

Sjukresor

SAMORDNING OCH FÖRENKLING



Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013



National Library
of Sweden

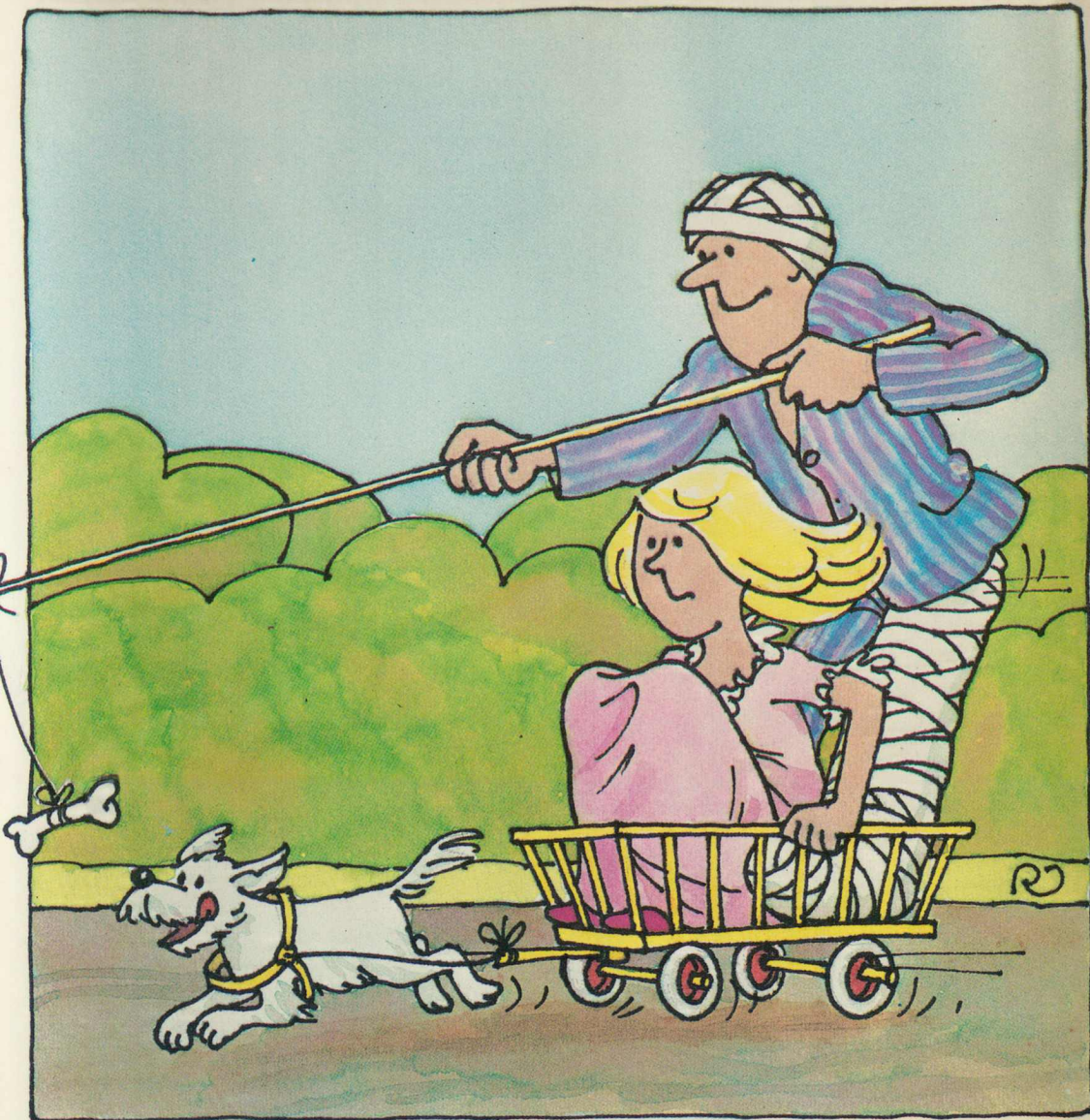
BETÄNKANDE AV SJUKRESEUTREDNINGEN

SOU

1981:35

Sjukresor

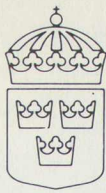
SAMORDNING OCH FÖRENKLING



BETÄNKANDE AV SJUKRESEUTREDNINGEN

SOU

1981:35



Statens offentliga utredningar
1981:35
Socialdepartementet

Sjukresor —

Samordning och förenkling

Betänkande av Sjukreseutredningen
Stockholm 1981

Omslag Jan Bohman,
Jernström Offsettryck AB

ISBN 91-38-06226-7

ISSN 0375-250X

Gotab, Kungälv 1981

Till statsrådet och chefen för socialdepartementet

Den 21 juni 1979 bemyndigade regeringen chefen för socialdepartementet att tillkalla en särskild utredare för att göra en översyn av sjukförsäkringens ersättningssystem vid sjukresor samt att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt utredaren. Som utredare tillkallades den 30 augusti 1979 dåvarande landshövdingen Bengt Olsson. Den 10 december 1979 tillkallades som sakkunniga förste sekreteraren Carl-Ivar Dahlgren, avdelningsdirektören Göran Fredrixon, departementssekreteraren Gert Jönsson, departementssekreteraren Bengt Sibbmark och sekreteraren Bernt Öberg.

Utredningen har antagit namnet sjukreseutredningen.

Som sekreterare förordnades den 1 januari 1980 kontorsföreståndaren Göran Bäckman och sekreteraren Marica Jenstav.

Utredningen får härmed överlämna betänkandet Sjukresor – samordning och förenkling.

Särskilt yttrande har lämnats av sakkunnige Gert Jönsson.

Stockholm i juni 1981

Bengt Olsson

*/Göran Bäckman
Marica Jenstav*

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	9
<i>Författningsförslag</i>	15
1 <i>Utredningsuppdraget och utredningens arbete</i>	21
1.1 Direktiven och till utredningen överlämnade frågor	21
1.2 Utredningens arbete och betänkandets innehåll	24
2 <i>Hälso- och sjukvården</i>	27
2.1 Huvudmannaskap	27
2.2 Sjukvårdshuvudmännen och staten	27
2.3 Sjukvårdshuvudmännen och försäkringskassorna	28
2.4 Landstingens politiska och administrativa organisation	29
2.5 Landstingens planering	30
2.6 Vårdstruktur	30
2.7 Hälso- och sjukvårdens utveckling	31
2.7.1 Primärvård	34
2.7.2 Hälso- och sjukvårdsutredningen	35
2.7.3 Hälso- och sjukvård inför 90-talet	37
2.8 Privatläkarvård	37
2.9 Tandvård	37
2.10 Företagshälsovård	38
3 <i>Trafik och transporter</i>	39
3.1 Trafikpolitik i sammandrag	39
3.2 Länshuvudmannaskapsreformen	41
3.3 Färdtjänst och handikappanpassad kollektivtrafik	42
3.4 Taxi	44
3.5 Samhällsbetalda persontransporter i Uppsala län	47
3.5.1 Resor i Uppsala län som kommunerna betalar	47
3.5.2 Resor i Uppsala län som landstinget betalar	48
3.6 Persontransportarbetets utveckling i riket 1960–1990	49
4 <i>Sjukreseförordningen – nuvarande regler och dess brister</i>	53
4.1 Bakgrund	53
4.2 Nuvarande regler	55
4.2.1 Handläggning av sjukreseärenden	57

4.3	Problem och brister	58
4.3.1	Sjukreseförordningens omfattning	58
4.3.2	Billigaste färd sätt	61
4.3.3	Resans längd	63
4.3.4	Tandvårdsresor	64
4.3.5	Karensbelopp	65
4.3.6	Färdmedel	65
4.3.7	Behovet av ett högkostnadsskydd	66
4.3.8	Överlåtelse av kostnad på annan (överlåtelsekvitto)	67
4.3.9	Samåkning	68
4.3.10	Övernattningskostnader	68
4.3.11	Följeslagare	68
4.3.12	Sjukt barn	68
5	<i>Sjukresorna i siffror</i>	71
5.1	Sjukresorna i riket och i länen	71
5.2	Undersökning av sjukresor i Uppsala län	74
5.2.1	Resultat	74
5.2.2	Summering	82
6	<i>Om samordning av sjukresor</i>	85
6.1	Faktorer som inverkar på samordning	85
6.2	Samåkning i taxi	86
6.2.1	Sjukreseutredningens försöksverksamhet i norra Uppland	86
6.2.2	Resultat från Uppsala-undersökningen	88
6.3	Ökat kollektivåkande	92
6.4	Samordning av varu- och persontransporter	95
6.5	Samåkning i privatbil	97
6.6	Avslutande kommentarer	97
7	<i>Samspel mellan vård, sjukresor och trafik i framtiden</i>	99
7.1	Utvecklingsdrag inom hälso- och sjukvården	99
7.2	Utvecklingsdrag inom trafiksektorn	100
7.3	Utvecklingsdrag inom socialförsäkringen	101
7.4	Sjukresorna och vården	101
7.5	Ökat samspel mellan vård, sjukresor och trafik	106
8	<i>Utgångspunkter för en ändrad sjukreseförordning</i>	109
8.1	Jämlikhetsprincipen	109
8.2	Överensstämmelse med vården	110
8.3	Underlätta samarbetet mellan olika huvudmän	111
8.4	Underlätta ett framtida landstingsansvar	112
8.5	Stimulera till samåkning	112
8.6	Stimulera till ökat kollektivåkande	113
8.7	Enklare administration	113
8.7.1	Återbäringsprincipen	114
8.7.2	Överlåtelsekvitto	114
8.8	Inga kostnadsökningar	115
8.9	Patienternas krav	116
8.10	Bedömning	116

9	<i>Förslag till ändrad sjukreseförordning – steg 1</i>	119
9.1	Sjukreseförordningens omfattning	119
9.1.1	Sjukresor till/från sjukgymnast inom företagshälsovården	119
9.1.2	Intagna patienters sjukresor	120
9.1.3	Sjukresor inom mödravården	120
9.1.4	Sjukresor företagna av boende på ålderdomshem	120
9.1.5	Ersättning för vissa fordonsskador vid olycksfalls-transporter	121
9.2	Billigaste färd sätt	123
9.3	Resans längd	125
9.4	Resersättning	127
9.4.1	Karensbelopp	127
9.4.2	Buss, tåg och flyg	129
9.4.3	Privatbil	129
9.4.4	Taxi	131
9.4.5	Övriga färdmedel	131
9.4.6	Färdtjänst, tur bilar m m	131
9.4.7	Följeslagare, vårdare m m	133
9.4.8	Högekostnadsskydd	134
9.4.9	Överlåtelsekvitto	138
9.4.10	Övernattningskostnader	140
9.5	Ändringarna i sammandrag	139
9.6	Kostnader	140
10	<i>Sjukresor i sjukvårdshuvudmännens regi – steg 2</i>	143
10.1	Riktlinjer	143
10.2	Administrativt system för sjukresor	144
10.2.1	Översiktlig beskrivning	145
10.2.2	Kostnader	148
10.2.3	Försöksverksamhet	149
10.3	Genomförande	149
	<i>Särskilt yttrande</i>	151
Bilaga 1	<i>Kompletterande uppgifter om sjukreseutredningens undersökning i Uppsala län</i>	153
Bilaga 2	<i>Sjukreseförordningen och dess tillämpningsföreskrifter</i>	169
Bilaga 3	<i>Avtal och anvisningar för försöksverksamheten med sam- ökning i taxibil i norra Uppland</i>	185
Bilaga 4	<i>Exempel på sjukreseinformation till patienter</i>	191
Bilaga 5	<i>Beskrivning av ett administrativt system för sjukresor</i>	193

Sammanfattning

Sjukreseutredningen har haft två huvuduppgifter. För det första har det gällt en översyn av ersättningssystemet ur organisatorisk och administrativ synvinkel. I denna uppgift har framför allt ingått att undersöka olika möjligheter att förenkla administrationen. I utredningsdirektiven anges därvid att alternativ till återbäringsprincipen borde övervägas samt en schablonisering av reseersättningarna. I uppgiften har också ingått att pröva förutsättningarna för att ge sjukvårdshuvudmännen ett ökat ekonomiskt och administrativt ansvar för sjukresorna.

För det andra har det gällt att finna åtgärder som kan ge en förbättrad samordning av sjukresorna.

Med sjukresor menas här sådana vårdresor som ersätts enligt sjukreseförordningens regler.

För att kunna gripa sig an sina huvuduppgifter har sjukreseutredningen analyserat de problem och brister som finns med nuvarande ersättningssystem för sjukresorna samt genomfört en noggrann kartläggning av sjukresor i Uppsala län.

Då organisationen av *hälso- och sjukvården* är av största vikt för sjukresornas längd och omfattning, inleds därför föreliggande betänkande med en beskrivning av dagens vård med utblickar mot framtidens (kapitel 2). I kapitlet konstateras att sjukvårdshuvudmännen har stor frihet att själva utforma och organisera sin verksamhet. Det finns därmed stora skillnader mellan sjukvårdshuvudmännen. Beroende på länens skiftande geografiska och befolkningsmässiga förutsättningar varierar också antalet vårdenheter och avstånden till dessa och därmed vårdens åtkomlighet för patienterna.

Sjukvårdshuvudmännen har dock en gemensam färdriktning, nämligen ökad satsning på öppen vård utanför sjukhusen och ökad satsning på förebyggande åtgärder (hälsovård). Ambitionerna är vidare att flytta vården närmare patienterna. Då andelen äldre beräknas öka fram till år 2000, kommer en stor del av vårdresurserna att avse dessa. Av såväl humanitära som ekonomiska skäl börjar äldrevården också alltmera att ske i öppnare former såsom dagsjukvård och mera kvalificerad sjukvård i hemmet.

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården pekar mot att resorna till/från mottagningarna blir kortare men frekventare i framtiden. Vidare kommer personalresorna att ändra karaktär samt öka i omfattning.

För sjukresorna är också *kommunikationerna* och resemöjligheterna mycket betydelsefulla. I kapitel 3 behandlas sålunda delar av trafiksektorn. Under 1970-talet kom kollektivtrafiken att betraktas som en del i den grundlägg-

gande samhällsservicen och samhällets stöd till trafiken ökade därför. För att förbättra villkoren för kollektivtrafiken har riksdagen beslutat att kommuner och landsting gemensamt skall ansvara för länets vägbundna kollektivtrafik. Det finns härmed organisatoriska förutsättningar för att skapa en mera effektiv kollektivtrafik till fördel för bl a sjukresorna. Transportrådet räknar med att busstrafiken skall öka med 40 procent under 1980-talet. Motsvarande siffra för privatbilismen är fem procent, men denna beräknas likväl svara för 75 procent av persontransportarbetet 1990.

Taxi är ett viktigt kommunikationsmedel vid sjukresor och sjukresorna svarar i sin tur för en betydande andel av taxis intäkter. Andelen varierar emellertid från ort till ort samt mellan tätort och glesbygd.

Taxi betraktas numera som en del i kollektivtrafiken. Näringen torde också i ökande grad kunna ersätta och komplettera traditionell kollektivtrafik (exempelvis nattrafik i tätort, anropsstyrd trafik, glesbygdstrafik, samåkning).

Bildandet av beställningscentraler omfattande hela kommuner (i normalfallet) har påbörjats efter ett riksdagsbeslut hösten 1980. Det pågår också projekt på olika håll i landet som går ut på att samordna framför allt samhällsbetalda taxiresor. Därvid diskuteras beställningscentraler som taxi skulle kunna äga tillsammans med tex kommunen eller länstrafikbolaget. Till beställningscentralerna skulle också kollektivtrafikinformation m. m. kunna kopplas. Såväl manuella som datorbaserade planerings- och beställningssystem håller på att utarbetas.

Samarbetsformer kommer sannolikt att utvecklas mellan länstrafikbolagen och taxi. En utveckling i den riktningen parad med en utveckling av anropsstyrd kollektivtrafik och beställningscentraler talar för att sjukresorna på sikt i högre grad än nu kan inordnas i länens kollektivtrafiksystem.

Sjukresorna svarar endast för en liten del av de samhällsbetalda persontransporterna. I Uppsala län är andelen av kostnaderna 11 procent.

I kapitel 4 behandlas *sjukreseförordningen* med tonvikt på problem och brister. Hela förordningen i dess nuvarande lydelse återfinns i bilaga 2. I kapitlet konstateras att dagens sjukreseadministration är besvärlig och dyrbar, ca 60 milj. kr 1980 motsvarande ca 20 procent av utbetald ersättning och ca 500 årsarbetare hos försäkringskassorna.

Av kapitel 5 framgår att 4,3 milj. *sjukresor* ersattes 1980. Ersättningen uppgick till 360 milj. kr.

Av utredningens undersökning av sjukresor i Uppsala län framgår bl. a. att merparten av sjukresorna (82 procent) avser besök hos läkare medan tandläkarbesök och sjukgymnastbesök svarar för sju procent vardera. Av resorna sker 47 procent med privatbil, 37 procent med taxi, 14 procent med kollektiva färdmedel samt 2 procent med mera än ett färdmedel t. ex. kombination tåg och taxi. Relationerna blir annorlunda för den utbetalda ersättningen. 2/3 av den avser taxiresor, 1/4 privatbilsresor och knappt 1/10 kollektivtrafik- och kombinationsresor. Nära hälften av dem som åker taxi är 70 år eller äldre. Resmönstret ser olika ut i länets olika delar. Man finner bl. a. att andelen taxiresor är större i glest bebyggda områden med relativt långt till vårdmottagningar och med en stor andel äldre.

Samordning av sjukresor behandlas i kapitel 6. Därvid diskuteras först möjligheterna att få till stånd samåkning i taxi. Sjukreseutredningen har initierat en försöksverksamhet med samåkning i taxibil i norra Uppland.

Efter halva försöksperioden konstaterar utredningen bl. a. att ekonomisk stimulans, såsom sker i försöksverksamheten, till taxi ger begränsad effekt när det gäller att få ner sjukresekostnaderna genom samåkning.

Utredningen diskuterar vidare samåkningsmöjligheter i taxi utifrån en undersökning i Uppsala län. Om man ej tar hänsyn till taxis nuvarande geografiska verksamhetsområden och kommungränser finns ett tillräckligt passagerarunderlag från så gott som hela länet till de orter som svarar för merparten av vården. Passagerarunderlaget och samordningsmöjligheterna skulle dock öka om andra samhällsbetalda resor kunde tas med.

Möjligheterna att samordna resorna försvåras emellertid i dag av en rad omständigheter. Mest besvärande är bristen på beställningscentraler med uppgift att planera och samordna resor såväl inom som över kommungränserna. Det är därför angeläget att samhället på olika sätt medverkar i bildandet av beställningscentraler.

Samordningen försvåras också av att huvudmännen (kommun, landsting, försäkringskassa) har olika regler för kostnadsansvar och ersättning för taxi-resor. Det är därför befogat att se över alla regler för samhällsbetalda taxiresor i ett sammanhang. Detta skulle sannolikt uppnås om kommuner och landsting uppdrog åt länstrafikbolagen att ansvara för dessa resor. Ett samarbete i gemensamma beställningscentraler skulle också kunna vara fruktbart.

På kort sikt skulle emellertid samåkning i taxi till och från vårdmottagningarna kunna ökas något genom att patienternas resmöjligheter beaktades vid tidgivningen. Samordningsmöjligheterna skulle t. ex. öka om patienter från samma område regelmässigt kunde få läkartid på samma veckodag. Vidare skulle t. ex. sjukhusen i ökad utsträckning kunna hjälpa till att samordna resor för både inskrivna och tillfälligt besökande patienter via befintliga samordningscentraler. Bekymret är emellertid att vårdmottagningarna i stor utsträckning saknar ekonomiska motiv för dessa samordningsinsatser.

Sjukreseförordningens regler kan i vissa stycken också ändras så att de inte hämmar samåkning.

Sammantaget innebär detta att sjukreseutredningen anser att det finns underlag för och möjligheter att samordna taxiresor. Men det är svårt att nu i någon större omfattning få till stånd en sådan, eftersom det ännu saknas organisatoriska förutsättningar. Gemensamma beställningscentraler krävs. Vidare skulle samordningen underlättas om landstingen var ansvariga för sjukresorna.

Som samordning av sjukresor räknas även användandet av kollektiva färdmedel. För att få ett ökat användande av allmänna kommunikationsmedel vid sjukresor skulle också en del insatser behövas. Därvid krävs en dialog mellan trafiksektorn och vårdsektorn. Goda förutsättningar för en sådan finns nu genom länshuvudmannaskapsreformen. Till att börja med skulle man kunna vidta en rad tämligen enkla icke eller ringa kostnadskrävande åtgärder. Bokning av patienternas tider bör i ökad utsträckning ske med hänsyn till de kollektiva resmöjligheterna. Informationen om kollektivtrafiken måste förbättras både till patienter och mottagningarna. Inledningsvis kan också relativt enkla åtgärder vidtas för att förbättra trafiken t. ex. hållplatser vid vårdinrättningarna och vettiga anslutningar mellan stads- och landsbygdstrafik.

Det är alltså även här fråga om åtgärder som sjukvårdshuvudmännen och länstrafikbolagen skulle kunna vidta. De huvudsakliga besparingarna skulle emellertid tillfalla försäkringskassorna.

Antalet sjukresor är i jämförelse med andra resor litet och resandet är oregelbundet, varför det inte kan vara grunden för busslinjetrafikens uppläggning. Det finns heller inte skäl att bygga upp en särskild organisation för sjukresorna utan de bör ingå som en del då den vanliga busstrafiken etc. planeras. Sjukresorna borde därför ingå i Transportrådets föreskrifter och råd för länshuvudmännens trafikplaneringsarbete. Då sjukresor i allmänhet inte måste ske vid samma tider som arbets- och skolor, borde de under förutsättning att linjer och tidtabeller medger sjukresor, kunna bidra till att öka bussarnas passagerarunderlag. I de fall där det kan vara ekonomiskt motiverat att öka kollektivtrafikutbudet för bl. a. sjukresornas behov, kan anropsstyrd trafik vara lämplig.

I kapitlet behandlas slutligen möjligheter att samordna person- och varutransporter utifrån en verksamhet i Örebro läns landsting.

I kapitel 7 behandlas hur man i framtiden skall kunna få ett *samspel mellan vård, sjukresor och trafik*. Diskussionen grundar sig på förväntad utveckling inom de tre sektorerna hälso- och sjukvård, trafik och socialförsäkring. Sjukresorna måste kunna passas in i det sammanhanget. I dag är överensstämmelsen mellan sektorerna ofta bristfällig. Detta har till stor del att göra med att det är flera huvudmän inblandade. I kapitlet tas några problem upp, som har med detta att göra. Därvid konstateras bl. a. att dagens ersättningssystem i viss mån motverkar vårdens utveckling mot mera öppna vårdformer.

Enligt utredningen borde sjukresoreglerna utformas tillsammans med vården. Transportapparaten borde kunna användas som ett medel i sammanhanget. Det är också angeläget att sjukresoreglerna smidigt och kontinuerligt kan anpassas till vård- och trafikpolitiken. Detta talar för att sjukvårdshuvudmännen bör ha ansvaret för sjukresorna, eftersom de i dag ansvarar för hälso- och sjukvården samt har ett delansvar för den vägbundna kollektivtrafiken. Som ansvariga för båda dessa sektorer har landstingen unika möjligheter att åstadkomma en i vidaste mening rationell sjukresepolitik. Det borde också finnas goda möjligheter att samordna sjukresor med andra transporter som sjukvårdshuvudmännen ombesörjer. Sjukresorna kommer härigenom på ett naturligt sätt in då såväl vård som kollektivtrafik planeras. Det finns härmed också ekonomiska motiv att vidta sådana vårdplaneringsåtgärder som möjliggör ökad samordning av sjukresorna, samt åtgärder i övrigt som ger lägre sjukresekostnader.

Vidare borde reseregler som bättre passar länets (kommunens) vårdssituation, resmöjligheter etc. kunna skapas till bl. a. patienternas fromma. För dessa torde det också vara en fördel att vända sig till samma huvudman för både vård och reseersättning.

Den på de flesta håll ännu ej utbyggda trafikorganisationen samt det förhållandet att det behövs tid för att utarbeta en förbättrad sjukreseadministration talar emellertid för att sjukvårdshuvudmännen inte omedelbart kan åläggas ansvaret för sjukresorna. Sjukreseutredningen föreslår därför en utveckling i två steg, där STEG 1 innebär förenklingar inom ramen för nuvarande system. Först i STEG 2 övertar sjukvårdshuvudmännen ansvaret för sjukresorna.

Mot bakgrund av *utgångspunkter för en ändrad sjukreseförordning*, som behandlas i kapitel 8, föreslår utredningen att följande genomförs i *steg 1* (kapitel 9):

- Försäkringsskyddet vid sjukresor utvidgas till att omfatta även resor i samband med vård och behandling av sjukgymnast vid företagshälsövårdsmottagningar, som är registrerade hos allmän försäkringskassa. I tillämpningsföreskrifter anges vidare att resans längd ej skall begränsas då det gäller besök vid företagshälsövårdsmottagningar.
- I tillämpningsföreskrifterna betonas att reseersättning kan ges vid resor inom mödravården, vilka föranletts av misstanke om sjukdom hos fostret.
- Av tillämpningsföreskrifterna skall vidare framgå att patient intagen på sjukhus och som erhåller öppen vård utanför sjukhuset, kan få reseersättning under förutsättning att sjukhuset ej kan ge erforderlig vård samt att tid var avtalad före intagningen på sjukhus.
- Sjukreseförordningens regler skall även omfatta boende på ålderdomshem. För att få en enkel administration föreslås att kommuner och försäkringskassor kan avtala om gottgörelse för dessa pensionärers sjukresor.
- Patienters föreningar i bilar vid sjukdom föreslås ersättas genom den allmänna försäkringen.
- För att underlätta försäkringskassornas administration föreslås att reglerna om billigaste färd sätt ändras. Därvid slås fast att buss och tåg skall användas i första hand. Flygresor kan alltid ersättas om färdsträckan mellan flygplatsorterna uppgår till 35 mil enkel färdväg eller om sjukresan sker till eller från Gotland. Privatbilsresorna kan alltid ersättas utan att kostnadsjämförelse behöver göras. Försäkringskassorna skall fortsättningsvis endast behöva utreda taxiresor som skett utan läkarintyg.
- Ett system med differentierade karensbelopp införs. Principen är den att det lägsta karensbeloppet skall gälla för buss- och tågresor och det högsta för taxiresor. Karensbeloppet för privatbilsresor har inarbetats i en schablonersättning, som nivåmässigt ligger mellan ersättningen för resor med allmänna färdmedel och taxiresor.
- För tåg och buss införs vidare en villkorlig karens, dvs. kostnaden ersätts om den överstiger 15 kr. Detsamma föreslås gälla, då sjukresan sker med speciella fordon som inte går i allmän trafik t. ex. snöscooters.
- Ersättning för bilresa utges om enkel färdväg är minst 26 km.
- Ett högsta karensbelopp på 15 kr för enkel resa föreslås för taxiresor. Då samåkning sker delar emellertid patienterna lika på karensbeloppet.
- Sammantaget innebär dessa förslag att administrationskostnaderna reduceras med drygt 13 milj. kr och den totala reseersättningen med drygt 15 milj. kr i jämförelse med 1979 års siffror.
- Ett begränsat högkostnadsskydd föreslås gälla patienter med särskilda vårdbehov som kräver regelbundet återkommande behandling under längre tid, t. ex. dialyspatienter och dagpatienter. Högkostnadsskyddet inträder när patienten under ett år erlagt karensbelopp över 300 kr. Skyddet gäller därefter resten av året.
- Reglerna om ersättning för övernattnings ändras så att ersättning utbetalas endast under förutsättning att patienten kontaktat vårdgivaren för att undersöka om tiden för vårdbesöket kan ändras så att övernattnings kan undvikas.

- Avtalsmöjligheter införs så att kommuner och landsting kan få gottgörelse för sjukresor som sker med t. ex. färdtjänst och turbilar. Kostnaderna för försäkringen beräknas härför öka med ca 20 milj. kr (inkl. ålderdomshemsboendes sjukresor). Försäkringskassorna skall även kunna teckna avtal med taxi om sjukresor. En förutsättning härför är emellertid att taxi tillhör en beställningscentral, där patienterna skall beställa sin resa.
- Bruket med överlåtelsekvitton legaliseras. I föreskrifter från riks-försäkringsverket bör slås fast att dessa i första hand får användas vid akuta resor. De kan vidare få utnyttjas då reskostnaden överstiger 200 kr enkel resa. Överlåtelsekvittot bör vidare presenteras hos försäkringskassen senast 14 dagar efter resdagen.

Ändringarna föreslås gälla från och med den 1 juli 1982.

I betänkandets sista kapitel presenteras riktlinjer för *steg 2*. Enligt sjukreseutredningens mening bör alla sjukvårdshuvudmän överta ansvaret för sjukresorna den 1 januari 1985. Ansvaret bör anges i den nya lagstiftningen för hälso- och sjukvården. Ansvarets innehåll bör närmare preciseras i förhandlingar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. I dessa bör också överenskommas hur stor ersättningen från försäkringen till sjukvårdshuvudmännen skall vara samt hur den skall fördelas mellan dem. Enligt utredningens uppfattning bör fördelningen ske efter en schablon som bl. a. tar hänsyn till avstånden till vårdinrättningarna i sjukvårdsområdet. Det skall inte vara fråga om någon detaljerad och åtgärdsbunden ersättning, som ställer krav på en registrering och kontroll av varje resa. Sjukvårdshuvudmännen förutsätts få ett belopp varje år avsett för sjukresor. Sjukvårdshuvudmännen förutsätts också få frihet att utforma sjukresoregler inom de ramar som fastställs vid förhandlingarna med staten.

Sjukreseutredningen har bedömt det som angeläget att finna ett administrativt system som underlättar hanteringen av sjukresor. Utredningen har därför skisserat ett system som bygger på att patienternas behov av resa och ersättning för denna bedöms samtidigt som tid ges för vårdbesöket.

På så sätt blir man kvitt den dyrbara och besvärliga eftergranskningen av sjukresorna. Återbäringsprincipen kan vidare slopas för taxiresor och för resor med kollektiva färdmedel. Patienterna förutsätts nämligen i de fall de är berättigade till ersättning, för resan få hemsänt färdbevis i form av sjukresebevis, som berättigar till "gratis" sjukresa förutom det karensbelopp som kan vara aktuellt. Patienterna behöver således inte i efterhand ansöka om ersättning. Sjukresebevis sänds även till dem, som skall åka privatbil. Patienten har med sig beviset till mottagningen, där ersättningsbeloppet godkänns. Detta sänds därefter direkt till patienten från datacentralen, som också ser till att taxi och andra transportföretag får betalt för sjukresor.

Initialkostnaderna för ett administrativt system av detta slag beräknas till cirka 140 000 kr. Om alla sjukvårdshuvudmän skulle införa systemet skulle administrationskostnaderna uppgå till cirka 23 milj. kr att jämföras med dagens ca 60 milj. kr.

Enligt sjukreseutredningens mening bör ett administrativt system av detta slag prövas. Utredningen föreslår därför att en försöksverksamhet genomförs i ett landsting.

Författningsförslag

Förslag till förordning om ändring i Sjukreseförordningen (1975:964)

Häri genom föreskrivs i fråga om sjukreseförordningen (1975:964),
dels att 11 och 12 §§ samt rubriken närmast före 11 § skall upphöra
att gälla,
dels att 2, 3, 4, 10, 13 och 15 §§ samt rubriken närmast före 10 § skall
ha nedan angivna betydelse,
dels att i förordningen skall införas två nya paragrafer, 18 och 19 §§,
av nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

2 §

Ersättning utgår för resekostnad i samband med sjukvård som är ersättningsberättigad enligt lagen (1962:38) om allmän försäkring och rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.

Ersättning utgår också för resekostnad i samband med vård av specialist- eller specialtandläkare som har meddelats försäkrad som avses i 2 kap 3 § andra stycket lagen om allmän försäkring och vård som vid sjukdom har meddelats av distriktsköterska eller distriktsbarnmorska.

Resekostnadsersättning utgår ej för resa utom riket.

Föreslagen lydelse

2 §

Ersättning utgår för resekostnad i samband med sjukvård som är ersättningsberättigad enligt lagen (1962:38) om allmän försäkring och rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.

Ersättning utgår också för resekostnad i samband med vård av specialist- eller specialtandläkare som har meddelats försäkrad som avses i 2 kap. 3 § andra stycket lagen om allmän försäkring och vård som vid sjukdom har meddelats av distriktsköterska eller distriktsbarnmorska.

Om försäkrad i samband med sjukresa förorsakar skada på inredning i motorfordon ersätts de kostnader för skadan som överstiger 500 kronor. Riksförsäkringsverket meddelar närmare föreskrifter om reglering av sådan skada.

Resekostnadsersättning utgår ej för resa utom riket.

Nuvarande lydelse

3 §

Bestämmelserna i denna förordning om ersättning vid öppen vård skall, om annat ej anges, tillämpas i fråga om

1. läkarvård,
2. tandvård,
3. sjukvårdande behandling,
4. sjukvård meddelad av distriktssköterska eller distriktsbarnmorska,

5. rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.

6. utprovning och anpassning av hjälpmedel för handikappad som, efter ordination av behörig läkare eller annan som har ordinationsrätt, ombesörjes av sjukvårdshuvudman,

7. besök hos läkare vid företagshälsovårdsmottagning som är registrerad hos allmän försäkringskassa.

6 §

Den försäkrade har rätt till ersättning för resekostnad med hänsyn till den väg och det färsätt som verkligen har använts. Resekostnaden får dock ej beräknas till högre belopp än vad det skulle ha kostat att använda den väg och det färsätt som med skälig hänsyn till den försäkrades tillstånd, resans längd och övriga omständigheter varit ägnade att medföra den lägsta sammanlagda kostnaden.

Föreslagen lydelse

3 §

Bestämmelserna i denna förordning om ersättning vid öppen vård skall, om annat ej anges, tillämpas i fråga om

1. läkarvård,
2. tandvård,
3. sjukvårdande behandling,
4. sjukvård meddelad av distriktssköterska eller distriktsbarnmorska,

5. rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.

6. utprovning och anpassning av hjälpmedel för handikappad som, efter ordination av behörig läkare eller annan som har ordinationsrätt, ombesörjes av sjukvårdshuvudman,

7. besök hos läkare *eller sjukgymnast* vid företagshälsovårdsmottagning som är registrerad hos allmän försäkringskassa.

6 §

Den försäkrade har rätt till ersättning för resekostnad med hänsyn till den väg och det färsätt som verkligen har använts.

Ersättning utges för resa med buss eller tåg. Då dessa färdmedel inte kunnat användas p. g. a. den försäkrades tillstånd, resans längd och övriga omständigheter kan ersättning utges för resa med andra färdmedel. Där så är möjligt skall samåkning ske.

Ersättning för flygresor kan utges då avståndet mellan vårdgivaren och den ort varifrån flygresan kan vidtas överstiger 35 mil eller då resan sker från eller till Gotland.

Nuvarande lydelse

Karensbelopp

10 §

Den försäkrade har rätt till ersättning för den del av kostnaden som vid varje vårdtillfälle överstiger 30 kronor.

Karensbeloppet utgör dock 38 kronor vid,

1. tandvård, frånsett vård av specialist- eller specialtandläkare som meddelas efter remiss från läkare eller tandläkare eller som annars meddelas försäkrad som avses i 2 kap. 3 § andra stycket lagen om allmän försäkring,

2. rådgivning enligt lagen om ersättning för viss födelsekontrollerade verksamhet m. m.

Föreslagen lydelse

Ersättningens storlek

10 §

Ersättning för utgifter för sjukresa utges:

1. *vid resa med färdmedel i allmän trafik, med undantag för taxibil, enligt därför gällande taxa, med hela kostnaden om denna överstiger 15 kronor,*

2. *vid resa med taxibil enligt därför gällande taxa. Ersättning utges med belopp som överstiger 15 kronor för fram- respektive återresa. Har samåkning skett fördelas karensbeloppet lika mellan resenärerna,*

3. *vid resa med bil som ej går i allmän trafik och ej heller tillhandahålls genom sådan yrkesmässig uthyrning av bilar utan förare som gäller för en tid som understiger ett år, med belopp som anges i särskild förteckning (bilaga A),*

4. *vid anlitande av annat färd sätt än som sägs i 1–3 enligt vad som anses skäligt. Om kostnaden överstiger 15 kronor utgår ersättning för hela kostnaden.*

Ersättning utges ej för resa med cykel och moped.

I fråga om transporter med ambulansbil eller annat fordon som är särskilt anpassat för sjuktransport finns särskilda bestämmelser.

13 §

För försäkrads utgift för övernattnings utgår ersättning:

1. när den försäkrade vid resa med färdmedel som går i reguljär trafik icke har kunnat avsluta resan före kl 24 den dag resan har anträtts eller före den tidpunkt samma dag då han skulle ha kunnat bli intagen för sjukhusvård.

13 §

För försäkrads utgift för övernattnings utgår ersättning:

1. när den försäkrade vid resa med färdmedel som går i reguljär trafik icke har kunnat avsluta resan före kl. 24 den dag resan har anträtts eller före den tidpunkt samma dag då han skulle ha kunnat bli intagen för sjukhusvård.

Nuvarande lydelse

2. när den försäkrade har erhållit öppen vård under mer än en dag utanför bostadsorten och mellan behandlingstillfällena stannat kvar på den ort där vården meddelades.

Följeslagare m. m.

15 §

Om försäkrads ålder eller tillstånd påkallar att anhörig eller annan följer honom på resan, ersättes resekostnad och övernattningskostnad för följeslagaren enligt samma bestämmelser som gäller för den försäkrade. Vid resa i samband med sjukhusvård ersättes följeslagarens resekostnad varje gång högst efter kostnaden för tur- och returresa.

Har försäkrad drabbats av svårare olycksfall eller blivit allvarligt sjuk på avsides belägen arbetsplats eller under därmed jämförliga förhållanden, ersättes också gottgörelse till följeslagare för förlorad arbetsinkomst, dock med högst 100 kronor om dagen för varje följeslagare.

Behöver vård lämnas den sjuke under resa till eller från mottagning för öppen vård eller sjukhus där den sjuke har fått vård, ersättes skäligen kostnad för medföljande vårdare, om denne är läkare, sjuksköterska eller annan som på grund av utbildning eller yrke kan anses ha särskilda förutsättningar att lämna den behövliga vården.

Föreslagen lydelse

2. när den försäkrade har erhållit öppen vård under mer än en dag utanför bostadsorten och mellan behandlingstillfällena stannat kvar på den ort där vården meddelades.

