varje huvudman att årligen före 1 april till medicinalstyrelsen avgiva berättelse över verksamheten inom den förebyggande vårdens olika grenar under föregående kalenderår. Formulär till årsberättelse fastställes av medicinalstyrelsen.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 1967.

I samband härmed upphäves

dels följande kungörelser avseende anordnande av sjukvårdsanstalter, nämligen

kungörelsen den 27 juni 1914 (nr 292) angående statsbidrag för uppförande eller inrättande av tuberkulossjukvårdsanstalter m. m.;

kungörelsen angående statsbidrag till uppförande, inrättande och inlösen av epidemisjukhus den 7 september 1920 (nr 667);

kungörelsen angående statsbidrag för uppförande av epidemisjukstugor m. m. den 31 oktober 1947 (nr 800);

kungörelsen angående statsbidrag till uppförande m. m. av hem för kroniskt sjuka den 21 december 1951 (nr 820);

kungörelsen angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av förlossningsanstalter den 21 juli 1937 (nr 742);

kungörelsen angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av barnavdelningar vid lasarett m. m. den 20 juli 1939 (nr 537);

kungörelsen angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av psykiatriska avdelningar vid eller i anslutning till lasarett den 21 juni 1946 (nr 421);

kungörelsen den 4 juni 1937 (nr 296) angående statsbidrag till uppförande, inrättande eller inlösen av vårdhem för lättskötta sinnessjuka

dels följande kungörelser avseende driften av sjukvårdsanstalter, nämligen

kungörelsen angående statsbidrag till driften av anstalter för lungtuberkulos den 22 juni 1939 (nr 480);

kungörelsen angående statsbidrag till driftkostnaderna m. m. vid anstalter för kirurgisk tuberkulos den 23 april 1937 (nr 209);

kungörelsen angående statsbidrag till driften av epidemisjukhus den 5 maj 1939 (nr 261);

kungörelsen angående statsbidrag till driften av hem för kroniskt sjuka den 21 december 1951 (nr 821);

kungörelsen angående statsbidrag till driften av barnavdelningar vid lasarett m. m. den 20 juli 1939 (nr 538);

kungörelsen angående statsbidrag till driften av psykiatriska avdelningar vid eller i anslutning till lasarett den 21 juni 1946 (nr 422);

kungörelsen den 4 juni 1937 (nr 297) angående statsbidrag till driften av vårdhem för lättskötta sinnessjuka;

kungörelsen den 4 juni 1937 (nr 303) angående statsbidrag till driften av anstalter för psykopatiska och nervösa barn;

dels ock följande kungörelser avseende den öppna vården, nämligen

kungörelsen den 30 juni 1947 (nr 249) om statsbidrag till avlöning åt distriktsbarnmorskor m. m.;

kungörelsen den 28 juni 1935 (nr 428) angående statsbidrag till distriktsvård (omtryckt nr 344/63);

kungörelsen den 18 juni 1937 (nr 400) angående statsbidrag till dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande (omtryckt nr 593/51);

kungörelsen den 15 juni 1944 (nr 396) angående statsbidrag till förebyggande mödra- och barnavård (omtryckt nr 482/1953) samt

kungörelsen den 26 maj 1961 (nr 278) angående statsbidrag till folktandvården.

Anm. Detta kungörelseförslag utgår från att separata bidrag inom ifrågavarande vårdområden icke skall behöva utanordnas till primärkommunala eller enskilda anstalter efter kungörelsens ikraftträdande. Skulle i undantagsfall behov av bidrag enligt de gamla kungörelserna alltjämt kvarstå, torde detta lämpligen böra regleras genom särskilda beslut av Kungl. Maj:t.

Förslag
till
Kungörelse angående statsbidrag till familjerådgivning m. m.

Kungl. Maj:t har, med stöd av riksdagens beslut, funnit gott förordna som följer.

1 §

Till landstingskommun eller stad, som ej tillhör landstingskommun, må inom ramen för anvisade medel utgå statsbidrag till verksamhet, som avser

a) rådgivning och behandling i samband med konfliktsituationer i äktenskap och familj jämte upplysningsverksamhet om samlevnadsproblem,

b) rådgivning och stöd åt havande kvinnor i abortförebyggande syfte, samt

c) undersökning och behandling av psykiska rubbningar hos barn och ungdom jämte rådgivnings- och upplysningsverksamhet i uppfostrings- och skolfrågor i syfte att förebygga sådana rubbningar.

När särskilda skäl därtill äro, må statsbidrag utgå jämväl till kommun, tillhörande landstingskommun, eller enskild, som försöksvis bedriver under a) avsedd verksamhet.

2 §

Verksamhet som avses i 1 § skall utövas vid öppen mottagning enligt en av medicinalstyrelsen godkänd plan, upprättad i huvudsaklig överensstämmelse med av riksdagen godkända riktlinjer.

3 §

Ledningen av verksamheten skall handhavas av vederbörande sjukvårdsstyrelse eller annat organ, som huvudmannen bestämmer.

4 §

Instruktion för verksamheten fastställes av huvudmannen. Till grund härför skall ligga en av medicinalstyrelsen utfärdad normalinstruktion.

5 §

Till verksamheten skall vara knutna en eller flera läkare samt en eller flera kuratorer, psykologer, biträdande psykologer eller pedagogassistenter med för ändamålet lämpad utbildning.

6 §

Till kostnaderna för de i 5 § avsedda befattningshavare, vilka upptagits i den av medicinalstyrelsen godkända planen, utgår statsbidrag med ett årligt belopp av 8 000 kronor för varje läkare och 3 000 kronor för varje annan befattningshavare, dock att bidraget icke må överstiga hälften av de verkliga kostnaderna för året.

Bidraget skall av medicinalstyrelsen, efter samråd med statens avtalsverk, för varje år anpassas till såväl den generella förändring av lönerna för statens tjänstemän som den genomsnittliga förhöjning av lönerna för dessa tjänster genom lönegradsuppflyttningar, varom överenskommelse träffats i vederbörlig ordning.

7 §

Som villkor för driftbidragets åtnjutande skall gälla

dels att sådan undersökning, rådgivning och behandling, som ingår i verksamheten, skall vara avgiftsfri,

dels och att huvudmannen bestrider kostnaderna för tillgodoseende av överhängande hjälpbehov hos abortsökande kvinnor, för utförande av graviditetsreaktioner å laboratorier, vilka för ändamålet godkänts av medicinalstyrelsen, samt för resa med omnibus, tåg eller båt, vilken havande kvinna efter skriftlig hänvisning av läkare företager till mottagning för rådgivning i abortförebyggande syfte, i den mån resekostnaden för dit- och återresa överstiger 3 kronor.

8 §

Ansökan om statsbidrag skall ingivas till medicinalstyrelsen och vara åtföljd av i vederbörlig ordning upprättad plan för verksamhetens anordnande.

Över ansökningen skall yttrande inhämtas från vederbörande länsläkare eller förste stadsläkare.

Statsbidrag beviljas av medicinalstyrelsen, dock att om ansökningen gäller verksamhet, som avses i 1 § a), medicinalstyrelsen har att med eget yttrande överlämna densamma till Kungl. Maj:t för avgörande.

Frågan om ändring av plan skall underställas medicinalstyrelsens prövning.

9 §

Statsbidrag utbetalas kalenderårsvis i efterskott. Rekvisition å dylikt bidrag för visst år skall i enlighet med formulär, som fastställes av medicinalstyrelsen, senast den 15 mars påföljande år ingivas till medicinalstyrelsen. Vid rekvisition skall fogas berättelse angående verksamheten för det år, rekvisitionen avser. Formulär till årsberättelse fastställes av medicinalstyrelsen.

Har rekvisition ingivits till medicinalstyrelsen senare än i första stycket sägs, må medicinalstyrelsen när skäl därtill äro medgiva, att rekvisition ändock upptages till granskning. Finner medicinalstyrelsen så ej böra ske, skall frågan underställas Kungl. Maj:t.

Efter granskning av årsberättelse och rekvisition har medicinalstyrelsen att till vederbörande utanordna godkänt belopp.

10 §

Verksamhet enligt denna kungörelse skall stå under tillsyn av medicinalstyrelsen.

Lokalt skall tillsynen utövas av vederbörande länsläkare och med denne likställd förste stadsläkare, i den mån ej medicinalstyrelsen på förslag av huvudmannen eller eljest annorlunda förordnar.

11 §

De närmare föreskrifter, som erfordras för tillämpning av denna kungörelse, meddelas av medicinalstyrelsen, där ej för särskilt fall Kungl. Maj:ts medverkan erfordras.

12 §

Vid godkännande av plan för verksamhet enligt denna kungörelse samt fastställande av formulär till årsberättelse för sådan verksamhet skall medicinalstyrelsen samråda med socialstyrelsen och i förekommande fall skolöverstyrelsen. Sådant samråd skall jämväl äga rum vid utfärdande av föreskrifter rörande tillämpning av kungörelsen. Även i övrigt bör medicinalstyrelsen, då förhållandena så påkalla, vid utövandet av tillsyn över verksamheten samråda med därav berörda myndigheter.

Länsläkare och förste stadsläkare skall vid utövandet av sin tillsyn i erforderlig omfattning samråda med socialvårdskonsulenten eller barnavårdskonsulenten vid länsstyrelsen samt länsskolinspektören.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 1967.

I samband härmed upphäves

dels kungörelsen den 21 december 1945 (nr 863) angående statsbidrag till viss verksamhet för stöd och rådgivning åt havande kvinnor i abortförebyggande syfte,

dels kungörelsen den 4 november 1960 (nr 619) om statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård,

dels ock kungörelsen den 2 december 1960 (nr 710) om statsbidrag till försöksvis anordnad familjerådgivning.

Förekommer i lag eller författning hänvisning till stadgande, som ersatts genom bestämmelse i denna kungörelse, skall den bestämmelsen i stället gälla.

TABELLBILAGOR

Sammanställning utvisande anläggningsbidragens ekonomiska be-

Landsting resp stad utanför landsting	Statsbidrag till						
	epidemivårdanstalter		sjukhem för långvarigt kroppssjuka		förlossningsanstalter		med. barn-
	belopp	motsvarar per skattekrona år 1962	belopp	motsvarar per skattekrona år 1962	belopp	motsvarar per skattekrona år 1962	belopp
1	2	3	4	5	6	7	8
B	330.000	0.01	24.000	0.00,1			40.000
C			170.000	0.02	12.500	0.00,1	
D			300.000	0.03			
E			56.957	0.00,5	2.500	0.00,02	
F							
G			104.000	0.02	92.500	0.01	
Hn					60.000	0.02	60.000
Hs			100.000	0.02			135.000
I							
K			152.000	0.03			
L			216.000	0.02			
M							
N					20.000	0.00,3	122.500
O	125.000	0.01	100.000	0.01			
P			214.000	0.01			
R			136.000	0.01			
S			100.000	0.01			
T							167.500
U			189.000	0.02	40.000	0.00,3	
W	227.500	0.02	118.000	0.01	21.250	0.00,2	
X			74.000	0.01	92.500	0.01	117.500
Y			196.000	0.01,4			
Z							66.170
AC							
BD	60.000	0.00,4	274.000	0.02	10.000	0.00,1	31.500
Stockholms stad	90.000	0.00,1	520.000	0.01			310.000

Anm. 1. För tbc-anstalter har intet anläggningsbelopp utbetalats under denna period.
Anm. 2. Till Göteborg och Malmö har icke utgått några anläggningsbidrag under denna period.

tydelse för sjukvårdshuvudmännen för femårsperioden 1958-1962

uppförande etc av								
avdelningar	sjukhem för lätt-skötta psykiskt sjuka		psykiatriska lasarettskliniker		vårdhem m.m. för psykiskt efterblivna		Summa	
motsvarar per skattekrona år 1962	belopp	motsvarar per skattekrona år 1962	belopp	motsvarar per skattekrona år 1962	belopp	motsvarar per skattekrona år 1962	belopp	Landsting resp. stad utanför landsting
9	10	11	12	13	14	15	16	17
0.00,1			648.000	0.02			1.042.000	B
	102.000	0.01					284.500	C
			420.000	0.04			720.000	D
	68.000	0.01					127.457	E
			420.000	0.03			420.000	F
					275.000	0.04	471.500	G
0.02							120.000	Hn
0.02			204.000	0.04			439.000	Hs
							—	I
					369.000	0.06	521.000	K
	112.500	0.01	414.000	0.04	1.384.775	0.13	2.014.775	L
							112.500	M
0.02							142.500	N
					864.000	0.09	1.089.000	O
	135.000	0.01	180.000	0.02	216.000	0.01	745.000	P
							136.000	R
	228.000	0.02			564.388	0.04	892.388	S
0.01							167.500	T
	156.000	0.01	408.000	0.03	686.115	0.05	1.479.115	U
			444.000	0.03			810.750	W
0.01							284.000	X
	408.500	0.03					604.500	Y
0.01	10.000	0.00,2	252.000	0.05	474.750	0.09	802.920	Z
								AC
0.00,2	34.500	0.00,2	384.000	0.03			794.000	BD
0.00,5	8.432	0.00,01					928.432	Stockholms stad

Sammanställning av på år 1962 belöpande statsbidrag

Landsting	Folkmängd 31/12 1962	Antal skattekronor enl. 1962 års taxering	På år 1962 belöpande					
			tuberkulossjukvård	epidemivård	vård av kroniskt sjuka	med. barnavdelningar	lättskötta psykiskt sjuka	psykiatriska lasarettskliniker
1	2	3	4	5	6	7	8	9
B	513.299	30.803.939	93.595	7.392	421.028	40.618	91.705	76.650
C	172.027	8.596.157	18.146	3.440	141.255	18.952	43.199	—
D	232.082	11.666.527	24.838	5.510	207.939	50.012	78.128	45.468
E	359.344	17.023.656	32.204	7.654	333.947	59.630	120.594	63.432
F	286.974	12.589.052	20.953	9.240	234.877	26.700	72.740	67.116
G	159.425	6.317.645	13.048	4.194	130.305	19.172	75.928	—
Hn	89.264	3.323.289	18.176	2.474	72.818	15.930	27.778	—
Hs	144.816	5.665.241	27.265	2.060	118.260	15.634	67.209	14.847
I	53.518	1.776.284	53.352	1.028	43.253	13.132	—	—
K	145.981	5.898.884	32.038	3.658	118.808	16.968	102.200	—
L	256.474	10.553.833	30.293	4.646	210.240	57.164	105.120	67.521
M	401.620	20.458.229	54.280	6.756	364.122	102.696	152.626	—
N	172.672	7.275.775	22.738	3.122	141.255	25.330	67.981	31.755
O	229.280	9.646.368	156.608	2.202	187.792	30.190	47.625	—
P	377.777	16.931.082	47.903	3.926	329.325	40.950	108.209	51.627
R	250.495	10.407.645	21.746	1.230	205.313	61.710	60.473	—
S	289.395	12.824.266	40.262	2.824	237.067	23.818	68.353	5.247
T	262.672	13.174.204	35.749	3.012	215.168	37.218	81.015	25.218
U	236.589	12.477.836	27.442	3.304	193.815	20.434	69.134	57.222
W	286.153	13.499.250	48.746	6.712	234.877	31.266	58.313	4.644
X	293.961	13.385.846	56.338	7.242	240.352	58.588	82.585	—
Y	281.340	13.008.828	193.492	3.294	230.497	47.658	138.578	—
Z	135.778	5.194.613	57.498	2.954	110.595	23.010	60.424	42.594
AC	236.767	9.656.058	48.160	6.098	193.815	43.215	71.623	40.620
BD	263.212	14.141.783	59.493	726	215.715	57.841	170.204	55.137
Summa	6.130.915	286.316.250	1.234.363	104.698	5.132.438	937.836	2.021.744	649.098

Tabellbilaga L:1

till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården

statsbidrag till						Statsbidrag		Landsting
barn-morske-väsen	distrikts-vård	dispensär-vård	förebygg. mödra- o. barna-vård	folktand-vård	Summa	per invå-nare	per skatte-krona	
10	11	12	13	14	15	16	17	18
172.308	771.204	90.272	434.721	744.160	2.943.653	5.73	0.09	B
65.080	309.978	54.825	264.144	375.104	1.294.123	7.52	0.15	C
56.925	601.860	52.961	242.034	473.904	1.839.579	7.93	0.16	D
113.787	601.860	52.704	398.265	498.352	2.282.429	6.35	0.13	E
113.265	541.674	101.757	271.142	516.256	1.975.720	6.88	0.16	F
124.779	318.126	46.894	130.902	177.008	1.040.356	6.53	0.16	G
60.918	282.299	36.768	84.245	157.344	758.750	8.50	0.22	Hn
52.346	360.464	35.159	124.269	277.232	1.094.745	7.56	0.19	Hs
66.481	120.372	28.382	53.232	64.736	443.968	8.30	0.25	I
57.351	318.126	46.889	104.271	212.816	1.013.125	6.94	0.17	K
89.562	524.478	44.907	166.109	407.920	1.707.960	6.66	0.16	L
105.837	670.644	17.426	370.266	565.122	2.409.765	6.—	0.12	M
65.185	318.126	50.334	133.691	310.400	1.169.917	6.78	0.16	N
115.991	416.304	75.004	186.183	308.912	1.526.811	6.66	0.16	O
139.299	769.634	96.494	296.865	576.736	2.460.968	6.51	0.15	P
103.176	577.800	10.294	171.698	260.112	1.473.552	5.88	0.14	R
159.407	730.830	100.492	275.810	376.416	2.020.526	6.98	0.16	S
73.672	498.684	68.821	253.891	406.816	1.699.264	6.47	0.13	T
81.300	438.498	20.063	253.828	296.592	1.461.632	6.18	0.12	U
189.283	620.124	75.536	252.021	466.704	1.988.226	6.95	0.15	W
172.043	722.232	41.174	306.376	435.584	2.122.514	7.22	0.16	X
205.873	848.368	61.621	290.810	509.696	2.529.887	9.00	0.19	Y
254.338	520.614	14.413	182.263	224.208	1.492.911	11.00	0.29	Z
263.295	603.988	136.443	273.794	294.464	1.975.515	8.34	0.20	AC
265.698	940.208	287.948	457.190	518.768	3.028.928	11.51	0.21	BD
3.167.199	13.426.495	1.647.581	5.978.020	9.455.352	43.754.824	7.13	0.15	Summa