Ersättning enligt punkt 1 utges under förutsättning att den försäkrade efterhört vårdgivares möjlighet att ändra tiden för intagning eller besök i öppen vård.

Följeslagare

15 §

Om försäkrads ålder eller tillstånd påkallar att anhörig eller annan följer honom på resan, ersättes resekostnad och övernattningskostnad för följeslagaren enligt samma bestämmelser som gäller för den försäkrade. Vid resa i samband med sjukhusvård ersättes följeslagarens resekostnad varje gång högst efter kostnaden för tur- och returresa.

Nuvarande lydelse

Följeslagen lydelse

Överenskommelse

18 §

Allmän försäkringskassa äger med kommun, landstingskommun och transportföretag, som åtager sig att svara för sjukresor och därmed sammanhängande kostnader, träffa överenskommelse om skälig gottgörelse härför samt om avgifter, vilka kommun, landstingskommun eller transportföretag må uttaga av de försäkrade för utförda transporter.

19 §

Allmän försäkringskassa äger träffa överenskommelse om ersättning till sjukvårdshuvudman som åtar sig att utge ersättning för sjukresekostnader till försäkrad med sådana särskilda vårdbehov som kräver regelbundet återkommande behandling under längre tid.

Därvid skall gälla att ersättning för hela resekostnaden kan utges om den försäkrade haft att erlægga karensbelopp som sammanlagt överstiger 300 kr under en ettårsperiod. Kostnadsbefrielsen gäller under den tid som återstår av ett år räknat från det första resetillfället.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 1982.

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

Härigenom föreskrivs att 20 kap. 6 § lagen (1962:381) om allmän försäkring skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Försäkrads fordran å ersättning enligt denna lag, som inestår hos riksförsäkringsverket eller allmän försäkringskassa, må ej utmätas. Försäkrads rätt till ersättning må ej heller överlätas innan ersättningen är tillgänglig för lyftning.

Bestämmelserna i första stycket hindra ej utmätning enligt vad som föreskrives i 67 d § utsökningslagen.

Föreslagen lydelse

Försäkrads fordran å ersättning enligt denna lag, som inestår hos riksförsäkringsverket eller allmän försäkringskassa, må ej utmätas. Försäkrads rätt till ersättning må ej heller överlätas innan ersättning är tillgänglig för lyftning.

Rätt till ersättning för sjukresa får dock överlätas på annan enligt regler som fastställs av riksförsäkringsverket.

Bestämmelserna i första stycket hindra ej utmätning enligt vad som föreskrives i 67 d § utsökningslagen.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1982.

1 Utredningsuppdraget och utredningens arbete

1.1 Direktiven och till utredningen överlämnade frågor

Dåvarande chefen för socialdepartementet, statsrådet Gabriel Romanus, meddelade följande direktiv för utredningen i anförande till protokoll vid regeringssammanträdet den 21 juni 1979:

”Sjukförsäkringen lämnar ersättning för resekostnader i samband med vård där vårdkostnaden eller del därav ersätts av försäkringen. De grundläggande bestämmelserna om ersättning för försäkrads resekostnader finns i 2 kap. 1, 5 och 6 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring. Regeringen har meddelat mera detaljerade bestämmelser i sjukreseförordningen (1975:964). Riksförsäkringsverket har vidare utfärdat vissa tillämpningsföreskrifter. Ersättning för sjuktransporter med ambulans utges till sjukvårdshuvudman enligt förordningen (1975:963) om ersättning för sjuktransporter och handikaphjälpmedel.

Ersättning lämnas för resor i samband med läkarvård, sjukhusvård, konvalescentvård, sjukvårdande behandlingar i offentlig regi (t. ex. vård av sjukgymnast, psykolog, arbetsterapeut, logoped m. fl.) eller av privatpraktiserande sjukgymnast m. fl., som är anslutna till den allmänna försäkringen, utprovning och anpassning av hjälpmedel för handikappade, vård hos distriktssköterska eller distriktsbarnmorska, preventivmedels-, abort- eller steriliseringsrådgivning samt i samband med tandvård som ges i offentlig regi eller av privatpraktiserande tandläkare som är ansluten till den allmänna försäkringen. Ersättning kan lämnas med den del av kostnaden som överstiger ett karensbelopp, f. n. 10 kr (vid tandvård 18 kr). Normalt ersätts kostnader för resa med billigaste färdssätt. Vid resa med egen bil lämnas ersättning med 40 öre per kilometer. Ersättning lämnas för resa till närmaste vårdgivare som kunnat ge den vård den försäkrade behövt.

Sjukvårdshuvudmännen ansvarar för sjuktransporter med ambulans och andra sjuktransportfordon. För sådana resor får avgift tas ut med högst 10 kr. Från sjukförsäkringen utgår en sjuktransportersättning direkt till sjukvårdshuvudmännen med f. n. 16 kr per invånare och år enligt tidigare nämnd förordning härom.

Försäkringens kostnader för sjukresor uppgick år 1978 till ca 410 milj. kr varav ca 275 milj. kr för ersättningar till de försäkrade och 135 milj. kr för ersättning till sjukvårdshuvudmännen.

Samtliga ersättningar för resor i samband med sjukvård betalas ut av försäkringskassorna. Den försäkrade måste vända sig till försäkringskassan med sina ersättningsanspråk för resekostnader. Under år 1978 gjorde försäkrade hos försäkringskassorna anspråk på ersättning för sammanlagt 4,4 milj. resor. Ersättningen per resekostnadsverifikation uppgick till i genomsnitt ca 63 kr. Av försäkringskassornas arbetsredovisning framgår att kassorna år 1978 använt mellan 400 och 500 årsarbetare till en kostnad av ca 50 milj. kr för utbetalning av tidigare nämnda 275 milj. kr

i resekostnadsersättning till de försäkrade. Administrationskostnaderna kan alltså beräknas till ca 20 % av utbetalt belopp.

Reseersättningarna inom sjukförsäkringen är den sista förmån av betydelse där det tidigare allmänt gällande återbäringsystemet fortfarande existerar. Som framgår av vad jag tidigare nämnt innebär detta system en betungande administration för försäkringskassorna och en hög administrationskostnad i förhållande till utbetalda ersättningar. Ersättningsbestämmelserna är, trots att vissa förenklingar skett, mycket detaljerade samtidigt som det förekommer många svåra skälighetsbedömningar. Försäkringskassorna måste på grund härav ägna mycket arbete åt dessa ärenden. Återbäringsystemet innebär vidare – förutom behovet av kontakter med försäkringskassan – att de försäkrade ofta måste ligga ute med relativt stora penningbelopp i avvaktan på utbetalning av ersättningen från försäkringskassan.

Inom sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) pågår f. n. en undersökning om resor till vårdinstitutioner. Vissa preliminära resultat från undersökningen visar att den antalsmässigt största delen av sjukresorna sker med egen bil, därefter följer taxiresor och slutligen resor med allmänna kommunikationsmedel. Taxiresor och resor med egen bil svarar för huvuddelen av kostnaderna medan resor med de allmänna kommunikationsmedlen svarar för en liten andel. Kostnaden per resa är högst för taxiresorna. Därefter följer resor med allmänna kommunikationsmedel och slutligen resor med egen bil.

Undersökningens resultat bestyrker riks-försäkringsverkets och försäkringskassornas allmänna erfarenhet från administrationen av reseersättningar. Dessa erfarenheter visar också att resorna ofta sker på ett irrationellt sätt. Det kan t. ex. göras flera långa taxiresor med vardera en passagerare i stort sett samtidigt från samma ort till samma vårdgivare. Detsamma är ofta fallet när det gäller resor med egen bil. Orsakerna till detta torde bl. a. vara att försäkringens ersättningsregler inte stimulerar till samåkning vid sjukresor. Ersättningssystemet innehåller heller inte några regler som tar sikte på att uppnå rationellare förhållanden och därigenom minska kostnaderna.

De ofta höga resekostnader som förekommer i samband med långa taxiresor har givit upphov till ett relativt utbrett förfarande med s. k. överlåtelsekvitton. Detta innebär att den resande till taxichauffören överlåter sin rätt till ersättning från försäkringskassan. Taxichauffören kräver sedan försäkringskassan på ersättning med stöd av denna överlåtelse. Detta förfarande, som inte finns författningsreglerat, medför vissa olägenheter, bl. a. kontrollproblem för försäkringskassan. Även i övrigt medför gällande ersättningsregler problem i administrativt eller sakligt hänseende. Som exempel kan nämnas reglerna om ersättning för återresa och ersättning för väntetid.

De här nämnda olägenheterna med nuvarande ersättningsregler för sjukresor visar på behovet av en översyn av bl. a. det återbäringsystem som fortfarande finns kvar på detta område. En sådan översyn bör göras av en särskild utredare och i första hand gälla ersättningssystemet ur organisatorisk och administrativ synpunkt samt åtgärder i syfte att nå en förbättrad samordning av sjukresorna. Ersättningsreglernas materiella innehåll ges dock enligt min mening i huvudsak ett tillfredsställande resultat för den resande. Utredaren bör dock överväga andra lösningar än det nuvarande systemet som bygger på återbäringsprincipen. En utgångspunkt torde därvid vara att en förenkling av administrationen förutsätter ett ökat inslag av schablonisering av resekostnadsersättningarna.

Landstingskommunerna har f. n. ansvar för ambulanstransporterna. I enlighet med riksdagens beslut kommer de också att tillsammans med primärkommunerna vara huvudmän för kollektivtrafiken inom länen. Många av de förhållanden som påverkar sjukresorna och som har betydelse för möjligheterna att samordna sjukresor beror på faktorer som också styrs av landstingen. Som exempel kan nämnas sjukvårdsenheternas lokalisering, mottagningstidernas förläggning m. m. Mot denna bakgrund finns det enligt min mening anledning att i detta sammanhang närmare pröva för-

utsättningarna för att ge sjukvårdshuvudmännen ett ökat ekonomiskt och administrativt ansvar för resor i samband med sjukdom. Utredaren bör göra denna prövning och redovisa hur en sådan omläggning skulle kunna genomföras. Därvid bör redovisas vilka alternativa organisationsformer som kan bli aktuella och förutsättningarna ur administrativ och organisatorisk synpunkt för en omläggning.

Inom Örebro läns landsting pågår f. n. en försöksverksamhet med samordning av landstingens transporter och sjuktransporter. Utredaren bör följa denna verksamhet. Utredaren bör även hålla kontakt med Spri och tidigare nämnda projektet om resor till vårdinstitutioner.

Svenska kommunförbundet har i en skrivelse till regeringen aktualiserat frågan om reseersättning vid sjukresor för boende på ålderdomshem. I många fall ersätter kommunen kostnaderna för sjukresor för dem som bor på ålderdomshem. Enligt ett avgörande av försäkringsdomstolen innebär detta att den sjuke i detta fall inte haft några resekostnader, framför allt mot bakgrund av att kommunen tar ut en vårdavgift som även innefattar kostnaderna för läkarvård och sjukvårdande behandling m. m. samt resor i samband med sådan vård. Någon reseersättning från försäkringskassan kan därför inte utgå. Denna fråga har direkt samband med den avsedda översynen och det bör ankomma på utredaren att pröva hur kostnadsansvaret för de här aktuella sjukresorna skall utformas.

Utredaren bör arbeta skyndsamt och inrikta arbetet på att kunna redovisa sina förslag snarast möjligt under år 1980."

Särskilda tilläggsdirektiv har beslutats för samtliga kommittéer angående finansiering av reformer (Dir. 1980:20). Enligt dessa gäller följande:

"Utgångspunkten skall vara att alla förslag som kommittéerna lägger fram skall kunna genomföras inom ramen för oförändrade resurser inom det område som förslagen avser. Det innebär att om kostnadskrävande förslag läggs fram måste samtidigt visas hur förslagen kan finansieras genom besparingar i form av rationaliseringar och omprövning av pågående verksamhet inom utredningsområdet. Kostnadsberäkningarna skall vara väl genomarbetade och ta hänsyn till alla kostnader som kan uppstå oavsett om de drabbar staten, kommuner eller enskilda. Kommittéerna bör så omsorgsfullt som möjligt belysa de indirekta effekter i form av exempelvis ökad administration och ökat krångel, som förslagen kan medföra för myndigheter och enskilda.

I budgetförslaget för budgetåret 1980/81 framhålls att regeringen för sin del är inriktad på att i större utsträckning än tidigare vara restriktiv med krav på kommunala insatser. Riksdagen har i samband därmed uttalat (FiU 1979/80:15 s. 61) att en självklar utgångspunkt för riksdagens ställningstaganden bör vara att kommuner och landstingskommuner inte annat än undantagsvis åsamkas nya utgifter till följd av statliga beslut. I regeringsförklaringen i oktober 1979 betonades också att regeringen avser att noga granska de ekonomiska verkningarna för den kommunala sektorn av statliga beslut. Det är därför nödvändigt att olika reformers effekter på den kommunala verksamhetens volymutveckling och på den kommunala ekonomin klarläggs. Mot denna bakgrund måste kommittéerna noga beakta de kommunalekonomiska konsekvenserna av lämnade förslag och redovisa ett genomarbetat underlag som medger bedömningar i dessa avseenden."

I riksdagen behandlades den 17 februari 1981 en fråga om ändring i sjukreseförordningen så att överlåtelsekvitto får användas vid sjukresor samt att de på grund av karensbeloppshöjningen ökade patientkostnaderna vid sjukresor betraktas som merutgift vid prövning av rätt till handikappersättning. I sitt svar nämnde socialminister Karin Söder bl. a. att hon räknar med att utredningen ser på möjligheterna att få fram ett högkostnadsskydd för patienter som har många resor. Sjukreseutredningen har bl. a. därför också behandlat frågan om högkostnadsskydd.

Genom beslut den 26 juni 1980 har regeringen överlämnat en fråga om ersättning för vissa fordonsskador vid olycksfallstransporter (SfU nr 1977/78:10, LU nr 1977/78:ly, rskr nr 1977/78:53) samt en fråga angående sjukresekostnader (SfU 1978/79:1, rskr nr 1978/79:19).

Till sjukreseutredningen har vidare överlämnats en skrivelse från Handikappsorganisationernas centralkommitté i Värmland angående storleken av resekostnadsersättning från allmän försäkringskassa.

Slutligen har legitimerade sjukgymnasternas riksförbund inkommit med en skrivelse angående rätt till reseersättning vid behandling av legitimerad sjukgymnast inom företagshälsovården.

Samtliga frågor behandlas i detta betänkande.

1.2 Utredningens arbete och betänkandets innehåll

Sjukreseutredningen har haft två huvuduppgifter:

- ☐ Göra en översyn av administrationen och organisationen för sjukresor
- ☐ Förbättra samordningen av sjukresor.

De båda uppgifterna griper in i varandra varför de till stor del behandlats parallellt. För att kunna analysera möjligheterna att samordna sjukresor krävs ett empiriskt material om sjukresor, som anger antal resor, använt färdmedel, resans längd m. m. Då befintlig statistik saknar sådana uppgifter, genomförde utredningen en kartläggning av sjukresor i Uppsala län, som huvudsakligen legat till grund för utredningens diskussioner kring samordning. Uppsalaundersökningens material har också använts för den andra huvuduppgiften.

Uppsalaundersökningen lades upp tillsammans med representanter för Uppsala läns landsting, Upplands lokaltrafik AB, Uppsala läns allmänna försäkringskassa samt transportrådet. Gruppen har kontinuerligt följt och lämnat synpunkter på utredningens arbete.

För att ytterligare få kunskaper om möjligheterna att samordna sjukresor, har också en försöksverksamhet med samåkning i taxi i norra Uppsala län startats.

Utgångspunkt för utredningens behandling av sjukreseadministrationen har varit de problem och brister som finns med dagens ersättningssystem. Utifrån problembeskrivningar har utredningen föreslagit en lösning på kort sikt och en som kan genomföras först på lite längre sikt.

I inledningsskedet av utredningsarbetet kallades ett antal experter med olika kompetens som anknyter till sjukresor till en hearing. Syftet med sammankomsten var att få uppslag till hur sjukresor lämpligen kan utföras, organiseras och administreras i framtiden.

Under arbetets gång har också försäkringskassor bistått med material och synpunkter liksom några landsting. Sjukreseutredningen har gjort studiebesök i Örebro läns landsting, för att få kunskaper om dess turbilssystem. Vidare har kontakter skett med den utredning som gjorts inom Spri om samordning av transporter. Diskussioner har också förts med taxiförbundet, landstingsförbundet och försäkringsanställdas förbund.

Då utredningens förslag började utkristalliseras, valde vi slutligen att pre-

sentera och diskutera dem med representanter för landsting, trafikbolag och försäkringskassor i följande län: Stockholm, Uppsala, Södermanland, Jönköping, Skaraborg och Norrbotten.

I betänkandets första kapitel, dvs. kapitlen 2-4, ges bakgrundsbeskrivningar av de förhållanden som styr/påverkar sjukresorna. Det gäller hälso- och sjukvården, trafikorganisation m. m. samt nuvarande sjukreseförordning. Som underlag för kommande kapitel behandlas också de huvudsakliga problemen med dagens sjukreseregler samt ges i kapitel 5 en sifferredo-visning av sjukresorna.

Kapitel 6 handlar om olika sätt att samordna sjukresor samt problem och begränsningar i sammanhanget. Mot bakgrund av hur utvecklingen kan tänkas bli inom de samhällssektorer som påverkar sjukresor, diskuteras i kapitel 7 hur dessa i framtiden närmare bör fogas in i vård- och trafikorganisationerna. Utredningen föreslår därvid en lösning i två steg. Steg 1, som innebär ändringar inom ramen för nuvarande system, beskrivs i de två efterföljande kapitlen. I steg 2 övertar sjukvårdshuvudmännen ansvaret för sjukresorna. Detta presenteras i kapitel 10.

I betänkandet används orden sjukvårdshuvudmän och landsting synonymt. Vidare avses med sjukresa, sådan resa som ersätts enligt sjukreseförordningen. Med vårdresa menas däremot alla resor som sker till eller från vårdmottagningar.

2 Hälso- och sjukvården

2.1 Huvudmannaskap

Landstingen och de landstingsfria kommunerna Göteborg, Malmö och Gotland är huvudmän för så gott som all sjukvård. Dessa är huvudmän även för folktandvården. För den individinriktade hälsovården finns inte något särskilt reglerat ansvar i lagstiftningen, men sjukvårdshuvudmännen har åtagit sig detta ansvar i stor omfattning. Primärkommunerna har däremot ett ansvar för den allmänna hälsovården enligt bl. a. hälsovårdsstadgan.

Statens huvudmannaskap inom sjukvården omfattar f. n. två undervisningssjukhus, viss reumatikervård, förbandssjukvård och -tandvård, viss skolhälsovård, rättsmedicinska och rättspsykiatriska institutioner samt vissa laboratorier.

Primärkommunerna ansvarar för viss socialläkarverksamhet, skolhälsovård, företagshälsovård för den egna personalen samt viss medicinsk vård och tillsyn på ålderdomshem.

Härtill kommer en rad privata vårdgivare. Dessa svarar i huvudsak för tandvård, öppen sjukvård, företagshälsovård och sjukhemsvård.

Den vård som landstingen och landstingsfria kommuner svarar för är av störst intresse i sjukresesammanhang. I den följande framställningen behandlas därför främst dessas verksamheter. I fortsättningen används orden sjukvårdshuvudmän och landsting synonymt.

2.2 Sjukvårdshuvudmännen och staten

Staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården, men det direkta sjukvårdsansvaret ligger hos landstingen och bygger på deras i grundlagen inskrivna självständiga ställning (den kommunala självstyrelsen) och deras åligganden enligt sjukvårdslagen. Landstingen har stor frihet att själva bestämma om, organisera m. m. sin verksamhet, men viktiga förutsättningar för denna skapas också genom statsmakernas beslut.

Den statliga hälso- och sjukvårdspolitiken fastställs av regering och riksdag, som också beslutar om fördelning av resurser mellan olika samhällssektorer.

Till sitt förfogande har staten ett antal kontroll- och styrinstrument. Av största betydelse är naturligtvis *lagstiftningen*. Det finns en hel rad lagar,

som reglerar hälso- och sjukvården. Viktigast är emellertid sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen. För tandvården gäller folktandvårdslagen och folktandvårdskungörelsen. Väsentlig är också kommunallagen, som reglerar landstings och kommuners verksamhet.

Utformningen av *statsbidrag* till hälso- och sjukvården är ett annat instrument. För att leda utvecklingen i önskvärd riktning kan särskilda villkor knytas till statsbidragen. Detta har varit vanligt, men på senare tid har utvecklingen gått mot minskad detaljreglering med hjälp av statsbidragsbestämmelser och därtill knutna tillämpningsföreskrifter.

Av vikt är även sjukförsäkringssystemet (se nedan). Ytterligare styrmedel finns i form av olika slag av *central planering* (exempelvis läkarfördelningsprogram för hela landet). Staten utövar vidare *tillsyn* av vården i syfte att bevaka de enskilda människornas säkerhet i medicinskt, socialt och rättsligt avseende.

Mellan staten och landstingen sker årligen *överläggningar* i ekonomiska frågor i syfte att balansera landstingskommunernas ekonomiska utveckling mot samhällsresurserna i övrigt. I dessa sammanhang sker också uttalanden och utfästelser för att stimulera/prioritera vissa verksamheter.

Statsmakterna har dock begränsade möjligheter att direkt påverka sjukvårdshuvudmännens beslut om inriktningen av vården och den geografiska fördelningen av resurser mellan t. ex. länssjukvården och primärvården. Den kommunala självstyrelsen med beskattningsrätten som grund ger landstingen och kommunerna en stor frihet och ett stort ansvar i detta avseende. Det händer emellertid att riksdagen likväl behandlar sådana frågor, men besluten har då vanligtvis karaktären av *rekommendationer*, som inte är bindande för sjukvårdshuvudmännen. Samma gäller uttalanden från chefen för socialdepartementet om önskvärd inriktning av hälso- och sjukvården i propositioner. Vidare kan råd och anvisningar från t. ex. socialstyrelsen räknas hit.

2.3 Sjukvårdshuvudmännen och försäkringskassorna

Den allmänna försäkringen, som administreras av försäkringskassorna, utgör en finansieringskälla för hälso- och sjukvården. Denna svarar för sju procent av landstingens intäkter.

Till sjukvårdshuvudmännen utgår ersättning från den allmänna försäkringen för läkarvård, tandvård, sjukhusvård, sjukvårdande behandling samt för handikapphjälpmedel och sjuktransporter. Den allmänna försäkringen finansieras i sin tur genom arbetsgivareavgifter.

Ersättningen för läkarvård, tandvård m. m. utgår enligt grunder som fastställs av regeringen efter överläggningar med landstingsförbundet. Därvid bestäms också högsta arvode och patientavgift, som får tas ut av vårdgivaren. Försäkringskassorna betalar ut det mesta av arvodet direkt till sjukvårdshuvudmännen månadsvis i efterskott. Den ersättning som landstingen då får baseras på verkligt antal läkarbesök etc. Det finns emellertid nu förslag att tandvården skall ersättas efter ett schablonsystem.

Då det gäller handikapphjälpmedel och sjuktransporter utgår ersättning med ett fastställt belopp per år för varje invånare, som var bosatt inom

sjukvårdsområdet vid årets början. Försäkringskassorna betalar här ut ersättningen kvartalsvis i efterskott.

Utöver centrala avtal om ersättning förekommer lokala avtal mellan sjukvårdshuvudmännen och försäkringskassorna av administrativ karaktär bl. a. om förskottering av ersättning för resor i samband med dagsjukvård och ersättning för övernattningskostnader.

Sjukvårdshuvudmännen och de allmänna försäkringskassorna samverkar även i frågor av annan karaktär än de direkt ekonomiska. Till kassornas styrelser utser sålunda sjukvårdshuvudmännen huvuddelen av ledamöterna.

I bedömningen av ärenden som rör rehabilitering av försäkrade deltar sjukvårdshuvudmännen med representanter i de lokala rehabiliteringsgrupperna. Landstingen utser även ledamöter i kassornas pensionsdelegation, som beslutar om försäkrades rätt till förtidspensionering m. m.

2.4 Landstingens politiska och administrativa organisation

Det högsta beslutande organet är landstinget. Vidare finns ett förvaltningsutskott och ett varierande antal nämnder, som förvaltar och verkställer de politiska besluten (kommunerna har motsvarande organisation).

Ledningen av den sjukvårdande verksamheten utövas av sjukvårdsstyrelsen. Förvaltningsutskottet kan utgöra sådan. Närmast under sjukvårdsstyrelsen finns en eller flera direktioner som har tillsynen vid och ansvaret för förvaltningen av sjukhus och annan sjukvårdande verksamhet. Sjukvårdsområdena är vanligen indelade i ett antal sjukvårdsdistrikt. Det börjar nu också växa fram särskilda primärvårdsområden, som leds av en politiskt sammansatt nämnd med ansvar för verksamheter som hör till vårdcentraler (vanligen omfattar ett primärvårdsområde en kommun).

Den administrativa organisationen varierar också mellan sjukvårdshuvudmännen. Den är som regel anpassad till den politiska organisationen och består av en central förvaltning och ett skiftande antal förvaltningar ute i länet.

Vid centralförvaltningen administreras hälso- och sjukvården av ett gemensamt kansli med varierande antal avdelningar. Dessa är vanligen administrativt samordnade under en landstingsdirektör eller motsvarande chefstjänsteman. I allmänhet finns också en sjukvårdsdirektör, som leder den samlade administrationen för hälso- och sjukvården.

Enligt sjukvårdslagen ges två möjligheter för den lokala ledningen av sjukhus och de lokala förvaltningarna. Antingen tillsätts en sjukhusdirektör som chef eller också förordnas någon av läkarna till styresman. Då sjukhusdirektören inte är läkare skall denna i medicinska frågor biträdas av en chefsläkare. De flesta landsting har valt modellen med sjukhusdirektör/chefsläkare.

Lokalförvaltningarna följer till stor del centralförvaltningarnas organisationsstruktur med olika avdelningar.

Administrativa uppgifter har i ökad utsträckning ålagts läkare som chefsläkare, blockchefer, distriktsöverläkare, klinikchefer m. m.

Lagstiftningen inom hälso- och sjukvården ger således sjukvårdshuvud-

männen tämligen stort utrymme att organisera och administrera sin verksamhet. Det finns därför stora variationer mellan och inom länen avseende exempelvis organisation och administration som har att göra med den allmänna försäkringen.

2.5 Landstingens planering

Landstingens formella ansvar för sjukvårdsplaneringen regleras i sjukvårdslagen. Några närmare regler om hur planeringen skall gå till finns emellertid inte. Trots detta utövar alla hälso- och sjukvårdsplanering enligt ett relativt enhetligt system.

Verksamhetsplaneringen sker nu för tre olika tidsperspektiv. Den långsiktiga planeringen omfattar 10–15 år och mynnar ut i principplaner. Den medellånga resulterar i femårsplaner och den kortsiktiga i årsbudgetar.

Syftet med principplaneringen är att klarlägga problem, formulera mål och ange verksamhetens inriktning och utveckling på längre sikt. Avsikten är vidare att principplanen skall styra innehållet i femårsplanen och årsbudget. Det har emellertid inte blivit så i praktiken.

Femårsplaneringen sker i huvudsak i form av LKELP (Landstingskommunal ekonomisk långtidsplanering), som oftast kommit att fungera som ett instrument huvudsakligen för prioritering och resursfördelning. Vanligen har denna till största delen varit finansiellt inriktad. Femårsplaner med djupare verksamhetsinnehåll och ökad samordning med årsbudgetarbetet börjar nu växa fram i flera landsting.

Det förekommer vanligen också särskilda verksamhetsplaner för olika slags vård eller för delar av länen.

Årsbudgeten har traditionellt varit och är fortfarande det medel, som förtroendemännen styr landstingens verksamhet med. Budgeten är viktig därför att den är föremål för bindande beslut.

2.6 Vårdstruktur

Sjukvårdslagen skiljer mellan sluten och öppen vård. Sluten vård kräver till skillnad från den öppna intagning på sjukhus och utnyttjande av sängplatser. Det finns en hierarkisk indelning av sjukhusen:

- ☐ Regionsjukhus med flera län som upptagningsområde och med ett stort antal specialiteter.
- ☐ Länssjukhus med län som upptagningsområde. Specialisterna är färre än på regionsjukhusen.
- ☐ Länsdelssjukhus med en del av länet som upptagningsområde och ett ännu mindre antal specialister.

Till den slutna vården hör också särskilda sjukhus för psykiatrisk vård, långtidssjukhem m. m. Dessa har oftast särskilda upptagningsområden.

Öppen vård ges till stor del vid sjukhus. Den offentliga öppna vården ombesörjs också av distriktsläkare och personal inom distriktsvården på läkarstationer och vårdcentraler. Dessas upptagningsområden utgör hela eller delar av kommuner. Tillgången på specialister är skiftande. Merparten är allmänläkarvård. Den mest decentraliserade öppna vården svarar distriktsköterskorna för. Flera mottagningar finns i varje kommun.

Till öppen vård räknas också hemsjukvården, som innebär att patienten meddelas vård i hemmet.

Förutom strikt slutet och öppen vård förekommer i praktiken diverse halvöppna vårdformer exempelvis dagsjukvård, som innebär att patienten några dagar i veckan behandlas på någon vårdinrättning, men i övrigt vistas i hemmet.

Vårdstrukturen är i stort sett enhetlig i länen, men beroende på geografiska och befolkningsmässiga förutsättningar varierar däremot antalet vårdenheter och avstånden till dessa mycket mellan länen och därmed vårdens åtkomlighet för patienterna.

Socialstyrelsen har i ett principprogram "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" (HS 80) skisserat en strukturmodell. Sjukvårdshuvudmännen har i stort anslutit sig till detta. Strukturmodellen är uppbyggd kring primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Primärvården – med bl. a. vårdcentraler, lokala sjukhem, dagsjukvård och hemsjukvård – skall ha det primära ansvaret för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet betjäningsområde. I strukturmodellen läggs stor vikt vid just primärvården bl. a. för att människor skall kunna erbjudas en geografiskt lättillgänglig vård av god kvalitet. Som medel anges förstärkning av allmänläkarvården och en decentralisering av specialistvården. Primärvården ges ansvar för en decentraliserad långtidsvård. Bakom betoningen av primärvården ligger också insikten om att det är nödvändigt att samordna hälso- och sjukvården med den socialvård, som bedrivs av primärkommuner samt med skolans, arbetsvårdens och försäkringskassans verksamhet.

När primärvårdens resurser är otillräckliga kan enligt HS 80, ansvaret för en patient tillfälligt övergå till läns- eller regionssjukvården. Länssjukvårdens ansvar skall omfatta patienter med livshotande tillstånd och tillstånd, som kräver tillgång till personella och tekniska resurser, vilka av olika skäl måste koncentreras till ett eller ett fåtal sjukhus inom varje sjukvårdsområde.

Regionsjukvården skall ha hand om det fåtal patienter vars speciellt svår-
bemästrade problem kräver samarbete mellan högt utbildade specialister och eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött.

2.7 Hälso- och sjukvårdens utveckling

Hälso- och sjukvården är starkt präglad av sin historiska bakgrund, där sjukhusen innehade huvudrollen. Sjukhusen dominerar sålunda fortfarande verksamheten trots stora ansträngningar att åstadkomma förändringar. Under 70-talet påbörjades nämligen en omstrukturering av vårdresurserna med ökad satsning på öppen vård utanför sjukhus. Ambitionerna var samtidigt att minska den slutna vården med undantag för långtidssjukvården.

Utvecklingen i denna riktning har emellertid gått långsammare än planerat. Så sker t.ex. fortfarande de flesta av läkarbesöken vid sjukhusen och inte vid vårdcentraler och läkarstationer. Skillnaderna mellan plan och verklighet förklaras här till stor del av att sjukvårdshuvudmännen inte lyckats besätta läkartjänsterna utanför sjukhusen. I samtliga län sker de flesta läkarbesöken vid de sjukhusanslutna mottagningarna. Den procentuella årliga ökningen av läkarbesöken är på sina håll dock högre för vårdcentraler eller motsvarande, som framgår av tabell 2.1. Variationerna är emellertid stora mellan sjukvårdshuvudmännen. Enligt landstingens senaste femårsplaner (fram till 1985) beräknas antalet läkarbesök öka mera vid vårdcentraler/läkarstationer än vid sjukhusen. Men merparten av läkarbesöken kommer likväl att ske vid sjukhusen.

Tabell 2.1 Utvecklingen i % per år 1973–1985 av läkarbesök vid sjukhusanslutna mottagningar samt vid läkarstationer och vårdcentraler (öppen vård)^a

Sjukvårdshuvudman	Sjukhusansluten		Vårdcentraler etc.	
	1973–79	1981–85	1973–79	1981–85
Stockholm	+1,9	+ 0,7	+ 7,5	+ 8,4
Uppsala	+2,6	– 1,2	+ 6,3	+ 8,3
Södermanland	+1,35	+ 0,6	+ 0,95	+ 0,9
Östergötland	+4,6	+ 0,4	+ 0,4	+13,6
Jönköping	+4,2	+ 0,9	+ 0,85	± 0,0
Kronoberg	+2,3	+ 0,3	+ 1,05	+ 2,0
Kalmar	+2,0	±0,0	+ 3,9	± 0
Blekinge	+1,15	+ 0,7	+ 3,65	+ 1,4
Kristianstad	+7,0	+ 0,1	– 1,25	+ 0,1
Malmöhus	+3,6	– 0,3	+ 1,8	+ 2,9
Halland	+6,7	+ 1,1	+ 3,45	+ 2,6
Göteborg o Bohus	+0,7	+ 2,0	+ 2,5	+ 2,2
Älvsborg	+2,3	+ 4,9	+ 4,3	+ 3,5
Skaraborg	+6,8	–	+ 1,95	– (planarbete pågår)
Värmland	+2,55	+ 0,6	– 0,2	+ 1,8
Örebro	+2,7	+ 0,3	+ 1,4	+ 0,9
Västmanland	+3,75	+ 1,6	+ 1,0	+ 8,9
Kopparberg	+2,15	+ 0,4	+ 4,05	+ 0,7
Gävleborg	+5,6	+ 3,8	+ 0,5	+ 8,8
Västernorrland	+3,35	+ 0,9	– 1,05	+ 2,1
Jämtland	– 0,9	+ 0,4	+ 6,3	+ 2,2
Västerbotten	+1,05	+ 4,8	– 0,75	+ 9,8
Norrbotten	+0,1	+ 4,8	+ 1,0	+ 3,4
Gotland	+1,75	+ 0,7	+ 5,7	± 0,0
Malmö	+1,2	– 0,5	+67,0	+22,1
Göteborg	+4,4	±0	– 1,7	+ 6,21
Riket	+2,9	+ 1,0	+ 2,3	+ 4,5

^a Siffror för 1980 saknas.

Den öppna och slutna vårdens faktiska utveckling 1973–79 samt planerad utveckling fram till 1981 illustreras också i nedanstående diagram. Av dessa framgår bl. a. att utbyggnadstakten för öppen vård varit betydligt högre än för den slutna vården, där endast långtidsvården expanderat. Den planerade

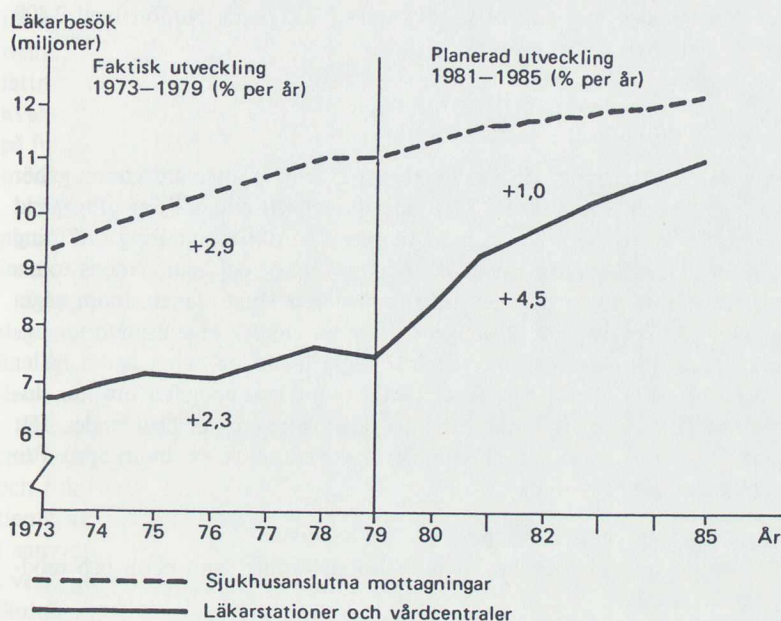


Diagram 2.1 Utvecklingen av läkarbesök vid sjukhusanslutna mottagningar samt vid läkarstationer och vårdcentraler (öppen vård) 1973–1985.

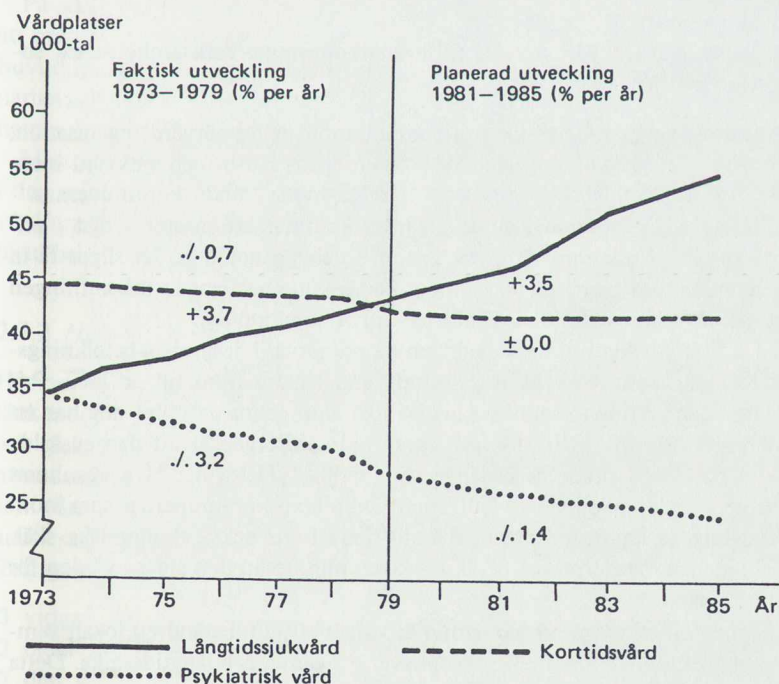


Diagram 2.2 Utvecklingen av vårdplatser (sluten vård) 1973–1985.