Tabellbilaga L:2

1962 års statsbidrag till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården omräknat till ett invånarbidrag, motsvarande 7 kr 10 öre per invånare

Landsting	Folkmängd 31/12 1962	Antal skattekronor enl 1962 års tax.	Statsbidrag efter 7 kr 10 öre per invånare	Statsbidrag för år 1962	Invånarbidraget i förh till 1962 års bidrag: ökning (+) minskning (−)	Motsvarar minskad (−) resp ökad (+) utdebitering
1	2	3	4	5	6	7
B	513.299	30.803.939	3.644.423	2.943.653	+ 700.770	−0.02
C	172.027	8.596.157	1.221.392	1.294.123	− 72.731	+0.01
D	232.082	11.666.527	1.647.782	1.839.579	− 191.797	+0.02
E	359.344	17.023.656	2.551.342	2.282.429	+ 268.913	−0.02
F	286.974	12.589.052	2.037.515	1.975.720	+ 61.795	−0.01
G	159.425	6.317.645	1.131.918	1.040.356	+ 91.562	−0.01
Hn	89.264	3.323.289	633.774	758.750	− 124.976	+0.04
Hs	144.816	5.665.241	1.028.194	1.094.745	− 66.551	+0.01
I	53.518	1.776.284	379.978	443.968	− 63.990	+0.04
K	145.981	5.898.884	1.036.465	1.013.125	+ 23.340	−0.00,4
L	256.474	10.553.833	1.820.965	1.707.960	+ 113.005	−0.01
M	401.620	20.458.229	2.851.502	2.409.765	+ 441.737	−0.02
N	172.672	7.275.775	1.225.971	1.169.917	+ 56.054	−0.01
O	229.280	9.646.368	1.627.888	1.526.811	+ 101.077	−0.01
P	377.777	16.931.082	2.682.217	2.460.968	+ 221.249	−0.01
R	250.495	10.407.645	1.778.515	1.473.552	+ 304.963	−0.03
S	289.395	12.824.266	2.054.704	2.020.526	+ 34.178	−0.00,3
T	262.672	13.174.204	1.864.971	1.699.264	+ 165.707	−0.01
U	236.589	12.477.836	1.679.782	1.461.632	+ 218.150	−0.02
W	286.153	13.499.250	2.031.686	1.988.226	+ 43.460	−0.00,3
X	293.961	13.385.846	2.087.123	2.122.514	− 35.391	+0.00,3
Y	281.340	13.008.828	1.997.514	2.529.887	− 532.373	+0.04
Z	135.778	5.194.613	964.024	1.492.911	− 528.887	+0.10
AC	236.767	9.656.058	1.681.046	1.975.515	− 294.469	+0.03
BD	263.212	14.141.783	1.868.805	3.028.928	−1.160.123	+0.08
Summa	6.130.915	286.316.250	43.529.496	43.754.824	−225.328 (−3.071.288) (+2.845.960)	+0.00,1 (+0.04) (−0.01,4)

Tabellbilaga L:3

1962 års statsbidrag till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården omräknat till ett differentierat invånarbidrag, med ett särskilt bidrag å 9 kr 75 öre per invånare för Kalmar läns norra, Gotlands läns samt de fyra nordligaste länens landsting samt ett bidrag å 6 kr 50 öre per invånare för övriga landsting

Landsting	Folkmängd 31/12 1962	Antal skattekronor enl 1962 års taxering	Differentierat bidrag per invånare år 1962	Statsbidrag belöpande på år 1962	Det differentierade invånarbidraget i förhållande till 1962 års bidrag ökning (+), minskning (−)	Motsvarar minskad (−) resp ökad (+) utdebitering
1	2	3	4	5	6	7
B	513.299	30.803.939	3.336.444	2.943.653	+ 392.791	−0.01
C	172.027	8.596.157	1.118.175	1.294.123	− 175.948	+0.02
D	232.082	11.666.527	1.508.533	1.839.579	− 331.046	+0.03
E	359.344	17.023.656	2.335.736	2.282.429	+ 53.307	−0.00,3
F	286.974	12.589.052	1.865.331	1.975.720	− 110.389	+0.01
G	159.425	6.317.645	1.036.263	1.040.356	− 4.093	+0.00,1
Hn	89.264	3.323.289	870.324	758.750	+ 111.574	−0.03
Hs	144.816	5.665.241	941.304	1.094.745	− 153.441	+0.03
I	53.518	1.776.284	521.801	443.968	+ 77.833	−0.04
K	145.981	5.898.884	948.876	1.013.125	− 64.249	+0.01
L	256.474	10.553.833	1.667.081	1.707.960	− 40.879	+0.00,4
M	401.620	20.458.229	2.610.530	2.409.765	+ 200.765	−0.01
N	172.672	7.275.775	1.122.368	1.169.917	− 47.549	+0.01
O	229.280	9.646.368	1.490.320	1.526.811	− 36.491	+0.00,4
P	377.777	16.931.082	2.455.551	2.460.968	− 5.417	+0.00,03
R	250.495	10.407.645	1.628.218	1.473.552	+ 154.666	−0.02
S	289.395	12.824.266	1.881.068	2.020.526	− 139.458	+0.01
T	262.672	13.174.204	1.707.368	1.699.264	+ 8.104	−0.00,1
U	236.589	12.477.836	1.537.829	1.461.632	+ 76.197	−0.01
W	286.153	13.499.250	1.859.995	1.988.226	− 128.231	+0.01
X	293.961	13.385.846	1.910.747	2.122.514	− 211.767	+0.02
Y	281.340	13.008.828	2.743.065	2.529.887	+ 213.178	−0.02
Z	135.778	5.194.613	1.323.836	1.492.911	− 169.075	+0.03
AC	236.767	9.656.058	2.308.478	1.975.515	+ 332.963	−0.03
BD	263.212	14.141.783	2.566.317	3.028.928	− 462.611	+0.03
Summa	6.130.915	286.316.250	43.295.558	43.754.824	− 459.266 (−2.080.644) (+1.621.378)	+0.00,2 (+0.01) (−0.01)

Tabellbilaga L:4

1962 års statsbidrag till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården omräknat till ett bidrag per barn (t. o. m. 16 års ålder), motsvarande 27 kr per barn