Källa: LKELP 81.

utvecklingen går i samma banor. Många landsting har emellertid ännu inte hunnit justera sina planer med hänsyn till det kärva ekonomiska läget, varför den planerade utvecklingstakten sannolikt kommer att skäras ner ytterligare i nästa planeringsomgång. I jämförelse med de förra femårsplanerna kan dock viss minskad utvecklingstakt förmärkas. Så beräknas nu t. ex. antalet långvårdsplatser öka med 1 700 per år jämfört med 2 400 per år enligt de äldre planerna.

2.7.1 Primärvård

Man kan konstatera att HS 80:s tankegångar kring primärvård vunnit gehör hos sjukvårdshuvudmännen. Det råder principiell enighet om utbyggnad av primärvården. Men någon mera markerad strukturförändring i riktning mot en ökning av primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens totala resurser är svår att spåra. Man har kommit olika långt i länen. Inom några landsting håller man nu på att genomföra en politisk organisation för primärvården. Primärvårdsplaner finns i några landsting och i andra håller sådana på att utarbetas. Det finns därför inte några uppgifter om hur primärvården ser ut mätt i antal patienter, kostnader etc. för hela landet. Det pågår ett flertal projekt såväl regionalt som centralt (t. ex. inom Spri). Primärvården avses omfatta

- ☐ mottagningsverksamhet på t. ex. vårdcentraler
- ☐ förebyggande verksamhet, t. ex. hälsouppllysning samt barn- och möd-
rahälsövård
- ☐ sjukvård i hemmet
- ☐ dagsjukvård
- ☐ sjukhemsvård
- ☐ hälso- och sjukvårdsservice till primärkommunal verksamhet, t. ex. so-
cialvård och skolor.

Alla dessa verksamheter bör sammanföras inom en primärvårdsorganisation, som ges det primära ansvaret för befolkningens hälso- och sjukvård inom geografiskt avgränsade områden – i regel motsvarande kommunernas.

Hälsövård och förebyggande åtgärder kommer att få stor tyngd i primärvården. Ambitionerna är att genom förebyggande åtgärder slippa få in personer i vårdapparaten och om det ändå skulle behövas är målsättningen att få in människorna på så låg vårdnivå som möjligt.

En viktig bakgrund till satsningen på primärvård är landets befolkningsutveckling, som visar på en växande andel äldre fram till år 2000. Primärvården är till stor del inriktad på just äldre, som naturligt nog har ett större vårdbehov. Målsättningen inom äldreomsorgen är att den enskilde skall bo kvar i sitt hem så länge som möjligt. Detta har bl. a. resulterat i utvecklandet av öppnare vårdformer såväl inom kommunernas som inom landstingens ansvarsområden. Bakom detta finns också ekonomiska skäl. De öppnare vårdformerna beräknas kosta mindre än den slutna vården för äldre.

En ambition inom primärvården är vidare att få till stånd ett lokalt sammanhållet socialt och medicinskt ansvar för gamla och långtidssjuka. Detta

förutsätter att sjukhusens vård, dagsjukvård, öppen hälso- och sjukvård, sjukvård i hemmet, social hemtjänst, dagcentraler, serviceboende och ålderdomshem kan samordnas och fungera som en helhet i förhållande till dem som behöver hjälp och stöd i någon form.

Hemsjukvården håller nu på att ändra karaktär. Denna ombesörjs i dag till stor del av anhöriga till sjuka, som får bidrag från sjukvårdshuvudmännen, men i framtiden kommer landstingets vårdpersonal i ökad omfattning att resa hem till de sjuka. Ett huvudsyfte är nämligen att öka kvaliteten i sjukvård i hemmet, dvs. öka det medicinska innehållet. Krav på fungerande transporter kommer sannolikt att ställas för att personal och medicinsk utrustning skall komma hem till patienterna.

1979 vårdades 40 800 patienter i hemmet. Enligt sjukvårdshuvudmännens planer beräknas antalet öka till drygt 50 000 1985 (uppgifter saknas för Värmlands län).

Dagsjukvård är en relativt ny vårdform i Sverige. 1975 fanns ca 1 000 dagsjukvårdsplatser. I sjukvårdshuvudmännens principplaner fram till 1985 är dagsjukvården mycket knapphändigt behandlad. Enligt dessa kan man dock räkna med en utbyggnad till mellan 6 000 och 12 000 platser.

Dagsjukvården förutsätter att patientens bostad ligger nära vårdcentral/sjukhem och en fungerande färdtjänst eller motsvarande. Resorna till och från dagsjukvårdens lokaler avses ingå i den totala omsorgen om patienterna. Det poängteras därför att dagsjukvårdens utbyggnad skall ske i samverkan med färdtjänsten. På den här punkten brister det emellertid i verkligheten genom att kommunerna vanligen inte tillåter sjukresor med färdtjänsten. Landstingen anlitar i stället taxi direkt eller också gör patienten själv det.

På sikt kan man räkna med att utbyggnaden av primärvården kommer att medföra att en ökande andel av den öppna hälso- och sjukvården samt huvuddelen av långtidssjukvården kommer att bedrivas som decentraliserad närhetsservice i form av vårdcentraler, lokala sjukhem, dagsjukvård och hemsjukvård.

Man kan således anta att resorna till vårdmottagningar blir kortare än i dag med undantag för sådana som avser viss specialistvård. De öppnare vårdformerna för framför allt äldre kommer å andra sidan att innebära ett ökat behov av ett regelbundet resande för såväl patienter som personal.

2.7.2 Hälsa- och sjukvårdsutredningen

Hösten 1979 presenterade hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) sitt betänkande "Mål och medel för hälso- och sjukvården. Förslag till hälso- och sjukvårdslag" (SOU 1979:78). I detta föreslås en rad förändringar som huvudsakligen är konsekvenser av den utveckling som skett och den debatt som förts inom och om hälso- och sjukvården och naturligtvis även inom andra samhällssektorer. I kort sammandrag kan man säga att bakom HSU:s förslag finns följande ledmotiv:

- ☐ vidgat hälso- och sjukvårdsbegrepp
- ☐ ökad satsning på förebyggande åtgärder
- ☐ den vårdsökandes behov i form av trygghet, vårdkvalitet, kontinuitet m. m.

- ☐ helhetssyn såväl på patienten som på hälso- och sjukvården som en del i samhället som heller inte kan betraktas isolerad
- ☐ nära och tillgänglig vård på lika villkor (jämlighetssträvande)
- ☐ decentralisering – mot närvård och primärvård
- ☐ minskad detaljreglering – förstärkning av den kommunala självstyrelsen.

HSU mynnar bl. a. ut i ett förslag till hälso- och sjukvårdslag (ramlagstiftning), vilket innebär att sjukvårdshuvudmännen får ansvar även för hälso- och sjukvården. Till hälso- och sjukvården hör enligt lagförslaget även tandvård och sjuktransporter. Landstingen föreslås vidare bli huvudmän för skolhälsovården.

Sjukvårdshuvudmännen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen ha ett totalansvar för hälso- och sjukvården samt även totalplanering för denna oavsett vem som är vårdansvarig. Planeringen skall ske i samarbete med samhällsorgan, organisationer och enskilda. Det är här fråga om en påbyggnad och vidareutveckling av det planeringssystem som landstingen tillämpar.

HSU slår fast att målet för hälso- och sjukvården är att främja en god hälsa hos hela befolkningen på lika villkor.

Lika-villkors-principen innebär i praktiken bl. a. att samma behandling skall kosta lika mycket i alla delar av landet och att vårdresurserna skall vara rättvist fördelade geografiskt. I utredningen påpekas också att för att öka tillgängligheten till vården kan det vara nödvändigt att se över mottagningstider och jourtjänstens organisation. Vidare påtalas, att sjukvårdshuvudmännen genom sitt delansvar för länets kollektivtrafik kan verka för att det blir en anpassning av t. ex. busstidtabeller till mottagningstider. I lagförslaget skrivs också att vården skall vara nära och lätt tillgänglig.

I HSU diskuteras också hälso- och sjukvårdens organisatoriska uppbyggnad i termerna närvård, länssjukvård och regionsjukvård.

HSU ägnar vidare en hel del utrymme åt samspelet mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Utredningen slår fast att staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården. Det hänföres

- ”till kravet på en rationell och rättvis fördelning av samhällets resurser inom hälso- och sjukvården samt mellan denna sektor och andra samhällssektorer (välfärds-politik)
- till behovet av en för riket samordnad utveckling av resurser för hälso- och sjukvården (t. ex. genom arbetsmarknadspolitik och utbildning av personal) jämte tillhandahållande av nya kunskaper (t. ex. genom forsknings- och utvecklings-arbete) samt
- till bevakning av enskilda människors trygghet och säkerhet i medicinskt avseende (tillsyn).”

HSU diskuterar i det här sammanhanget också utformningen av socialförsäkringen och det gäller då den ersättning som sker till sjukvårdshuvudmännen. Dagens ersättning baseras på utförda prestationer, dvs. antal vårdbesök eller utförda åtgärder. Enligt HSU borde sjukförsäkringens ersättning vara helt neutral och utgå till landstingen med generellt beräknade belopp. På så sätt skulle sjukvårdshuvudmännen ges möjlighet att planera vårdutbud och finansiering utan att behöva anpassa sig till en detaljerad åtgärdsbunden ersättningsform. Enligt utredningen skulle den kollektivt beräknade vårdersättningen omfatta i princip alla olika slag av sjukvårdsinsatser

som f. n. ersätts av försäkringen med undantag för tandvård och läkemedel. Ersättning för åtgärder för hälsovård antas ingå i beloppen liksom ersättning för sjukresor.

Utredningen redovisar några exempel på fördelningssystem, men förordar inte något utan förutsätter att frågan blir föremål för ytterligare utredning.

2.7.3 Hälsa- och sjukvård inför 90-talet

För närvarande pågår en översyn av HS 80 under benämningen HS 90. Det är frågan om en vidareutveckling och konkretisering av utvecklingslinjerna i HS 80. Arbetet inom HS 90 koncentreras kring tre frågor.

- ☐ Hälsopolitik och förebyggande åtgärder. Hälsopolitiska handlingsprogram med särskild tyngdpunkt på förebyggande åtgärder skall arbetas fram.
- ☐ Vårdstruktur. HS 90 ägnas huvudsakligen åt den somatiska korttidssjukvården. Förändringen av vårdens inriktning mot t. ex. primärvård kan nu p. g. a. den ekonomiska situationen bara ske genom en omfördelning av resurser. HS 90 avser att förse sjukvårdshuvudmännen med planeringsunderlag för denna uppgift.
- ☐ Personal- och utbildningsplanering.

2.8 Privatläkarvård

De privata läkarnas andel av den totala öppenvården är enligt HSU omkring 15 procent. Antalet besök har successivt minskat under 1970-talet från ca 4,8 milj. per år till ca 3 milj. per år. Privatpraktikerna är till stor del koncentrerade till storstadsområdena. I övrigt finns de i varierande omfattning främst i de större centralorterna i landet.

Antalet privatläkare anslutna till den allmänna försäkringen har ökat med åren för att nu uppgå till 2 350. Av dessa är emellertid knappt 2 000 verksamma. Av dessa är det i sin tur ca 700 som har minst 2 000 besök per år.

Vidare är ca 600 av de anslutna läkarna s. k. fritidspraktiker, dvs. de har heltidsanställning hos offentlig sjukvårdshuvudman. Det är denna grupp som svarar för ökningen av de verksamma läkarna. Övriga läkare med verksamhet minskar.

Inom socialdepartementen arbetar för närvarande en grupp med uppgift att föreslå åtgärder som förbättrar möjligheterna för läkare att öppna privatpraktik.

2.9 Tandvård

I dag finns ca 8 000 verksamma tandläkare. Hälften av dessa är privatpraktiserande och hälften hör till folktandvården, som ingår i sjukvårdshuvudmännens ansvarsområde. Enligt lagstiftningen skall landstingen svara för tandvård för barn och ungdomar till och med 19 års ålder samt för

all specialisttandvård. Folktandvården förutsätts också tillhandahålla tandvård för vuxna i lämplig omfattning.

Ungefär 20 procent av vuxentandvården svarar folktandvården för och de resterande 80 procenten svarar således privatvårdsläkarna för.

För att medverka till folktandvårdens expansion så att den kan uppfylla de krav som ställs på den, har etableringskontroll för privatpraktiserande tandläkare införts. Det innebär att nytillskottet av tandläkare i princip skall tillföras folktandvården.

Landstingen har kommit olika långt i sin utbyggnad av folktandvården. Fördelningen av tandläkare i landet är mycket ojämn. Framför allt glesbygdsområdena är missgynnade.

2.10 Företagshälsovård

Det finns en överenskommelse mellan Svenska arbetsgivareföreningen (SAF) och landsorganisationen (LO) om riktlinjer för företagshälsovården. I denna betraktas företagshälsovården som en integrerad del i det interna arbetarskyddet och som ett instrument i arbetet att förbättra arbetsmiljön.

Av landets cirka 4 milj. arbetstagare beräknas hälften ha tillgång till någon form av företagshälsovård.

Företag med mer än 1 000 anställda har som regel företagshälsovård organiserad inom företagen. De mindre och medelstora företagen är i allmänhet anslutna till företagshälsovårdscentraler. Företag med mindre än 100 anställda saknar oftast organiserad företagshälsovård. Härtill kommer den branschvis organiserade hälsovården (t. ex. bygghälsan). Den offentliga förvaltningens företagshälsovård håller på att byggas ut.

För närvarande arbetar en företagshälsovårdsutredning med uppgift att bl. a. se över ersättningsfrågorna. Genom socialförsäkringen ersätts i dag 50 procent av företagshälsovårdens kostnader, som avser sjukvård.

3 Trafik och transporter

Trafiksektorn omfattar alla samfärdsmedel och investeringar samt underhåll av trafikanläggningar såsom vägar och hamnar. I det här kapitlet behandlas dock huvudsakligen kollektivtrafik på väg, eftersom den har störst betydelse för sjukresor. Vidare behandlas kortfattat olika slag av samhällsbetalda persontransporter.

3.1 Trafikpolitik i sammandrag

1963 fattade riksdagen ett principbeslut som till stor del präglat trafikpolitiken under 1960- och 1970-talen. Målet för trafikpolitiken slogs fast till följande:

”för landets olika delar trygga en tillfredsställande transportförsörjning till lägsta möjliga kostnader och under former som medger företagsekonomisk effektivitet och transportmedlens sunda utveckling.”

Trafikpolitiken skulle också utformas så att de krav som ställs från trafiksäkerhetssynpunkt kunde tillgodoses och så att utvecklingen på det tekniska området stimulerades.

Man betonade behovet av ”konkurrens i sunda former” och ansåg att kostnadsansvarighetsprincipen var en väsentlig förutsättning för att skapa konkurrens på lika villkor. Principen innebar att varje trafikgren skulle svara för de kostnader den förorsakade det allmänna.

Till det trafikpolitiska beslutet var ett handlingsprogram kopplat, som bl. a. innehöll utredningar, planer för och genomförande av järnvägsnedläggningar. 1963 års beslut är sannolikt mest känt för att det medfört just en rad järnvägsnedläggningar under 1960-talet (1971 anbefalldes återhållsamhet i och med att arbetet med den regionala trafikplaneringen påbörjades).

Kring 1970 förändrades delvis det trafikpolitiska synsättet men inte målet. Det hade att göra med att statsmakterna fastställt mål för andra samhällssektorer och man började behandla trafikpolitiken som ett medel för att uppnå de övergripande samhälleliga målen. Huvudfrågorna under 1970-talet har därför varit samordning mellan trafikpolitik och annan politik, främst regionalpolitik och miljöpolitik, men även samordning mellan olika trafikgrenar. Sålunda initierades en övergripande trafikplanering på regional nivå.

Kollektivtrafikfrågor blev under 1970-talet mycket uppmärksammade så-

väl i utredningar som i den allmänna debatten. Bakgrunden var bl. a. den att lönsamheten inom sektorn sjunkit markant med nedläggningar som följd och därmed en stark försämring av resmöjligheter för bosatta i vissa landsändar och vissa kategorier av människor. Frågorna gällde vidare att på olika sätt öka tillgängligheten samt att göra kollektivtrafiken attraktiv. Samhällets stöd till kollektivtrafiken i form av statsbidrag förstärktes därför (beslut bl. a. 1973, 1975, 1978). Kollektivtrafiken kom att betraktas som en del i den grundläggande samhällsservicen.

Under 1970-talet presenterades en lång rad utredningar inom trafiksektorn, som legat till grund för 1979 års trafikpolitiska beslut. I detta betonades starkt sambandet mellan trafiksektorn och annan samhällsverksamhet. Trafikpolitikens utformning anses numera vara av strategisk betydelse för samhällsutvecklingen. Som ett av skälen för att samhället bör ha ett inflytande över trafiksektorn anfördes också att transporter ofta är ett medel för stat och kommun att göra samhällsservicen tillgänglig. En väl fungerande kollektivtrafik bidrar även till en bättre energihushållning.

Det övergripande målet för samhällets trafikpolitik "skall vara att erbjuda medborgarna och näringslivet i landets olika delar en tillfredsställande trafikförsörjning till lägsta möjliga samhällsekonomiska kostnader".

Grunden för trafikpolitiken skall nu vara ett samhällsekonomiskt synsätt till skillnad från ett företagsekonomiskt, enligt 1963 års beslut. Detta innebär bl. a. att trafikpolitiken mera aktivt skall inriktas mot att samverka med och stödja utvecklingen inom andra samhällsområden.

Begreppet "tillfredsställande trafikförsörjning" konkretiserades inte i form av standardkrav e. d. som skall gälla hela landet. Mot bakgrund av att det råder stora skillnader såväl mellan olika trafikslag som mellan olika landsdelar betonades att begreppet kan ges ett konkret innehåll endast genom politiska beslut på olika nivåer, vilket kräver beslutsunderlag i form av trafikplanering. Trafikplanering på alla nivåer förutsattes därför öka.

Den nya målsättningen innebär också att det trafikgrensvisa kostnadsansvaret slopas. I stället för konkurrens betonas nu samverkan i trafiken.

För övrigt kan också nämnas att återhållsamhet bör iakttas när det gäller att använda regleringar som trafikpolitiska medel. Då de likväl kan behövas bör de så långt möjligt ges en generell utformning.

Förutom ett nytt övergripande mål för trafikpolitiken innehöll 1979 års beslut bl. a.

- ☐ ny handläggningsordning för nedläggning av järnvägar, som innebär att länshuvudmännen för kollektivtrafik får stort inflytande. Ett särskilt statsbidrag har införts till länstrafikbolagen, då de ordnar ersättningstrafik för nedlagd järnväg
- ☐ försöksvis införande av riksfärdtjänst under 3 år (avser gravt handikappade och endast resor för privata ändamål)
- ☐ lag om handikappanpassad kollektivtrafik
- ☐ lag om ändring i byggnadsstadgan innebärande att terminalbyggnader skall handikappanpassas
- ☐ riktlinjer för energihushållning. En ambition är här att minska ökningen av resandet med personbil. Därför skall bl. a. kollektivtrafiken förbättras. Det finns också en strävan mot ökad samåkning i personbil. Stöd ges

bl. a. till olika samåkningsprojekt. Härtill kommer information om energibesparing samt vissa åtgärdsförslag för att minska bränsleförbrukningen, som är av mera teknisk natur.

3.2 Länshuvudmannaskapsreformen

Som ytterligare ett resultat av 1970-talets utredningsmödor kom 1978 en lag om huvudmannaskap för viss kollektiv persontrafik innebärande att det i varje län skall finnas en huvudman för den kollektiva linjetrafiken på väg. Det är kommuner och landsting som gemensamt skall ha ansvaret för trafiken. Länshuvudman skall finnas senast den 1 juli 1981 förutom i Hallands, Göteborgs- och Bohus samt Älvsborgs län, där sista datum är den 1 juli 1983.

Länshuvudmannaskapsreformen skall ses som ett led i samhällets strävande att förbättra villkoren för kollektivtrafiken och stärka denna. Avsikten med den bakomliggande utredningen var att undersöka förutsättningarna för att införa s. k. länskort. Utredningen fann emellertid att detta var näst intill en omöjlighet på grund av att det saknades ett samlat ansvar för den vägbundna kollektivtrafiken. Denna utfördes vidare av så många olika företag var för sig och i allmänhet utan samverkan. Det finns län med över 100 bussföretag! Resultatet av utredningen blev således en huvudmannaskapsreform och länskorten kom i skymundan. Det står länshuvudmännen fritt att välja om sådana skall införas eller inte.

Genom reformen finns det nu förutsättningar för att samordna, planera och styra den kollektiva trafiken i länen.

Länshuvudmännens obligatoriska ansvar omfattar således lokal och regional linjebunden kollektivtrafik. Länshuvudmännen kan även åta sig kompletteringstrafik,¹ skolskjutsar, färdtjänst, skärgårdstrafik med fartyg, järnvägstrafik med utpräglat lokala och regionala trafikuppgifter samt fjällflyg. Det är således frivilliga åtaganden.

Huvudmannaskapet kan utövas genom kommunalförbund eller aktiebolag. Man kan vidare välja att driva trafiken i egen regi eller genom entreprenadavtal.

Ett nytt förbättrat och i någon mån förenklat statsbidrag har kopplats till länshuvudmannaskapet, bl. a. för att stimulera till ett snabbt genomförande av reformen.

För närvarande finns åtta länshuvudmän. Med undantag för Kronobergs län och Gotland har aktiebolagsformen valts.

Av befintlig verksamhet och enligt de utredningar som presenterats framgår att flertalet län till att börja med valt att åta sig endast det obligatoriska trafikansvaret. I åtta län har trafikansvaret utökats eller föreslås utökas till att gälla kompletteringstrafik. I några län ingår därutöver beställningstrafik, skolskjutsar, spårvägar, skärgårdstrafik och flygtaxitrafik. I Stockholms län, där för övrigt landstinget är ensam huvudman, ingår färdtjänsten.

I hälften av länen finns eller kommer inom en snar framtid länskort. I några län finns också särskilda kommunkort. I resterande län väntar man

¹ Finns i vissa kommuner. Kompletteringstrafik innebär i allmänhet att man i områden där befolkningsunderlaget är för litet för vanlig linjetrafik med buss kan åka taxi några dagar i veckan till närmaste busshållplats eller tätort. Vanligen skall man dagen innan resdagen beställa taxi.

med länskort eller håller på med utredningar. Då det gäller avgifter för kollektivtrafiken har man generellt börjat med att samordna de olika taxorna och gjort/gör dem enhetliga. I utgångsläget har de i allmänhet presenterat en vildvuxen flora. Hittills har åtta län valt att införa zontaxor. I allmänhet finns också maximitaxa för enkelresa samt vissa rabattsystem i form av klippkort e. d.

De trafikpolitiska målsättningarna för länshuvudmännens framtida verksamhet är i de flesta utredningar inte särskilt utvecklade. De överläts i allmänhet på länstrafikbolaget. Det mest påtagliga gäller taxesamordning. Då det gäller trafikutbudet inriktas det främst på att tillgodose arbetsresornas och skolornas behov. I enstaka fall nämns behoven av sjukresor och andra serviceresor.

Kollektivtrafikutbudet varierar kraftigt mellan länen. I de flesta län visar inventeringar, att kollektivtrafiken inom kommuner och framför allt inom tätorter är tämligen tillfredsställande. Det är däremot sämre beställt med regional trafik. Det är exempelvis inte ovanligt med dåliga förbindelser till länssjukhuset. Det finns ambitioner att rätta till detta och inledningsvis börjar man oftast med att knyta ihop linjer vid kommungränserna.

En hämsko i sammanhanget är naturligtvis det rådande ekonomiska läget. Trots ett nytt statsbidrag till kollektivtrafiken innebär huvudmannaskapsreformen ökade kostnader för landsting och kommuner. Pengarna går till stor del åt till att täcka trafikens driftunderskott.

Då det gäller trafikansvarets omfattning kan man i de flesta länen spåra ambitioner att utöka det till att omfatta all kollektivtrafik inklusive färdtjänsten. Men i inledningsskedet gäller det som nämnts i flertalet län att klara av det obligatoriska trafikansvaret.

Sammanfattningsvis kan konstateras att trafikarbetet i de flesta län ligger i startgroparna. Verksamheten håller på att organiseras. Ambitionerna växlar mellan länen, men sannolikt kommer trafikansvaret att utvidgas under 1980-talet bl. a. därför att det därigenom finns möjligheter att samordna olika trafikformer och möjligheter att bättre utnyttja befintliga fordon. Det kommer sannolikt också att finnas skäl att pröva om transporter, som landstingen ansvarar för bör omhänderhas av länstrafikbolagen.

3.3 Färdtjänst och handikappanpassad kollektivtrafik

Den övergripande målsättningen för samhällets insatser för handikappade och äldre brukar sammanfattas i begreppen normalisering och integrering. Färdtjänsten är ett medel i det sammanhanget.

Färdtjänsten skall vidare ses som ett komplement till de allmänna färdmedlen, vars syfte är att tillgodose behovet av lokala resor hos handikappade, som inte kan åka med nuvarande allmänna trafikmedel.

Det finns ingen lag, som ålägger kommunerna att bedriva färdtjänst, men sådan finns nu i landets samtliga kommuner. I Stockholms län är emellertid landstinget huvudman och verksamheten sorterar under Storstockholms Lokaltrafik AB (SL). För att få anlita färdtjänsten krävs ett tillstånd, som söks hos kommunen. Regler och standard varierar mellan kommunerna. I all-

mänhet tillåts inte sjukresor med färdtjänsten. Inom vissa län pågår arbete med att skapa lika regler för länets kommuner och det finns önskemål om "länsfärdtjänst".

De fordon som används för färdtjänsten är huvudsakligen vanliga taxibilar. Så gott som alla kommuner har avtal med taxi om färdtjänsten. I varje län finns dessutom ett antal specialfordon, som kan transportera rullstolsbundna passagerare. Dessa fordon ägs antingen av kommunerna eller av taxi eller annat transportföretag.

För att stimulera utbyggnaden av färdtjänsten inrättades på försök från och med 1975 ett statsbidrag på 35 procent av bruttodriftkostnaderna. Detta är sannolikt en starkt bidragande orsak till att det nu finns färdtjänst i hela landet om än av varierande kvalitet.

Kostnaderna för färdtjänsten har stigit drastiskt. Sålunda ökade kommunernas bruttokostnader med ca 200 procent 1975–79. Ökningen återspeglar dels taxehöjningar för taxi och dels ambitionsnivåhöjningar. Flertalet kommuner försöker på olika sätt möjliggöra för handikappade och äldre att bo kvar hemma i sina bostäder, vilket är en förklaring till ökade färdtjänstkostnader.

Kostnadsutvecklingen inom färdtjänsten har alltmer kommit att ifrågasättas. För att dämpa denna har alltflera kommuner vidtagit åtgärder som t. ex. skärpt bedömning vid tillståndsgivningen, höjda egenavgifter, krav på förbeställning av resorna, förbättrad kompletteringstrafik samt samordning av resor. Beroende på att andelen äldre ökar kan det dock vara svårt att minska antalet färdtjänstberättigade. Till detta bidrar också utvecklingen inom hemtjänsten med ökande hjälpinsatser hemma hos de äldre så att de kan bo kvar där så länge som möjligt.

Enligt kommunernas planer för 5-årsperioden 1979–83 beräknas antalet färdtjänstberättigade öka med 30 procent till att 1983 omfatta ca 260 000 personer i åldrarna 65 år och uppåt. Antalet enkelresor förväntas öka till 9 milj. eller med 20 procent.

Antalet färdtjänstberättigade har också diskuterats av centrala organ samt vilka regler som skall gälla vid prövningen av färdtjänstillstånden. I den nyligen genomförda översynen av statsbidragsbestämmelserna markeras därför starkare färdtjänstens syfte som en service för dem som har väsentliga svårigheter att använda kollektiva trafikmedel. Översynen har dock främst skett i syfte att begränsa kostnadsexpansionen och samtidigt utjämna skillnaderna mellan kommunerna. Statsbidraget har således ändrats (SFS 1980:786). Fortfarande utgår bidrag med 35 procent av bruttodriftkostnaderna men bara upp till ett visst belopp. Detta innebär att man satt ett tak för kostnaderna, beräknat efter det genomsnittliga färdtjänstbidraget i riket. Det innebär i sin tur, att kommuner som har hög standard på sin färdtjänst eller som planerar en kraftig utbyggnad, får vidkännas en reducering av bidraget.

Statsbidragssystemet har tidigare (1977) utvärderats av riksrevisionsverket och då anfördes bl. a. att det kan förhindra handikappanpassningen av de kollektiva färdmedlen. Enligt bl. a. handikapputredningen (SOU 1970:64) bör de handikappades behov av förflyttning i första hand tillgodoses genom reguljära kollektiva trafikmedel. Denna tanke har därefter vidareutvecklats

och konkretiserats i ett ramprogram av HAKO-utredningen i dess betänkande "Handikappanpassad kollektivtrafik" (SOU 1975:68).

Detta har i sin tur resulterat i lagstiftning med innebörden att såväl alla terminalbyggnader som alla trafikmedel skall handikappanpassas. Lagen om handikappanpassad kollektivtrafik trädde i kraft 1 januari 1980 och enligt denna skall de färdmedel¹ som används i samband med kollektivtrafik så långt det är möjligt vara anpassade för handikappade resenärer. Avsikten är att handikappanpassningen skall ske successivt under en 10-årsperiod, dvs. under 1980-talet. Det är transportrådets uppgift att översiktligt planera, initiera och följa upp handikappanpassningen av de allmänna färdmedlen samt svara för en samordnande normgivning. För närvarande håller ett ramprogram på att utarbetas.

3.4 Taxi

Taxi svarar för en betydelsefull transportinsats och är i många fall det enda tillgängliga färdmedlet för t. ex. sjukresor. Taxitrafiken har under 1960- och 1970-talen alltmer kommit att omfatta samhällsuppdrag såsom skolskjutsar, färdtjänst, omsorgsresor, sjukresor och kompletteringstrafik. I genomsnitt för hela landet svarar samhället för 50 procent av taxis intäkter. I glesbygden är andelen betydligt större. På sina håll rör de sig om drygt 90 procent. En utredning² för norra och mellersta Bohuslän visar att 70 procent är samhällsbetalda taxiresor. Enligt samma utredning svarar enbart sjukresor för 29 procent. En annan utredning³ visar att sjukreseandelen (mätt i intäkter) varierar mycket mellan olika områden (tabell 3.1).

En annan tendens är att taxi kommit att betraktas som en del av kollektivtrafiken bl. a. beroende på uppdragen inom färdtjänsten och kompletteringstrafiken.

För att få bedriva taxitrafik krävs särskilt tillstånd som söks hos länsstyrelsen. Det finns omkring 9 000 ordinarie tillstånd i hela landet. Under 1960-talet och 1970-talets fyra första år minskade antalet tillstånd, men från och med 1974 har en årlig ökning skett.

Det var på landsbygden och i de mindre tätorterna som nedgången i antalet tillstånd skedde, medan övriga tätorter noterat en uppgång. Trots denna utveckling är taxitätheten mätt i antal tillstånd per invånare högst i de glest befolkade norrlandslänen. Stockholm har också en hög taxitäthet, vilket framgår av karta 3.1.

Tabell 3.1 Sjukresornas andel av taxis intäkter

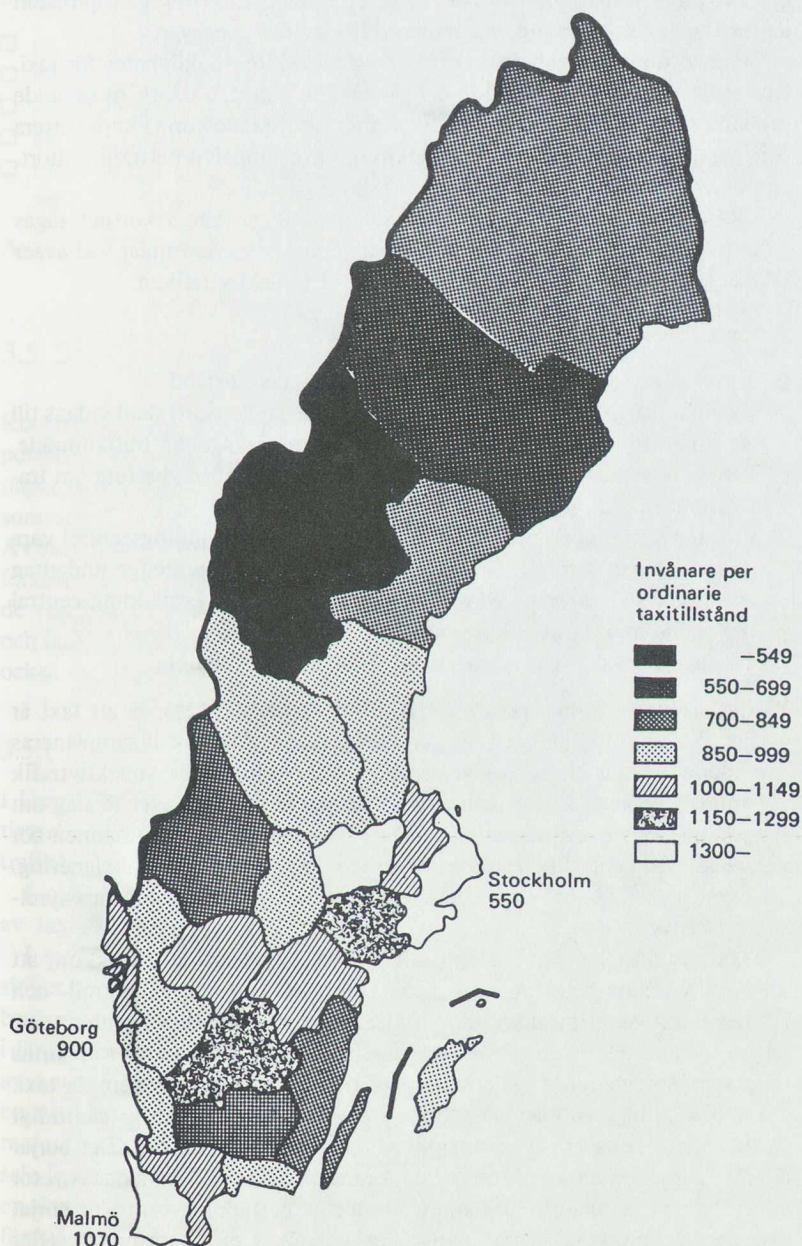
Område	Procent
Göteborg	2,7
Umeå	9,2
Lycksele	
– centralort	44,7
– glesbygd	28,0

¹ Inkluderar även taxitrafik.

² PM angående nuvarande situation beträffande taxis beställningscentral i norra och mellersta Bohuslän.

³ TFD 1977:4 Taxi och framtiden.

Den helt dominerande företagsformen inom taxi är enbilsåkeriet, där taxiägaren innehar ett enda tillstånd. Med andra ord består taxi av flera tusen småföretag. Dessa samarbetar ofta inom ekonomiska eller ideella föreningar, taxiföreningar. I tätorterna är samarbetet vanligen koncentrerat kring en gemensam beställningscentral. I glesbygden saknas sådana emellertid nästan helt.



Karta 3.1 Taxitätheten i länen 1977.

Källa: Ds K 1979:4
Taxi – krav och
utvecklingsmöjligheter.

Inom länen samarbetar taxiföretagen i länsförbund, som bl. a. är organ för allmänna branschfrågor och ofta svarar för förhandlingar. Länsförbunden är i sin tur knutna till Svenska taxiförbundet, som är en gemensam intresseorganisation för taxi i hela landet.

I den senaste taxiutredningen¹ konstateras att samverkan mellan de olika taxiföretagen är bristfällig, vilket till stor del beror på den starka individualism som präglar näringen. Varje företagare sätter sitt företag i förgrunden. För taxis del får detta bl. a. dåligt kapacitetsutnyttjande som följd. Även där det finns beställningscentraler är så ofta fallet. Ett ytterligare problem är de skilda förutsättningarna mellan tätorter och glesbygd.

Enligt taxiutredningen finns dock stora utvecklingsmöjligheter för taxi. En viktig faktor är de stigande bensinpriserna och den därav minskande privatbilismen. Vidare borde taxi mera än för närvarande kunna komplettera och i vissa fall ersätta traditionell kollektivtrafik (exempelvis nattrafik i tätort, anropsstyrd trafik, glesbygdstrafik, samåkning).

Riksdagens beslut med anledning av utredningen kan i korthet sägas gå ut på att effektivisera taxis verksamhet genom vissa ändringar vad avser tillstånden samt att starkare koppla taxi till kollektivtrafiken.

Numera gäller:

- ☐ Juridisk person kan utan särskilda skäl få taxitillstånd
- ☐ Taxibilarnas geografiska verksamhetsområde (stationsort) skall vidgas till att i allmänhet gälla en kommun. Ny benämning blir trafikområde. Länsstyrelserna skall i samband med tillståndsgivningen besluta om trafikområden och samverkan mellan dessa
- ☐ I tillståndsgivningen skall krav på anslutning till beställningscentral vara en huvudregel, varifrån länsstyrelserna i vissa fall kan medge undantag (exempelvis glesbygd). I allmänhet skall det finnas en beställningscentral per trafikområde, dvs. kommun
- ☐ Taxiägarna bör vidare vara anslutna till en taxiförening.

På flera ställen i propositionen (prop. nr 1979/80:142) betonas att taxi är en del i kollektivtrafiken och att den därför på olika sätt skall samplaneras med denna. I tillståndsgivningen skall läns huvudman för kollektivtrafik regelmässigt höras. Läns huvudmännen bör också yttra sig över förslag om trafikområden och kommenderingsplaner² för taxi. Läns huvudmännen bör vidare ha med taxitrafiken som en naturlig komponent i sin trafikplanering. Taxi skall även ingå som en del i den regionala trafikplanering som länsstyrelserna bedriver.

Transportrådet har fått i uppgift att se över taxitaxans konstruktion, att följa utvecklingsarbetet av bl. a. nya taxametrar och andra kontroll- och redovisningssystem, att skyndsamt undersöka möjligheterna att genom t. ex. någon form av plombering försvåra missbruk av de taxametrar som finns i dag samt studera olika nya beställnings- och trafikledningssystem för taxi.

De beställningscentraler som finns i dag ägs av taxi. Det är samtidigt så att en stor del av taxis verksamhet finansieras av samhället. Det börjar allt mer växa fram önskemål om att samordna olika samhällsbetalda taxiresor och i det sammanhanget har andra former av beställningscentraler börjat diskuteras. Tankarna är att samhället genom t. ex. kommunen eller

¹ Ds K 1979:4 Taxi – krav och utvecklingsmöjligheter.

² Kommenderingsplaner görs upp av taxiföreningarna i samråd med de anställdas organisationer. I planerna regleras de tider taxibilarna skall hållas ute och när extra resurser skall sättas in.

länstrafikbolaget till viss del skall äga dem och att de samhällsbetalda resorna skall ske i samåkningsform i största möjliga utsträckning. Centralerna skall också kunna informera om och leda annan kollektiv trafik. Några beställningscentraler av det här slaget finns ännu inte i bruk. Närmast i tiden ligger Kollektivtrafikberedningens och Borås lokaltrafiks samprojekt med försöksverksamhet i Borås med början hösten 1982. Här planeras en datorbaserad beställnings-, lednings- och informationscentral med hela Borås kommun som verksamhetsområde. Denna skall förutom att leda och samordna såväl linje- som taxitrafik exempelvis kunna

- ☐ ge information till allmänheten om resmöjligheter
- ☐ handha anropsstyrd trafik för färdtjänsten, sjukresor m. m.
- ☐ avsevärt förenkla faktureringsrutiner mellan taxi och lokaltrafiken
- ☐ ge ett effektivare utnyttjande av fordonen
- ☐ utföra administrativa rutiner för färdtjänst, taxi, linjetrafik och skolskjutsar.

Avsikten är vidare att införa en zonbaserad taxa för samhällsbetalda taxiresor.

3.5 Samhällsbetalda persontransporter i Uppsala län

Kommunerna, landstingen och staten bekostar en mängd olika persontransporter. Vilka de är och vad de innebär i kostnader kan exemplifieras med några uppgifter från Uppsala län. Där uppgick samhällets utgifter för persontransporter till 103,7 milj. kr 1979. I summan ingår då inte tjänsteresor. Av summan svarade kommunerna för 59 procent, landstinget för 19 procent, försäkringskassan för 14 procent (enbart sjukresorna 11 procent) och för de resterande 8 procenten staten i form av statsbidrag till kollektivtrafik och färdtjänst. I försäkringskassans andel ingår förutom sjukreseersättningen också ersättningen till landstinget för ambulans- och bårbilstransporter.

3.5.1 Resor i Uppsala län som kommunerna betalar

I Uppsala län äger kommunerna gemensamt halva länsbolaget för kollektivtrafik. Kommunerna betalar halva bolagets driftunderskott. Detta uppgick trafikåret 1979/80 till 18,6 milj. kr.

I några kommuner har man därutöver kompletteringstrafik som utförs av taxi och i Uppsala finns ett kommunalt bolag för stadstrafiken.

I samtliga kommuner i Uppsala län finns färdtjänst. Reglerna för dessa skiljer sig från kommun till kommun. Merparten av färdtjänstresorna ombesörjs av taxi. Det s. k. Svetaxsystemet används av samtliga kommuner i länet. Det innebär att de färdtjänstberättigade får färdbevis (kreditbevis) av kommunen i form av Svetaxbiljetter. Den enskilde betalar dock själv en viss del av taxikostnaden. I regel är egenavgiften 20 procent av taxameterbeloppet. Resterande belopp debiterar taxi kommunerna direkt. I Uppsala finns specialfordon, som sorterar under stadstrafiken och för dessa finns en särskild beställningscentral. Kommunerna har i övrigt inte någon särskild färdtjänstorganisation.

Kollektivtrafiken och färdtjänsten är olika utbyggd i kommunerna. Bäst beställt är det i Uppsala kommun och framför allt i centralorten. Detta har delvis med befolkningsunderlaget att göra. I Uppsala kommun bor nämligen 60 procent av länets invånare. Kommunen svarar för 73 procent av samtliga kommuners utgifter för persontransporter. Merparten hänför sig till det kommunala stadstrafikbolaget. Underskottet för detta var 1979 nära 28 milj. kr.

I kommunernas transportåligganden ingår skolskjutsar för förskolan och grundskolan. Merparten av skolskjutstrafiken ombesörjs dock av länstrafikbolaget. Framför allt i glesbygdsområdena utnyttjas också taxi och kommunerna har då avtal med taxiföreningen om denna verksamhet.

De flesta kommunerna har också några egna fordon, som används för skolskjutsning. Slutligen betalar kommunerna sjukresor som boende på ålderdomshem gör. Det rör sig dock om små belopp.

Med undantag för Uppsala kommun kan man säga att kommunerna har högst utgifter för skolskjutsar.

3.5.2 Resor i Uppsala län som landstinget betalar

Landstinget i Uppsala län äger resterande hälften av länstrafikbolaget och betalar halva driftunderskottet.

Av landstingets övriga persontransportkostnader svarar ambulans- och bårbiltransporterna för merparten. Landstinget äger ambulanserna. Bårbilarna ägs däremot av taxi och därför finns ett särskilt avtal mellan landstinget och Uppsala läns taxiförbund.

I kostnaderna för ambulans- och bårbiltransporterna ingår också de s. k. överflyttningsresorna. Det är resor som sker då patienter flyttas mellan olika sjukhus i länet.

En annan stor post utgör de s. k. omsorgsresorna. Landstinget har enligt lag ansvaret för omsorgen om psykiskt och fysiskt utvecklingsstörda och i detta ingår också att transportera elever till och från dagcenter, inackorderingshem och särskolor. Merparten av resorna sker med taxi och även här finns ett avtal mellan taxi och landstinget. Landstinget har också egna fordon för omsorgsresorna.

Landstinget betalar även resor som intagna patienter måste göra till andra sjukhus för konsultationer och provtagningar. Dessa företas vanligen med taxi. Landstinget bekostar också permissionsresor liksom hemsjukvårdsresor för personal (inom distriktsvården). För dagsjukvårdsresor, som sker med taxi, svarar landstinget för karensbeloppen och försäkringskassan för resterande kostnader.

Sammanfattningsvis redovisas kostnaderna för de samhällsbetalda persontransporterna i nedanstående tablå. Uppgifterna för Upplands lokaltrafik AB för 1979 är inte helt korrekta utan en uppskattning har gjorts med hjälp av årsredovisningar för 1978/79 och 1979/80, för att få en jämförelse med övriga kostnader.

Det bör också sägas att tablåen endast innehåller de mest omfattande persontransporterna.

Samhällsbetalade persontransporter i Uppsala län 1979	Tkr
<i>Upplands lokaltrafik AB</i>	
Driftunderskott	
(landstinget 50 %, kommunerna 50 %)	15 590
Statsbidrag	4 618
<i>Landstinget</i>	
Ambulans- och bårbilstransporter	
(exklusive ersättningen från försäkringen)	6 672
Omsorgsresor med taxi	2 176
Egna fordon i omsorgsverksamhet	750
Resor inom distriktvård	
(varav taxiresor 284 tkr)	713
Utomlänstransporter ^a	490
Konsultationsresor o. d.	300
Permissionsresor	163
Dagsjukvårdsresor	165
<i>Kommunerna</i>	
Skolskjutsar	17 693
Färdtjänst	
(varav statsbidrag 85 % dvs. ca 3 670 tkr)	10 481
Kompletteringstrafik	183
Stadstrafik (Uppsala och Enköping)	28 067
Sjukresor för ålderdomshemsboende	720
<i>Försäkringskassan</i>	
Sjukresor	11 139
Ambulansersättning	3 825
Totalt	103 745

^a Resor som invånare i Uppsala län gjort inom andra sjukvårdsområden och som dessa landsting då ombesörjt. Gäller främst akuta intagningsresor och överflyttningsresor.

3.6 Persontransportarbetets utveckling i riket 1960–1990

Persontrafiken har länge kännetecknats av en snabb tillväxt. Från 1960 till 1980 har persontransportarbetet fördubblats från ca 43 miljarder personkm till ca 87 miljarder. Med andra ord har den genomsnittliga årliga reslängden per invånare ökat från 570 mil till 1 000 mil. Huvuddelen av trafikökningen har tillfallit personbilismen. I början av 1970-talet ökade persontransportarbetet kraftigt men med ett avbrott vid energikrisen 1974. Därefter har ökningstakten varit långsammare.

1970 svarade personbilstrafiken för 80 procent av transporterna och kollektivtrafiken för de resterande 20. Kollektivandelen minskade i början av 1970-talet men ökade i slutet av decenniet för att nu uppgå till 21–22 procent.

Räknat i antalet resor 1980 svarar gång- och cykeltrafiken för 32 procent,

biltrafiken för 54 procent och kollektivtrafiken för 14 procent. Fördelningen förklaras huvudsakligen av de många korta gång- och cykelresorna.

Användandet av olika färdmedel skiljer sig åt i olika miljöer. Det har i sin tur att göra med trafikutbud samt resans längd och ändamål.

För lokala resor inom tätorter svarar kollektivtrafiken i genomsnitt för lika stort transportarbete som personbilarna och som gång/cykeltrafik, dvs. vardera 1/3.

I landsbygdstrafiken (resor mellan tätorter samt mellan glesbygder och tätorter) dominerar bilen, 90 procent. Då det gäller långväga trafik, mera än 10 mil, svarar kollektivtrafiken, huvudsakligen tåg och flyg, för 1/4.

SCB gjorde 1978 en resvaneundersökning. Enligt denna svarade arbetsresorna för 21 procent, tjänsteresorna för 15 procent, serviceresorna för 11 procent och övriga resor (främst fritids- och besöksresor) för 52 procent av det totala persontransportarbetet.

Transportrådet har gjort en prognos för persontransporterna fram till 1990. Enligt denna förväntas ökningen av arbetsresor att fortsätta men i lägre takt liksom tjänsteresorna medan serviceresorna bedöms vara konstanta. Fritidsresorna förväntas minska.

Då det gäller *privatbilismen* anför transportrådet "att mot ett ökat bilinnehav talar en svag tillväxt av hushållsinkomsterna i kombination med ökade drivmedelspriser. För ett ökat bilinnehav talar främst ett ökat bilinnehav i de äldre ålderskategorierna. Ökade resbehov kan komma att kompenseras av förbättrad kollektivtrafik".

Transportrådet räknar därför med, att bilbeståndet kommer att öka med ca sju procent till 1990, dvs. från 2,9 milj. fordon till 3,1 milj. Ökningstakten blir mindre än den varit under 1970-talet.

Då det gäller antalet personkm beräknas det öka med fem procent. Det lägre procenttalet här förklaras av att man förutsätter att den genomsnittliga körsträckan per bil minskar.

I fråga om *busstrafiken* beräknas en ökning mätt i antal personkm med 40 procent under 1980-talet. Transportrådet betonar att det i och med de nya länshuvudmännen finns organisatoriska förutsättningar för att skapa en mera effektiv kollektivtrafik. Man räknar med, att det kommer att ske en kraftig ökning av landsbygdstrafiken.

En måttlig ökning beräknas för tunnelbana, + fem procent. Spårvägs- trafikken beräknas bli konstant.

På grund av lågprissatsningen och vissa förbättringar av den interregionala *järnvägstrafiken* och genom utbyggnad av inomregional järnvägstrafik genom pendeltågssystem i Göteborgs- och Malmöregionerna förväntas järnvägs- trafikken öka med 25 procent.

Under 1980-talet beräknas även *flyget* fortsätta öka men i lägre takt, + 40 procent.

Enligt transportrådet talar tätorternas expansion och fortsatt flyttning ut från tätorterna för en minskning av *gång- och cykeltrafiken*. Men å andra sidan finns ett ökat allmänt intresse för cykling bl. a. beroende på högre bensinpriser. Vidare satsas numera på särskilda cykelvägar. Sammantaget blir det därför en måttlig ökning, + 10 procent.

Övrig trafik – främst taxi och sjöfart – tros öka i något minskad takt under 1980-talet, knappt 10 procent.

Sammantaget innebär detta att persontransportarbetet under 1980-talet beräknas öka med ca 10 procent mot 23 procent under 1970-talet. Den kollektiva trafiken beräknas få en större andel bl. a. genom den ökade satsning som möjliggöres genom länshuvudmannaskapsreformen enligt transportrådet.

Persontransportarbetets utveckling sammanfattas slutligen i tabell 3.2.

Tabell 3.2 Persontransportarbetets utveckling i riket 1960–1990

	1960		1970		1980		1990	
	Miljarder personkm	%	Miljarder personkm	%	Miljarder personkm	%	Miljarder personkm	%
Personbil	33,2	77,4	53,0	80,4	65,0	78,6	68,0	74,9
Buss	3,3	7,7	5,5	8,3	7,1	8,6	10,0	11,0
Spårväg/ T-bana	0,9	2,1	1,1	1,6	1,5	1,8	1,6	1,7
Järnväg	5,2	12,1	4,7	7,1	6,6	8,0	8,0	8,8
Flyg	0,1	0,2	0,6	0,9	1,4	1,7	2,0	2,2
Övrigt	0,2	0,5	1,0	1,5	1,1	1,3	1,2	1,3
Summa	42,9	100,0	65,9	100,0	82,7	100,0	90,8	100,0
Gång/cykel	–		5,1		4,7		5,2	
Totalt	–		71,0		87,4		96,0	

4 Sjukreseförordningen – nuvarande regler och dess brister

I kapitlet beskrivs bakgrunden till dagens sjukreseförordning. Vidare behandlas de huvudsakliga problem som den medför samt vilka brister som finns.

4.1 Bakgrund

Ersättning för sjukresor har funnits sedan början av 1930-talet. De erkända sjukrassorna, som var föregångare till de allmänna försäkringskassorna, ersatte dock endast resor i samband med sjukhusvård. Att resor endast ersattes vid sjukhusvård hade visat sig speciellt kännbart för personer bosatta på långt avstånd från läkare. Därför föreslog socialvårdskommittén (SOU 1944:15), att om en allmän sjukförsäkring infördes, skulle ersättning ges även för resor i samband med läkarvård.

Kommittén, avsåg därvid längre resor. Detta kunde tillgodoses genom att införa ett grundbelopp för vilket den enskilde själv skulle svara. Bestämmelserna utformades därefter så att den enskilde fick ett ekonomiskt intresse av att använda billigaste färdssätt. Ersättning utbetalades med tre fjärdedelar av kostnaderna, som översteg grundbeloppet.

På förslag av socialvårdsutredningen (SOU 1952:39) ändrades grundbeloppet 1953. Det höjdes från tre kr till fyra kr vid första besök hos läkare. För återberök fastställdes grundbeloppet till en krona.

1955 utfärdades bestämmelser om ersättning för vissa färdmedel som inte gick i allmän trafik. Riksförsäkringsanstalten (föregångaren till riksförsäkringsverket) ansåg att ersättning för resa med eget eller nära anhörigs fordon skulle beräknas med de löpande kostnaderna som utgångspunkt.

Efter framställan av riksförsäkringsanstalten beslutades 1956 att rätten till ersättning för hela kostnaden för resan även skulle gälla resa till bl. a. fristående centraldispensär. Dessutom uppmjukades bestämmelserna om remiss då patienten sökt vård vid allmänt sjukhus p. g. a. olycksfallsskada.

1958-års sjukreseutredning föreslog en utvidgning av kassornas skälighetsbedömning vid prövning av kostnaderna vid sjukresa. Härigenom gavs möjligheter att smidigare anpassa ersättningen till kostnaderna. Skälighetsbedömningen fick en snäv ram för att undvika skiljaktigheter vid tillämpningen. Ersättning skulle endast gälla resor för erhållande av sådan vård, för vilken patienten haft utgift och som ersattes av den obligatoriska för-

säkringen dvs. läkarvård och sjukhusvård. För att minska kostnaderna föreslog utredningen att karensbeloppet (tidigare grundbelopp) skulle fastställas till fyra kr för samtliga resor. Karensbeloppet för städerna Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping föreslogs dock bli fem kr. Reseersättning föreslogs också ges i de fall patienten blev i trängande behov av vård och tjänsteläkaren inte kunde anträffas inom rimlig tid och annan läkare därför måste uppsökas.

1958-års sjukreseutredning framförde vidare att ersättning för resa med privatbil skulle motsvara de faktiska rörliga kostnaderna. Med hänsyn till gällande taxa för taxibilar och SJ:s taxa föreslog utredningen att ersättningen skulle vara 25 öre per km. Andra färdssätt borde ersättas efter skälighetsprövning, där de verkliga kostnaderna borde utgöra grunden för ersättningsens storlek.

Utredningens förslag vann i stort sett gehör. Bestämmelserna ändrades efter dessa och de trädde i kraft 1960.

Efter tillkomsten av lagen om allmän försäkring 1963 ingår bestämmelserna om reseersättning i denna. I anslutning därtill utfärdade riksförsäkringsverket tillämpningsföreskrifter.

1961-års sjukförsäkringsutredning fick i uppdrag att pröva möjligheterna att utvidga försäkringsskyddet till att omfatta resor i samband med annan vård och behandling än läkarvård och sjukhusvård. Utredningen fick också frihet att ta upp spörsmål, som aktualiserades under arbetets gång. Detta innebar att utredningen gjorde en mera allmän översyn av reseersättningsbestämmelserna. 1970 avlämnade utredningen sitt betänkande (SOU 1970:56) Utredningens förslag var i korthet följande.

Försäkringsskyddet föreslogs utvidgas till att omfatta resor i samband med konvalescenthemsvård och annan sjukvårdande behandling i öppen vård än läkarvård. Trots att inte distriktssköterskevård hänförs till sådana sjukvårdande behandlingar som föreslogs bli ersättningsberättigade, ansågs att man i samband med sådan vård skulle erhålla ersättning.

Resor i samband med tandläkarvård av annan anledning än sjukdom var man inte beredd att genomföra utan hänvisade till pågående utredning (1974 infördes ersättning för resa i samband med tandläkarvård). Reseersättning skulle vidare medges oavsett vilken läkare som söktes om kostnaderna för resan inte översteg kostnaden för resa till närmaste allmänna sjukhus. Reseersättning förutsattes också kunna ges vid läkarvårdsresa till en lägre vårdenhet (vårdcentral eller distriktsläkare) även om denna låg längre bort än det närmaste allmänna sjukhuset. En höjning och omkonstruktion av självriskbeloppet föreslogs. Karensbeloppet föreslogs ändras till sex kr och beloppet skulle gälla för hela landet. Utredningen föreslog en villkorlig självrisk, dvs försäkringen skulle svara för hela kostnaden, då den översteg sex kr. Motivet var framför allt, att försäkringen skulle täcka de stora utgifterna för resor för befolkningen i glesbygd. En mängd resor med relativt låga kostnader skulle härigenom också rensas bort, varför administrationen inte skulle bli alltför omfattande.

Utvecklingen under 1960-talet hade visat att privatbilen skulle bli ett allt vanligare transportmedel. För att undvika onödigt administrativt krångel föreslog utredningen därför att resa med privatbil i ersättningshänseende skulle betraktas som billigaste färdssätt. Dessutom föreslog utredningen att

patienter, som efter att ha varit intagna för sjukhusvård inom främmande sjukvårdsområde, skulle få ersättning för de merutgifter som kan uppstå då resan krävt dyrare färdmedel än som eljest skulle ha använts för resan till bostaden.

Sjukförsäkringsutredningens förslag genomfördes successivt under åren 1971–1975 och utmynnade i den sjukreseförordning som gäller sedan 1976. Utredningens förslag om villkorlig självrisk och att privatbil skulle betraktas som billigaste färd sätt genomfördes emellertid aldrig.

Senare har ytterligare utvidgningar skett i sjukreseförordningen. Reseersättning utges numera i samband med rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet. Detsamma gäller för resa i samband med utprovning och anpassning av hjälpmedel för handikappad. Reseersättning i samband med besök hos läkare vid företagshälsovårdsmottagning utbetalas sedan 1978.

Från 1976 gäller förordning (1975:963) om ersättning till sjukvårdshuvudman för handikapphjälpmedel och sjuktransporter med ambulansbil och bårbil. Förordningen innebär att ersättning utges direkt till sjukvårdshuvudmännen med för närvarande 27 kr för varje invånare som var bosatt inom sjukvårdsområdet vid årets början. Tidigare fanns möjlighet för kommun, landstingskommun och transportföretag att träffa avtal om gottgörelse för sjuktransporter. Denna möjlighet slopades i och med förordningen.

4.2 Nuvarande regler

Ersättning ges för resekostnader som patienten har haft i samband med

- ☐ läkarvård meddelad av distriktsläkare, sjukhusläkare samt privatpraktiserande läkare som är ansluten till den allmänna försäkringen
- ☐ sjukhusvård
- ☐ sjukvårdande behandlingar i offentlig regi (t. ex. vård av sjukgymnast, psykolog, arbetsterapeut, logoped) och av privatpraktiserande sjukgymnast som är ansluten till försäkringen
- ☐ utprovning och anpassning av handikapphjälpmedel
- ☐ vård hos distriktsköterska eller distriktsbarnmorska.

Ersättning lämnas också i samband med

- ☐ preventivmedels-, abort- och steriliseringsrådgivning
- ☐ tandvård meddelad i offentlig regi eller av privatpraktiserande tandläkare, som är ansluten till den allmänna försäkringen
- ☐ besök hos läkare vid företagshälsovården, som är ansluten till den allmänna försäkringen.

Billigaste färd sätt

Ersättning för resekostnader beräknas efter det billigaste, vanligen förekommande färd sätt som patienten kunnat använda med hänsyn till sitt hälsotillstånd, resans längd och övriga omständigheter.

Resans längd

Ersättning beräknas efter den sammanlagda kostnaden för resa till och från allmän mottagning för öppen vård (läkarvård, tandvård, sjukgymnastik osv.) som är inrättad för den ort, där patienten vistats eller närmaste allmänna sjukhus där patienten kunnat få nödvändig vård.

Har vården sökts hos privatpraktiserande läkare beräknas ersättningen högst efter vad det skulle ha kostat om patienten rest till allmän mottagning som är inrättad för orten, där man vistas och som kunnat ge den vård som var nödvändig. För vård hos privatpraktiserande tandläkare och sjukgymnast gäller vissa begränsningar (se tillämpningsföreskrifterna i bilaga 2).

För resor i samband med öppen vård inom kommunerna Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping gäller att ersättning beräknas på kostnaden för resan till den mottagning som patienten besökt. En förutsättning är att hela resan ägt rum inom kommunen.

Ersättning för återresa

Har patienten fått vård inom det sjukvårdsområde, där han är bosatt, beräknas ersättning för återresan till bostaden eller till den plats varifrån resan till mottagningen eller sjukhuset påbörjades.

Har patienten insjuknat och fått vård utanför det egna sjukvårdsområdet, får han ersättning för resa till den plats, varifrån resan till mottagningen eller sjukhuset företogs. Patienten kan få ersättning för merkostnader, som har uppkommit genom att han varit tvungen att använda dyrare färdmedel för återresan än han skulle använt, om han inte behövt söka vård.

Karensbelopp

Patienten har rätt till ersättning för den del av den sammanlagda resekostnaden som vid varje vårdtillfälle överstiger 30 kr. Karensbeloppet är dock 38 kr vid tandvård och preventivmedelsrådgivning m. m. Om vården meddelas av specialist- eller specialtandläkare efter remiss från läkare eller tandläkare utgör dock karensbeloppet 30 kr. Karensbeloppet har under utredningens arbete förändrats från 13 resp. 21 kr. Ändringen skedde 1 januari 1981.

Färdmedel

Ersättningen beräknas efter billigaste färd sätt som kunnat användas med hänsyn till hälsotillståndet. Om patienten p. g. a. till exempel dåliga kommunikationer använt ett dyrare färdmedel, kan han få ersättning för detta endast om försäkringskassan anser att ett sådant färdmedel varit nödvändigt. Vid resa med privatbil ges ersättning med 55 öre per km.

Om det med hänsyn till hälsotillståndet varit nödvändigt att använda ett dyrare färd sätt skall den som meddelat vården, t. ex. läkare eller sjukgymnast, intyga detta.

Övernattning

Om patienten måste övernatta i samband med resa för att få vård, kan ersättning för övernattningskostnader lämnas, men högst med 55 kr per natt.

Följeslagare

Om hälsotillståndet eller ålder kräver att någon följer med den sjuke på resan, kan ersättning för följeslagarens resekostnader också utges.

Sjukt barn

Förälder eller annan anhörig kan få ersättning för resekostnader vid besök i offentlig sjukvård med anledning av sjukdom hos barn som inte fyllt 16 år. En förutsättning är att besöket ingått som en del i behandlingen av barnet. Ersättning kan ges även om barnet inte varit med vid besöket. Försäkringskassan betalar ersättning för den del av den sammanlagda kostnaden som vid varje besök överstiger 30 kr.

Om barn som inte fyllt 16 år, vårdas på sjukhus kan förälder eller annan anhörig få reseersättning för högst ett besök i veckan hos barnet. Försäkringskassan betalar ersättning bara för den del av kostnaden som överstiger 30 kr.

Sjukreseförordningen återfinns i sin helhet i bilaga 2.

Tillämpningsföreskrifter

I anslutning till sjukreseförordningen har riks-försäkringsverket utfärdat tillämpningsföreskrifter som detaljerat anger hur reseersättningarna skall beräknas i olika situationer. Tillämpningsföreskrifterna återfinns i bilaga 2.

4.2.1 Handläggning av sjukreseärenden

Då patienter gör anspråk på ersättning för sjukresa har försäkringskassan att avgöra om förutsättningarna för ersättning är uppfyllda enligt reglerna i sjukreseförordningen. Därefter kan ersättning utanordnas.

Som betalningsunderlag används oftast blanketterna "Sjukvårdsersättning – AFL" eller "Intyg – sjukvård m. m.". Blanketternas baksidor innehåller reseuppgifter, som fylls i av patienten.

Har patienten använt allmänna kommunikationsmedel noterar han färd-sätt och kostnad varefter ersättning utanordnas. Enligt praxis behöver inte kvitto på kostnaden för resan uppvisas.

Avser kostnaden färd med egen eller nära anhörigs bil noteras färd-sätt och uppgift om färdsträcken. Behovet av dyrare färdmedel samt färdsträcken kontrolleras varefter ersättning betalas ut. I dessa fall skall även tillämpningsföreskrifternas regler om kostnadsjämförelse med allmänna kommunikationsmedel beaktas.

Avser resan färd i taxibil, ersätts denna oftast med blanketten "Sjuktransportkvitto" som underlag. Taxiföraren upprättar kvittot och patienten betalar för resan eller överlåter sin rätt till ersättning på utfärdaren av kvittot. På kvittot intygas om patientens tillstånd har krävt taxibil.

Saknas intyg om färd sätt utreds om behov av dyrare färdmedel förelegat. Först därefter utanordnas ersättningen. Förekommer överlåtelse av rätten till ersättning på taxiföraren görs oftast utbetalning via postgiro. Detta förfaringssätt gäller därför att "Sjuktransportkvitto" presenteras lång tid efter det att resan företagits.

För övriga färdmedel upprättas blanketten "Resekostnadskvitto" tillsammans med kvitterad räkning. Kassatjänstemannen prövar om färd sättet varit nödvändigt av hälsoskäl eller annan anledning. Därefter prövas kostnadernas skälighet.

Riksförsäkringsverket har med frekvensstudier konstaterat att den genomsnittliga handläggningstiden för ett sjukreseärende (=resekostnadskvitto) är 9,5 minuter. Om denna siffra används på antalet rapporterade sjukreseärenden under 1980 motsvarar arbetsinsatsen för att utbetala sjukreseersättning ca 500 årsarbetare eller omkring 60 milj. kr.

4.3 Problem och brister

4.3.1 *Sjukreseförordningens omfattning*

Resa till/från sjukgymnast vid företagshälsovård

Förordningens regler omfattar inte alla vårdformer. Resa till sjukgymnast verksam inom företagshälsovården ersätts inte f. n., medan däremot resa till läkare inom företagshälsovården ersätts. Reseersättningen utbetalas direkt till patienten och faller således utanför de avtal om gottgörelse för företagshälsovård som träffas enligt bestämmelserna 2 kap 7 § andra stycket lagen om allmän försäkring.

Det blir allt vanligare att sjukgymnaster anställs inom företagshälsovården och att dessa använder större delen av sin tjänstgöringstid åt vård eller behandling i samband med sjukdom. Behovet av att ersätta dessa resor har därför ökat. I ett betänkande av riksförsäkringsverket och socialstyrelsen (Ds S 1977:3) "Sjukförsäkringens ersättningsregler vid företagshälsovård" har påpekats behovet av att ersätta resor till sjukgymnast inom företagshälsovården i samband med vård och behandling.

Verken föreslår att ersättning för resor i samband med vård och behandling hos läkare eller sjukgymnast vid företagshälsovårdsmottagning, som registrerats hos allmän försäkringskassa, skall ges från försäkringen med tillämpning av de bestämmelser som gäller för vård eller behandling som meddelas av privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast, som är anslutna till försäkringen. Beträffande kostnaderna anför verken att detta förslag torde ha betydelse i första hand från administrativ synpunkt. Någon särskild kostnadsökning till följd av den föreslagna bestämmelsen har inte beräknats.

I brev till sjukreseutredningen från Legitimerade sjukgymnasters riksförbund (LSR) hemställer förbundet om att sjukreseutredningen måtte föreslå att patients kostnader för färd till legitimerad sjukgymnast inom fö-

retagshälsovården ersätts enligt samma grunder som gäller för resa till privatpraktiserande sjukgymnast.

I tillämpningsföreskrifter till sjukreseförordningen har riks försäkringsverket föreskrivit att reseersättning kan utges högst med belopp beräknat efter kostnaden till närmaste mottagning, där patienten kunnat få den vård han behövt. Reser således en patient till privatpraktiserande sjukgymnast ges reseersättning högst efter vad det skulle ha kostat att resa till allmän mottagning, där behandling kunnat erhållas inom tid vilken han – enligt läkares bedömning – längst kunnat vänta med behandlingen. Det blir således försäkringskassans sak att ta reda på, om patienten hade kunnat få behandling vid den allmänna mottagningen.

Vårdresor som sjukvårdshuvudmännen ersätter

Sjukreseförordningen omfattar inte alla vårdresor. Resor som avser förebyggande vård (hälsovård) ersätts inte, eftersom den allmänna försäkringen ej omfattar hälsovård. Men även andra resor i samband med vård ersätts inte. Detta innebär att sjukvårdshuvudmännen svarar för kostnader för vissa av dessa resor. Det gäller bl. a.

- ☐ in- och utskrivningsresor i samband med vård på sjukhus, sjukhem och konvalescenthem som inte finns med på riks försäkringsverkets förteckning
- ☐ överflyttningsresor
- ☐ permissionsresor
- ☐ resor i samband med sluten vård för bl. a. patienter, som under tid för sluten vård, meddelas öppen vård utanför sjukhuset
- ☐ vissa besöksresor hos sjuka barn (ersättningen begränsad i sjukreseförordningen)
- ☐ resor i samband med förebyggande mödravård
- ☐ resor i samband med tandvård för barn och ungdom då vården är avgiftsfri
- ☐ hemtransport av avliden.

Då patienten vårdas på sjukhus, sjukhem eller konvalescenthem som inte finns upptagna på den av riks försäkringsverket fastställda förteckningen över sjukhus m. m. ges inte någon ersättning från den allmänna försäkringen för kostnader för resa till och från dessa. Det innebär att sjukvårdshuvudmännen oftast svarar för resekostnaderna, om man medverkat till placering på sjukhuset, sjukhemmet eller konvalescenthemmet.

Vid överflyttning av patienter till annat sjukhus, sjukhem eller konvalescenthem svarar sjukvårdshuvudmännen för resekostnaden, förutsatt att huvudmannen ombesörjer och bekostar placeringen på den vårdinrättning till vilken patienten överflyttas. Vid överflyttning av patient till sjukhus inom annat sjukvårdsområde gäller reglerna i utomlänsavtalet.¹

Permissionsresor bekostas i vissa fall av sjukvårdshuvudmännen. I huvudsak gäller detta resor som är medicinskt motiverade.

Resor som patienter företar till mottagning för öppen vård under tid då han åtnjuter sluten vård ersätts inte heller av den allmänna försäkringen. Däremot ges ersättning för resa i samband med tandvård, om inte tandvården är föranledd av samma skada eller sjukdom för vilken patienten intagits för vård.

¹ I utomlänsavtalet regleras förutsättningar och ersättningar, då patienter vårdats utanför det egna sjukvårdsområdet.

Besöksresor hos sjuka barn kan ersättas i vissa fall av sjukvårdshuvudmännen utöver vad reglerna i den allmänna försäkringen föreskriver. Resor i samband med förebyggande mödravård ersätts inte av den allmänna försäkringen. Sjukvårdshuvudmännen har också i vissa fall kommit att svara för resor i samband med specialvårdsremiss, då problem uppstått att tolka försäkringens sjukdomsbegrepp bl. a. vid vissa fosterundersökningar.

Sjukvårdshuvudmännen svarar för resor i samband med den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. Ersättning utges inte då huvudmannen eller annan anordnar kollektiva transporter till tandvårdsinstitutionerna. Patienten svarar emellertid själv för ett karensbelopp. Landstingsförbundet har rekommenderat landstingen att behålla karensbeloppet 13 kr trots höjningen 1 januari 1981.

Vid hemtransport av avliden ges ingen ersättning från den allmänna försäkringen. Vissa sjukvårdshuvudmän ersätter dessa transporter. Detta gäller i första hand då den avlidne efter specialremiss vårdats i annat sjukvårdsområde.

För sjukresor i samband med dagvård ges ersättning från den allmänna försäkringen i de fall patienten haft kostnader för resan och dessa överstiger karensbeloppet. Landstingsförbundet har rekommenderat sjukvårdshuvudmännen att svara för kostnaderna för patientresor inom dagvården. Detta innebär att sjukvårdshuvudmännen ofta svarar för karensbeloppet.

Ett speciellt problem utgör personalresor vid hemsjukvård. Utvecklingen går mot att fler patienter vårdas i sina hem och att sjukvårdspersonal besöker patienterna i hemmet. Sjukreseförordningen reglerar enbart kostnader som patient har haft för sjukresa och någon speciell ersättning ges inte för personalresor. För resa som läkare och sjukgymnast företar vid hembesök ges ersättning enligt läkarvårdstaxan och behandlingstaxan. Av dessa framgår emellertid att endast resa som privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast företar vid sjukbesök ersätts.

Den försäkrades kostnadsansvar

Sjukresor ersätts inte då den enskilde själv inte har haft att slutligt svara för kostnaden. Detta gäller för

- ☐ sjukresor för patienter som omfattas av lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda (omsorgslagen) samt
- ☐ sjukresor för personer som bor på åldersdomshem

Före 1977 utbetalade landets försäkringskassor ersättning för resor vid läkarvård, sjukhusvård och sjukvårdande behandling för pensionärer boende på ålderdomshem. Då beslöt försäkringskassorna att ej längre utge ersättning p. g. a. att kommunerna förändrat sitt avgiftssystem för ålderdomshemspatienter, vilket kassorna uppfattade som att patienterna inte längre hade att svara för kostnaderna för resorna. Besluten överklagades senare, men såväl riksförsäkringsverket som försäkringsdomstolen fann inte några skäl att ändra försäkringskassornas beslut.

Kommunförbundets styrelse hemställde därefter hos regeringen att sjukresoreglerna skulle ändras så att ersättning skall kunna ges från försäkringskassan för sjukresor som ålderdomshemsboende gör. I sammandrag framhöll kommunförbundet

- att* pensionärerna på ålderdomshemmen också har utgifter för sjukresor, men med den skillnaden att karensbeloppen vägts in schablonmässigt i ålderdomshemsavgiften bl. a. för att undvika en besvärlig administration vid sökande av ersättningen hos försäkringskassan
- att* pensionärerna ofta är mellan 80 och 90 år och att i många fall medför deras hälsotillstånd att de har svårigheter att själva erlägga betalning för t. ex. taxiresor och sedan söka ersättning från försäkringskassan, varför även personal från ålderdomshemmet måste följa med
- att* det ersättningssystem som tidigare tillämpats för dessa resor varit förredömligt enkelt och lättadministrerat och därmed även varit till fördel för den enskilde pensionären
- att* flertalet av glesbygdskommunerna skulle komma att drabbas ekonomiskt mera än tätortskommunerna p. g. a. att reseavstånden mellan ålderdomshem och läkarmottagning resp. sjukhus här ofta är betydande och att resekostnaderna därmed också uppgår till stora belopp.

Vissa fordonsskador i samband med sjukresor

I en riksdagsmotion 1976/77:668 framhölls att vid hastiga sjukdomsfall när läkarhjälp snabbt måste nås ges inte alltid tid att invänta ambulans. Taxibil eller privatbil måste kanske anlitas för transporten till läkare eller sjukhus. Det kan då förekomma att den sjuke förorenar i bilen. Rengöringen efter exempelvis blödning, magtömning e. d. kan bli omfattande och kostnadskrävande.

Vid trafikskada lämnas ersättning för sådan skada genom trafikförsäkringen. Men i övriga fall finns för närvarande inte någon möjlighet att få ersättning. Motionärerna föreslog att dessa kostnader borde ersättas av trafikförsäkringen.

Enligt gällande praxis ersätts dessa s. k. samaritsskador genom trafikförsäkringen, om de uppkommer i samband med trafikolycksfall. Det kan även tänkas att sådan skada uppkommer som direkt följdskada till annan skada och av den anledningen kan ersättas via enskild försäkring. Men i flera fall finns det för närvarande inte någon möjlighet att få ersättning för rengöringskostnader m. m.

Riksdagen beslöt att överlämna motionen till socialpolitiska samordningsutredningen för att frågan i enlighet med landstingsförbundets remissyttande skulle prövas inom ramen för den allmänna försäkringen. Denna utredning konstaterade att frågan närmast berör sjukreseutredningens uppdrag. Motionen med tillhörande handlingar har överlämnats till sjukreseutredningen.

4.3.2 Billigaste färdstätt

Patienten har rätt till ersättning för resekostnad med hänsyn till den väg och det färdstätt som verkligen använts. Resekostnaden får dock inte beräknas till högre belopp än vad det skulle ha kostat att använda den väg och det färdstätt som med skäligen hänsyn till patientens tillstånd, resans längd och övriga omständigheter varit ägnade att medföra den lägsta sammanlagda kostnaden.