Landsting	Folkmängd 31/12 1962		Statsbidrag beräknat efter 27 kr per barn	Statsbidrag för år 1962	Beräknat bidrag i förh. till 1962 års bidrag: ökning (+) minskning (−)	Motsvarar minskad (−) resp ökad (+) utdebitering	Antal barn i % av folkmängden
	totalt	därav barn t.o.m. 16 år					
1	2	3	4	5	6	7	8
B	513.299	141.670	3.825.090	2.943.653	+ 881.437	−0.03	27,6
C	172.027	46.619	1.258.713	1.294.123	− 35.410	+0.00,4	27,1
D	232.082	61.270	1.654.290	1.839.579	− 185.289	+0.02	26,4
E	359.344	94.507	2.551.689	2.282.429	+ 269.260	−0.02	26,3
F	286.974	76.048	2.053.296	1.975.720	+ 77.576	−0.01	26,5
G	159.425	39.856	1.076.112	1.040.356	+ 35.756	−0.01	25,0
Hn	89.264	22.940	619.380	758.750	− 139.370	+0.04	25,7
Hs	144.816	37.218	1.004.886	1.094.745	− 89.859	+0.02	25,7
I	53.518	15.199	410.373	443.968	− 33.595	+0.02	28,4
K	145.981	37.079	1.001.133	1.013.125	− 11.992	+0.00,2	25,4
L	256.474	65.144	1.758.888	1.707.960	+ 50.928	−0.00,4	25,4
M	401.620	100.806	2.721.762	2.409.765	+ 311.997	−0.01	25,1
N	172.672	44.031	1.188.837	1.169.917	+ 18.920	−0.00,2	25,5
O	229.280	58.925	1.590.975	1.526.811	+ 64.164	−0.01	25,7
P	377.777	95.577	2.580.579	2.460.968	+ 119.611	−0.01	25,3
R	250.495	64.377	1.738.179	1.473.552	+ 264.627	−0.05	25,7
S	289.395	72.349	1.953.423	2.020.526	− 67.103	+0.01	25,0
T	262.672	66.718	1.801.386	1.699.264	+ 102.122	−0.01	25,4
U	236.589	66.481	1.794.987	1.461.632	+ 333.355	−0.03	28,1
W	286.153	75.258	2.031.966	1.988.226	+ 43.740	−0.00,3	26,3
X	293.961	77.018	2.079.486	2.122.514	− 43.028	+0.00,3	26,2
Y	281.340	75.118	2.028.186	2.529.887	− 501.701	+0.04	26,7
Z	135.778	37.067	1.000.809	1.492.911	− 492.102	+0.10	27,3
AC	236.767	68.899	1.860.273	1.975.515	− 115.242	+0.01	29,1
BD	263.212	83.701	2.259.927	3.028.928	− 769.001	+0.05	31,8
Summa	6.130.915	1.623.875	43.844.625	43.754.824	+ 89.801 (+2.573.493) (−2.483.692)	−0.00,03 (−0.01) (+0.02)	26,5

Tabellbilaga L:5

1962 års statsbidrag till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården omräknat till ett bidrag per invånare kompletterat med ett bidrag per barn

Landsting	Folkmängd 31/12 1962		Statsbidrag beräknat efter			Statsbidrag för år 1962	Beräknat bidrag i förh. till 1962 års bidrag: ökning (+) minskning (−)	Motsvarar minskad (−) resp. ökad (+) utdebitering
	totalt	därav barn t.o.m. 16 år	5 kr per invånare	8 kr 50 öre per barn	summa			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
B	513.299	141.670	2.566.495	1.204.195	3.770.690	2.943.653	+ 827.037	−0.03
C	172.027	46.619	860.135	396.262	1.256.397	1.294.123	− 37.726	+0.00,4
D	232.082	61.270	1.160.410	520.795	1.681.205	1.839.579	− 158.374	+0.01
E	359.344	94.507	1.796.720	803.310	2.600.030	2.282.429	+ 317.601	−0.02
F	286.974	76.048	1.434.870	646.408	2.081.278	1.975.720	+ 105.558	−0.01
G	159.425	39.856	797.125	338.776	1.135.901	1.040.356	+ 95.545	−0.01
Hn	89.264	22.941	446.320	194.999	641.319	758.750	− 117.431	+0.04
Hs	144.816	37.218	724.080	316.353	1.040.433	1.094.745	− 54.312	+0.01
I	53.518	15.199	267.590	129.192	396.782	443.968	− 47.186	+0.03
K	145.981	37.079	729.905	315.171	1.045.076	1.013.125	+ 31.951	−0.00,5
L	256.474	65.144	1.282.370	553.724	1.836.094	1.707.960	+ 128.134	−0.01
M	401.620	100.801	2.008.100	856.808	2.864.908	2.409.765	+ 455.143	−0.02
N	172.672	44.031	863.360	374.264	1.237.624	1.169.917	+ 67.707	−0.01
O	229.280	58.925	1.146.400	500.862	1.647.262	1.526.811	+ 120.451	−0.01
P	377.777	95.577	1.888.885	812.404	2.701.289	2.460.968	+ 240.321	−0.01
R	250.495	64.377	1.252.475	547.205	1.799.680	1.473.552	+ 326.128	−0.03
S	289.395	72.349	1.446.975	614.966	2.061.941	2.020.526	+ 41.415	−0.00,3
T	262.672	66.719	1.313.360	567.111	1.880.471	1.699.264	+ 181.207	−0.01
U	236.589	66.481	1.182.945	565.088	1.748.033	1.461.632	+ 286.401	−0.02
W	286.153	75.258	1.430.765	639.693	2.070.458	1.988.226	+ 82.232	−0.01
X	293.961	77.018	1.469.805	654.653	2.124.458	2.122.514	+ 1.944	−0.00,01
Y	281.340	75.118	1.406.700	638.503	2.045.203	2.529.887	− 484.684	+0.04
Z	135.778	37.067	678.890	315.070	993.960	1.492.911	− 498.951	+0.10
AC	236.767	68.899	1.183.835	585.642	1.769.477	1.975.515	− 206.038	+0.02
BD	263.212	83.701	1.316.060	711.458	2.027.518	3.028.928	−1.001.410	+0.07
Summa	6.130.915	1.623.875	30.654.575	13.802.912	44.457.487	43.754.824	+ 702.663 (+3.308.775) (−2.606.112)	−0.00,2 (−0.02) (+0.04)

Tabellbilaga L:6

1962 års statsbidrag till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården omräknat till ett bidrag per invånare fr. o. m. 67 års ålder, motsvarande 67 kr 50 öre per person

Landsting	Folkmängd 31/12 1962		Statsbidrag beräknat efter 67 kr 50 öre per åldring	Statsbidrag för år 1962	Beräknat bidrag i förhållande till 1962 års bidrag: ökning (+), minskning (−)	Motsvarar minskad (−) resp. ökad (+) utdebitering
	totalt	därav åldringar fr.o.m. 67 år				
1	2	3	4	5	6	7
B	513.299	37.864	2.555.820	2.943.653	− 387.833	+0.01
C	172.027	19.364	1.307.070	1.294.123	+ 12.947	−0.00,2
D	232.082	24.250	1.636.875	1.839.579	− 202.704	+0.02
E	359.344	38.217	2.579.648	2.282.429	+ 297.219	−0.02
F	286.974	30.214	2.039.445	1.975.720	+ 63.725	−0.00,5
G	159.425	19.684	1.328.670	1.040.356	+ 288.314	−0.05
Hn	89.264	10.280	693.900	758.750	− 64.850	+0.02
Hs	144.816	17.225	1.162.637	1.094.745	+ 67.942	−0.01
I	53.518	6.321	426.668	443.968	− 17.300	+0.01
K	145.981	16.924	1.142.370	1.013.125	+ 129.245	−0.02
L	256.474	31.990	2.159.325	1.707.960	+ 451.365	−0.04
M	401.620	47.803	3.226.702	2.409.765	+ 816.937	−0.04
N	172.672	19.760	1.333.800	1.169.917	+ 163.883	−0.02
O	229.280	24.020	1.621.350	1.526.811	+ 94.539	−0.01
P	377.777	41.260	2.785.050	2.460.968	+ 324.082	−0.02
R	250.495	29.845	2.014.537	1.473.552	+ 540.985	−0.05
S	289.395	32.152	2.170.260	2.020.526	+ 149.734	−0.01
T	262.672	28.820	1.945.350	1.699.264	+ 246.086	−0.02
U	236.589	21.125	1.425.937	1.461.632	− 35.695	+0.00,3
W	286.153	31.525	2.127.938	1.988.226	+ 139.712	−0.01
X	293.961	32.685	2.206.237	2.122.514	+ 83.723	−0.01
Y	281.340	29.972	2.023.313	2.529.887	− 506.574	+0.04
Z	135.778	15.840	1.069.200	1.492.911	− 423.711	+0.08
AC	236.767	20.200	1.363.500	1.975.515	− 612.015	+0.06
BD	263.212	17.870	1.206.225	3.028.928	−1.822.703	+0.13
Summa	6.130.915	645.213	43.551.877	43.754.824	− 202.947 (−4.073.385) (+3.870.438)	+0.00,1 (−0.04) (+0.02)

1962 års statsbidrag till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården omräknat till dels ett bidrag per invånare fr. o. m. 67 års ålder dels ett bidrag per barn t. o. m. 16 års ålder, motsvarande kr 19: 25 per åldring och kr 19: 25 per barn