Det ankommer således på försäkringskassan att bedöma behovet av bil-

ligaste färdssätt med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet. Som billigaste färdssätt godkänns alltid resa med buss eller tåg. I huvudsak är det medicinska skäl som talar för användande av dyrare färdmedel. På resekostnadskvittot skall den behandlande läkaren eller sjukgymnasten, som hjälp för kassans bedömning, intyga behovet av dyrare färdmedel. Bedömningen skall inte avse endast den åkomma som patienten söker vård för, utan även patientens totala hälsotillstånd. Bedömningen kan många gånger vara svår och läkaren utsätts ofta för en press från patienten och taxiföraren. Resan är oftast redan genomförd och den enskilde hävdar att transporten har måst ske med ett dyrare färdmedel.

Har inte den behandlande läkaren/sjukgymnasten tagit ställning till behovet av dyrare färdmedel vid vårdtillfället, är ofta en efterhandskonstruktion svår att göra. Försäkringskassornas prövningsmöjligheter är starkt begränsade.

Kassorna skall vid bedömning av färdmedel även ta hänsyn till andra faktorer än de rent medicinska. Det gäller ålder, smittorisk, betydande tidsvinst och sociala skäl (barntillsyn, tillsyn av djur m. m.).

Bedömning av billigaste färdssätt i förhållande till patientens tillstånd och övriga omständigheter är administrativt mycket betungande. Många gånger kan inte ärendet avgöras utan att konsultation måste ske med andra tjänstemän inom kassan och på vårdmottagningar.

För att undvika alltför många ersättningsärenden med kostnadsjämförelse föreskriver riks-försäkringsverket i tillämpningsföreskrifter att generellt skall gälla att kostnadsjämförelse inte behöver ske mellan allmänna kommunikationer och privatbil, då kostnadsskillnaden inte överstiger 10 kr. Denna tillämpning innebär på grund av taxekonstruktionen för de allmänna kommunikationsmedlen, att det uppstår orättvisa mellan glesbygdslän och andra län. Patienter i glesbygdslän utsätts för högre krav vid bedömningen av billigaste färdssätt. Som exempel kan nämnas att i Uppsala län kan man företa resa i privatbil 76 km innan kostnadsjämförelse behöver ske medan motsvarande sträcka för Västerbottens län är 28 km. Rimligtvis borde det vara så, att där trafikutbudet är bra, där skulle högre krav ställas vid tillämpningen av regeln om billigaste färdssätt.

I många län var praxis före den 1 oktober 1979 (då höjdes km-ersättningen för bil) att privatbil betraktades som billigaste färdssätt. Den 1 juli 1979 sänktes taxan för allmänna kommunikationer i regional trafik, vilket innebar att då bilersättningen höjdes blev tillämpningsföreskrifternas generella regel mindre aktuell. Kassorna har därefter tvingats återgå till att i kostnads-hänseende jämföra varje bilresa med resa med allmänna kommunikationer.

I en motion 1977/78:1059 hemställs att riksdagen hos regeringen anholder om förslag till ändring av sjukreseförordningen så att resa med flyg mellan Gotland och fastlandet skall betraktas som billigaste färdssätt. Socialförsäkringsutskottet påpekade att gällande bestämmelser i sjukreseförordningen ger utrymme för hänsynstagande inte bara till patientens hälsotillstånd utan även till andra omständigheter när det gäller att bedöma vilken väg och vilket färdssätt som skall grunda rätt till ersättning. Frågan gällde därför främst hur generöst gällande bestämmelser skulle tillämpas. Problemet är således inte begränsat enbart till patienter på Gotland utan avser även sådana patienter i övriga delar av landet, som hänvisas till vård vid sjukhus

långt från hemorten. Motionen överlämnades till sociala samordningsutredningen och har senare överlämnats till sjukreseutredningen.

4.3.3 Resans längd

Bestämmelserna om resans längd är olika för öppen och sluten vård. Nuvarande regler innebär att resekostnaden inte får beräknas till högre belopp än vad resan skulle ha kostat, om vården söktes vid allmän mottagning för öppen vård, som är inrättad för den ort där den försäkrade vistas eller vid närmaste sjukhus, där patienten kunnat få den vård han behövt.

Reglerna vid *öppen vård* innebär således valfrihet att söka vård hos distriktsläkare, hälsovårdscentral eller närmaste sjukhus. Om resan företagits till privatpraktiker innebär detta att kostnaden vid kostnadsjämförelse beräknas till den längst bort belägna allmänna mottagningen på den ort patienten vistas då han söker vård. För kommunerna Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping gäller särskilda regler om resan företagits inom kommungränserna.

Riksförsäkringsverket har påpekat att bestämmelserna innebär att vården inte alltid söks vid rätt vårdnivå. Problemet är mest uttalat i sjukvårdsområden där vården centraliserats. Ett sådant exempel är Jämtlands län, där det finns ett enda sjukhus. Det händer att patienter som söker läkarvård, på sin resa dit passerar flera andra vårdgivare, som kunnat anlitas. Ibland väljer patienterna att söka vård hos läkare, för vilka de känner speciellt förtroende, även om de därmed måste åka längre sträckor. I sjukvårdsområden med centraliserad sjukhusvård innebär nuvarande regler att det bara i undantagsfall blir begränsningar i ersättningarna vad avser resans längd.

Av sjukresereglerna framgår, att för att resan skall ersättas skall denna i huvudsak ha föranletts av behovet av vård. Denna bestämmelse kan också förorsaka att patienten söker vård vid en längre bort belägen mottagning, då patienten kombinerar läkarbesöket med annat ärende, exempelvis inköp.

Reglerna som gällde före 1976 innebar att patienten i första hand skulle vända sig till distriktsläkaren inom vars distrikt han befann sig då behovet av vård uppstod.

Undantag från denna regel medgavs då patienten

- ☐ hänvisats till annan vårdgivare
- ☐ sökt läkarvård vid sjukhus vid skada i samband med olycksfall
- ☐ sökt läkarvård hos annan än distriktsläkaren då denne inte varit anträffbar och trängande behov av vård förelegat.

Vid dessa tillfällen ersattes resan med belopp som motsvarade kostnaden för resa till närmaste allmänna sjukhus, där vård kunde ha meddelats.

Reglerna upplevdes framför allt som svårförståeliga av patienten. De var dessutom administrativt betungande. Samtidigt motsvarade inte reglerna de förändringar som skett inom sjukvårdsorganisationen.

Som exempel på reglernas effekter kan nämnas, att om en patient sökt vård vid distriktsläkarmottagning, men inte kunnat invänta erhållen tid utan i stället fått vård vid sjukhus, begränsades reseersättningen till kostnad för resa till distriktsläkaren.

Ett annat exempel visar, att om patienten erhållit vård vid sjukhus p. g. a. olycksfall och uppmannats att återkomma för kontrollbesök, ersattes resan i samband med olycksfallet, men resan i samband med kontrollbesöket begränsades till närmaste distriktsläkare. För att den senare resan skulle ersättas krävdes remiss från läkare utanför sjukhuset.

Vid ett flertal fall innebar reglerna ökade kostnader för försäkringen, eftersom patienten sökte vård hos distriktsläkare, som omedelbart hänvisade honom till sjukhus. Ersättning gavs då i många fall för två resor i stället för en.

Sjukförsäkringsutredningen övervägde en alternativ lösning nämligen att bibehålla reglerna men låta kassorna göra en skälighetsbedömning i fråga om läkarvalet. Utredningen frångick emellertid detta alternativ eftersom kassorna skulle ställas inför svåra gränsdragningsproblem, vilka skulle kräva omfattande utredningar. Dessutom förelåg risk för stora skiljaktigheter mellan kassorna vid tillämpningen.

Reglerna vid *sluten vård* överensstämmer i högre grad med sjukvårdsorganisationen och vållar sällan några större problem. Bestämmelserna är anpassade till de regler som gäller vårdansvar och kostnadsansvar som föreskrivs i utomlänsavtalet.

Insjuknar patienten, då han vistas inom det egna sjukvårdsområdet ersätts intagningsresan till närmaste allmänna sjukhus inom sjukvårdsområdet, som kan ge erforderlig vård. Vistas patienten i kommun, som gränsar till det sjukvårdsområde, där patienten är bosatt utges ersättning till närmaste allmänna sjukhus inom det egna sjukvårdsområdet, om patienten reser dit.

Insjuknar patienten vid vistelse inom annat sjukvårdsområde, utges reseersättning för resa till närmaste allmänna sjukhus inom det sjukvårdsområdet.

Då vård meddelats inom det egna sjukvårdsområdet, beräknas ersättning för *återresa*, till bostaden eller tillbaka till den plats varifrån resan påbörjades. Har patienten vårdats inom annat sjukvårdsområde, och vårdbehovet har uppkommit under vistelse där, ersätts återresan tillbaka till den plats varifrån resan till sjukhuset företogs. Har vårdbehovet uppkommit, då patienten vistas i kommun som gränsar till det egna sjukvårdsområdet, beräknas ersättningen till den egna bostaden. Överstiger denna kostnad vad det skulle ha kostat, om vården sökts vid närmaste allmänna sjukhus i det egna sjukvårdsområdet, begränsas ersättningen till kostnaden för resa mellan hemortssjukhuset och bostaden.

4.3.4 Tandvårdsresor

Ett fåtal ersättningsärenden gäller resor i samband med tandvård. De vållar ändå många problem för att hänsyn skall tas till vad som kan anses vara normal väntetid. På grund av att väntetiderna ofta är långa och varierar från ort till ort tvingas kassorna till svåra ställningstaganden. Många kassor utreder varje enskilt ärende medan andra har mer schabloniserade tillämpningar. Vid vissa kassor bedöms tandvårdsresorna centralt. Vid tandvårdsresor tillämpas skilda karensbelopp beroende på vilken vård som meddelas patienten. Meddelas vården av specialist- eller specialtandläkare efter remiss från läkare eller tandläkare är karensbeloppet 30 kr. I annat fall gäller 38

kr. Denna uppdelning bidrar inte till att underlätta handläggningen, då det många gånger är svårt för den enskilde tjänstemannen att avgöra vilken typ av vård som avses.

4.3.5 *Karensbelopp*

Flera karensbelopp utgör ett problem. Vid läkarvårdsresor, sjukhusvårdsresor, resor i samband med sjukvårdande behandling, resor i samband med utprovning och anpassning av hjälpmedel för handikappad samt vid resa i samband med vård av specialist- eller specialtandläkare är karensbeloppet 30 kr. För resor i samband med övrig tandvård och i samband med rådgivning enligt lagen om viss födelsekontrollerande verksamhet tillämpas 38 kr som karensbelopp.

Vid besök hos sjukt barn ersätts resan i den mån kostnaderna överstiger 30 kr.

Riksförsäkringsverket har framfört att det bör övervägas, om inte ett lägsta belopp utöver karensbeloppet – skall införas för utbetalning. För närvarande tvingas kassorna att utbetala alla belopp som överstiger karensbeloppet.

Karensbeloppen innebär en stor ekonomisk belastning för dem som tvingas att anlita vården ofta. Inom dagsjukvården har denna fråga lösts genom att sjukvårdshuvudmännen vanligen svarar för karensbeloppet. Även för andra som ofta måste ha vård finns behov av ett högkostnadsskydd. Detta problem har blivit än mer uttalat sedan karensbeloppen höjdes från 13 och 21 kr till 30 resp. 38 kr.

4.3.6 *Färdmedel*

Sjukreseförordningen omfattar ersättning för färdmedel i allmän trafik, privatbil och andra färdmedel som inte kan anses gå i allmän trafik och ej heller kan anses vara att jämställa med privatbil.

Privatbilersättningens storlek beslutas av regeringen. Sedan oktober 1979 är ersättningen 55 öre per km. Dessförinnan var den 40 öre. I en motion (1979/80:256) anfördes att den fastställda bilersättningen inte är tillräcklig. Den täcker inte ens driftskostnaderna och många anlitar därför taxi i stället. Motionärerna anser därför att ersättningen bör ges med samma belopp som anges i det statliga resereglementet, dvs. f. n. 113 öre per km.

Resor med taxibil förbeställs ofta och därför debiteras avgift enligt högsta taxan. Således blir avgiften för sjukresor vanligen högre än vid vanlig taxi-transport med en passagerare.

Vid anlitande av annat färdstätt än fordon i allmän trafik eller privatbil skall ersättning utges med belopp som kan anses vara skäligt. Några tillämpningsföreskrifter med anvisningar om vad som skall anses vara skälig ersättning finns inte, vilket innebär att ersättningen för dessa resor kan variera från län till län. De transportmedel som avses är bl. a. båt, isbrytare, hydrokopter, sväware och snöscooter. Problemen är mest uttalade i glesbygds- och skärgårdsområden. I dessa händer det att patienter tvingas att använda sig av dessa färdstätt även vid planeringsbara resor. Det sker då ofta till höga kostnader. Ett exempel på detta är en tandvårdsresa med

isbrytare till en kostnad av 1 000 kr för en förhållandevis kort resväg. Ersättning utbetalades i det fallet med 979 kr (1 000 kr – 21 kr).

Akuta sjuktransporter i dessa områden ombesörjs ofta av fordon för vilka räddningstjänstavtal gäller. Om flygtransport krävs svarar rikspolisstyrelsen för de akuta transporterna. Rikspolisstyrelsen har speciellt anslag för denna verksamhet, varför ingen kostnad uppstår för patienten.

Alla sjukresor ersätts inte trots att kostnaderna för transporterna överstiger de fastställda karensbeloppen. Reglerna i lagen om allmän försäkring är så utformade att för att ersättning skall kunna ges måste patienten själv ha det slutliga kostnadsansvaret. Det händer att den enskilde debiteras så låg avgift att den inte överstiger karensbeloppet, fastän kostnaden för resan i själva verket är högre. Detta gäller bl. a. vid sjukresa som sker med färdtjänst samt vid resa med s. k. turbilar i sjukvårdshuvudmannens regi (se vidare kap. 6).

Sjukresor med färdtjänsten är tillåtna i ca två femtedelar av kommunerna. Avgiften för resorna varierar från kommun till kommun, men i allmänhet är de lägre än gällande karensbelopp. Därför ersätts få färdtjänstresor av den allmänna försäkringen. Under åren 1972–1974 kunde försäkringskassorna med stöd av 2 kap. 7 § lagen om allmän försäkring träffa avtal med kommun om bidrag till kostnaderna för färdtjänsten. Någon sådan möjlighet föreligger inte efter den 1 januari 1975.

4.3.7 Behovet av ett högkostnadsskydd

Riksdagen har fattat beslut om att öka skyddet mot höga kostnader för personer med stort behov av sjukvård och läkemedel. Högkostnadsskyddet som träder i kraft den 1 juli 1981 skall gälla för såväl läkar- som tandläkarordinerade läkemedel som läkarvård och sjukvårdande behandling i öppen privat och offentlig vård.

Skyddet börjar gälla när en person har betalat avgift för 15 läkemedelsinköp eller 15 besök hos läkare m. fl. Han blir därefter befriad från kostnader för ytterligare läkemedel och vårdbesök. Befrielsen gäller under en tolv månadersperiod räknat från första inköpet eller besöket. Den nuvarande kostnadsfriheten för läkemedel vid vissa sjukdomar behålls för dem som väljer att inte betala avgift även för dessa läkemedel inom det nya systemets ram. För barn i samma familj gäller ett gemensamt kostnadstak efter 15 inköp eller sjukvårdsbesök.

Socialministern var med hänsyn till pågående arbete i sjukreseutredningen inte beredd att förorda att sjukresor skulle ingå i ett samordnat högkostnadsskydd.

Landstingsförbundet har i remissyttrande anført att patienternas utgifter för sjukresor inte har kunnat inordnas i det utbyggda skyddet. Det är här fråga om utgifter som ofta drabbar befolkningen i glesbygd. Förbundet föreslår att frågan om sjukreseutgifternas inordnande i högkostnadsskyddet tas upp till prövning av sjukreseutredningen.

I en skrivelse till socialdepartementet från Handikapporganisationernas centralkommitté i Värmland behandlas också frågan om högkostnadsskydd för resekostnader. Skrivelse med motion har överlämnats till sjukreseutredningen.

Att någon form av högkostnadsskydd bör finnas även för sjukresor, framstår som angeläget. Det finns många som p. g. a. sin sjukdom tvingas företa besök hos vårdgivare mycket ofta och samtidigt tvingas använda sig av dyrbara färdmedel. I vissa fall måste t. o. m. flera besök göras under samma dag.

Ett högkostnadsskydd för sjukresor är mer komplicerat än vad ett sådant skydd är för vård- och läkemedelskostnader. Behovet av färdmedel varierar p. g. a. hälsotillstånd och andra omständigheter och kostnaderna för de olika färdmedlen varierar.

4.3.8 Överlåtelse av kostnad på annan (överlåtelsekvitto)

För att förhindra att patienter vid *akuta* resor skulle behöva lägga ut höga belopp för resekostnader beslöt riks försäkringsverket – efter framställning av bl. a. dåvarande Räddningskåren – att man skulle använda s. k. överlåtelsekvitton. Systemet används uteslutande vid taxiresor och innebär att patienten överlåter rätten till ersättning från den allmänna försäkringen på utfärdaren av kvittot.

Meningen var att förfarandet skulle användas vid kostsamma akuta transporter eller då patienten inte hade möjlighet att betala resan. Det skulle således endast användas i undantagsfall och huvudsakligen vid oplanerade resor.

Användningen av överlåtelsekvitton har dock blivit allt vanligare och används i dag vid flertalet sjukresor i taxi. För försäkringskassorna innebär detta att det är taxiföraren, som gör framställning om ersättning för resor. Detta kan enligt 20 kap. 5 § lagen om allmän försäkring ske mer än två år efter det att resan har företagits. Därmed har kassornas kontroll- och bedömningsmöjligheter beskurits väsentligt. Ofta kräver föraren ersättning för flera månaders (ibland års) resor på en gång, vilket blir administrativt betungande. Från taxi har framförts att överlåtelsekvittona används som konkurrensmedel för att få körningar. I samband härmed "bjuder" föraren ofta på karensbeloppet. Det har t. o. m. hänt att taxi vägrat ta emot kontantbetalning. Försäkringskassorna har framfört att överlåtelsekvitton missbrukas på flera sätt. I flera fall har åtal väckts.

Med hänsyn till de dåliga erfarenheter riks försäkringsverket, försäkringskassorna och taxiförbundet har av nuvarande överlåtelse regler, har verket övervägt att begränsa möjligheten att använda överlåtelsekvitton genom, att i författning föreskriva att sådant kvitto endast får användas för vissa belopp och att kvittot endast är giltigt viss tid. Taxiförbundet har ställt sig positiv till detta. Nu har försäkringskassorna på sina håll skapat egna regler för hur överlåtelsekvitton får användas. Kassorna har bl. a. valt att sätta beloppsgränser. Dessa varierar mellan 100 kr och 1 000 kr för enkel resa.

I detta sammanhang bör också påpekas att förfarandet med överlåtelsekvitton torde strida mot bestämmelserna i 20 kap. 6 § lagen om allmän försäkring där det sägs att försäkrads rätt till ersättning ej må överlåtas innan ersättningen är tillgänglig för lyftning. Ersättning torde inte kunna anses tillgänglig för lyftning förrän försäkringskassan tagit ställning till ersättningsanspråket.

4.3.9 Samåkning

Då ersättning skall beräknas för flera personer som rest i samma bil, skall kostnaden fördelas lika mellan de ersättningsberättigade. Detta innebär också att ett karensbelopp skall dras för var och en.

Vid resa med privatbil ges ett tillägg med 5 öre per km för varje medpassagerare som sökt vård.

Bestämmelserna om samåkning ter sig helt obegripliga för patienten. De innebär nämligen att ju fler ersättningsberättigade som åker tillsammans desto sämre blir ersättningen för var och en.

Samåkningsproblematiken gäller även resor i taxibil. Någon stimulans till samåkning finns vare sig i taxitaxan eller sjukreseförordningen. Taxi tillämpar, som nämnts ovan, oftast högsta taxan vid sjukresor.

4.3.10 Övernattningskostnader

Ersättning för övernattningskostnader utbetalas numera sällan. Detta beror på att kommunikationerna på de flesta håll är sådana att de flesta patienter kan avsluta resan till och från vårdgivaren samma dag. De flesta övernattningarna sker av medicinska skäl. Vårdgivaren erbjuder oftast övernattning på patienthotell. Om sådant inte finns, hjälper vårdgivaren likväl oftast till med att ordna övernattningen.

Avtal om ersättning har träffats mellan många sjukvårdshuvudmän och försäkringskassor. Återbäringssystemet har därmed kunnat slopas i dessa fall.

Ett speciellt problem är att övernattningskostnaderna skall medtas vid bedömning av billigaste färd sätt. Dessutom är inte ersättningens storlek anpassad till prisutvecklingen på området.

4.3.11 Följeslagare

Ersättning för följeslagare ges om patientens ålder eller tillstånd påkallar att anhörig eller annan medföljer på resan. Ett problem är att följeslagares övernattningskostnader endast ersätts för *en* natt, då patienten intas för slutten vård, även om det är medicinskt motiverat att följeslagaren stannar kvar.

Gottgörelse för förlorad arbetsinkomst är mycket sällan förekommande. Bestämmelserna tillkom i första hand med tanke på avsidet belägna arbetsplatser t. ex. vid skogsarbete. I arbetarskyddslagstiftningen återfinns regler angående följeslagares lön i samband med olycksfall eller sjukdom.

Krav om ersättning med skälig kostnad till vårdare som medföljer patient till eller mottagning för öppen vård eller sjukhus ställs aldrig numera.

4.3.12 Sjukt barn

Vid besök i offentlig sjukvård med anledning av barns sjukdom eller vid besök hos barn vid sjukhusvård kan ersättning för resekostnader ges.

Riksförsäkringsverket har fått regeringens uppdrag att utreda effekterna

av bestämmelserna. Verkets utredningsbyrå handlägger ärendet och räknar med att överlämna utredningen under våren 1981.

Sjukvårdshuvudmännen anser att bestämmelserna i sin nuvarande ordalydelse har liten praktisk betydelse. Åldersgränsen vid medicinskt motiverade besök borde förändras och bägge föräldrarna borde kunna få ersättning samtidigt.

5 Sjukresorna i siffror

I detta kapitel görs en översiktlig redovisning av omfattningen av sjukresorna i hela landet samt en noggrannare beskrivning av sjukresorna i Uppsala län.

Med sjukresa avses sådan resa som ersätts enligt sjukreseförordningen. Därvid antas att ett resekostnadskvitto¹ motsvarar en sjukresa. I allmänhet är det på det viset, men emellanåt kan ett resekostnadskvitto avse en serie av vårdbesök och således flera resor. En sjukresa är i allmänhet en tur- och retur-resa och för en sådan dras bara ett karensbelopp.

5.1 Sjukresorna i riket och i länen

Antalet sjukresor i hela landet ökade under perioden 1973–1977, som framgår av tabell 5.1. Därefter har antalet minskat något och antalet sjukresor uppgick 1980 till ca 4,3 milj.

Tabell 5.1 Antalet sjukresor (milj. resor) i riket 1973–1980

1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
3,63	3,88	4,17	4,42	4,60	4,40	4,37	4,27

Utvecklingen av antalet sjukresor har varit något olika i länen. I tabell 5.2 redovisas de länsvisa förändringarna för perioden 1976–1979. Från 1976 har i stort sett samma regler gällt. Karensbeloppens storlek har emellertid höjts efterhand från 6 kr till 30 kr.

Under perioden har antalet sjukresor minskat i hela riket med 3,5 procent. I ungefär hälften av länen har dock de ersatta resorna ökat i antal, medan en nergång noteras för storstadskommunerna och de övriga länen. Det är också så att antalet resor sedan 1979 minskat i de flesta län. Variationerna mellan enskilda år har emellertid varit stora. Den kraftigaste förändringen har inträffat i Malmö kommun, där sjukresorna under den senaste 5-årsperioden reducerats med 55 procent. Förklaringen är sannolikt karensbeloppshöjningarna, som varit högre än taxeändringar inom kollektivtrafiken.

Antalet resor påverkas till viss del av befolkningsutvecklingen, varför antalet resor har relaterats till invånarantalet de båda åren. Måttet är emellertid grovt och siffrorna visar bara att då antalet sjukresor ökat har även

¹ Den handling som försäkringskassan upprättar vid utbetalning av reseersättning.

Tabell 5.2 Utvecklingen av antalet sjukresor 1976–1980

Landsting/kommun (län)	Antal sjukresor		Resor per 100 inv.	
	Föränd- ring	%-ell föränd- ring	1976	1980
Stockholm	– 19 451	– 9,0	14	13
Uppsala	+ 10 056	+ 5,9	73	74
Södermanland	– 4 620	– 3,8	48	46
Östergötland	+ 7 493	+ 3,7	52	54
Jönköping	+ 9 632	+ 4,7	68	71
Kronoberg	– 10 899	– 6,7	96	88
Kalmar	– 10 010	– 5,0	83	79
Gotland	+ 6 102	+11,3	99	108
Blekinge	+ 737	+ 0,8	62	63
Kristianstad	+ 33	± 0	75	73
Malmöhus	– 10 635	– 4,4	49	46
Halland	– 823	– 0,6	61	58
Göteborg o Bohus	– 6 824	– 4,1	61	57
Älvsborg	– 15 390	– 5,3	70	65
Skaraborg	+ 1 860	+ 0,8	84	83
Värmland	– 5 842	– 2,5	81	79
Örebro	+ 1 926	+ 1,1	62	63
Västmanland	– 11 387	– 7,1	62	58
Kopparberg	– 15 783	– 7,8	71	65
Gävleborg	– 12 771	– 6,5	66	62
Västernorrland	+ 5 204	+ 3,1	63	65
Jämtland	+ 5 644	+ 5,1	83	86
Västerbotten	– 5 644	– 2,9	81	76
Norrboten	– 43 066	–20,2	80	64
Malmö	– 17 279	–55,4	13	6
Göteborg	– 11 323	–21,9	12	9
Riket	–153 060	– 3,5	54	51

antalet resor per 100 invånare ökat. Det är därför sannolikt att befolkningens åldersmässiga sammansättning och geografiska fördelning i länet tillsammans med vårdens lokalisering och upptagningsområden till största delen förklarar skillnaderna mellan länen.

Då antalet resor per 100 invånare betraktas finner man att siffrorna för storstadsområdena är låga. Detta hänger samman med karensreglerna. Fler-talet resor i dessa områden är korta och de kostar vanligen mindre än ka-rensbeloppen. För övrigt är det svårt att finna något entydigt mönster hos siffrorna. Flest sjukresor per 100 invånare noteras för Gotland, som också haft den största ökningen under perioden.

I tabell 5.3 har olika uppgifter om sjukresorna 1980 sammanställts. Härav framgår bl. a. att den genomsnittliga ersättningen per resa varierar kraftigt mellan länen. Genomsnittsresan är naturligt nog dyrare i de ytstora och glesa norrlandslänen, men genomsnittsersättningen är hög även i Stock-holms län. Detta förklaras av att nästan alla resor, som ersätts sker med taxi, eftersom kostnaderna för resor med privatbil och kollektiva färdmedel oftast understiger karensbeloppen.

Tabell 5.3 Sjukresorna i länen 1980

Landsting/kommun	Antal resor	Resor %	Ersättning till sjuk- resor	Ersätt- ning %	Genom- snitt- lig er- sättning	Ersättning sjukresor + ambulans och bår- bilar	Samtlig ersättning %
Stockholm	195 957	4,6	22 596 939	6,3	115	57 655 057	10,4
Uppsala	179 621	4,2	13 010 477	3,6	72	18 570 083	3,4
Södermanland	115 757	2,7	8 095 628	2,2	70	13 892 226	2,5
Östergötland	211 063	4,9	16 928 495	4,7	80	25 953 465	4,7
Jönköping	215 029	5,0	14 545 072	4,0	68	21 501 997	3,9
Kronoberg	152 995	3,6	12 995 627	3,6	85	16 960 850	3,1
Kalmar	190 997	4,5	16 695 623	4,6	87	22 248 927	4,0
Gotland	59 915	1,4	4 915 623	1,4	82	6 186 722	1,1
Blekinge	96 996	2,3	7 755 604	2,2	80	11 300 708	2,0
Kristianstad	206 828	4,9	13 007 488	3,6	63	19 422 580	3,5
Malmöhus	233 291	5,5	13 729 299	3,8	59	28 334 931	5,1
Halland	134 162	3,1	10 302 026	2,9	77	15 573 879	2,8
Göteborg o Bohus	159 184	3,7	12 960 597	3,6	81	19 367 086	3,5
Älvsborg	277 497	6,5	20 309 039	5,6	73	30 066 559	5,4
Skaraborg	223 031	5,2	16 030 696	4,5	72	22 210 840	4,0
Värmland	223 515	5,2	19 097 251	5,3	85	25 643 396	4,6
Örebro	172 741	4,1	11 992 193	3,3	69	18 299 322	3,3
Västmanland	150 006	3,5	9 242 458	2,6	62	15 214 868	2,7
Kopparberg	185 582	4,4	16 147 456	4,5	87	22 744 991	4,1
Gävleborg	182 816	4,3	17 942 042	5,0	98	24 703 098	4,5
Västernorrland	174 124	4,1	18 425 054	5,1	105	24 586 638	4,4
Jämtland	116 415	2,7	14 685 225	4,1	126	17 783 486	3,2
Västerbotten	186 110	4,4	21 917 286	6,1	117	27 480 939	5,0
Norrbottn	169 673	4,0	22 924 754	6,3	135	29 065 363	5,3
Malmö kommun	13 899	0,3	786 880	0,2	57	6 194 433	1,1
Göteborgs kommun	40 305	0,9	3 104 926	0,9	77	13 103 003	2,4
Riket	4 267 509	100,0	360 143 758	100,0	84	554 035 446	100,0

Länens andelar av den utbetalda ersättningen framgår också av tabellen. Här märks bl. a. att de två nordligaste länen har tämligen stora andelar och att kommunerna Malmö och Göteborg mycket små. Om ersättningen även för sjuktransporterna medräknas blir fördelningen mellan länen något annorlunda. Som nämnts tidigare utgår ersättningen här med ett fast belopp per invånare. Storstadsområdena ökar då sina andelar. Den största förändringen gäller Stockholms län, som sammanlagt får 10 procent av ersättningarna. Stockholms län ökar sin andel framför allt på bekostnad av glesbygdslänen i norra Sverige.

Ersättningen till sjukresor och sjuktransporter har ökat från 1973, som tabell 5.4 visar. Värdena har också räknats om till 1980-års penningvärde. Ökningen som avser sjukresor 1973–1976 förklaras av att ersättningen successivt utvidgades. Variationerna i ersättning för sjuktransporter beror till stor del på att fram till 1976, då schablonersättningen infördes, var reglerna olika i länen. I allmänhet fanns avtal mellan försäkringskassorna och landstingen. Minskningen 1976–1977 beror på eftersläpningar, dvs. ersättningar som hänförs till 1975 har utbetalats först 1976.

Tabell 5.4 Utbetalad ersättning i riket 1973–1980 (milj. kr)

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Ersättning till försäkrad (Sjukresor)	96,2	154,2	204,4	231,4	285,3	276,3	311,5	360,1
Ersättning till sjukvårds-huvudman (Sjuktransporter)	39,6	73,5	50,9	124,8	117,7	132,2	132,6	193,9
Summa	135,8	227,7	255,3	356,2	376,0	408,5	444,1	554,0
I 1980 års priser ^a	270,2	411,4	420,1	532,4	504,0	497,3	505,1	554,0

^a Ersättningarna har deflaterats med konsumentprisindex (årsmedeltal) till 1980 års nivå.

5.2 Undersökning av sjukresor i Uppsala län

För att närmare kunna analysera sjukresorna har utredningen genomfört en undersökning i Uppsala län. Huvudsyftet med denna var att studera möjligheterna att samordna sjukresor. För detta krävdes ett noggrant kartläggningsarbete som redovisas i detta kapitel, medan samordningsmöjligheter diskuteras i nästa.

Uppsala län valdes som undersökningsområde av följande skäl:

- ☐ Upplands Lokaltrafik AB driver ett projekt som går ut på att samordna samhällsbetalda taxiresor genom inrättande av beställningscentraler. Arbetet påbörjades hösten 1979 med en kartläggning av sjukresor i två kommuner.
- ☐ Landstinget håller på med en översyn av sjuktransportverksamheten.
- ☐ Uppsala läns allmänna försäkringskassa har i olika sammanhang påpekat problem i samband med sjukresor och har dessutom gjort vissa utredningar.
- ☐ I detta län finns en länshuvudman för trafiken med verksamhet i gång.
- ☐ Uppsala län kan sägas vara representativt såväl befolkningsmässigt som geografiskt. Uppsala är dock mycket dominerande i länet – mera än vad länscentra brukar vara. I länet finns vidare både "storstadproblem" och typiska glesbygdproblem.

Något förenklat kan man säga att det som styr sjukresornas omfattning och fördelning på färdmedel, förutom sjukreseförordningen, kan hänföras till tre faktorer, nämligen befolkningen, vårdutbudet och trafikutbudet. Dessa beskrivs därför kortfattat för Uppsala län i Bilaga 1.

Undersökningen omfattade samtliga reseersättningar som länets försäkringskassor betalade ut veckorna 49 och 50 1979. (Ytterligare information återfinns också i bilaga 1.)

5.2.1 Resultat

Under de två undersökningsveckorna utbetalades merparten (drygt 2/3) av december månads reseersättningar – helt naturligt med tanke på júlhelgen. Men samtidigt finner man i jämförelse med andra månader under året att det var ovanligt många resor som utanordnades under undersökningspe-

rioden. Man kan säga att de två decemberveckorna motsvarar cirka 2 1/2 veckors resande då man jämför med en "normal" månad och årssiffrorna. Fördelningen på färdmedel, reskostnader, resmönster etc. torde dock inte påverkas nämnvärt av detta.

Sammantaget företogs 10 170 sjukresor under den studerade perioden. Dessa motsvarade 19 293 enkelresor. Till att börja med redovisas "hela sjukresor", som i allmänhet innebär tur- och returreisa samma dag. Från dessa har de s. k. dagsjukvårdsresorna (772 till antalet) tagits bort. De behandlas delvis för sig.

Sjukresorna i respektive kommuner

Ur sjukresesynpunkt kan man säga att de kommuner som har en stor andel äldre samt relativt mycket glesbygd är särskilt intressanta. Man kan nämligen anta att vårdbehovet är stort relativt sett beroende på de många äldre. Avstånden till vården blir också längre, eftersom vården kräver ett visst befolkningsunderlag. Det kan samtidigt vara svårt att i sådana områden få till stånd en vanlig linjetrafik. Ett sätt att få en uppfattning om hur de här faktorerna hänger ihop är att studera hur många sjukresor invånare i de olika kommunerna gör samt till vilken kostnad. Här har då antagits att de utbetalningar som försäkringskassorna gjort i kommunerna också avser sjukresor som bosatta i kommunerna gjort. I allmänhet torde det vara på det sättet.

Av tabellen framgår klart att de två kommuner som har störst andel äldre samt är mest glest bebyggda, nämligen Tierp och Östhammar, har i förhållande till sin folkmängd men även i absoluta tal många sjukresor. Däremot noteras förvånansvärt få resor för Enköpings kommun.

Å andra sidan noteras många resor för Håbo kommun, som har en mycket ung befolkning och inte mycket glesbygd. Förklaringen är möjligen den att barn också är vanliga vårdtagare. Andelen barn är betydligt över länsgenomsnittet i den här kommunen.

Skillnaden i utbetald reseersättning förklaras huvudsakligen av avståndet till vården och framför allt till Uppsala. Men även utnyttjandet av taxi spelar in.

Tabell 5.5 Sjukresorna kommunvis (exkl. dagsjukvårdsresor) i Uppsala län

Kommun	Antal resor	%	Resor per 100 inv.	Genomsnitts-ersättning
Älvkarleby	680	7,2	7	67:-
Tierp	1 994	21,2	10	79:-
Håbo	621	6,6	5	53:-
Enköping	448	4,8	1	58:-
Uppsala	3 462	36,9	2	55:-
Östhammar	2 193	23,3	10	44:-
Länet	9 398	100,0	3	58:-

Vårdgivare

Nedanstående tabell visar vilket ändamål sjukresorna haft. Inte helt oväntat sker de flesta resor i syfte att besöka en läkare – drygt 80 procent. Endast fyra procent av läkarbesöken sker hos privatpraktiker. Antalet resor till tandläkare och sjukgymnaster är betydligt färre och ungefärligen lika många. Av antalet resor för besök hos tandläkare utgör 56 procent besök hos privatpraktiserande tandläkare.

Antalet sjukresor till distriktssköterskor är som väntat litet beroende på korta avstånd och gällande karensregler.

I begreppet övrig vårdgivare döljer sig bl. a. preventivmedelsrådgivning och företagshälsovård – kort sagt resterande resor som ersätts enligt sjukreseförordningen.

Tabell 5.6 Sjukresornas fördelning på vårdgivare i Uppsala län

Besök hos	Antal	%
Läkare	7 738	82,4
Distriktssköterska	84	0,9
Tandläkare	679	7,2
Sjukgymnast	702	7,4
Övriga vårdgivare	186	2,0
Kombination av flera vårdgivare	5	0,1
Totalt	9 939	100,0

Antalet akuta resor var under undersökningsperioden litet (359). Siffran är emellertid mycket osäker, eftersom det inte alltid markeras på läkarvårdskvittot om resan är akut. I andra län där sjukresor undersökts har andelen akuta resor varit högre.

Använt färdmedel

Det finns undersökningar av sjukresor i några andra län och kommuner. De är emellertid inte helt jämförbara eftersom de utförts på olika sätt och skett vid olika tillfällen. Resultaten från dessa redovisas likväl i samma tabell (tabell 5.7). Siffrorna för Uppsala län avviker något från övriga, men mönstret är i stort detsamma, nämligen flest bilresor, därefter taxiresor och minst kollektivtrafikresor.

Dagsjukvårdsresorna ersätts också av försäkringskassan och då de tas med i bilden ändras Uppsala-siffrorna något. Dessa resor sker uteslutande med taxi. Färdmedelsfördelningen blir då: privatbil 47 procent, taxi 37 procent, kollektivtrafik 14 procent och kombinationsresor 2 procent.

När dagsjukvårdsresorna också beaktas framstår Uppsala län som ett län där förhållandevis många sjukresor sker med taxi.

Tabell 5.7 Sjukresornas fördelning på färdmedel i några län, %

Län	Privat-bil	Taxi	Kollektiv- trafik	Kombination av flera färdmedel
Uppsala	51	32	15	2
Kalmar ^a	67	22	8	3
Kronoberg	70	20	8	2
Gotland	58	37	5	—
Halland	68	25	7	—
Jämtland	63	27	10	—
Norrbottn	60	27	13	—
Älvsborg ^b	55	40	5	—

^a Nybro försäkringskassoområde.

^b Borås kommun.

Sjukresornas fördelning på vårdgivare och färdmedel framgår av tabell 5.8. Den stora andelen taxiresor för besök hos distriktssköterskor förklaras sannolikt av att det är äldre och/eller rörelsehindrade som besöker dessa och p. g. a. medicinska skäl är berättigade till ersättning för taxiresa. Ka-rensreglerna är naturligtvis också en förklaring – på grund av de korta av-stånden kan ersättning inte ges för bil- och bussresor.

Tabell 5.8 Sjukresornas fördelning på vårdgivare och färdmedel i Uppsala län

Besök hos	Taxi		Privatbil		Kollektiv- trafik		Kombination av färdmedel	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Läkare	2 588	33,5	3 794	49,0	1 178	15,2	178	2,3
Distriktssköterska	66	78,6	18	21,4	—	—	—	—
Tandläkare	61	9,0	500	73,6	118	17,4	—	—
Sjukgymnast	239	34,0	348	49,6	89	12,7	26	3,7
Övrig vårdgivare	27	14,9	121	64,4	38	20,2	1	0,5
Kombination av flera vårdgivare	2	—	3	—	—	—	—	—
Totalt	2 983	31,8	4 784	50,9	1 423	15,1	205	2,2

Utbetalad reseersättning

Under perioden utbetalades drygt 600 000 kr i reseersättning från länets försäkringskassor. Siffran inkluderar ersättning för dagsjukvårdsresor. I tabell 5.9 har reseersättningen exklusive dagsjukvårdsresorna fördelats på färdmedel. Inte oväntat svarar taxiresorna för de högsta kostnaderna. Taxi svarar för 32 procent av resorna men inte mindre än 62 procent av kostnaderna. 1 514 av taxiresorna betalades via överlåtelsekvitton. Uppgifter sak-nas här för taxiresor utanordnade av lokalkontoren i Tierps och Älvkarleby kommuner. Ersättning har i 1 495 fall också utgått till följeslagare.

Om hänsyn tas även till dagsjukvårdsresorna ändras bilden något. Genom-snittsansättningen för samtliga resor höjs då till 60 kr och genomsnittser-sättning för taxiresor sänks till 108 kr. Däremot ökar taxis andel av kost-naderna till 66 procent.

Tabell 5.9 Utbetalad reseersättning i Uppsala län

Färdmedel	Reseersättning		Genomsnitts- ersättning
	Kronor	%	
Taxi	339 450	62,1	114:–
Privatbil	154 404	28,8	32:–
Buss	40 192	7,3	29:–
Tåg	1 562	0,3	45:–
Kombination av färdmedel	11 450	2,1	56:–
Totalt	547 058	100,0	58:–

Kostnadsfördelningen ser något olika ut i de län där undersökningar gjorts (tabell 5.10), men i allmänhet är mönstret detsamma – taxiresorna svarar för merparten av kostnaderna.

Tabell 5.10 Utbetalad reseersättning fördelad på färdmedel i några län, %

Län	Privat bil	Taxi	Kollektiv- trafik
Uppsala	28	62	10
Kalmar	36	53	4
Gotland	27	70	3
Halland	49	44	7
Jämtland	38	52	10
Norrbottn	35	53	12
Älvsborg ^a	30	65	5

^a Borås kommun.

De resandes ålder

De resandes ålder framgår av följande diagram. Av dessa framgår att det framför allt är äldre personer som åker taxi.

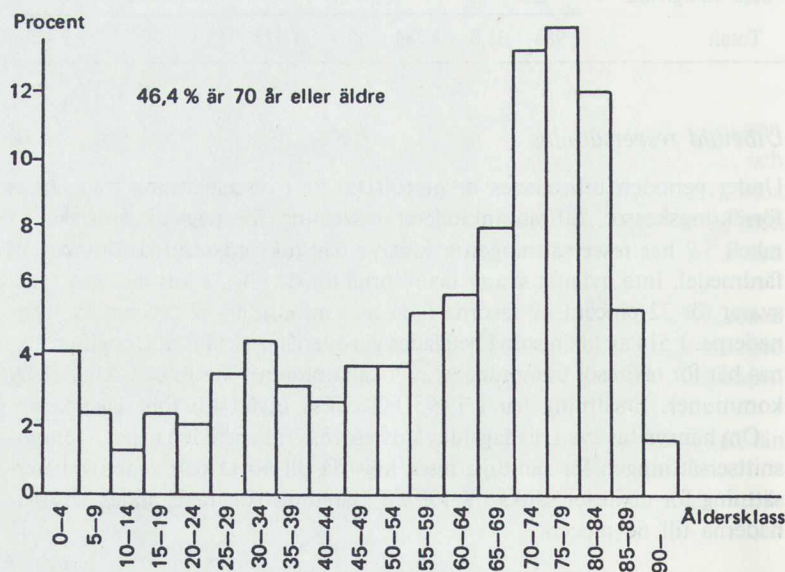


Diagram 5.1 Taxiåkarnas åldersfördelning.

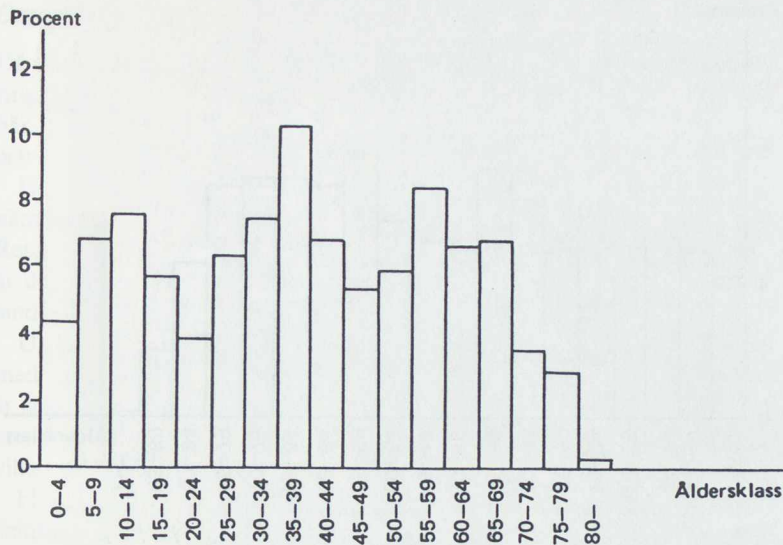


Diagram 5.2 Bilåkarnas åldersfördelning.

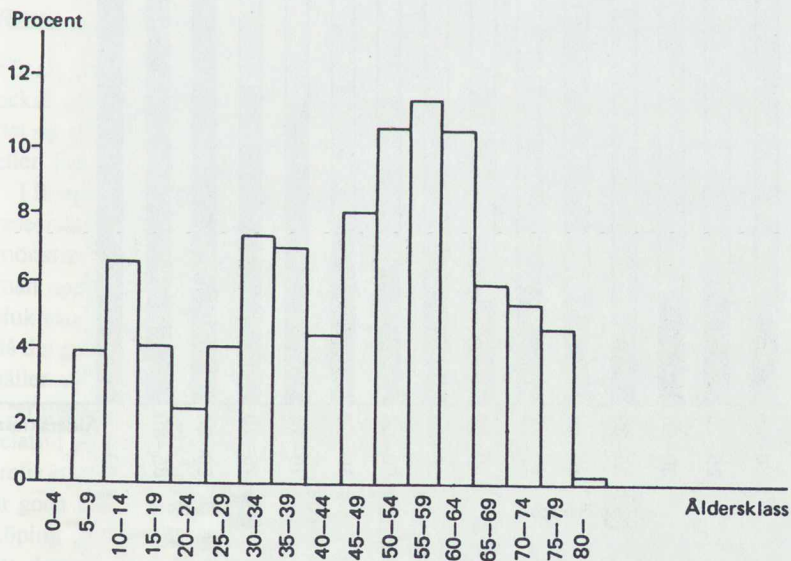


Diagram 5.3 Kollektivtrafikåkarnas¹ åldersfördelning.

¹ Till denna grupp har också förts de personer som använt mer än 1 färdmedel. Buss och tåg ingår tillsammans men taxi vanligen i kombinationsresa.

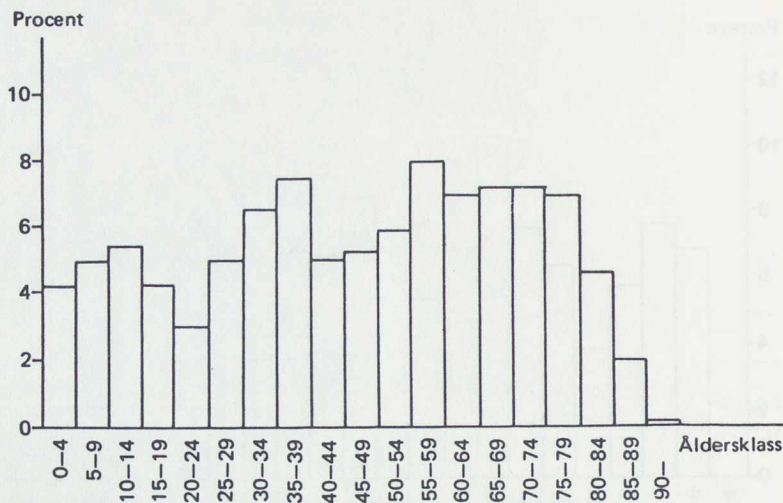


Diagram 5.4 Samtliga vårdtagares åldersfördelning.

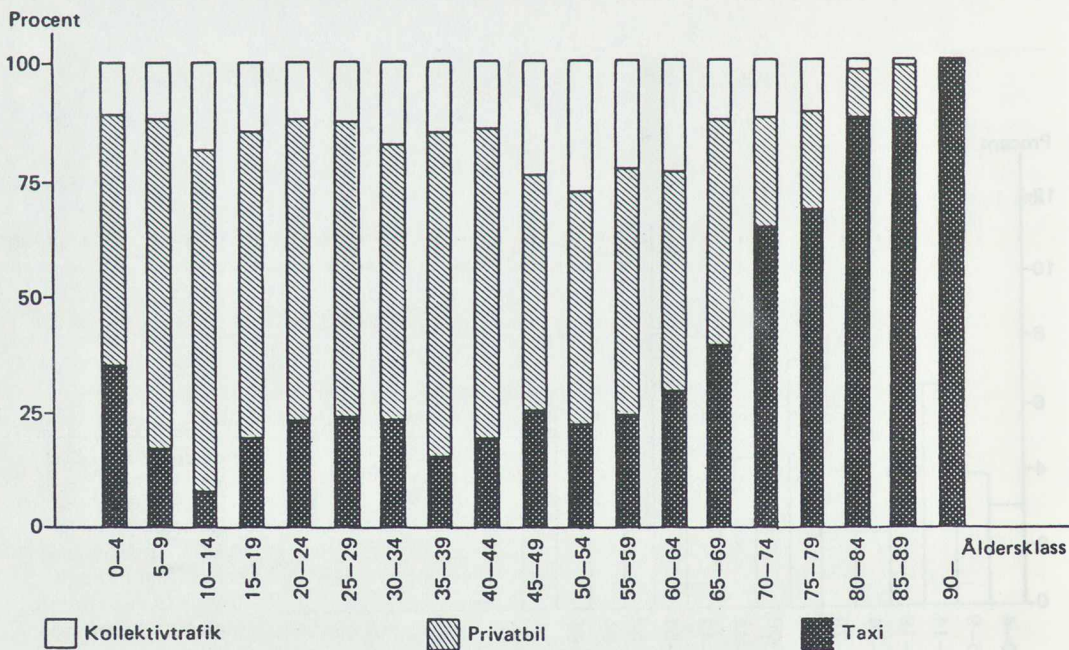


Diagram 5.5 Använt färdmedel inom 5-årsklasser.

Dagsjukvårdsresor

Då det finns en särskild överenskommelse mellan landstinget och försäkringskassan om dagsjukvårdsresorna, har vi valt att redovisa dem separat här. Överenskommelsen innebär att landstinget svarar för karensbeloppen och i efterhand får resterande ersättning från försäkringskassan.

Det finns ytterligare ett skäl att särredovisa dagsjukvårdsresorna. De är nämligen alla planeringsbara och lättare att samordna än andra sjukresor. Resorna är inte akuta och de sker regelbundet till samma mål och vanligen är det fråga om samma patienter. Resorna beställs dessutom i förväg av landstinget och många samordnas i praktiken.

Under tvåveckorsperioden i december 1979 ersattes 772 dagsjukvårdsresor med sammanlagt 64 888 kr. Genomsnittskostnaden blir då 84 kr, vilket är högre än länsgenomsnittet. Det förklaras av att de uteslutande sker med taxi. Genomsnittsansättningen är å andra sidan lägre än för övriga taxiresor, vilket förklaras av att dagsjukvårdsresorna är kortare.

Flertalet dagsjukvårdsresor sker till vårdinstitutioner med långvårdsavdelningar. Det är vanligen fråga om patienter som behöver viss regelbunden behandling (t. ex. sjukgymnastik) men inte behöver dygnet-runt-service. 76 procent av dagpatienterna är 65 år eller äldre.

Dagsjukvård meddelas huvudsakligen i Älvkarleby, Tierp, Enköping och Uppsala. Under perioden registrerades:

58 resor till Älvkarleby
267 resor till Tierp
274 resor till Uppsala
68 resor till Enköping.

Resor till Uppsala, Enköping, Östhammar och Tierp

För att få en närmare uppfattning om hur sjukresorna ser ut i länet, studerades också den geografiska fördelningen av resorna inom länet. Därvid visade det sig att ca 86 procent av sjukresorna hade Uppsala, Enköping, Östhammar eller Tierp som mål. Det är också dessa orter som har störst vårdutbud.

I Bilaga 1 redovisas ärendefördelning, färdmedelsfördelning och utbetalda reseersättningar för var och en av orterna samt kartor som bl. a. visar resmönstret. Ärendefördelningen är i stort sett densamma för orterna. I viss mån speglar den tillgången på vård. Så avser t. ex. förhållandevis många sjukresor till Uppsala tandläkarbesök. Variationerna mellan orterna är större då det gäller resättet. Uppsala skiljer sig från de övriga. För Uppsala-resorna gäller mindre andelar för taxi- och privatbil samt högre andel kollektivtrafik. Framför allt för resor till Enköping och Östhammar noteras många taxiresor relativt sett. Till viss del kan skillnaderna i resätt förklaras av kollektivtrafikutbudet. Möjligheterna att resa med allmänna färdmedel till Uppsala är goda från nästan hela länet medan de kollektiva förbindelserna till Enköping och Östhammar är sämre än för övriga orter. Det är dessutom så att deras upptagningsområden är tämligen glest bebyggda områden.

Av kartorna i bilagan framgår också att använt färdmedel varierar mycket mellan olika områden i länet. Även om inte korrelationsanalys eller annan

statistisk metod använts, kan vissa samband utläsas. Från glest bebyggda områden med relativt sett sämre kollektivtrafik sker nämligen flest resor med taxi och privatbil. Det är också ofta så att en stor andel människor bosatta i dessa områden är äldre, vilket i sig kan motivera omfattande taxiå-kande.

Överlåtelsekvitto

Uppgifterna om bruket av överlåtelsekvitto vid sjukresor i Uppsala är inte fullständiga. Av undersökningsmaterialet framgår emellertid att överlåtelsekvitto används för

96 procent av taxiresorna från Östhammars kommun till Uppsala
85 procent av taxiresorna från Enköpings kommun till Uppsala
53 procent av taxiresorna från Håbo kommun till Uppsala
20 procent av taxiresorna från Uppsala kommun till Uppsala.

Siffrorna tyder på att överlåtelsekvitto används oftare vid längre resor. Men materialet visar, då man studerar resor från delområdena i kommunerna, också en stor variation i bruket av överlåtelsekvitto mellan områdena, som inte kan hänföras till avståndet till Uppsala.

Bruket av överlåtelsekvitto har närmare granskats för taxiresor till Enköping och Östhammar. För 31 procent av sjukresorna med taxi till Enköping används överlåtelsekvitto. Kartläggningen visar här inte entydigt att bruket ökar med avståndet. Undersökningsmaterialet är emellertid litet, vilket försvårar analysen. Genomsnittersättningen för samtliga taxiresor är 71 kr och för taxiresor med överlåtelsekvitto 133 kr. Det kan tyda på att "överlåtelsesresorna" är längre.

97 procent av taxiresorna till Östhammar ersattes via överlåtelsekvitto. Då genomsnittskostnaden studeras finner man att den är 101 kr för samtliga taxiresor mot 97 kr för dem som betalas med hjälp av överlåtelsekvitto.

Då uppgifterna om hur många och vilka resor som är akuta är ofullständiga, är det vanskligt att analysera bruket av överlåtelsekvittot. Avstånden tycks emellertid spela en viss roll men de förklarar inte de stora skillnaderna mellan Enköpingsresorna och Östhammarsresorna. Det verkar snarare vara så att överlåtelsekvittona blivit vanligaste betalningssättet i Östhammars kommun oavsett om resan sker inom kommunen eller till Uppsala.

5.2.2 Summering

I punktform kan de hittills presenterade resultaten av Uppsalaundersökningen sammanfattas och kommenteras så här:

- Antalet ersatta sjukresor under 1979 i jämförelse med antalet besök visar att vart femte vårdbesök också leder till ersättning för resan.

Som väntat avser flertalet sjukresor läkarbesök. I genomsnitt rör det sig om 82 procent (inkl. privatläkarbesök 2 procent). Det förekommer ett litet antal ersättningsberättigade resor till privatpraktiserande läkare, distriktssköteskor, tandläkare, sjukgymnaster, företagshälsovård etc.

Sammanlagt svarar dessa för ca 20 procent av resorna. Utslaget för hela 1979 i Uppsala län motsvarar det ungefär 38 100 resor. Dessa kan i sin tur fördelas på vårdgivare. Då finner man att 1 650 resor sker till distriktssköterskor och om man slår ut dessa på distriktssköterskemottagningarna kommer man fram till 33 sjukresor per mottagning under ett år. Motsvarande beräkningar för privatläkarmottagningar och privat- tandläkarmottagningar ger 133 respektive 77 sjukresor per mottagning och år. Dessvärre medger materialet inte motsvarande beräkningar för företagshälsovård och privatpraktiserande sjukgymnaster.

- Liksom i andra län där sjukresor studerats är det i Uppsala län så att bilen används mest för sjukresor, närmast kommer taxi och minst utnyttjas allmänna kommunikationsmedel. Användandet av olika transportmedel varierar mellan länsdelarna.
- Bruket av överlåtelsekvitton är något varierande i länet. Man kan med visst fog säga att det är vanligare vid långa taxiresor än vid kortare. För övrigt verkar systemet mera populärt på vissa håll i länet än i övriga.
- Det framkom tydligt att det i huvudsak är äldre människor som åker taxi. Man kan anta att många av dessa åker taxi p. g. a. medicinska skäl. Detta visar i sin tur att bara en liten del av dessa taxiresenärer kan hänvisas till kollektivtrafik om denna skulle förbättras med t. ex. ytterligare busslinjer. Det kan emellertid finnas skäl att försöka samordna taxiresorna.

6 Om samordning av sjukresor

Kapitlet avser att belysa olika sätt att samordna sjukresor på samt erforderliga åtgärder för att samordning skall kunna ske. Kapitlet bygger till stor del på sjukreseutredningens undersökning i Uppsala län, men erfarenheter m. m. från andra undersökningar, projekt etc. redovisas också.

6.1 Faktorer som inverkar på samordning

Möjligheterna att samordna sjukresor (=resor som ersätts enligt sjukreseförordningen) är beroende av en rad omständigheter. Först och främst måste det finnas ett *passagerarunderlag*, dvs. tillräckligt många patienter från samma eller närliggande områden, som skall till samma vårdinrättning eller vårdinrättning längs färdvägen.

Patientens *hälsotillstånd* spelar in. Infektionskänsliga personer måste exempelvis åka ensamma. Vidare måste några på grund av handikapp åka i taxins framsäte, vilket försvårar samåkning.

För att samordning skall kunna ske måste resorna vara *planeringsbara*, dvs. tid har tilldelats/beställts i förväg. Akuta resor kan endast i undantagsfall samordnas.

Resmöjligheterna är också betydelsefulla. Finns det passande kollektiva förbindelser? Har patienten tillgång till bil eller måste taxi utnyttjas?

Vårdens lokalisering och upptagningsområden liksom de *tidgivningsrutiner* som tillämpas har stor inverkan på samordningsmöjligheterna. Kan hänsyn tas till patienternas resmöjligheter? Hur lång tid vårdbesöket tar är också av intresse. Kommer patienten i verkligheten in till läkaren den utsatta tiden, så att han/hon därmed själv kan räkna ut när hemresan kan ske och med vilket färdmedel?

Det är svårt för den enskilde patienten att se samordningsmöjligheterna, varför *beställningen av transporter* är en viktig funktion. Det krävs också att patienten *informerar* om hur han/hon kan resa till och från vårdmotagningar samt vilka regler som gäller.

Det finns många lagar och andra bestämmelser som idag verkar hämmande för samordningen. Tidigare har nämnts att sjukreseförordningen inte stimulerar till samåkning. Men även de regler som gäller t. ex. för färdtjänsten ger upphov till problem. Det kan också uppstå konflikter som har att göra med yrkestrafiklagstiftningen.

Slutligen bör också nämnas att det kan behövas något slags *tvång/incitament* för att samordning av resor verkligen skall komma till stånd.

6.2 Samåkning i taxi

Samåkning i taxi är intressant från sjukresesympunkt beroende på att taxi svarar för cirka 2/3 av sjukresekostnaderna. Genom att samordna sjukresorna skulle man kunna reducera kostnaderna märkbart.

Det är vidare så att taxi i många fall är det enda alternativet för sjukresorna. Det är framför allt äldre människor som åker taxi och då gäller troligen i hög grad att det är medicinska skäl som motiverar taxiresan. Men det tämligen utbredda bruket torde inte bara ha medicinska skäl som grund eller bero på bristande kollektiva resmöjligheter. Det finns också exempel på att både patienter och taxichaufförer (då överlåtelsekvitto använts) "tvingar sig till" intyg av läkare.

6.2.1 Sjukreseutredningens försöksverksamhet i norra Uppland

Jämsides med att kartläggningen av sjukresor påbörjades i Uppsala län, väcktes tanken att även praktist prova samåkning i taxi för en del av länet under de rådande förhållandena med bl. a. bristande beställningssystem. En försöksverksamhet startades sålunda den 1 augusti 1980 med anslag från den till socialdepartementet knutna delegationen för social forskning. Avsikten är att försöket skall pågå under ett år.

Försöksverksamheten avser personer bosatta i Tierps och Älvkarleby kommuner. Dessa kommuner har valts för att de svarar för en stor andel, 37 procent, av länets sjukresekostnader, medan de bara svarar för 13 procent av länets folkmängd. Det är också så att den genomsnittliga ersättningen är högre än för andra delar av länet. Även andelen taxiresor är stor.

Försöksverksamheten innebär att taxi åtar sig att ta flera än en passagerare till och från vårdinrättningar då det är möjligt. För varje "merpassagerare" får taxi särskild ersättning i efterhand från försäkringskassan. Eftersom de flesta sjukresor med taxi är förbeställda debiteras den högsta taxan och taxiföraren erhåller således inte någon extra ersättning om han tar flera än en patient. För att stimulera taxi att ordna samåkning där så är möjligt utbetalas därför en särskild ersättning för varje patient utöver en med 15 kr om den samordnade färdsträckan är 15–25 km, 25 kr för 25–40 km och 45 kr om den samordnade färdsträckan är 40 km eller längre. Gränserna har satts med hänsyn till avstånden till vårdmottagningarna.

Det finns ett avtal mellan Uppsala läns allmänna försäkringskassa och norra Upplands taxiförening, där försöksverksamheten regleras. Avtalet och anvisningarna för försöksverksamheten återfinns i bilaga 3.

Möjligheterna att samordna taxiresorna är naturligtvis starkt beroende av de tider patienterna tilldelats för läkarbesöken etc. Som en del i försöksverksamheten har därför ingått kontakter med de aktuella vårdinrättningarna i syfte att påverka mottagningstiderna så att de underlättar samordning samt även bättre passar kollektivtrafikutbudet. Härvid har följande diskuterats:

- ☐ Zonindelning av upptagningsområdet, så att patienter bosatta i område x i första hand får tider t. ex. måndagar. På det här sättet ökar passagerarunderlaget för samåkning i taxi.

- ☐ Samordnad beställning av taxi vid resa från mottagningen.
- ☐ För patienter som skrivs ut från sjukhusen i Uppsala beställs taxi från hemorten dagen före hemresan.

Enligt sjukreseutredningens mening bör försöksverksamheten noggrannt utvärderas efter ett år. Erfarenheterna efter sex månaders verksamhet är nämligen svårtolkade bl. a. beroende på att det nu saknas ett jämförelsematerial, som bl. a. visar hur mycket samåkning som skedde före försöksverksamheten. Det är vidare så att sex månader sannolikt är för kort tid för en nyhet av det här slaget att tränga igenom hos olika intressenter. Vårdmottagningarna har exempelvis försökt ta hänsyn till patienternas resmöjligheter, då de tilldelas tider för läkarbesök etc. Men då tider ofta bokas långt i förväg kan några nämnvärda effekter av detta inte märkas ännu.

Några resultat och erfarenheter efter halva försöksperioden skall dock presenteras här.

Under perioden augusti 1980 – januari 1981 har i genomsnitt 13 procent av de enkla taxiresorna samordnats. Siffran anger dock inte hur många patienter som samåkt. Samordningsprocenten har successivt ökat under perioden även om viss nedgång kan noteras för januari. Vidare kan man finna skillnader inom försöksområdet. Taxiresor beställda via taxis beställningscentral i Skutskär uppvisar genomgående en mycket högre samordning (20 procent). Man kan vidare finna att där beställningscentral finns är samordningsgraden högre.

Patienternas taxiresor under december månad har kartlagts avseende resmål. Det visade sig då att 316 patienter reste till Uppsala, varav 78 samåkte motsvarande 24,7 procent. Till Tierp samåkte 108 av 423 patienter, vilket motsvarar 25,5 procent. En stor del av de samordnade resorna till Tierp avser dagsjukvård. Notervärt är att dessa resor samordnades redan innan försöksverksamheten påbörjades. Till Uppsala sker däremot inte några dagsjukvårdsresor. Av materialet framgår också att resor *från* vårdmottagningarna samordnas oftare än resor *till* mottagningarna.

Att döma av den hittills utbetalda särskilda ersättningen samordnas mest långa resor, dvs. sådana som är längre än 40 km.

Med nuvarande material är det svårt att påvisa att försöksverksamheten varit ekonomiskt gynnsam för försäkringskassan. Ersättningen för dagsjukvårdsresorna har ökat genom den särskilda ersättningen, eftersom dessa resor samordnades redan tidigare. Det är dock möjligt att övrig samåkning reducerat försäkringens kostnader. Detta kan emellertid bara påvisas för Skutskärsområdet, där den genomsnittliga reseersättningen har minskat. I en annan del av undersökningsområdet har dock genomsnittsansättningen ökat betydligt.

Erfarenheterna är också att det ofta är svårt att samordna resorna på grund av de tider patienterna fått för vårdbesöket.

Försöksverksamheten är positiv så tillvida att den skapar intresse för samåkning hos vården och hos taxi, vilket borde kunna ge effekt på sikt.

Enligt taxis uppfattning har samåkningen inte ökat särskilt mycket sedan försöksverksamheten. Den särskilda ersättningen har inte utgjort tillräcklig stimulans. Det är naturligtvis lönsammare att köra patienterna en och en. Det är fortfarande antalet bilar som styr samordningen, dvs. samordning

sker då det inte finns tillräckligt antal bilar för "ensamresor". Inom delar av området finns en överetablering av taxi, vilket i sig hämmar samordning.

Från vårdens sida hjälper man till att beställa och samordna resor från mottagningarna. Det innebär inte något egentligt merarbete, men personalen upplever det som besvärligt att det finns så många telefonnummer till taxi. En beställningscentral med ett telefonnummer skulle underlätta arbetet.

Sammantaget visar försöksverksamheten hittills

- att* det är angeläget att kunna påverka de tider som patienterna får
- att* samordningen skulle öka om det fanns en beställningscentral för hela området (saknas idag i det område som har flest sjukresor med taxi)
- att* ekonomisk stimulans till taxi ger begränsad effekt när det gäller att få ner sjukresekostnaderna genom samåkning.

6.2.2 Resultat från Uppsala-undersökningen

Ett viktigt syfte med sjukreseutredningens undersökning av sjukresorna i Uppsala län var att undersöka möjligheterna att samordna sjukresor, varför bl. a. möjligheterna att samåka i taxi granskades. Resultaten presenteras här i sammandrag.

Av materialet från Uppsala-undersökningen är det svårt att få fram hur många av sjukresorna med taxi som är planeringsbara. Uppgifterna om antalet akuta resor kan inte anses korrekt (se kap. 5). Vidare har det inte gått att få fram tidpunkterna för läkarbesöken etc. då dessa uppgifter saknas på resekostnadskvittona, som ju endast är utbetalningsunderlag.

På grundval av resultat från andra undersökningar har vi emellertid räknat med att 30 procent av sjukresorna med taxi skulle kunna samordnas i Uppsala län. Denna siffra har bl. a. framkommit i Upplands lokaltrafiks undersökning av sjukresor som bosatta i Tierps och Älvkarleby kommuner gjort. I Spri-rapporten "Samordning av transporter" räknar man med 25 procent. En undersökning av sjukresor till vårdinrättningar i Oskarshamn, som Kalmar läns landsting gjort, visar att 35 procent av taxiresorna hade kunnat samordnas, om dessa varit kända i förväg och samlade hos någon central. Hänsyn har i den undersökningen tagits även till de tider som patienterna hade för vårdbesöket.

Som tidigare redovisats är det speciellt fyra orter i Uppsala län, som är intressanta från sjukresesynpunkt. Möjligheterna att samordna taxiresor till dessa har därför studerats. Då passagerarunderlaget för samordning analyserats har även dagsjukvårdsresorna inkluderats. Vidare har de två veckornas resande antagits vara lika stort varje dag under perioden och det är en dags taxiresor som beaktats. Då vi antagit att bara ungefärligen var tredje taxiresa går att samordna blir underlaget för samåkning inte särskilt stort då varje delområde betraktas för sig. För resor till t. ex. Uppsala kan samordning tänkas ske inom Uppsalaområdet samt ytterligare 10 områden (länet har indelats i 47 områden. Se bilaga 1). Samordningsmöjligheterna ökar dock för återresorna, eftersom patienter som skrivs ut från sjukhusen ofta måste åka taxi.

Om man bortser från de strikta områdesgränserna och i stället utgår från resriktningarna underlättas samordningen. I princip kan man då tänka sig

att en bil startar i Skutskär, som ligger längst i norr i länet, och på färden till Uppsala (i södra delen av länet) fylls bilen. Om man räknar på det sättet är underlaget i princip tillräckligt för 30-procentig samordning av taxiresorna till samtliga fyra orter. Man skulle här också kunna ta med patienter som skall till t. ex. distriktssköterskemottagningar som ligger uteslutande vägen till de fyra stora målorterna. En samordning av det här slaget kräver emellertid planering och ett samarbete mellan taxi tillhörande olika stationsorter/trafikområden, vilket inte förekommer i nämnvärd utsträckning i dag.

Med dagens förutsättningar inom taxi och utan att vårdens tidgivningsrutiner beaktas, kan man finna att det finns ett visst underlag för att samordna taxiresor från några områden i länet. I områden som ligger nära målorterna är underlaget tämligen stort, men samordningsvinster mindre beroende på att det är fråga om korta resor.

Möjligheterna att samordna sjukresor med taxi ökar om dessa kan ske tillsammans med andra samhällsbetalda taxiresor. Som visats tidigare utför taxi en hel rad tjänster åt såväl kommuner som landsting. Sjukresorna skulle t. ex. kunna samordnas med färdtjänstresorna. Merparten av dessa sker inom kommungränsen, vilket beror på reglernas utformning. Det är samtidigt så att många sjukresor med taxi sker inom kommunerna. Det borde således finnas goda samordningsmöjligheter.

Man skulle också kunna tänka sig samordning av sjukresor med resor som landstinget betalar. Utskrivningsresor skulle kunna samordnas med t. ex. permissionsresor samt överflyttnings- och konsultationsresor som sker med taxi. Man skulle också kunna ta med dagsjukvårdsresorna i detta sammanhang, eftersom här nämnda resor ofta berör samma vårdinrättningar.

Resultaten av Uppsala-undersökningen kan sammanfattas och kommenteras i några punkter:

- ☐ För att det skall vara riktigt "lönsamt" att samordna enbart sjukresor i taxi måste upptagningsområdena i allmänhet vara större än de nu gällande stationsorterna för taxi. För detta krävs ett samarbete inom taxi, som knappast förekommer i dag.

Den ändrade yrkestrafiklagstiftningen ger emellertid nu möjlighet till bättre struktur av taxi genom att taxi fortsättningsvis skall vara anslutna till beställningscentraler och att de nuvarande stationsorterna skall utvidgas till trafikområden. I allmänhet skall såväl beställningscentral som trafikområde avse en kommun. På de flesta håll i landet fungerar det ännu inte på det här sättet. Hur långt man hunnit beror till stor del på hur länsstyrelsen, som är tillståndsgivande myndighet, agerar. Möjligheten att samordna sjukresor ökar således, då 1980 års riksdagsbeslut om taxis tillhörighet till kommunomfattande beställningscentral realiserats.

- ☐ Det kan vara svårt att samordna enbart sjukresorna. Samordningsmöjligheterna ökar om samtliga samhällsbetalda taxiresor samordnas oavsett vilken myndighet som har betalningsansvaret.
- ☐ En viktig förutsättning för att resor skall kunna samordnas är att det finns fungerande beställningscentraler, där sjukresor med taxi *skall* beställas. I första hand bör de finnas kommunvis, men eftersom bl. a. sjukresor ofta sträcker sig över flera kommuner behövs det också någon

form av samordningscentral med hela länet som verksamhetsområde med uppgift att samordna de längre resorna. En av de kommunala beställningscentralerna i länet skulle lämpligen kunna åta sig denna uppgift.

I Malmöhus län finns en arbetsgrupp med representanter från länsstyrelsen och taxi, som verkar för att samordna taxiresor på olika sätt bl. a. över kommungränserna. Det finns vidare en utredning som gäller norra och mellersta Bohuslän, där man föreslår beställningscentraler som åtminstone nattetid omfattar mer än en kommun (olika alternativ förs fram innebärande olika grad av centralisering).

Idéer omkring kommunala beställningscentraler för olika slags trafik och med syfte att samordna samhällsbetalda taxiresor finns också lite runt om i landet. Det har nämligen visat sig vara nödvändigt att kommun eller länstrafiksbolaget åtminstone delvis äger beställningscentralerna för att samordning av resor skall kunna ske.

För närvarande finns emellertid inte några beställningscentraler av det här slaget i bruk. Närmast i tiden ligger en försöksverksamhet i Borås kommun som redogjorts för i kapitel 3.

- På sin håll har taxi framfört att en samordning av taxiresor på kort sikt sannolikt innebär minskad lönsamhet för näringen, men vinster på längre sikt genom ett effektivare fordonsutnyttjande. Genom samordning försvinner initialt ett antal körningar. Men genom samordning kan man också redan nu få positiva effekter. För taxis del är t. ex. tomma återresor från regionsjukhusen kostsamma. Genom samordning och samarbete inom taxi men också med hjälp från sjukhuset skulle sådana till viss del kunna elimineras.

Samordningen kommer troligen att kräva att vissa redan i dag olönsamma taxitillstånd försvinner, så att det därigenom blir bättre förutsättningar för de resterande. Från taxis sida är man angelägen om att lönsamheten bedöms av länsstyrelserna i samband med tillståndsgivningen. På flera håll i landet är det i dag för många tillstånd och en mycket varierande lönsamhet.

- För att redan i dag kunna få till stånd samåkning i taxi behöver också samordning ske inom t. ex. sjukhusen. I dag beställer vanligen varje klinik sina taxiresor för såväl inskrivna som tillfälligt besökande patienter oberoende av andra kliniker. På många sjukhus finns dock en transportförmedlingscentral eller motsvarande för ambulanser och bårbilar, som skulle kunna användas även för beställning av taxi för sittande patienter oavsett om landstinget eller försäkringskassan skall betala resan. Så görs t. ex. vid Östersunds sjukhus. 1978 beräknades att man på detta sätt sparade 60 000 kr i ersättning för sjukresor.
- För att underlätta samordning krävs också att viss hänsyn tas till patientens resmöjligheter vid tidgivningen. Som exempel har tidigare nämnts zonindelning av upptagningsområdet. I en Spri-rapport¹ diskuteras central bokningscentral för ett helt sjukhus samt samordnad utskrivning av patienter.
- Det är vidare angeläget att samåkning stimuleras. Sjukresoreglerna motverkar i dag genom att karensbelopp dras för varje resande. Det kan också behövas incitament för taxi åtminstone inledningsvis innan det kan komma att finnas beställningscentraler som skall samordna vissa

¹ Samordning av transporter. Alternativ, åtgärder, erfarenheter – utveckling Spri-rapport nr 47.

taxiresor. Ett sätt att stimulera till samåkning provas som nämnts i norra Uppland.

För patientens del kan samåkning komma att innebära längre väntetider. Något slags "tvång" och incitament behöver troligen införas även för patienten. Samtidigt kan man självklart inte kräva att patienter till varje pris skall samåka. Viss tidsförlängning av en vårdresa borde dock kunna accepteras.

- Möjligheterna till samåkning begränsas i dag till viss del av att det är olika huvudmän inblandade med olika regelsystem – färdtjänstregler, sjukreseregler och "landstingsregler". Det här blir bekymmersamt framför allt för taxi. Sjukresereglerna borde således konstrueras så att de inte försvårar samordning med andra samhällsbetalda taxiresor. Införande av en zontaxa eller liknande skulle också kunna underlätta redovisningen av resekostnaderna och kontrollen. Redan när resan beställs vet man vad den kommer att kosta och en debitering kan göras på berörda konto (exempelvis försäkringskassans). Detta skulle också förenkla administrationen.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det krävs ett samspel mellan taxi, vården, patienterna och den betalningsansvarige huvudmannen för att samåkning i taxi skall kunna komma till stånd. Reglerna i sjukreseförordningen kan i viss mån ändras så att de inte som i dag hämmar samåkning, men det är tveksamt hur stor effekten kan bli, eftersom det saknas beställningscentraler med uppgift att planera och samordna sjukresor och andra samhällsbetalda taxiresor.