Landsting	Folkmängd 31/12 1962			Statsbidrag beräknat efter			Statsbidrag för år 1962	Beräknat bidrag i förhållande till 1962 års bidrag: ökning (+), minskning (−)	Motsvarar minskad (−) resp ökad (+) utdebitering
	totalt	därav åldringar fr.o.m. 67 år	därav barn t.o.m. 16 år	19 kr 25 öre per åldring	19 kr 25 öre per barn	Summa			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B	513.299	37.864	141.670	728.882	2.727.148	3.456.030	2.943.653	+ 512.377	−0.02
C	172.027	19.364	46.619	372.757	897.416	1.270.173	1.294.123	− 23.950	+0.00,3
D	232.082	24.250	61.270	466.813	1.179.448	1.646.261	1.839.579	− 193.318	+0.02
E	359.344	38.217	94.507	735.677	1.819.260	2.554.937	2.282.429	+ 272.508	−0.02
F	286.974	30.214	76.048	581.620	1.463.924	2.045.544	1.975.720	+ 69.824	−0.00 5
G	159.425	19.684	39.856	378.917	767.228	1.146.145	1.040.356	+ 105.789	−0.02
Hn	89.264	10.280	22.940	197.890	441.595	639.485	758.750	− 119.265	+0.04
Hs	144.816	17.225	37.218	331.581	716.446	1.048.027	1.094.745	− 46.718	+0.01
I	53.518	6.321	15.199	121.679	292.581	414.260	443.968	− 29.708	+0.02
K	145.981	16.924	37.079	325.787	713.771	1.039.558	1.013.125	+ 26.433	−0.00,4
L	256.474	31.990	65.144	615.808	1.254.022	1.869.830	1.707.960	+ 161.870	−0.01
M	401.620	47.803	100.806	920.208	1.940.515	2.860.723	2.409.765	+ 450.958	−0.02
N	172.672	19.760	44.031	380.380	847.597	1.227.977	1.169.917	+ 58.060	−0.01
O	229.280	24.020	58.925	462.385	1.134.306	1.596.691	1.526.811	+ 69.880	−0.01
P	377.777	41.260	95.577	794.255	1.839.857	2.634.112	2.460.968	+ 173.144	−0.01
R	250.495	29.845	64.377	574.516	1.239.257	1.813.773	1.473.552	+ 340.221	−0.03
S	289.395	32.152	72.349	618.926	1.392.718	2.011.644	2.020.526	− 8.882	+0.00,1
T	262.672	28.820	66.718	554.785	1.284.321	1.839.106	1.699.264	+ 139.842	−0.01
U	236.589	21.125	66.481	406.656	1.279.759	1.686.415	1.461.632	+ 224.783	−0.02
W	286.153	31.525	75.258	606.856	1.448.716	2.055.572	1.988.226	+ 67.346	−0.00,5
X	293.961	32.685	77.018	629.186	1.482.596	2.111.782	2.122.514	− 10.732	+0.00,3
Y	281.340	29.972	75.118	577.019	1.446.021	2.023.040	2.529.887	− 506.847	+0.04
Z	135.778	15.840	37.067	304.920	713.540	1.018.460	1.492.911	− 474.451	+0.09
AC	236.767	20.200	68.899	388.850	1.326.306	1.715.156	1.975.515	− 260.359	+0.03
BD	263.212	17.870	83.701	343.998	1.611.244	1.955.242	3.028.928	−1.073.686	+0.08
Summa	6.130.915	645.213	1.623.875	12.419.681	31.259.592	43.679.943	43.754.824	− 74.881 (−2.747.916) (+2.673.035)	+0.00,03 (+0.03) (−0.01)

1962 års statsbidrag till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården omräknat till ett bidrag dels till barn t. o. m. 16 år, dels till vuxna mellan 17--66 år dels ock åldringar fr. o. m. 67 år

Landsting	Folkmängd den 31/12 1962				Statsbidrag beräknat efter				Statsbidrag för år 1962	Beräknat bidrag i förh. till 1962 års bidrag: ökning (+), minskning (−)	Motsvarar minskad (−) resp ökad (+) utdebitering
	barn t.o.m. 16 år	17 år t.o.m. 66 år	fr.o.m. 67 år	totalt	14 kr per barn t.o.m. 16 år	3 kr per invånare fr.o.m. 17 t.o.m. 66 år	14 kr per invånare fr.o.m. 67 år	Summa			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
B	141.670	333.765	37.864	513.299	1.983.380	1.001.295	530.096	3.514.771	2.943.653	+ 571.118	−0.02
C	46.619	106.044	19.364	172.027	652.666	318.132	271.096	1.241.894	1.294.123	− 52.229	+0.01
D	61.270	146.562	24.250	232.082	857.780	439.686	339.500	1.636.966	1.839.579	− 202.613	+0.02
E	94.507	226.620	38.217	359.344	1.323.098	679.860	535.038	2.537.996	2.282.429	+ 255.567	−0.02
F	76.048	180.712	30.214	286.974	1.064.672	542.136	422.996	2.029.804	1.975.720	+ 54.084	−0.00,4
G	39.856	99.885	19.684	159.425	557.984	299.655	275.576	1.133.215	1.040.356	+ 92.859	−0.01
Hn	22.940	56.044	10.280	89.264	321.160	168.132	143.920	633.212	758.750	− 125.538	+0.04
Hs	37.218	90.373	17.225	144.816	521.052	271.119	241.150	1.033.321	1.094.745	− 61.424	+0.01
I	15.199	31.998	6.321	53.518	212.786	95.994	88.494	397.274	443.968	− 46.694	+0.03
K	37.079	91.978	16.924	145.981	519.106	275.934	236.936	1.031.976	1.013.125	+ 18.851	−0.00,3
L	65.144	159.340	31.990	256.474	912.016	478.020	447.860	1.837.896	1.707.960	+ 129.936	−0.01
M	100.806	253.011	47.803	401.620	1.411.284	759.033	669.242	2.839.559	2.409.765	+ 429.794	−0.02
N	44.031	108.881	19.760	172.672	616.434	326.643	276.640	1.219.717	1.169.917	+ 49.800	−0.01
O	58.925	146.335	24.020	229.280	824.950	439.005	336.280	1.600.235	1.526.811	+ 73.424	−0.01
P	95.577	240.940	41.260	377.777	1.338.078	722.820	577.640	2.638.538	2.460.968	+ 177.570	−0.01
R	64.377	156.273	29.845	250.495	901.278	468.819	417.830	1.787.927	1.473.552	+ 314.375	−0.03
S	72.349	184.894	32.152	289.395	1.012.886	554.682	450.128	2.017.696	2.020.526	− 2.830	+0.00,02
T	66.718	167.134	28.820	262.672	934.052	501.402	403.480	1.838.934	1.699.264	+ 139.670	−0.01
U	66.481	148.983	21.125	236.589	930.734	446.949	295.750	1.673.433	1.461.632	+ 211.801	−0.02
W	75.258	179.370	31.525	286.153	1.053.612	538.110	441.350	2.033.072	1.988.226	+ 44.846	−0.00,3
X	77.018	184.258	32.685	293.961	1.078.252	552.774	457.590	2.088.616	2.122.514	− 33.898	+0.00,3
Y	75.118	176.247	29.975	281.340	1.051.652	528.741	419.650	2.000.043	2.529.887	− 529.844	+0.04
Z	37.067	82.871	15.840	135.778	518.938	248.613	221.760	989.311	1.492.911	− 503.600	+0.10
AC	68.899	147.668	20.200	236.767	964.586	443.004	282.800	1.690.390	1.975.515	− 285.125	+0.03
BD	83.701	161.641	17.870	263.212	1.171.814	484.923	250.180	1.906.917	3.028.928	−1.122.011	+0.08
Summa	1.623.875	3.861.827	645.213	6.130.915	22.734.250	11.585.481	9.032.982	43.352.713	43.754.824	− 402.111 (−2.965.806) (+2.563.695)	+0.00,1 (+0.03) (−0.01)

1962 års statsbidrag till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården omräknat till ett kombinerat bidrag per invånare (sluten vård) och ett lönebidrag (öppen vård)

Landsting	Folkmängd 31/12 1962	Beräknade lönekostnader för			Beräknat statsbidrag till			Summan av 1962 års separata statsbidrag	Kombinerat invånar- och lönebidrag i förh. till 1962 års bidrag ökning (+) minskning (−)	Motsvarar minskad (−) resp ökad (+) utdebitering
		distriktstandläkare	distriktssköterskor	Summa	sluten vård (1:50 kr per invånare)	distriktstandläkares och sköterskors avlöning (50 %)	Summa			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
B	513.299	3.770.160	1.542.408	5.312.568	769.949	2.656.284	3.426.233	2.943.653	+ 482.580	−0,02
C	172.027	1.441.260	619.956	2.061.216	258.041	1.030.608	1.288.649	1.294.123	− 5.474	+0,00,1
D	232.082	1.857.624	1.203.720	3.061.344	348.123	1.530.672	1.878.795	1.839.579	+ 39.216	−0,00,3
E	359.344	2.209.932	1.203.720	3.413.652	539.016	1.706.826	2.245.842	2.282.429	− 36.587	+0,00,2
F	286.974	2.177.904	1.083.348	3.261.252	430.461	1.630.626	2.061.087	1.970.720	+ 85.367	−0,01
G	159.425	736.644	636.252	1.372.896	239.138	686.448	925.586	1.040.356	− 114.770	+0,02
Hn	89.264	736.644	564.598	1.301.242	133.896	650.621	784.517	758.750	+ 25.767	−0,01
Hs	144.816	1.120.980	720.928	1.841.908	217.224	920.954	1.138.178	1.094.745	+ 43.433	−0,01
I	53.518	288.252	240.744	528.996	80.277	264.498	344.775	443.968	− 99.193	+0,06
K	145.981	1.153.008	636.252	1.789.260	218.972	894.630	1.113.602	1.013.125	+ 100.477	−0,02
L	256.474	1.825.596	1.048.956	2.874.552	384.711	1.437.276	1.821.987	1.707.960	+ 114.027	−0,01
M	401.620	3.426.996	1.341.288	4.768.284	602.430	2.384.142	2.986.572	2.409.765	+ 576.807	−0,03
N	172.672	1.377.204	636.252	2.013.456	259.008	1.006.728	1.265.736	1.169.917	+ 95.819	−0,01
O	229.280	1.729.512	832.608	2.562.120	343.920	1.281.060	1.624.980	1.526.811	+ 98.169	−0,01
P	377.777	2.882.520	1.539.268	4.421.788	566.665	2.210.894	2.777.559	2.460.968	+ 316.591	−0,02
R	250.495	1.120.980	1.155.600	2.276.580	375.742	1.138.290	1.514.032	1.473.552	+ 40.480	−0,00,4
S	289.395	1.889.652	1.461.660	3.351.312	434.092	1.675.656	2.109.748	2.020.526	+ 89.222	−0,01
T	262.672	1.985.736	997.368	2.983.104	394.008	1.491.552	1.885.560	1.699.264	+ 186.296	−0,01
U	236.589	1.088.952	876.996	1.965.948	354.884	982.974	1.337.858	1.461.632	− 123.774	+0,01
W	286.153	1.941.680	1.240.248	3.181.928	429.230	1.590.964	2.020.194	1.988.226	+ 31.968	−0,00,2
X	293.961	1.889.652	1.444.464	3.334.116	440.942	1.667.058	2.108.000	2.122.514	− 14.514	+0,00,1
Y	281.340	2.300.448	1.696.736	3.997.184	422.010	1.998.592	2.420.602	2.529.887	− 109.285	+0,01
Z	135.778	1.278.576	1.041.228	2.319.804	203.667	1.159.902	1.363.569	1.492.911	− 129.342	+0,03
AC	236.767	1.147.440	1.207.976	2.355.416	355.151	1.177.708	1.532.859	1.975.515	− 442.656	+0,05
BD	263.212	2.047.404	1.880.416	3.927.820	394.818	1.963.910	2.358.728	3.028.928	− 670.200	+0,05
Summa	6.130.915	43.424.756	26.852.990	70.277.746	9.196.375	35.138.873	44.335.248	43.754.824	+ 580.424 (+2.326.219 (−1.745.795)	−0,00,2 (−0,01) (+0,02)

Tabellbilaga L:10

1962 års statsbidrag till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården omräknat till ett kombinerat invånarbidrag och bidrag per vårdplats inom vården av långvarigt kroppssjuka upp till 1,5 platser per 1.000 invånare, motsvarande 3 kr 50 öre per invånare och 2.400 kr per vårdplats

Landsting	Folkmängd 31/12 1962	Antal vårdplatser för kroniskt sjuka	Statsbidrag beräknat efter			Statsbidrag belöpande på år 1962	Det komb. bidraget i förh. till 1962 års bidrag ökning (+), minskning (−)	Motsvarar minskad (−) resp ökad (+) utdebitering
			3 kr 50 öre per invånare	2.400 kr per plats för långvarigt kroppssjuka	summa			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
B	513.299	769	1.796.546	1.845.600	3.642.146	2.943.653	+ 698.493	−0.02
C	172.027	258	602.095	619.200	1.221.295	1.294.123	− 72.828	+0.01
D	232.082	348	812.287	835.200	1.647.487	1.839.579	− 192.092	+0.02
E	359.344	538	1.257.700	1.291.200	2.548.900	2.282.429	+ 266.471	−0.02
F	286.974	429	1.004.409	1.029.600	2.034.009	1.975.720	+ 58.289	−0.00,4
G	159.425	238	557.988	571.200	1.129.188	1.040.356	+ 88.832	−0.01
Hn	89.264	133	312.424	319.200	631.624	758.750	− 127.126	+0.04
Hs	144.816	216	506.856	518.400	1.025.256	1.094.745	− 69.489	+0.01
I	53.518	79	187.313	189.600	376.913	443.968	− 67.055	+0.04
K	145.981	217	510.933	520.800	1.031.733	1.013.125	+ 18.608	−0.00,3
L	256.474	384	697.659	421.600	1.819.259	1.707.960	+ 111.299	−0.01
M	401.620	601	1.405.670	1.442.400	2.848.070	2.409.765	+ 438.305	−0.02
N	172.672	258	604.352	619.200	1.223.552	1.169.917	+ 53.635	−0.01
O	229.280	343	802.480	823.200	1.625.680	1.526.811	+ 98.869	−0.01
P	377.777	565	1.322.220	1.356.000	2.678.220	2.460.968	+ 217.252	−0.01
R	250.495	375	876.732	900.000	1.776.732	1.473.552	+ 303.180	−0.03
S	289.395	433	1.012.883	1.039.200	2.052.083	2.020.526	+ 31.557	−0.00,2
T	262.672	393	919.352	943.200	1.862.552	1.699.264	+ 163.288	−0.01
U	236.589	354	828.062	849.600	1.677.662	1.461.632	+ 216.030	−0.02
W	286.153	429	1.001.535	1.029.600	2.031.135	1.988.226	+ 42.909	−0.00,3
X	293.961	439	1.028.864	1.053.600	2.082.464	2.122.514	− 40.050	+0.00,3
Y	281.340	421	984.690	1.010.400	1.995.090	2.529.887	− 534.797	+0.04
Z	135.778	202	475.223	484.800	960.023	1.492.911	− 532.888	+0.10
AC	236.767	354	828.684	849.600	1.678.285	1.975.515	− 297.230	+0.03
BD	263.212	394	921.242	945.600	1.866.842	3.028.928	−1.162.086	+0.08
Summa	6.130.915	9.170	21.458.200	22.008.000	43.466.200	43.754.824	− 288.624 (−3.095.641) (+2.807.017	+0.00,1 (+0.04) (−0.01)

Tabellbilaga L:11

1962 års statsbidrag till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården omräknat till ett bidrag till enbart vård av kroniskt sjuka (i ett utbyggnadsskede motsvarande 1.5 platser per 1.000 invånare)

Landsting	Folkmängd 31/12 1962	Antal vårdplatser (1,5 ‰)	Antal vårddagar	Statsbidrag för vård av kroniskt sjuka, motsvarande kr 13:25/dag och pat.	Statsbidrag för år 1962	Statsbidrag för vård av kroniskt sjuka jämfört med 1962 års bidrag ökning (+) minskning (−)	Motsvarar minskad (−) resp ökad (+) utdebitering
1	2	3	4	5	6	7	8
B	513.299	769	280.685	3.719.076	2.943.653	+ 775.423	−0.02
C	172.027	258	94.170	1.247.753	1.294.123	− 46.370	+0.01
D	232.082	348	127.020	1.683.015	1.839.579	− 156.564	+0.01
E	359.344	538	196.370	2.601.902	2.282.429	+ 319.473	−0.02
F	286.974	429	156.585	2.074.751	1.975.720	+ 99.031	−0.01
G	159.425	238	86.870	1.151.028	1.040.356	+ 110.672	−0.02
Hn	89.264	133	48.545	643.221	758.750	− 115.529	+0.03
Hs	144.816	216	78.840	1.044.630	1.094.745	− 50.115	+0.01
I	53.518	79	28.835	382.064	443.968	− 61.904	+0.04
K	145.981	217	79.205	1.049.466	1.013.125	+ 36.341	−0.01
L	256.474	384	140.160	1.857.120	1.707.960	+ 149.160	−0.01
M	401.620	601	219.365	2.906.586	2.409.765	+ 496.821	−0.02
N	172.672	258	94.170	1.247.753	1.169.917	+ 77.836	−0.01
O	229.280	343	125.195	1.658.834	1.526.811	+ 132.023	−0.01
P	377.777	565	206.225	2.732.481	2.460.968	+ 271.513	−0.02
R	250.495	375	136.875	1.813.594	1.473.552	+ 340.042	−0.03
S	289.395	433	158.045	2.094.096	2.020.526	+ 73.570	−0.01
T	262.672	393	143.445	1.900.646	1.699.264	+ 201.382	−0.01
U	236.589	354	129.210	1.712.032	1.461.632	+ 250.400	−0.02
W	286.153	429	156.585	2.074.751	1.988.226	+ 86.525	−0.01
X	293.961	439	160.235	2.123.114	2.122.514	+ 600	±0
Y	281.340	421	153.665	2.036.061	2.529.887	− 493.826	+0.04
Z	135.778	202	73.730	976.923	1.492.911	− 515.988	+0.10
AC	236.757	354	129.210	1.712.033	1.975.515	− 263.482	+0.03
BD	263.212	394	143.810	1.905.482	3.028.928	−1.123.446	+0.08
Summa	6.130.915	9.170	3.347.050	44.348.412	43.754.824	+ 593.588 (+3.420.812 (−2.827.224)	−0.00,2 (−0.02) (+0.04)