Även med ändrade sjukreseregler kan det vara svårt att få till stånd samordning av sjukresor med andra samhällsbetalda taxiresor t. ex. med färdtjänsten beroende på de olika regelsystemen. Det kan därför vara befogat att reglerna för samhällsbetalda taxiresor ses över i ett sammanhang. Där man nu arbetar med gemensamma beställningscentraler uppfattas de olika regelsystemen som hämmande. På sikt kan man måhända räkna med att kommuner och landsting uppdrar åt länshuvudmannen för kollektivtrafik att ansvara för deras taxitransporter, vilket skulle öka samordningsmöjligheterna. Det finns heller inga formella hinder för kommuner, landsting och länstrafikbolag att ingå i beställningscentraler. Enligt nu gällande lagstiftning kan dock inte försäkringskassorna medverka i dessa, vilket delvis försvårar samordning av sjukresor. De olika regelsystemen för samhällsbetalda taxiresor utgör huvudsakligen ett administrativt problem, som också skulle kunna lösas genom ökad användning av datorbaserade administrativa rutiner. Som nämnts skulle också zontaxa kunna underlätta samordningen av olika samhällsbetalda taxiresor.

Från sjukresesympunkt framstår det således som angeläget att samhället på olika sätt stöder bildandet av beställningscentraler.

För att möjliggöra samordning skulle emellertid en del åtgärder inom vårdorganisationen kunna vidtas redan nu såsom redovisats ovan.

Enligt sjukreseutredningen finns det underlag och möjligheter att samordna sjukresor i taxi. Men det är svårt att nu i någon större omfattning få till stånd en sådan, eftersom organisatoriska förutsättningar ännu saknas.

6.3 Ökat kollektivåkande

Av framför allt samhällsekonomiska skäl är det angeläget att styra över många av de patienter som i dag åker taxi eller egen bil till mottagningarna till befintliga kollektiva förbindelser. På det här sättet skulle kostnaderna för sjukresor minska. Vidare skulle man kunna minska driftunderskottet för trafiken samt få en bättre energihushållning. En utökning av och/eller ändring av kollektivtrafikutbudet för att bl. a. tillgodose behovet av sjukresor skulle emellanåt också kunna vara motiverat av ekonomiska skäl.

Av sjukreseutredningens undersökning i Uppsala län framgår att det finns bussförbindelser från så gott som hela länet till framför allt de orter som har ett stort vårdutbud. Likväl utnyttjas inte buss särskilt ofta för sjukresor. I praktiken används dock buss mera för resor till och från vårdmottagningar än vad sjukreseutredningens undersökning visar eftersom busstaxan i några områden är så låg att den inte överstiger karensbeloppet, varför bussresorna inte registrerats. Men i många områden, där bussresor är ersättningsbara har buss använts i liten utsträckning eller inte alls. Gemensamt för flertalet av dessa områden är att de är glest bebyggda och/eller att dess invånare är relativt sett gamla. Detta förklarar till viss del det minimala bussresandet – det är svårt för äldre att åka buss och i allmänhet har glest bebyggda områden sämre kollektivtrafik beroende på att passagerarunderlaget är för litet. En annan anledning till att få eller ingen åker buss från bostaden till vårdmottagningen är att tidpunkten för vårdbesöket inte stämmer med turlistorna för kollektivtrafiken. Bekvämlighet är en annan förklaring. På sina håll saknas lämpliga hållplatser, dvs. de är belägna långt från mottagningarna och långt från bostaden. I Uppsala var anslutningen mellan landsbygdstrafik och stadstrafik dålig vid undersökningstillfället. Tiderna stämde illa och därtill krävdes två byten för att komma till det största sjukhuset. (Numera finns emellertid direktbussar, dvs. från landsbygdsbussarnas ändstation vid järnvägsstationen till sjukhuset utan byten.)

I Uppsala län granskades bussförbindelserna särskilt i de områden varifrån få eller inga sjukresor skett med buss under den studerade perioden, för att få en uppfattning om kollektivtrafikförhållandena kunde förklara den låga andelen bussresor och/eller trafikutbudet kunde ändras till sjukresornas fördel. Därvid framkom att endast ett mindre antal områden har bristande kollektiva resmöjligheter som kan orsaka att få eller inga sjukresor skett med buss. I de flesta områden finns således kollektiva förbindelser till och från mottagningarna, varför man kan anta att busstider och mottagningstider inte passat ihop.

Av betydelse är också att befolkningen i dessa områden är äldre och att flera bor i glesbygden. Flera och tätare bussturer skulle därför sannolikt inte resultera i så många flera bussresor till vårdmottagningarna. Med tanke på passagerarunderlaget är det därtill diskutabelt om turutbudet kan utökas. Enbart sjukresor kan ekonomiskt inte bära upp flera bussturer. Linjetrafiken skulle emellertid kunna justeras tidtabellsmässigt och så att det finns hållplatser vid vårdmottagningar, vilket skulle innebära smärre ändringar i linjedragningen. Det kan också vara idé att utöka/införa kompletteringstrafik, som är ett billigare alternativ och som sker med taxi, vilket kan vara en fördel för många äldre med rörelsehinder. Men det är tveksamt om det

lönar sig att införa kompletteringstrafik enbart för sjukresornas skull. Andra typer av anropsstyrd trafik borde också kunna utnyttjas.

Av undersökningsmaterialet framgår att den befintliga kompletterings-trafiken inte utnyttjas för sjukresor. Enligt försäkringskassans uppfattning gäller det inte bara den undersökta tidsperioden utan det är generellt på det viset. Där det finns kompletteringstrafik är denna begränsad till två dagar i veckan. Det gäller med andra ord att se till att vårdbesöket om möjligt förläggs till samma dagar. Det är förmodligen här det brister och det blir "vanliga" taxiresor till vårdinrättningarna i stället.

En utökning av kollektivtrafiken medför i allmänhet ökade kostnader för kommuner och landsting, men samhällsekonomiskt kan en utökning likväl vara lönsam. Man kan exempelvis tänka sig att "omvandla" vanliga taxiresor till kollektivtrafik genom att införa linjebilar, vilket är vanligt förekommande för transporter till och från flygplatser. Det här kan sägas vara en variant av anropsstyrd trafik. Bilarna beställs vanligen i förväg och antalet blir beroende av transportbehovets storlek.

I Uppsala län förekommer ett stort antal taxiresor mellan några orter, som har goda linjetrafikförbindelser. Taxi ombesörjer här akutresor samt transporterar vårdtagare som på grund av hälsotillståndet måste anlita taxi. Samåkning förekommer inte i nämnvärd utsträckning. Här skulle taxitrafiken kunna samordnas exempelvis som linjebilstrafik. I Örebro län har landstinget en egen variant av linjebilar i form av turbilar (se nästa avsnitt), men det finns inget som hindrar att taxi svarar för dessa transporttjänster.

Vi har hittills bara förutsatt att kollektivtrafiken skall ändras till förmån för sjukresorna. För att nå en högre utnyttjandegrad av buss och tåg till vårdinrättningarna kan man naturligtvis i stället (eller i kombination med ändringar av trafiken) i ökad utsträckning anpassa mottagningstiderna till de kollektiva resmöjligheterna, vilket framstår som ett billigare alternativ. I Uppsala län skulle man på detta sätt sannolikt kunna öka antalet sjukresor med buss i områden med en väl utbyggd kollektivtrafik och där antalet sjukresor med buss redan i dag är tämligen omfattande.

Kollektivtrafiken på väg i Uppsala län är väl utbyggd i jämförelse med de flesta andra län. Såväl trafikutbudet som resandet har ökat väsentligt i och med länstrafikbolagets tillkomst. På två år har man genom en resursförstärkning på 40 procent utökat trafiken med 90 procent. Så har bl. a. orter med vård fått bättre kollektiva förbindelser även om inte vården i sig varit styrande, vilket bl. a. framgår av tidtabellerna som är inriktade på arbetsplatsernas och skolornas behov.

I Uppsala län fungerar de interkommunala förbindelserna väl och det är goda kollektiva resmöjligheter till Uppsala från hela länet. I flertalet andra län är det sämre ställt med den regionala busstrafiken, vilket bl. a. innebär sämre resmöjligheter till länssjukhusen. Av sjukreseutredningens undersökning i Uppsala län framgår också att i jämförelse med andra län, där sjukresorna kartlagts, är andelen kollektivtrafikresenärer stor. Slutsatserna från Uppsala-undersökningen torde i alla fall ha generell giltighet, även om vården i de flesta andra län sannolikt inte är lika tillgänglig med allmänna kommunikationer som i Uppsala län.

Slutsatserna kan hänföras till följande:

- ☐ Det finns behov av dialog mellan trafiksektorn och vårdsektorn.
- ☐ Bokning av patienternas tid bör ske med hänsyn till de kollektiva resmöjligheterna.
- ☐ Informationen om kollektiva resmöjligheter måste förbättras.
- ☐ Inledningsvis kan enkla förbättringar av trafiken göras såsom hållplatser vid mottagningar och vettiga anslutningar mellan stads- och landsbygds- trafik.
- ☐ Det är inte befogat med en egen transportorganisation för sjukresorna.
- ☐ Olika former av anropsstyrd kollektivtrafik kan vara lämplig för sjukresor.
- ☐ Utvecklingen mot bättre kollektiva resmöjligheter för vårdbesök skulle sannolikt påskyndas om länstrafikbolaget eller motsvarande hade ansvaret för all vägbunden kollektivtrafik i länet (inkl. färdtjänsten).

För att få till stånd ett utökat användande av kollektiva färdmedel till vårdmottagningar krävs inledningsvis att en konstruktiv dialog inleds mellan vårdansvariga och trafikansvariga. I de flesta län brister det på den här punkten även om landstinget har ansvar för båda sektorerna. Detta beror i viss mån på att delansvaret för trafiken nyligen införts eller håller på att införas. Men också i län med etablerad länshuvudman för trafiken kan kontakterna vara bristfälliga även om det finns former för sådana genom bolagsstyrelsen, där landstinget är politisk representerat och genom att en trafikteknisk arbetsgrupp eller motsvarande knutits till trafikbolaget. I gruppen ingår i allmänhet en tjänsteman från landstinget. Arbetsgruppens uppgift är att medverka i planeringen och utformningen av länets trafik. Från landstingets sida borde det således vara naturligt att här och i styrelsen verka för att vårdens intressen tillvaratas i trafikplaneringen. Dessa måste naturligtvis vägas mot andra intressen och de ekonomiska konsekvenserna av en utbyggd trafik för vårdsektorn måste självklart analyseras.

Till att börja med skulle en rad tämligen enkla icke eller ringa kostnadskrävande åtgärder sannolikt öka antalet sjukresor med allmänna färdmedel. Generellt gäller att informationen om kollektivtrafikförhållanden måste förbättras både inom och utom sjukhusen. Telefonupplysning om kollektiva resmöjligheter som f. n. finns i Stockholm, kommer troligen att införas på flera håll i landet (diskussioner pågår). En sådan uppgift kan med fördel också skötas av beställningscentral som diskuterats tidigare.

Då det gäller vården bör patienterna tilldelas tider så att de kollektiva förbindelserna kan utnyttjas för vårdbesöket. Det är också angeläget att patienternas väntetider på mottagningarna reduceras så att de har möjlighet att hinna med bussen/tåget hem.

Vidare borde man vid skriftliga kallelser till patienter (t. ex. vid remisser) kunna foga information om att resor till mottagningen i första hand skall ske med allmänna kommunikationer och vad som i övrigt gäller för att sjukreseersättning skall utges. En ordning av det här slaget tillämpas redan på några håll. I samband med sjukreseutredningens försöksverksamhet i norra Uppland har hälsocentralen i Tierp och sjukhusen i Uppsala infört ett sådant förfarande (exempel finns i bilaga 4).

Då det gäller kollektivtrafiken borde man kunna börja med att justera linjer/hållplatser så att de finns nära vårdcentraler, sjukhus etc. Det verkar självklart, men icke sällan saknar dessa inrättningar lämpliga hållplatser.

Vidare borde landsbygds- och stadstrafik fogas ihop bättre, eftersom många sjukresor sker från landsbygden till länsdels- och länssjukhus. Det är mycket vanligt att de regionala bussarna har ändstation på ett ställe och att stadsbussarna utgår från ett annat. Anslutningarna mellan de båda busstationerna är därtill vanligen dåliga.

Antalet sjukresor är i jämförelse med andra resor litet. Bl. a. detta talar för att det inte bör byggas upp en särskild transportorganisation för dessa utan de bör ingå som en naturlig del i länstrafikbolagets verksamhet. Passagerarunderlaget är sålunda litet och därtill är resandet oregelbundet till skillnad från resor som avser skolor och arbetsplatser. Detta innebär att sjukresorna knappast kan vara grunden för busslinjetrafikens uppbyggnad. Men sjukresorna tillsammans med andra icke ersättningsbara resor till vårdmottagningar bör vägas in då länens kollektivtrafik byggs upp. Sjukresorna borde därför lämpligen ingå i transportrådets föreskrifter och råd för länshuvudmännen's trafikplaneringsarbete.

Som framgått av Uppsala-undersökningen kan kompletteringstrafik och andra former av anropsstyrd trafik vara lämplig för sjukresor. Det borde finnas möjlighet att utveckla kompletteringstrafiken, linjebilstrafik etc. tillsammans med bl. a. taxi. Möjligheterna att utveckla denna trafik skulle sannolikt underlättas av om all vägbunden kollektivtrafik och färdtjänsten i länet sorterade under länstrafikbolaget. I dag svarar vanligen kommunerna för kompletteringstrafiken och en utökning av denna för bl. a. sjukresornas behov skulle kunna uppfattas som en kostnadsövertäring på kommunerna. Avvägningen mellan kompletteringstrafik, annan anropsstyrd trafik och linjeftrafik skulle sannolikt underlättas om det fanns en ansvarig, dvs. länstrafikbolaget, som inom ramen för sin verksamhet har ekonomiska uppgörelser med landsting, kommuner och trafikägare. Bolaget har vidare möjligheter att inneha trafiktillstånd, vilket är en fördel. Vidare är det troligt att kontakterna med taxi kommer att utvecklas framgent. En utveckling i denna riktning parad med utvecklingen av den anropsstyrda kollektivtrafiken och utvecklingen av beställningssystem/centraler talar för att sjukresorna på sikt i högre grad än nu kan inordnas i länens kollektivtrafiksystem.

6.4 Samordning av varu- och persontransporter

I augusti 1978 startade Örebro läns landsting en turbilsverksamhet i egen regi. Med turbilarna samordnas varu- och persontransporter mellan landstingets olika institutioner. Transporterna sker efter tidtabellagda turer och med handikappanpassade fordon. Verksamheten administreras via försörjningsavdelningens länstransportsektion. Försörjningsavdelningen är en avdelning vid landstingets centrala kansli. Försörjningsnämnden som är politiskt sammansatt leder verksamheten.

För turbilsverksamheten krävs inga tillstånd enligt yrkestrafiklagstiftningen, då landstinget kör åt sig självt, ej tar betalt av passagerarna och inte heller har hållplatser längs linjerna utan enbart vid landstingets egna institutioner.

Turbilsverksamheten har huvudsakligen tillkommit för att samordna

varutransporter (lab.prover m. m.) mellan landstingets institutioner. Men i samband med att en vårdinrättning drogs in i länet, ville man samtidigt se till att berörda invånare fick bra rese-möjligheter till den längre bort belägna vårdmottagningen, som de därmed var hänvisade till. Detta innebär att turbilarna transporterar patienter, vars resor till vården egentligen skulle ersättas av försäkringskassan. Under 1979 beräknades landstinget ha sparat ca 150 000 kr åt försäkringskassan genom att patienter åkt gratis med turbilarna.

Örebro läns landsting har haft överläggningar med försäkringskassan i syfte att få ersättning för de sjukresor som sker med turbilarna. Någon överenskommelse har emellertid inte kunnat träffas på grund av nuvarande lagstiftning – dvs. den allmänna försäkringen – som kräver att den enskilde skall ha haft en utgift för resan.

Anledningen till att patienterna inte betalar för turbilsresan har i sin tur att göra med trafiklagstiftningen. För att avgift skall kunna tas ut behövs nämligen särskilt tillstånd enligt yrkestrafiklagstiftningen. Inledningsvis förde landstinget diskussioner med både taxi och länstrafikbolaget om verksamheten. Enligt lagstiftningen möter det inte något hinder att taxi ombesörjer transporter av detta slag enligt avtal med landstinget. Det gäller med andra ord att komma överens med taxi. Att införa verksamheten i länstrafikbolagets är däremot svårare såvida inte bolaget självt innehar trafik-tillstånden på de linjer, där man behöver turbilar. I de fall annan har tillståndet på sträckorna eller delar av dessa uppstår problem. Det kan nämligen vara besvärligt att inordna det behov som turbilarna tillgodoser i den ordinarie linjetrafiken.

Verksamheten med turbilar och den därigenom erhållna samordningen av landstingets transporter har hittills visat sig ekonomiskt fördelaktig, även om patienternas resor ej kunnat ersättas av försäkringskassan. Turbilsverksamheten kostade under 1979 mindre än vad man skulle ha betalat för motsvarande tjänster på den fria marknaden. En del av vinsten förklaras av att landstingets egna transporter samordnats och knutits ihop. Tidigare skötte varje förvaltning sina egna transporter utan större hänsyn till andras behov. Det här är vanligen förekommande i landstingen. Men bl. a. beroende på stigande transportkostnader har allt flera landsting börjat se över sin transportverksamhet i syfte att få en samordning till stånd. På några håll har man beslutat sig för att införa turbilar, men med tanke på att försäkringskassan ej ersätter patientresor med dessa, har man valt att åtminstone inledningsvis enbart använda bilarna för varutransporter. Samhällsekonomiskt sett vore det naturligtvis önskvärt att patienter finge utnyttja turbilarna.

Spri har i sin rapport "Samordning av transporter" närmare behandlat hur landstingen skulle kunna samordna egna varu- och persontransporter, men även bidra till att samordna sjukresorna. Rapporten behandlar i huvudsak turbilar (egen regi eller avtal med taxi eller annat transportföretag) och samåkning i taxibil till och från vårdinrättningar. I rapporten betonas att en viktig förutsättning för att transporter av olika slag skall kunna samordnas är att beställningscentraler inrättas. Erfarenheterna från Örebro läns landsting pekar också på detta behov. Där finns en form av beställningscentral enbart för turbilarna, men för att verksamheten skall kunna utvecklas krävs sannolikt samverkan med andra trafikslag. Genom samverkan i en

gemensam beställningscentral i länet, skulle man nämligen kunna använda fordonen effektivare. Olika stora och olika typer (t. ex. handikappanpassade) fordon skulle kunna sättas in alltefter hur behovet av transport ser ut. Genom samverkan i beställningscentraler skulle troligen ekonomiska mellanhavanden av olika slag mellan olika trafikägare också kunna klaras upp. Landstinget har nu påbörjat en utredning tillsammans med länsalarmeringscentralen.

6.5 Samåkning i privatbil

Det största antalet sjukresor företas med privatbil. I Uppsala län sker omkring 50 procent av resorna med bil och på sina håll företas sjukresor endast med bil. Bil är naturligtvis här som i många andra sammanhang det bekvämaste färdssättet och ofta är bilen också det enda möjliga alternativet. Från försäkringens synpunkt sett är bilresorna ett ganska billigt alternativ. Men det skulle naturligtvis ställa sig än billigare om samåkning förekom.

Enligt kartläggningen finns det passagerarunderlag för samåkning i privatbil till de undersökta vårdinrättningarna. För att samåkning skall kunna fungera krävs emellertid något slags beställningssystem och det kan också komma att behövas någon slags ekonomisk incitament för att folk skall vilja samåka. Det finns dock risk för att underlaget för kollektivtrafik minskas. För närvarande är samåkning i privatbil i större omfattning än vad som redan sker (t. ex. då flera familjemedlemmar skall på läkarbesök) knappast ett realistiskt alternativ. I framtiden kan man naturligtvis tänka sig att samåkning arrangeras via de ovan beskrivna beställningscentralerna.

6.6 Avslutande kommentarer

Avsnitten ovan har visat att en del åtgärder kan vidtas inom vården för att få till stånd samåkning i taxi och få flera patienter att åka kollektivt. Kraven på att ge patienterna tider med hänsyn till resmöjligheter kolliderar dock med andra behov som måste beaktas vid tidgivningen. Det kan gälla särskilda undersökningar på fastande mage som därför för patienternas skull bör ske så tidigt som möjligt. Det kan finnas önskemål om att besöka samma läkare, som mycket väl kan ha mottagningstider som ej stämmer med bussarnas tidtabeller och det finns en rad andra hinder. Men det är likväl viktigt att man försöker beakta patienternas resmöjligheter.

Förutom den kortsiktiga vårdplanering i form av t. ex. tidsbokning för läkarbesök är naturligtvis också den medellånga och långsiktiga planeringen av vården av intresse för hur sjukresorna kommer att bli. Hur upptagningsområden för olika vårdinrättningar ser ut har självklart stor betydelse för hur långa sjukresorna kan bli.

För att kunna samordna sjukresor på olika sätt skulle, som framgått tidigare, någon form av beställningscentral behövas, dit patienter kan vända sig då de skall resa till och från sjukhus etc. Utrednings- och utvecklingsarbete pågår på flera håll i landet. Organisationsformer och inblandade myn-

digheter, företag etc. kommer sannolikt att se olika ut i olika län och kommuner. Man kan t.ex. tänka sig samordning med telefonupplysningscentral för kollektivtrafik. Det verkar emellertid vara nödvändigt att kommunen och/eller länstrafikbolaget delvis äger beställningscentralen. Först då finns reella incitament att samordna samhällsbetalda taxiresor. Sjukreseutredningen har emellertid inte närmare undersökt olika möjliga organisatoriska, tekniska etc. lösningar av beställningscentraler, utan vill bara konstatera att ett bildande av centraler betydligt skulle underlätta samordning av sjukresor. Särskilda beställningscentraler för sjukresor kan inte anses ekonomiskt försvarbart, utan dessa måste behandlas tillsammans med andra transporter i kommunerna och länen.

Samordningen skulle dock inledningsvis till viss del kunna ske genom utnyttjande av befintliga samordningscentraler, som finns vid flera sjukhus för beställning av bilar och ambulanser.

Samåkning i taxi och ett ökat bruk av bussar och tåg för sjukresor uppfattas sannolikt som en försämring av många patienter. Det medför minskad bekvämlighet på flera sätt kanske framför allt genom att det finns risk för att den totala tiden för t. ex. ett läkarbesök blir längre. Men självklart kan patienterna inte tvingas till flera timmars längre vårdbesök för att de skall samåka. Den allt ökande insikten om landets ekonomiska problem, kan måhända få flera att samåka och åka buss i större utsträckning, men det kan också vara befogat att konstruera sjukresoreglerna så att ersättningen för dessa resor blir gynnsammare än för "ensamresor" i taxi och privatbil.

Härutöver krävs också en ordentlig information om vilka regler som gäller.

De åtgärder som ytligt berörts gäller i huvudsak länstrafikbolag (eller motsvarande) och sjukvårdshuvudmän. Önskemålen att få med sjukresor och andra vårdresor i trafikplaneringen torde inte möta något hinder. Från trafikbolagens sida är det angeläget att få många passagerare. Det är samtidigt så att många sjukresor sker och kan ske på tider, då bussarna inte är särskilt fyllda, dvs. sjukresor i allmänhet behöver inte ske samtidigt som arbets- och skolorsresor. Frågor om ersättning till länstrafikbolagen kan däremot uppstå om man gör särskilda lösningar för i huvudsak sjukresor. Detsamma gäller om landstingen svarar för patientresor som faller inom ramen för sjukreseförordningen (t. ex. turbiner).

Kontakter med landstingskanslier och olika slag av vårdinrättningar har givit vid handen att tidgivningarna utan alltför stora ansträngningar i ökad utsträckning skulle kunna ta hänsyn till patienternas resmöjligheter. Men det finns på sina håll en tveksamhet beroende på att vården själv inte tjänar nämnvärt på ett förfarande av det här slaget även om det kan vara samhällsekonomiskt motiverat.

Samma invändning gäller användandet av befintliga samordningscentraler för beställning av taxi åt icke inskrivna patienter.

7 Samspel mellan vård, sjukresor och trafik i framtiden

Av tidigare kapitel har framgått att vårdens planering, organisation m. m. inverkar på sjukresorna. Avsikten är här att närmare belysa beröringspunkterna mellan sjukresor och hälso- och sjukvård med sikte på hur sjukresorna bättre än i dag skall kunna samordnas med vården. Vidare behandlas betydelsen av ett fungerande transportsystem.

Som bakgrund ges inledningsvis korta beskrivningar (utförligare finns i kapitlen 2–5) av utvecklingen inom de samhällssektorer som är av betydelse i sammanhanget, dvs. hälso- och sjukvården, trafiksektorn samt socialförsäkringen, där sjukresorna ingår. Samtliga utgör viktiga byggstenar i samhällets välfärdspolitik, som allmänt uttryckt syftar till att skapa goda levnadsförhållanden och bästa möjliga livskvalitet för alla människor oavsett bostadsort. För sjukresor, vård och trafik finns således en gemensam övergripande målsättning. Man kan också finna gemensamma utvecklingstendenser såsom t. ex. jämlikhetssträvanden, ökad inriktning på samordning inom den egna sektorn och/eller med andra, utveckling av planeringssystem samt ökande inslag av förebyggande åtgärder.

7.1 Utvecklingsdrag inom hälso- och sjukvården

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården går mot en förstärkning av den öppna vården utanför sjukhusen (primärvård) och mot mer förebyggande insatser (hälsovård). Utvecklingen går emellertid långsamt och hittills långsammare än planerat. Det är också stora skillnader mellan sjukvårdshuvudmännen.

Mot bakgrund av att andelen äldre växer har äldrevården måst prioriteras och det är framför allt denna som nu svarar för den begränsade expansionen inom hälso- och sjukvården. Av såväl humanitära som ekonomiska skäl kommer morgondagens äldrevård att i ökande grad ske i öppna former såsom dagsjukvård och hemsjukvård. Samma skäl och samma utveckling gäller psykiatrin, där de gamla mentalsjukhusen successivt håller på att ersättas av andra vårdresurser.

På sikt då vårdcentralerna mera än i dag svarar för den öppna vården och då bl. a. äldreomsorgen blivit öppnare och närmare hemmet, kan man räkna med att flertalet vårdresor inklusive sjukresor blir kortare än i dag. Samtidigt kan man anta att antalet resor ökar för såväl patienter som personal.

Detta ställer i sin tur krav på att sjukvårdshuvudmännen har tillgång till en fungerande transportapparat bl. a. för personalen och för befordran av hjälpmedel av olika slag till hemsjukvårdspatienterna.

Mycket talar för att sjukvårdshuvudmännen mera än för närvarande kommer att engagera sig inom hälsopolitiken. Häls- och sjukvårdsutredningen (HSU) har föreslagit att landstingen skall få ett lagstadgat ansvar även för hälsovård. Vidare har utredningen föreslagit att sjukvårdshuvudmännen skall ha ett totalansvar för hälso- och sjukvården samt svara för en totalplanering. Utredningens förslag har remissbehandlats och är nu föremål för överväganden inom socialdepartementet.

7.2 Utvecklingsdrag inom trafiksektorn

Kollektivtrafiken betraktas numera som en del i den grundläggande samhällsservicen.

Organisatoriska förutsättningar för att förbättra kollektivtrafiken i länen har skapats genom länshuvudmannaskapsreformen. Verksamheten har kommit olika långt i länen, men en mera ändamålsenlig kollektivtrafikapparat håller på att byggas upp, som bl. a. bör kunna underlätta resandet till olika slags vårdinrättningar. Ambitioner finns vidare att öka huvudmännens trafikansvar till att omfatta i princip all vägbunden kollektivtrafik och färdtjänst. På så sätt kan trafiken bli effektivare bl. a. genom att samordningsmöjligheterna därigenom ökar.

Enligt transportrådets prognoser kommer kollektivtrafiken att öka med 40 procent mätt i personkm under 1980-talet att jämföras med 5 procent för privatbilismen. Denna kommer dock alltjämt att svara för merparten (75 procent) av alla transporter.

Det finns numera en lagstiftning som innebär att såväl terminaler som fordon skall handikappanpassas. Det kommer emellertid att dröja länge innan man kan förverkliga ambitionerna på det här området. Färdtjänsten kommer att behövas under överskådlig framtid. Denna förväntas också öka i omfattning bl. a. beroende på att antalet pensionärer ökar samt beroende på målsättningarna inom äldreården.

Taxis tjänster har alltmer kommit att utnyttjas av kommuner och landsting för olika transportuppdrag och så kommer att vara fallet även framgent. Det är däremot troligt att samhällsbetalda taxiresor kommer att samordnas i högre utsträckning än för närvarande av framför allt ekonomiska skäl. En förutsättning är skapandet av beställningscentraler. Införande av modern teknik såsom datorer och direktkopplade taxametrar till beställningscentraler kommer på sikt att underlätta samåkning och samordning.

Sammanfattningsvis kan konstateras att taxi även i framtiden kommer att spela en viktig roll i trafikförsörjningen, men att taxi sannolikt inte kan verka lika isolerat som idag. Taxi kan i ökad utsträckning användas som ersättning för sedvanlig kollektivtrafik. Men detta kräver ett ökat samarbete med länstrafikbolagen. Dessa förutsätts dock redan nu ha med taxi i sin planering.

Då det gäller landstingens transporter kan konstateras att det i allmänhet

saknas en sammanhållen organisation för dessa liksom planering. Som nämnts ovan kommer transportbehoven att öka bl. a. beroende på satsningen på hemsjukvården. Detta kommer sannolikt att innebära att allt fler sjukvårdshuvudmän kommer att behöva se över och/eller bygga upp sin transportorganisation. Utredningsarbete pågår i några län. Där utredningar gjorts och därav föranledda åtgärder vidtagits har besparingar uppnåtts (t. ex. turbilarna i Örebro län).

7.3 Utvecklingsdrag inom socialförsäkringen

I slutet av förra århundradet påbörjades det arbete som lett fram till våra dagars socialförsäkring. Denna har vuxit fram som ett led i samhällets strävanden att ge människorna en social och ekonomisk grundtrygghet. Försäkringen har successivt utvidgats allteftersom nya behov uppstått och det funnits ekonomiska resurser att tillgodose dem.

Socialförsäkringssystemet är numera till större delen samordnat inom ramen för den allmänna försäkringen. Denna omfattar sjukförsäkring (inkl. tandvårdsförsäkring och föräldraförsäkring), folkpensionering och tilläggs-pensionering. Till socialförsäkringen hör också arbetsskadeförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen.

Socialförsäkringen har två huvudsyften, dels att ge kompensation för inkomstbortfall p. g. a. sjukdom, ålderdom, arbetslöshet etc. och dels att ge alla medborgare, särskilt personer med svag ekonomisk bas och personer med omfattande sjukvårdsbehov, möjlighet att på lika villkor utnyttja hälso- och sjukvårdens tjänster. Olika former av högkostnadsskydd har härvid stor betydelse.

Möjligheterna att utvidga socialförsäkringen ytterligare är f. n. begränsade av ekonomiska skäl. Trots detta kan man förutskicka en ökad satsning på förebyggande åtgärder (hälsovård). Ett steg i den riktningen togs i de nyligen avslutade förhandlingarna angående sjukförsäkringens ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för åren 1982 och 1983. Härvid överenskomms om en särskild generell ersättning att användas bl. a. för hälsovårdande insatser.

Utvecklingen inom socialförsäkringsområdet karaktäriseras f. n. av strävanden att samordna de olika bidragsformerna och därigenom begränsa bidragsfloran. Förslag i denna riktning har lämnats i socialpolitiska samordningsutredningens betänkande "En allmän socialförsäkring" (SOU 1979:94). På sjukvårdsförsäkringens område finns dessutom en tendens till att öka schabloniseringen vid ersättning från försäkringen till sjukvårdshuvudmännen. På detta sätt kan man undvika att försäkringsersättningen styr vårdens inriktning. En särskild arbetsgrupp kommer att tillsättas för att undersöka möjligheterna till ökad schablonisering av sjukvårdsersättningen.

7.4 Sjukresorna och vården

Den allmänna försäkringen avser till stor del att ge sjuka människor ett grundskydd. Det finns därmed ett starkt samband mellan vård och för-

säkring. Det finns därför också ett utvecklat samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen och staten/försäkringskassorna. Men bl. a. beroende på att vård och försäkring har olika huvudmän uppstår emellanåt glapp mellan försäkringen och vårdens inriktning. De olika systemen utvecklas lätt i otakt. Det har funnits en god överensstämmelse mellan vården och försäkringen, men med åren har vården alltmer utvecklats mot öppnare former och förebyggande åtgärder (hälsovård). Lagen om allmän försäkring har också utvidgats med åren allteftersom behov uppstått, men den omfattar ännu förebyggande åtgärder enbart i liten omfattning. Anledningen är försäkringens definition av sjukdom, som är avgörande för ersättningsrätten. Det är emellertid ofta svårt att dra gränser mellan sjukvård och hälsovård. I båda fallen ingår t. ex. ofta samma slag av undersökning. Detta har tidigare påtalats av hälsokontrollutredningen¹ och HSU, vilka anser att den allmänna försäkringen bör omfatta även hälsovårdande åtgärder.

Det sker också en anpassning av vården till de regler och ersättningsformer som finns inom den allmänna försäkringen. På så sätt blir det försäkringen som i viss mån styr vårdens inriktning och utformning och inte tvärtom.

Parallellt med att vården och försäkringen utvecklas har också kommunernas sociala service inkl. färdtjänsten utökats. Reformerna har ofta kommit vid olika tidpunkter och konsekvenser för andra sektorer har inte alltid varit klarlagda. I stort sett kompletterar de olika huvudmännens insatser varandra, men sambanden mellan dem har blivit alltmer komplicerade och för den enskilde är det ofta svårt att veta om det är kommunen, försäkringskassan eller landstinget man skall vända sig till i olika situationer. I det här sammanhanget utgör naturligtvis sjukresorna bara en liten del, men de påverkas.

Den på sina håll bristande överensstämmelsen mellan försäkringen och vården får naturligtvis konsekvenser för patienterna och deras möjligheter att få ersättning för sjukresor. Så får exempelvis patienter inte ersättning för resor som avser besök för hälsokontroll. I följande avsnitt pekar vi på några sjukreseproblem som till stor del har att göra med att försäkringen och vården har olika huvudmän.

Vad är sjukresa?

Sjukresa kan definieras som resa som ersätts enligt sjukreseförordningen. Det finns således en hel del vårdresor som inte ersätts (se kapitel 4).

Merparten av resorna till och från vården betalas av patienten, dvs. reskostnaden kommer inte upp till karensbeloppet. 1979 utgick i genomsnitt reseersättning för vart femte vårdbesök. Genom att karensbeloppen höjts från och med 1981 kommer andelen emellertid att minska något. Vidare betalar sjukvårdshuvudmännen den största delen av ambulans- och bårbilstransporterna samt en rad resor som avser inskrivna patienter. Sjukvårdshuvudmännens regler för den senare gruppen resor varierar avsevärt.

Då ersättningen från den allmänna försäkringen är låg för övernattningskostnader för patient och anhörig samt vad gäller föräldrars besöksresor till sjuka barn, svarar landstingen även till stor del för övernattningskostnader (patienthotell) samt ger kompletterande ersättningar till föräldrars besöksresor, då dessa

¹ Socialstyrelsen redovisar 1978:6.

i sin tur betraktas som väsentliga inslag i vården. Variationerna är även här stora mellan sjukvårdshuvudmännen.

Inom vården finns som tidigare nämnts ambitioner att betrakta/behandla människan utifrån en helhetssyn. För dagsjukvården innefattar helhetssynen också resan till och från vården, vilket innebär att patienten bör åka gratis. I praktiken innebär detta ofta att sjukvårdshuvudmännen svarar för karensbeloppen och försäkringskassan för resterande kostnader. I och med karensbeloppshöjningarna svarar emellertid sjukvårdshuvudmännen för merparten av reskostnaderna.

I dag betalar sjukvårdshuvudmännen en mängd vårdresor bl. a. därför att resorna inom många halvöppna vårdformer blivit alltmer betydelsefulla. Resan betraktas då mer eller mindre som en del i vården. I vissa fall ersätts resorna till en del av försäkringen. Ur sjukvårdshuvudmännens synvinkel ger emellertid dagens sjukreseförordning upphov till besvärliga gränsdragningsproblem, som bl. a. har att göra med om patienten är inskriven eller inte, vilken behandling som getts etc. Det händer att patienter "bollas" mellan försäkringskassa och landsting.

Förutom sjukreseförordningens regler finns även särskilda vårdresebestämmelser för varje sjukvårdshuvudman. Detta innebär att vårdresor administreras både hos landsting och försäkringskassor. Vidare förorsakar dagens sjukreseförordning en del administration hos landstingen t. ex. då det gäller intyg om att patienternas hälsotillstånd kräver dyrare färdmedel samt då det av andra skäl är oklart om en patient skall ha reseersättning från försäkringskassan. Mest betungande är sannolikt den dubbla administrationen av dagsjukvårdsresorna.

Framtidens hemsjukvård kommer i ökad utsträckning jämfört med i dag att medföra att vårdpersonal reser hem till patienterna. Ersättning för personalresor regleras inte i sjukreseförordningen. Enligt läkarvårdstaxan, som ingår i den allmänna försäkringen, utgår emellertid särskild reseersättning till privatläkare, då de gör hembesök. I det engångsbelopp som sjukvårdshuvudmännen får via försäkringen för läkarbesök, ingår enligt förarbetena till läkarvårdstaxan viss ersättning för hembesök. Denna ersättning utgör bara en liten del och avsikten har heller inte varit att stimulera till läkarbesök i hemmet. Ersättningen gäller bara läkarens resor och inte andra personalresor. Hemsjukvården kommer i framtiden att innebära att det i ökande grad är sjuksköterskor, vårdare och sjukgymnaster knutna till vårdcentraler som kommer att resa hem till patienterna.

Sjukresorna och patienterna

Vid sjukresor är flera olika huvudmän inblandade. Det gäller sjukvårdshuvudmännen, kommunerna, kollektivtrafikbolag, taxi och försäkringskassor. Varje organisation har sina regler och ambitioner att hålla sina kostnader nere. Kostnadsbesparingar inom en sektor kan emellertid innebära fördyringar inom en annan och därtill få negativa konsekvenser för patienterna. I de flesta kommuner får färdtjänsten inte användas för sjukresor, utan kommunerna anser att försäkringskassan skall betala resorna. För de färdtjänstberättigade verkar emellertid detta underligt eftersom de kan åka till t. ex. sjukhuset för att besöka en god vän men inte för att göra ett läkarbesök.