Tabellbilaga L:12

1962 års statsbidrag till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården omräknat till ett kombinerat plats- och lönebidrag (platsbidraget avseende vården av långvarigt kroppssjuka och lönebidraget distriktstandläkarnas löner) motsvarande 2.400 kr per plats resp. 50 % av de beräknade lönekostnaderna

Landsting	Antalet vårdplatser för långvarigt kroppssjuka: 1,5 ‰	Beräknade lönekostnader för distriktstandläkare	Kombinerat plats- och lönebidrag			Statsbidrag belöpande på år 1962	Kombinerat plats- och lönebidrag i förh. till 1962 års bidrag: ökning (+) resp minskning (−)	Motsvarar minskad (−) resp ökad (+) utdebitering
			à 2.400 kr per plats	50 % av lönekostnaderna	summa			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
B	769	3.770.160	1.845.600	1.885.080	3.730.680	2.943.653	+ 787.027	−0.03
C	258	1.441.260	619.200	720.630	1.339.830	1.294.123	+ 45.707	−0.01
D	348	1.857.624	835.200	928.812	1.764.012	1.839.579	− 75.567	+0.01
E	538	2.209.932	1.291.200	1.104.966	2.396.166	2.282.429	+ 113.737	−0.01
F	429	2.177.904	1.029.600	1.088.952	2.118.552	1.975.720	+ 142.832	−0.01
G	238	736.644	571.200	368.322	939.522	1.040.356	− 100.834	+0.02
Hn	133	736.644	319.200	368.322	687.522	758.750	− 71.228	+0.02
Hs	216	1.120.980	518.400	560.490	1.078.890	1.094.745	− 15.855	+0.00,3
I	79	288.252	189.600	144.126	333.726	443.968	− 110.242	+0.06
K	217	1.153.008	520.800	576.504	1.097.304	1.013.125	+ 84.179	−0.01
L	384	1.825.596	921.600	912.798	1.834.398	1.707.960	+ 126.438	−0.01
M	601	3.426.996	1.442.400	1.713.498	3.155.898	2.409.765	+ 746.133	−0.04
N	258	1.377.204	619.200	688.602	1.307.802	1.169.917	+ 137.885	−0.02
O	343	1.729.512	823.200	864.756	1.687.956	1.526.811	+ 161.145	−0.02
P	565	2.882.520	1.356.000	1.441.260	2.797.260	2.460.968	+ 336.292	−0.02
R	375	1.120.980	900.000	560.490	1.460.490	1.473.552	− 13.062	+0.00,1
S	433	1.889.652	1.039.200	944.826	1.984.026	2.020.526	− 36.500	+0.00,3
T	393	1.985.736	943.200	992.868	1.936.068	1.699.264	+ 236.804	−0.02
U	354	1.088.952	849.600	544.476	1.394.076	1.461.632	− 67.556	+0.01
W	429	1.941.680	1.029.600	970.840	2.000.440	1.988.226	+ 12.214	−0.00,1
X	439	1.889.652	1.053.600	944.826	1.998.426	2.122.514	− 124.088	+0.01
Y	421	2.300.448	1.010.400	1.150.224	2.160.624	2.529.887	− 369.263	+0.03
Z	202	1.278.576	484.800	639.288	1.124.088	1.492.911	− 368.823	+0.07
AC	354	1.147.440	849.600	573.720	1.423.320	1.975.515	− 552.195	+0.06
BD	394	2.047.404	945.600	1.023.702	1.969.302	3.028.928	−1.059.626	+0.08
Summa	9.170	43.424.756	22.008.000	21.712.378	43.720.378	43.754.824	− 34.446 (−2.964.839) (+2.930.393)	−0.00,01 (+0.02) (+0.02)

Tabellbilaga L:13

1962 års statsbidrag till den landstingsdrivna hälso- och sjukvården omräknat till ett lönebidrag (grundat på beräknade lönekostnader för tandläkare inom folktandvården)

Landsting	Beräknade lönekostnader för distriktstandläkare år 1962	Beräknat statsbidrag vid ett lönebidrag motsvarande 100 % av kostnaderna för distriktstandläkares löner	Statsbidrag för år 1962	Lönebidrag i förhållande till statsbidrag enligt gällande grunder: ökning (+) minskning (−)	Motsvarar minskad (−) resp ökad (+) utdebitering
1	2	3	4	5	6
B	3.770.160	3.770.160	2.943.653	+ 826.507	−0.03
C	1.441.260	1.441.260	1.294.123	+ 147.137	−0.02
D	1.857.624	1.857.624	1.839.579	+ 18.045	−0.00,2
E	2.209.932	2.209.932	2.282.429	− 72.497	+0.00,4
F	2.177.904	2.177.904	1.975.720	+ 202.184	−0.02
G	736.644	736.644	1.040.356	− 303.712	+0.05
Hn	736.644	736.644	758.750	− 22.106	+0.01
Hs	1.120.980	1.120.980	1.094.745	+ 26.235	−0.00,4
I	288.252	288.252	443.968	− 155.716	+0.09
K	1.153.008	1.153.008	1.013.125	+ 139.883	−0.02
L	1.825.596	1.825.596	1.707.960	+ 117.636	−0.01
M	3.426.996	3.426.996	2.409.765	+1.017.231	−0.05
N	1.377.204	1.377.204	1.169.917	+ 207.287	−0.03
O	1.729.512	1.729.512	1.526.811	+ 202.701	−0.02
P	2.882.520	2.882.520	2.460.968	+ 421.552	−0.02
R	1.120.980	1.120.980	1.473.552	− 352.572	+0.03
S	1.889.652	1.889.652	2.020.526	− 130.874	+0.01
T	1.985.736	1.985.736	1.699.264	+ 286.472	−0.02
U	1.088.952	1.088.952	1.461.632	− 372.680	+0.03
W	1.941.680	1.941.680	1.988.226	− 46.546	+0.00,3
X	1.889.652	1.889.652	2.122.514	− 232.862	+0.02
Y	2.300.448	2.300.448	2.529.887	− 229.439	+0.02
Z	1.278.576	1.278.576	1.492.911	− 214.335	+0.04
AC	1.147.440	1.147.440	1.975.515	− 828.075	+0.09
BD	2.047.404	2.047.404	3.028.928	− 981.524	+0.07
Summa	43.424.756	43.424.756	43.754.824	− 330.068 (−3.942.938) (+3.612.870)	+0.00,1 (+0.03) (−0.02)

1962 års statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård, verksamhet för stöd och rådgivning till havande kvinnor i abortförebyggande syfte m. m. samt försöksvis anordnad familjerådgivning omräknat till ett bidrag till avlönande av läkare och kuratorer m. fl. inom dessa verksamhetsgrenar motsvarande 8.000 kronor per läkare och 3.000 kronor per kurator, m. fl.

Län	Statsbidrag till				Antal tjänster (psyk. barna- och ungdomsvård + abortförebyggande åtgärder)		Statsbidrag beräknat efter			Det omräknade bidraget jämfört med 1962 års separata bidrag ökning (+) minskning (–)
	psyk. barna- och ungdomsvård	abortförebyggande åtgärder[x)]	försöksvis anordnad familjerådgivning	summa	läkare	kurator m. fl.	för läkare 8.000 kr	för kurator m. fl. 3.000 kr	summa	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
B	86.476	42.447		128.923	6	25	48.000	75.000	123.000	— 5.923
C	24.136	17.110		41.246	3	6	24.000	18.000	42.000	+ 754
D										
E		23.380		23.380	2	2	16.000	6.000	22.000	— 1.380
F	27.841			27.841	2	5	16.000	15.000	31.000	+ 3.159
G										
Hn										
Hs										
I	5.054	4.000		9.054	2	2	16.000	6.000	22.000	+ 12.946
K										
L	20.335			20.335	2	5	16.000	15.000	31.000	+ 10.665
M	15.000	21.230		36.230	3	5	24.000	15.000	39.000	+ 2.770
N	10.743			10.743	1	2	8.000	6.000	14.000	+ 3.257
O										
P	45.485			45.485	4	6	32.000	18.000	50.000	+ 4.515
R	8.383			8.383	1	2	8.000	6.000	14.000	+ 5.617
S	35.837	17.655		53.492	3	10	24.000	30.000	54.000	+ 508
T	35.612			35.612	3	8	24.000	24.000	48.000	+ 12.388

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
U	25.513	13.080	16.400	54.993	5	7	40.000	21.000	61.000	+ 6.007
W	30.757	13.438		44.195	4	9	32.000	27.000	59.000	+ 14.805
X	15.486	18.307		33.793	3	5	24.000	15.000	39.000	+ 5.207
Y	15.000	16.416	745	32.161	3	5	24.000	15.000	39.000	+ 6.839
Z										
AC	20.220			20.220	1	4	8.000	12.000	20.000	— 220
BD	24.282	16.841		41.123	3	5	24.000	15.000	39.000	— 2.123
Totalt	446.160	203.904[x]	17.145	667.209[x]	51	113	408.000	339.000	747.000	+ 79.791 (+ 89.437) (— 9.646)

[x] Härtill kommer ett belopp om högst 30.000 kronor för utgivande av ersättning till vissa laboratorier för utförande av graviditetsreaktioner.

Sammanställning av på år 1962 belöpande statsbidrag till den av städerna

Stad	Folkmängd 31/12 1962	Skattekronor enligt 1962 års taxering	Statsbi-			
			tuberkulos-sjukvård	epidemi-vård	vård av långvarigt sjuka	med. barn-avdelningar
1	2	3	4	5	6	7
Stockholm	802.124	68.257.271	341.117	32.092	330.690	127.682
Göteborg	410.681	26.632.344	82.672	5.262	167.535	82.924
Malmö	237.517	15.156.432	53.232	2.770	95.265	62.076
Summa	1.450.322	110.046.047	477.021	40.124	593.490	272.682

Tabellbilaga S:2

1962 års statsbidrag till den av städer utanför landstingskommun drivna hälso- och sjukvården omräknat till ett enhetligt invånarbidrag, motsvarande 3 kronor 35 öre per invånare

Stad	Folkmängd 31/12 1962	Antal skatte-kronor enligt 1962 års taxering	Statsbidrag efter 3 kronor 35 öre per invånare	Statsbidrag för år 1962	Invånare-bidraget i förhållande till 1962 års bidrag: ökning (+) respektive minskning (−)	Motsvarar minskad (−) respektive ökad (+) utdebitering
1	2	3	4	5	6	7
Stockholm	802.124	68.257.271	2.687.115	2.830.459	−143.344	+0,00,2
Göteborg	410.681	26.632.344	1.375.781	1.226.619	+149.162	−0,00,6
Malmö	237.517	15.156.432	795.682	786.976	+ 8.706	−0,00,1
Summa	1.450.322	110.046.047	4.858.578	4.844.054	+ 14.524 (+157.868) (−143.344)	−0,00,01 (−0,00,4) (+0,00,2)

Tabellbilaga S:1

utanför landstingskommun drivna hälso- och sjukvården

rag till					Statsbidrag	
lättskötta psykiskt sjuka	barnmorskeväsen	förebyggande mödra- o. barnavård	folktandvård	Summa	per invånare	per skattekrona
8	9	10	11	12	13	14
74.893	1.240.877	18.060	665.048	2.830.459	3.53	0.04
—	519.758	8.580	359.888	1.226.619	2.99	0.05
86.614	274.897	8.130	203.992	786.976	3.31	0.05
161.507	2.035.532	34.770	1.228.928	4.844.054	3.34	0.04

Tabellbilaga S:3

1962 års statsbidrag till den av städer utanför landstingskommun drivna hälso- och sjukvården omräknat till ett differentierat invånarbidrag, motsvarande för Stockholm 3 kronor 55 öre, för Göteborg 3 kronor och för Malmö 3 kronor 30 öre, allt per invånare

Stad	Folkmängd 31/12 1962	Antal skattekronor enligt 1962 års taxering	Differentierat bidrag per invånare	Statsbidrag för år 1962	Differentierat bidrag i förhållande till 1962 års bidrag: ökning (+) respektive minskning (−)	Motsvarar minskad (−) respektive ökad (+) utdebitering
1	2	3	4	5	6	7
Stockholm	802.124	68.257.271	2.847.540	2.830.459	+17.081	−0,00,3
Göteborg	410.681	26.632.344	1.232.043	1.226.619	+ 5.424	−0,00,02
Malmö	237.517	15.156.432	783.806	786.976	−3.170	+0,00,02
Summa	1.450.322	110.046.047	4.863.389	4.844.054	+19.335 (+22.505) (− 3.170)	−0,00,02 (−0,00,02) (+0,00,02)

Sammanställning av på år 1962 belöpande statsbidrag till den av städerna utanfö

Stad	Folkmängd 31/12 1962	Antal skattekronor enligt 1962 års taxering	På år 1962 belöpand					
			tuberkulossjukvård	epidemivård	vård av kroniskt sjuka	med. barnavdelningar	lättskötta psykiskt sjuka	psykiatriska lasarettskliniker
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stockholm	802.124	68.257.271	341.117	32.092	772.522	127.682	74.893	162.609
Göteborg	410.681	26.632.344	82.672	5.262	782.377	82.924	—	105.450
Malmö	237.517	15.156.432	53.232	2.770	687.660	62.076	86.614	107.421
Summa	1.450.322	110.046.047	477.021	40.124	2.242.559	272.682	161.507	375.480

1962 års statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård, verksamhet för samt försöksvis anordnad familjerådgivning omräknat till ett bidrag till avsvarande 8.000 kronor per läkare

Stad	Statsbidrag till				Antal tjänster (psyk. barna- och ungdomsvård + abortförebyggande åtgärder)	
	psyk. barna- och ungdomsvård	abortförebyggande åtgärder	försöksvis anordnad familjerådgivning	summa	läkare	kurator m. fl.
1	2	3	4	5	6	7
Stockholm	234.863	77.060	—	311.923	24	54
Göteborg	76.800	44.430	—	121.230	7	17
Malmö	55.258	22.220	—	77.478	5	15
Totalt	366.921	143.710*	—	510.631*	36	86

* Härtill kommer visst belopp för utförande av graviditetsreaktioner (jfr. anm. å tabell L:14)

Tabellbilaga S:4

ndstingskommun drivna hälso- och sjukvården vid full likställighet med landstingen

atsbidrag till						Statsbidrag	
barnmors-keväsen	distrikts-vård	dispensär-vård	föreb. mödra- o. barnavård	folktand-vård	Summa	per invånare	per skatte-krona
10	11	12	13	14	15	16	17
18.060	284.796	438.410	1.240.877	1.330.096	4.823.154	6.01	0.08
8.580	161.471	150.875	519.758	719.776	2.619.145	6.38	0.10
8.130	115.560	101.465	274.897	407.984	1.907.809	8.03	0.13
34.770	561.827	690.750	2.035.532	2.457.856	9.350.108	6.45	0.08

Tabellbilaga S:5

töd och rådgivning till havande kvinnor i abortförebyggande syfte m. m. önande av läkare och kuratorer m. fl. inom dessa verksamhetsgrenar, mot- och 3.000 kronor per kurator, m. fl.

Statsbidrag beräknat efter			Det omräknade bidraget jämfört med 1962 års separata bidrag ökning (+) minskning (−)
för läkare 8.000 kr	för kurator m. fl. 3.000 kr	summa	
8	9	10	11
192.000	162.000	354.000	+42.077
56.000	51.000	107.000	−14.230
40.000	45.000	85.000	+ 7.522
288.000	258.000	546.000	+35.369 (+49.599) (−14.230)

KUNGL. BIBLIOTEKET STOCKHOLM

STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1966

Systematisk förteckning

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

Utrikesdepartementet

Internationellt fredsforskningsinstitut i Sverige. [5]

Socialdepartementet

Förenklad statsbidragsgivning till hälso- och sjukvården. [6]

Finansdepartementet

1965 års långtidsutredning 1. Svensk ekonomi 1966—1970. [1] 2. Export och import 1966—1970. Bilaga 1. [2]
Ny myntserie. [4]

Ecklesiastikdepartementet

Yrkesutbildningen. [3]

KUNGL. BIBLIOTEKET STOCKHOLM

HAKAN OHLSSONS BOKTRYCKERI
LUND 1966