Vidare kan färdtjänsten anlitas för att hämta ut sjukreseersättning på försäkringskassan. Då avgiften för färdtjänstresor är lägre än karensbeloppen förekommer emellertid också så att säga ett "illegalt" bruk av färdtjänsten för sjukresor, vilket har ökat efter karensbeloppshöjningarna.

Det finns vidare län där landstingen inte svarar för karensbeloppen i samband med dagsjukvårdsresor och där färdtjänsten inte får användas. Patienterna måste då betala taxiresan själva och i efterhand vända sig till försäkringskassan för att få ut reseersättningen – något som upplevs som mycket besvärligt, eftersom det ofta är fråga om äldre och rörelsehindrade personer, som använder färdtjänsten. Patienterna måste själva svara för karensbeloppen, vilket blir kostsamt eftersom det rör sig om flera resor per vecka. I och med att karensbeloppen höjs finns det risk för att dagvårdspatienter avstår från vården, vilket ofta innebär att de i stället ganska snabbt måste få sluten vård – ett dyrare alternativ.

Som nämnts svarar många sjukvårdshuvudmän för karensbeloppen vid dagsjukvårdsresor. Karensbeloppshöjningarna har emellertid föranlett några sjukvårdshuvudmän att pröva om man även fortsättningsvis skall svara för hela beloppet eller delar av det. För patienten kan det bli fråga om en försämring.

För att inte patienter skall drabbas, men även för att få billigare sjukresor, skulle i stället ett samarbete behövas mellan försäkringskassan och andra organ. Dagens regler hindrar emellertid detta genom att försäkringskassorna inte kan sluta avtal med andra huvudmän om reseersättningar. Det hänger också samman med att sjukreseförordningen kräver att den enskilde skall ha haft en kostnad för resan (högre än karensbeloppet). Vid en strikt tolkning innebär det att försäkringskassan inte kan ge ersättning till kommunen (färdtjänst) eller landstinget (turbilar) i stället för till patienten.

För patientens del innebär således nuvarande ersättningssystem vid sjukresor en del svårigheter, men det ger också en frihet att själv planera resan. Det är ju patienten som har att välja färdssätt och resväg, men denne får först i efterhand veta om valet var riktigt sett ur försäkringens synvinkel.

För patientens del är utgiften för resan till sjukhus eller annan vårdmottagning en del av kostnaden för vården. Utgiften ersätts också till en del genom försäkringen, men först i efterhand.

Det av sjukvårdshuvudmännen administrerade högkostnadsskyddet har enbart gällt patientavgiften. Det nya högkostnadsskyddet skall gälla såväl patientavgiften som kostnader för läkemedel – däremot inte för resan. Patienterna har alltså även sedan det nya högkostnadsskyddet trätt i funktion att erlagga karensbelopp vid varje sjukresa. Detta innebär att för personer som ofta behöver besöka vården kan reseutläggerna bli höga. Ett högkostnadsskydd även för resor vore således motiverat ur denna synvinkel.

Sjukresorna och geografin

Sjukreseförordningens regler har tillkommit för att begränsa kostnaderna för sjukresor och förhindra att avståndet till vårdinrättningar styr valet av vård. Men då vårdens lokalisering och rådande resemöjligheter varierar mycket i landet kan tillämpningen bli orättvis så tillvida att hälsotillståndet och färdvägen inte alltid kan styra valet av färdmedel. Det vore sannolikt

rättvisare om reglerna kunde anpassas efter resp. sjukvårdsområdes geografiska förutsättningar. Den allmänna försäkringen är inte flexibel i så måtto att den tillåter lokala eller regionala regler.

Sjukresorna och kostnaderna

Då sjukreseförordningen fungerar inom ramen för den allmänna försäkringen finns inte ett naturligt samband med den verksamhet reseersättningen gäller. Försäkringskassorna svarar för kontroll och utbetalning av reseersättningarna. Försäkringskassornas prövning av reseersättningar är formell. Möjligheten att påverka kostnaderna är liten. Försäkringskassorna kan i efterhand kontrollera om en patient använt rätt färdmedel och ersätta efter billigare alternativ. De utredningar som erfordras i sammanhanget är ofta omfattande, varför det kan ifrågasättas om de leder till lägre totala kostnader.

Vad som framför allt inverkar på reskostnaderna är resmöjligheter, vårdens lokalisering och organisation. Det är faktorer som försäkringskassorna inte kan styra. Sjukvårdshuvudmännen kan genom en ändring av ett upptagningsområde för t. ex. en ortopedisk klinik höja försäkringens kostnader markant. De trafikansvariga kan genom att dra in en busslinje också medverka till en kostnadshöjning.

Nuvarande ersättningssystem innebär att landstinget visserligen lokaliserar vårdenheter med hänsyn till tillgänglighet för patienterna men inte med ett direkt samband med hur reskostnaderna för patienterna påverkas. Lokaliseringen av vårdenheter är till stor del bunden av redan gjorda investeringar, men emellanåt skulle lokaliseringar likväl kunna förändras om även kostnaderna för sjukresor vägdes in i kalkylen. Det finns bl. a. exempel från njursjukvården som visar att patienter från samma område flera gånger i veckan måste åka taxi till länsjukhuset för dialys. Reskostnaderna under ett år har visat sig vara högre än kostnaderna för att inrätta en dialysavdelning på närmaste sjukhus.

Det är vidare troligt att sjukvårdshuvudmännen genom organisatoriska åtgärder samt vårdplaneringsåtgärder kan påverka kostnadsutvecklingen för sjukreseersättningar (se kapitel 6).

Vidare saknar försäkringskassan i dag möjligheter att påverka transportapparaten så att den blir ett medel för sjukresorna. Det finns däremot möjlighet att konstruera regler så att de stimulerar till ökat kollektivåkande och samåkning. Men för att de skall få riktig genomslagskraft krävs en väl utbyggd kollektivtrafik som också tar hänsyn till vårdens behov samt beställningscentraler som möjliggör samåkning i taxi i större omfattning. Försäkringskassans möjligheter att påverka och medverka i denna utveckling är begränsade.

Samband mellan ansvar och kostnader

Det finns i dag inte något samlat ansvar för sjukresorna. Försäkringskassorna har dock ett betalningsansvar och svarar därmed för administrationen. Däremot saknar kassorna möjligheter att påverka reskostnaderna annat än med hjälp av regler. För att få ner reskostnaderna skulle till betalningsansvaret behöva kopplas reella möjligheter att påverka de faktorer som styr kostnaderna.

7.5 Ökat samspel mellan vård, sjukresor och trafik

Målsättningarna inom välfärdspolitiken går ut på att skapa likvärdiga levnadsvillkor för medborgarna och mot den bakgrunden konstaterar utredningen att ersättning för sjukresor bör ges även framgent. Det är också klart att den allmänna försäkringen även fortsättningsvis skall bära kostnaderna för ersättningsbara sjukresor.

Dagens ersättningssystem för sjukresor är emellertid inte tillfredsställande från vårdens synpunkt sett. Det motverkar till och med i viss mån vårdens utveckling mot mera öppna vårdformer trots att både socialförsäkringen och vårdpolitiken har en strävan mot öppnare vårdformer som målsättning. Inriktningen mot öppnare vård grundar sig i sin tur på både humanitära och ekonomiska argument.

Vård och sjukresor hör intimt samman. Vårdpolitik och "sjukresepolitik" bör därför gå hand i hand. Som tidigare nämnts kommer också resorna i framtiden att bli mera omfattande än i dag för både patienter och personal. För detta krävs bl. a. också en ändamålsenlig transportorganisation. Det kommer således att behövas ett fungerande samspel mellan vård, sjukresoregler och trafik. Sjukresoreglerna bör då utformas tillsammans med vården och transportapparaten skall kunna användas som ett medel i sammanhanget. Detta talar för att sjukvårdshuvudmännen bör ha ansvaret även för sjukresorna, eftersom de redan i dag ansvarar för hälso- och sjukvården samt har delansvar för den vägbundna kollektivtrafiken. Som huvudmän för både vården och kollektivtrafiken har landstingen möjlighet att åstadkomma en i vidaste mening rationell sjukresepolitik. Det borde också finnas goda möjligheter att samordna sjukresor med andra transporter som sjukvårdshuvudmännen ombesörjer.

För sjukvårdshuvudmännen är det angeläget att sjukresoreglerna smidigt och kontinuerligt kan anpassas till vårdpolitiken. Detta torde endast kunna uppnås genom att ansvaret för resorna förs över från försäkringskassorna till landstingen. Möjligheterna att ändra sjukreseförordningen så att den bättre överensstämmer med vårdens inriktning är begränsade, eftersom förordningen endast utgör en mindre del i det större regelkomplex som den allmänna försäkringen utgör. I och med att det är fråga om olika huvudmän är det också svårt att få en god tidsmässig överensstämmelse.

Med ett landstingsansvar för sjukresorna försvinner den nuvarande uniformiteten och reseregler kan skapas som bättre passar länens vårdssituation, resmöjligheter etc. Reglerna skall alltså i viss utsträckning kunna variera mellan länen liksom vården i dag gör det.

Från landstingens synpunkt kan ett sjukreseansvar ses som ett instrument att t. ex. styra patienterna till rätt vårdnivå. Resoreglerna borde också kunna utformas så att de underlättar utvecklingen av öppna vårdformer.

Det är vidare så att sjukvårdshuvudmännen till skillnad från försäkringskassorna också kan styra sjukresorna inte enbart med regler utan genom vårdplanering och trafikplanering. Genom att landstingen har ett ansvar för sjukresor, finns det också motiv att planera vården så att reskostnaderna hålls nere. Det kanske då t. ex. visar sig fördelaktigare att i ökad utsträckning låta personalen resa i stället för patienterna. Vårdens lokalisering kan också påverkas så att resor till och från mottagningar underlättas. Sjuk-

resorna kommer således in på ett naturligt sätt då såväl vård som kollektivtrafik planeras, vilket underlättar samordning av resor som diskuterats i kapitel 6.

Kollektivtrafikens utveckling inom länstrafikbolagens ram erbjuder rika möjligheter till olika former av t. ex. anropsstyrd trafik och till ett fungerande samarbete med taxi, som kan bli av stort värde för sjukresor, men även för andra former av samhällsbetalda transporter. Det torde finnas samordningsvinster att hämta.

Genom ett landstingsansvar kan även utbyggnaden och effektiviseringen av länens kollektivtrafik påskyndas, trots att sjukresorna bara är en liten del av de kollektiva resorna. På sina håll i landet är det nämligen så att resor till och från vården tillsammans med andra serviceresor från kollektivtrafiksynpunkt är lika betydelsefulla som arbetsresor.

För patienten torde det vidare vara en fördel att vända sig till samma huvudman för både vård och reseersättning. I dag är det ju heller inte lika naturligt som tidigare, då ersättning för läkarbesök utbetalades i efterhand till patienten, att infinna sig på försäkringskassan i samband med vårdbesök. På det här sättet undviker man också den dubbla administration som förekommer då det gäller vårdresor. Vi har tidigare påtalat att det finns ett behov av ett högkostnadsskydd för sjukresor. Införandet av ett sådant skulle sannolikt underlättas om sjukvårdshuvudmännen var ansvariga för resorna.

Det är slutligen så att ett landstingsansvar för sjukresor ligger väl i linje med HSU:s förslag om en schablonisering av alla sjukförsäkringens ersättningar till sjukvårdshuvudmännen.

Enligt sjukreseutredningens mening finns det alltså en rad skäl som talar för att ansvaret för sjukresorna överförs från försäkringskassorna till sjukvårdshuvudmännen. En viktig förutsättning och ett instrument för att sjukvårdshuvudmännen skall kunna få till stånd ett "effektivare" sjukresande är en fungerande kollektivtrafikorganisation som bl. a. kan medverka till en eftersträvanvärd samordning av sjukresor. Utvecklingen av länens kollektivtrafik är dock bara i sina linda.

Att sjukvårdshuvudmännen blir ansvariga för sjukresorna innebär att deras administration ökar. Det är därför angeläget att utveckla ett förenklat administrativt system för sjukresorna innan dessa överförs till landstingen. Den ännu på de flesta håll omogna trafikorganisationen samt att det behövs tid för att utarbeta en förbättrad sjukreseadministration talar för att sjukvårdshuvudmännen inte omedelbart kan åläggas ansvaret för sjukresorna.

Sjukreseutredningen föreslår därför en utveckling i två steg, där steg 1 innebär förenklingar inom ramen för nuvarande system (kapitel 8 och 9). Först i det andra steget övertar sjukvårdshuvudmännen ansvaret för sjukresorna (kapitel 10).

8 Utgångspunkter för en ändrad sjukreseförordning

Inledningsvis vill sjukreseutredningen slå fast att sjukreseersättningen är ett av medlen i strävan att nå det övergripande målet för hälso- och sjukvården nämligen att främja en god hälsa hos hela befolkningen på lika villkor. Huvudmotivet för sjukreseersättningen är att den skall bidra till att göra vården tillgänglig. Samtidigt kan flera andra krav, ibland motstridiga, ställas på systemet. Mot bakgrund av tidigare problembeskrivning i kapitlen 4 och 7 går vi här igenom olika krav och önskemål som finns på en ändrad sjukreseförordning samt hur dessa kan genomföras och vilka konsekvenser de för med sig.

Det är sålunda önskvärt att sjukreseförordningen utformas så att:

- ☐ den medverkar till att begränsa och utjämna patienternas kostnader för att söka vård
- ☐ den överensstämmer med vårdens inriktning
- ☐ den underlättar samarbetet mellan olika huvudmän
- ☐ den underlättar ett framtida landstingsansvar
- ☐ den stimulerar till samåkning
- ☐ den stimulerar till ökat användande av kollektiva färdmedel
- ☐ administrationen blir enklare
- ☐ kostnaderna hålls oförändrade
- ☐ dess regler och tillämpningar blir förståeliga för patienterna
- ☐ det inte innebär omfattande försämringar för patienten.

Det är givet att alla dessa krav och önskemål måste vägas mot varandra. Kapitlet avslutas därför med en bedömning av vilka mål som bör förverkligas i steg 1.

8.1 Jämlikhetsprincipen

Oavsett bosättning bör patienternas vårdkostnader i stort vara desamma. De vårdsökande bör därför ges ett ekonomiskt grundskydd.

Inom sjukvården har detta medfört att samma avgift införts för vård i offentlig regi oavsett undersökningens eller behandlingens omfattning. Vissa avsteg har dock gjorts inom privatvården där avgiften delvis satts med hänsyn till undersökningens och behandlingens omfattning.

Nuvarande system innebär att patienten oftast på förhand vet vilken utgift som är förknippad med vårdbesöket.

Kostnaderna för att söka vård påverkas också av hur ofta man behöver vård. Det har därför ansetts finnas särskild anledning att värna om de mest utsatta grupperna.

Ersättningen för sjukresor har under den tid ersättningsformen funnits syftat till att ersätta patienter som haft långa avstånd till vårdgivare samt att skydda dem som av olika anledningar varit beroende av dyrare färdmedel.

För sjukresor gäller att patienterna själva svarar för ett högsta belopp (karensbelopp) för resan, vilket kan jämföras med patientavgiften för vårdbesök. Detta innebär att patienterna oavsett var de är bosatta och vilket vårdutbud som finns kan erhålla vård på i stort sett samma ekonomiska villkor som övriga bosatta inom ett sjukvårdsområde. Samma karensbelopp oberoende av färdmedel innebär dock att det inte finns någon stimulans att söka sig till billigaste möjliga färdmedel. Utgifterna blir desamma för patienten oavsett hur denne reser.

För patienter med stort behov av sjukvård finns inget generellt högkostnadsskydd vad gäller sjukresor. I viss mån finns ett sådant skydd när det gäller dagsjukvården. Genom att sjukvårdshuvudmännen och försäkringskassan på vissa håll träffat avtal om förskottering av ersättning begränsas patienternas utgifter.

För övriga patienter, som söker vård ofta, är det svårt att finna en enkel lösning av problemet med höga reskostnader. Det finns risk för att administrationen av ett högkostnadsskydd blir dyrbar bl. a. beroende på att olika färdmedel används och att kostnaderna varierar. Det är således inte lika enkelt som för öppenvårdsbesök, där alla i stort sett betalar samma avgift och kan få gratis vård efter samma antal besök.

8.2 Överensstämmelse med vården

Reglerna för ersättning av sjukresor borde som nämnts i kapitel 7 överensstämma med vårdens inriktning och därmed stimulera en utveckling mot öppnare vårdformer och förebyggande insatser (hälsovård). En strävan är också att styra patienten till rätt vårdnivå.

Ersättningen för primärvårdsresor eller motsvarande skulle kunna göras generösare än ersättningen för längre resor. Med ett sådant system uppstår dock gränsdragningsproblem. Beroende på att avstånden till vården skiftar från län till län är det svårt att skilja primärvårdsresor från andra resor. Administrativt innebär ett sådant regelsystem en ökad belastning.

Tidigare sjukreseförordning innehöll regler som innebar en styrning av patienter till viss vårdnivå. Reglerna upplevdes ofta av patienterna som svårförståeliga och i vissa fall orealistiska. De medförde också en omfattande administration (se kapitel 4). Den privata vården, vilken ofta är koncentrerad till länens större orter, riskerar också att komma i kläm om mer restriktiva bestämmelser, innebärande att patienterna skall söka vård på närmaste vårdinrättning, införs.

Sjukreseförordningen reglerar de ekonomiska förhållandena mellan pa-

tienten och den allmänna försäkringen vid sjukresa. En annan ersättningsform, jämförbar med den ersättning som regleras i läkarvårdstaxan och behandlingstaxan, borde kunna utvecklas. Detta skulle innebära att resor i samband med hembesök av läkare och sjukgymnast i offentlig tjänst skulle kunna ersättas. En utveckling av hemsjukvården pågår, vilket innebär ökade kostnader för personaltransporter för sjukvårdshuvudmännen. Reglerna i ovannämnda taxor omfattar endast privata vårdgivares reskostnader vid hembesök. Skulle ersättning utges för resor i samband med hemsjukvård, skulle det innebära ökade kostnader vad beträffar sjukvårdsersättning till sjukvårdshuvudmännen. Däremot skulle det sannolikt innebära att patienternas resekostnader minskade och således minskade kostnader för försäkringen vad beträffar patientresor.

Många patienter har svårt att förstå skillnaden mellan sjukvård och hälsovård. Försäkringens sjukdomsbegrepp är snävt formulerat och innebär ofta att gränsdragningsproblem uppstår. Ersättning utges enbart för kostnader som förorsakas av sjukdom eller då misstanke om sjukdom föreligger. Undantag från denna princip görs endast beträffande tandvård och viss födelsekontrollerande verksamhet.

För att ersättning skall kunna betalas för resor i samband med hälsovård krävs således förändring av grunderna för sjukvårdsersättning inom den allmänna försäkringen. *Resorna* i samband med hälsovård kan därför inte behandlas isolerat.

8.3 Underlätta samarbetet mellan olika huvudmän

För att underlätta samarbetet mellan olika huvudmän krävs att nuvarande regler förändras. Detta fordrar vissa avsteg från principen om att den enskilde själv skall ha haft att svara för kostnaderna. Sådana avsteg är emellertid svåra att göra, då principen gäller för samtliga sjukvårdsersättningar. I 2 kap. 1 § lagen om allmän försäkring slås nämligen fast att ersättning skall ges för utgifter patienten haft för läkarvård, tandvård m. m.

En annan möjlighet är att förändra reglerna så att avtal kan slutas mellan försäkringskassorna och olika huvudmän. Ersättning skulle därmed kunna utges till huvudman, då denne i stället för patienten haft kostnad för patientens resa, men patienten slutligt haft att svara för kostnaden.

Transportmöjligheterna och reskostnaderna skiljer sig mellan länen och kommunerna. Detta innebär att ersättningen till huvudmännen, som i stället för patienten haft utlägg/kostnader för resor, måste anpassas efter de skiftande regionala förhållandena. Nya ersättningsnormer måste därför utarbetas för dessa resor.

I cirka 2/5 av landets kommuner tillåts idag att färdtjänsten utnyttjas för sjukresor. Det innebär att i dessa kommuner uppstår kostnader, vilka annars skulle ha fallit på den allmänna försäkringen. Det finns också skäl att misstänka att färdtjänsten i många kommuner "illegalt" utnyttjas för sjukresor beroende på att egenavgifterna är lägre än karensbeloppen. En tendens till detta har förmärkts i och med karensbeloppshöjningen.

En sådan förändring av reglerna innebär också att ålderdomshemsboendes

sjukresor skall betalas av försäkringen. Ersättning ges oftast inte idag för dessa resor därför att avgiftssystemet vid de flesta ålderdomshemmen medför, enligt utslag i Försäkringsdomstolen, att den enskilde själv inte har att svara för kostnaden för sjukresan.

System med turbilar som används för bl. a. sjukresor i Örebro län är ett annat exempel på resor som skulle kunna ersättas om en ändring av nuvarande regler genomförs.

Mot de höjda kostnaderna för försäkringen som avtalen medför skall ställas att man sannolikt vinner samhällsekonomiskt på lösningar av det här slaget, eftersom vanliga taxiresor blir alternativet samt att kommunerna annars skulle ändra sina avgifter för ålderdomshemsboende så att sjukresorna inte ingår i avgiften för de boende. Sådan ändring har redan skett i några kommuner. Även ökad restriktivitet av användandet av färdtjänsten för sjukresor, torde kunna väntas.

8.4 Underlätta ett framtida landstingsansvar

Ersättningssystemet bör konstrueras så att det underlättar ett framtida landstingsansvar för sjukresorna.

Som tidigare nämnts finns det vårdresor som inte ersätts av den allmänna försäkringen. En utvidgning av reglerna till att omfatta även resor som i dag i många fall bekostas av sjukvårdshuvudmännen skulle säkert bidra till att underlätta ett framtida övertagande av ansvaret för sjukresorna. En sådan utvidgning innebär dock avsevärt ökade kostnader för försäkringen och konflikt med "ekonomimålet". Kostnaderna för dessa resor i Uppsala län uppskattades till ca 1,2 milj. kr 1979. Om man applicerar dem på hela landet skulle man komma upp i mellan 30 och 35 milj. kr. Samtidigt uppstår konflikt med försäkringens sjukdomsbegrepp eftersom landstingen även betalar hälsovårdsresor. Av sjukreseutredningens direktiv framgår vidare att reglernas materiella innehåll ger i stort sett tillfredsställande resultat för den enskilde patienten.

Det som väsentligen kan underlätta ett framtida landstingsansvar är att skapa en administration med större inslag av schablonersättningar och andra förenklingar i regelsystemet.

8.5 Stimulera till samåkning

Ersättningsreglerna bör stimulera till samåkning av framförallt ekonomiska skäl. För närvarande finns ingen stimulans i sjukresoreglerna. Tvärtom så motverkar reglerna samåkning särskilt när det gäller resa i privatbil. Regler som stimulerar till samåkning bör således utformas.

Samåkning innebär att det ställs större krav på patienterna. Det blir sannolikt också så att längre tid åtgår för vårdbesök eftersom patienten ibland måste påbörja resan tidigare än annars varit nödvändigt eller i vissa fall invänta att annan patient blir klar med sitt läkarbesök.

För att effektiv samåkning skall kunna ske måste större hänsyn tas vid tidgivning vid vårdinrättningarna. Beställningscentraler, som planerar och samordnar trafiken, skulle också väsentligt underlätta samordningen. För närvarande finns inte sådana. Diskussioner pågår på vissa håll att inrätta beställningscentraler för samhällsbetalda transporter. Det ankommer dock knappast på sjukreseutredningen att föreslå att sådana beställningscentraler byggs upp.

Möjligheterna att åstadkomma ökad samåkning enbart genom ändringar i sjukreseförordningen är begränsade (se vidare kapitel 6).

8.6 Stimulera till ökat kollektivåkande

Ersättningsreglerna bör också av ekonomiska skäl stimulera till ökat användande av kollektiva färdmedel. En liten del av de ersatta sjukresorna utgör resor med kollektiva färdmedel: buss och tåg. I första hand används dessa färdmedel vid närresor och kostnaderna överstiger då inte karensbeloppen.

Kollektiva färdmedel bör i större utsträckning än för närvarande kunna användas även vid längre resor. För detta krävs dock en anpassning av mottagningstiderna till trafikens turlistor. På sina håll skulle även trafikutbudet behöva ändras. Reglerna i sjukreseförordningen kan ändå bidra till ett ökat användande av kollektiva trafikmedel genom att de utformas så att generösare ersättning ges, då man använder sig av buss och tåg vid sjukresor. Karensbeloppet kan t. ex. göras lägre för dessa färdmedel än för andra. En sådan utformning av reglerna står dock delvis i strid med jämlikhetsprincipen eftersom olika patienter får olika kostnad beroende på tillgången till kollektiva färdmedel.

8.7 Enklare administration

Ersättningssystemet måste utformas så att administrationen blir enklare och billigare. Detta är huvuduppgiften för sjukreseutredningen enligt direktiven. I huvudsak kan detta ske på två sätt, antingen genom att minska antalet ärenden eller genom att minska handläggningstiden per ärende genom att rutinerna förenklas. Det första har redan skett i viss utsträckning genom den senaste karensbeloppshöjningen. I det andra fallet kan reglerna ändras så att varje resa ej behöver granskas och rekonstrueras såsom i dag. Vidare borde schablonregler för utbetalningar kunna införas.

Detta medför konflikt med ambitionen att inte försämra för patienten. Schabloner innebär i sig att det blir gränsdragningsproblem. Kravet på "milimeterrättvisa" som är väl inrotat i vårt samhälle uppfylls inte heller. Att slopa den noggranna granskningen kan innebära ökade kostnader, genom att tveksamma fall då släpps igenom med bristande granskning.

8.7.1 Återbäringsprincipen

Om återbäringsprincipen kunde slopas skulle administrationen betydligt förenklas.

Det finns i huvudsak två möjligheter att slopa återbäringsprincipen i sin helhet. Därtill kommer olika sätt att slopa den delvis. Ett alternativ skulle kunna vara att reskostnaderna räknas av från den avgift som patienten betalar vid vårdbesöket. Minimi- och maximivgifter skulle då troligen behöva införas. För att detta skulle kunna fungera skulle det krävas zonindelade upptagningsområden eller motsvarande för de olika mottagningarna med olika taxor för vårdbesöket. Vidare skulle det krävas ett landstingsansvar för sjukresorna samt en överenskommelse som reglerar ersättningen från försäkringen till sjukvårdshuvudmännen. Sjukreseutredningen bedömer det emellertid som svårt att få ett sådant system att fungera i praktiken bl. a. beroende på att olika färdmedel måste användas för sjukresor och på att patienterna sannolikt skulle uppfatta ett sådant system som orättvist.

Ett annat alternativ skulle kunna vara att införa någon form av förhandsutbetalning. För taxiresor och resor med kollektiva färdmedel skulle betalningen kunna ske med kreditbevis resp. biljetter. Ersättning i kontanter kan därvid begränsas till privatbilsresorna. Förhandsutbetalning skulle emellertid kräva en förhandsprövning hos försäkringskassorna. Ett system av detta slag tillämpas vid resor i samband med arbetsmarknadsutbildning. Ur patientens synvinkel skulle ett sådant system sannolikt vara att föredra. Administrativt innebär det dock knappast några vinster. Kassorna måste troligen kontrollera om de som begär reseersättningen har tid bokad för läkarbesök, vilket innebär ett merarbete.

En variant av det senare alternativet kan vara att bedömningen av färdmedel och reseersättning sker vid samma tillfälle som tid bokas för vårdbesöket. Kreditbevis för färd till och från mottagningarna kan därefter sändas till patienterna. Det måste emellertid även här bli fråga om någon slags återbärning för bilresorna.

Kontroller i efterhand, som sker i det nuvarande systemet skulle till största delen kunna slopas i ett system som bygger på förhandsprövning. Antalet utbetalningar enligt återbäringsprincipen skulle kunna minskas. Visserligen efterkontroller och uppföljningar måste dock kunna göras. Ett system av detta slag förutsätter även att sjukvårdshuvudmännen svarar för sjukresorna. Det är knappast realistiskt att vårdmottagningspersonalen gör "resebedömningar" i samband med bokning av vårdbesök, om det inte är en obligatorisk del i verksamheten. Försäkringskassorna har idag att fatta beslut om rätten till ersättning vid sjukresa. Att överlåta beslutet om färdmedel på vårdgivarna är inte förenligt med nuvarande regelsystem.

8.7.2 Överlåtelsekvitto

Överlåtelsekvittona utgör idag en administrativ belastning för försäkringskassorna. Oftast presenteras de lång tid efter det att sjukresan ägt rum, vilket medför att kontrollmöjligheterna begränsas.

Bruket av överlåtelsekvitton är dock inte enbart negativt. Patienterna behöver inte själva ligga ute med pengar för sina sjukresor och patienterna

behöver inte heller kontakta försäkringskassan för att erhålla återbäring för reskostnaderna.

En möjlighet att slopa bruket med överlåtelsekvitton är att träffa avtal med taxi om sjukresor. Det skulle innebära att patienten erlägger ett karensbelopp vid resan och att taxi erhåller ersättning från sjukvårdshuvudmannen eller från försäkringskassan för resterande del av kostnaden för resan. För detta krävs att möjligheterna för avtal öppnas mellan försäkringskassorna/sjukvårdshuvudmännen och trafikföretagen. Med tanke på taxis organisation torde det emellertid i praktiken vara svårt att träffa sådana avtal. Det skulle vidare kräva att landstingen var ansvariga åtminstone för sjukresor med taxi.

Det är emellertid viktigt att administrativa förenklingar genomförs vid hanteringen av överlåtelsekvittona samt att klara regler om vad som skall gälla utformas.

Överlåtelseförfarandet måste först och främst föras in i lagen om allmän försäkring. Regler bör också utformas så att administrationen underlättas. En huvudprincip bör vara att överlåtelsekvitton endast får användas vid akuta resor eller när kostnaden överstiger ett visst belopp. Vidare bör en tid fastställas inom vilken överlåtelsekvittot skall presenteras för att vara giltigt som utbetalningsunderlag.

8.8 Inga kostnadsökningar

Sammantaget måste ersättningssystemets kostnader hållas inom ramen för oförändrade kostnader (ekonomimålet). Kostnadssituationen har komplicerats genom karensbeloppshöjningarna som genomfördes den 1 januari 1981. Effekterna av dessa är svåra att beräkna. I regeringens proposition 1980/81:20 om besparingar i statsverksamheten uppskattades besparingarna till ca 70 milj. kr. Till detta kommer de administrativa besparingarna som görs genom att ärendemängden minskar.

Det är dock svårt att beräkna effekterna av karensbeloppshöjningarna då höjningarna även leder till ett ändrat resebeteende. Mycket små förändringar kan få konsekvenser för kostnadsutvecklingen och därmed minska effekterna av karensbeloppshöjningarna. Det är vidare så att höjningarna kan komma att innebära ökade kostnader för andra huvudmän. I sjukreseutredningens direktiv betonas att utredningen skall söka metoder för att förbilliga administrationen. Det sägs att de materiella reglerna i stort sett är tillfredsställande. Utredningen bör därför ta kostnaderna för 1979 som utgångspunkt för kostnadsberäkningarna.

Alla utvidgningar av ersättningsrätten måste kompenseras med besparingar på andra områden. Resonerar man samhällsekonomiskt hamnar man emellertid snarare i en situation då kostnaderna för försäkringen ökar och samtidigt minskar utgifterna inom andra områden. Detta gäller bl. a. sjukresor för ålderdomshemsboende, sjukresor med färdtjänsten samt sjukresor som företas med turbilar.

8.9 Patienternas krav

För patienterna är det angeläget att sjukreseförordningens regler utformas på sådant sätt att tillämpningen upplevs som realistisk.

Det framstår därvid som önskvärt att ersättning ges för det färdmedel som verkligen använts och för den verkliga färdsträckan. Vidare bör ersättningen stå i rimlig proportion till utläggerna samt inte minska i omfattning. Dessa önskemål står i viss utsträckning i konflikt med önskemål att styra patienterna till vissa färdmedel genom olika karensbelopp.

8.10 Bedömning

Sjukreseutredningen har vid sammanvägning av ovan nämnda krav och önskemål kommit fram till följande bedömning:

- ☐ Patienten bör även fortsättningsvis svara för en del av reskostnaden (karensbelopp). För att styra patienterna mot i första hand ett ökat kollektivresande bör dock karensbeloppen differentieras. För att värna om dem som ofta måste uppsöka vårdinrättningar bör ett högkostnadsskydd om möjligt utformas.
- ☐ Möjligheterna att styra patienterna till rätt nivå och mottagning med hjälp av sjukreseförordningens regler bedöms som små. Regler i den riktningen skulle förmodligen innebära ökade administrativa kostnader. Enligt sjukreseutredningens mening bör i första hand vårdutbud och vårdorganisation styra patienterna till rätt vårdnivå.
- ☐ Sjukreseutredningen anser inte – med hänsyn till kostnaderna för den allmänna försäkringen – att andra vårdresor som idag ersätts av sjukvårdshuvudmännen bör inkluderas i sjukreseersättningen.
- ☐ Samhällsekonomiskt är det motiverat att stimulera till ökat användande av kollektiva färdmedel vid sjukresor. Ersättningen bör därför göras generösare för kollektivresor relativt privatbils- och taxiresor.
- ☐ Det är angeläget att reglerna stimulerar eller åtminstone inte missgynnar samåkning.
- ☐ För att underlätta samarbetet mellan olika huvudmän bör avtalsmöjligheter införas som medger att landsting och kommuner kan få gottgörelse för sjukresor som de svarar för.
- ☐ Sjukreseutredningen bedömer det som mycket angeläget att administrationen förenklas. Förslag till schablonersättningar och andra förenklingar bör därför utarbetas. Att minska administrationskostnaderna genom att ytterligare reducera antalet ersättningsberättigade resor bedömer utredningen som olämpligt.
- ☐ Med nödvändighet kommer den ändrade förordningen att i en del fall innebära smärre förändringar för patienten. Sammantaget bör förslagen emellertid inte leda till försämringar för patienterna.
- ☐ Reglerna bör vara sådana att ersättning i huvudsak ges efter den färdväg och det färd sätt som använts.
- ☐ Ekonomimålet har prioritet. Besparingar kan dock i första hand ske genom att administrationen förenklas och mera långsiktigt genom att resebeteendet förändras.

- ☐ Återbäringsprincipen kan inte slopas nu, eftersom det förutsätter ett landstingsansvar för sjukresorna.
- ☐ Systemet med överlåtelsekvitton bör legaliseras och det bör utformas regler av vilka det klart framgår när de får användas. För att vara giltigt som utbetalningsunderlag bör en tidsgräns införas inom vilken överlåtelsekvittot skall presenteras.

9 Förslag till ändrad sjukreseförordning – steg 1

9.1 Sjukreseförordningens omfattning

Som tidigare nämnts omfattas inte alla vårdresor av sjukreseförordningen. Huvudförutsättningen för att reseersättning skall ges är att resan företagits i samband med sådan vård som omfattas av lagen om allmän försäkring. Vidare krävs att patienten själv skall ha haft det slutliga kostnadsansvaret för sjukresan.

9.1.1 *Sjukresor till/från sjukgymnast inom företagshälsovården*

Trots att vård som meddelas av sjukgymnast inom företagshälsovården omfattas av den allmänna försäkringen, ges ingen ersättning för resa som patient företar till sjukgymnast, som är verksam inom företagshälsovården.

Företagshälsovården erbjuder unika möjligheter att ställa patientens hälsotillstånd i relation till dennes arbetssituation. Personalen vid mottagningarna är väl orienterade om förhållandena på arbetsplatsen. Det är därför naturligt att patienten i sin helhet kan behandlas av det behandlingsteam som finns inom företagshälsovården. Detta är betydelsefullt för patienten.

Det är därför viktigt att även den allmänna försäkringens resebestämmelser sammanfaller med intentionerna för vården vid hälsovårdsmottagningarna.

Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1977:29) om gottgörelse vid företagshälsovård innehåller regler om vilka kostnadsslag som får ingå i ersättningsunderlaget, när man beräknar gottgörelsen. Ersättning för kostnader för lön eller prestationsersättning kan lämnas för sjukgymnast verksam inom företagshälsovården. Eftersom ersättning betalas för behandling av sjukgymnast, anser sjukreseutredningen att även kostnader för sjukresa i samband med sådan vård eller behandling bör ersättas. Som tidigare nämnts i kapitel 4 anser riksförsäkringsverket och socialstyrelsen att kostnaderna vid en sådan förändring av sjukreseförordningen i första hand skulle vara av administrativ karaktär. Kostnadsökningen för förmånen som sådan skulle vara marginell. Antalet sjukresor som skulle ha ersatts om sådan ersättning skulle ha utgetts under 1980 uppskattas av Legitimerade sjukgymnasters riksförbund till ca 1 500.

- ☐ Sjukreseutredningen föreslår att sjukresa som sker till sjukgymnast vid företagshälsovårdsmottagning för vård och behandling skall ersättas.

9.1.2 Intagna patienters sjukresor

Som tidigare nämnts har sjukvårdshuvudmännen i stor omfattning valt att bekosta inskrivna patienters vårdresor. Det kan emellertid ifrågasättas, om inte vissa resor som intagen patient företar för att söka vård utanför sjukhus för annan sjukdom än för vilken han är intagen, borde ersättas från den allmänna försäkringen. En förutsättning bör dock vara, att patienten redan innan han blev intagen på sjukhuset, avtalat om tid för konsultationen. Vidare bör ersättning ges endast då sjukhuset är förhindrat att lämna vården. Dessa resor förekommer inte särskilt ofta eftersom vård vanligen kan lämnas inom sjukhuset. Men när de förekommer skapar de problem. För att resorna skall ersättas erfordras inte heller någon förändring i sjukreseförordningen utan det räcker med att riks-försäkringsverket anger förutsättningarna för ersättning i tillämpningsföreskrifterna.

- ☐ Utredningen föreslår att riks-försäkringsverket lämnar anvisningar i tillämpningsföreskrifter, som innebär att ersättning för resa för patient som är intagen för slutna vård, kan utges om vård inte kan lämnas vid sjukhuset, där patienten är intagen samt att tid för konsultation avtalats före den tidpunkt patienten intogs för vård.

9.1.3 Sjukresor inom mödravården

Det förekommer att blivande mödrar måste genomgå undersökningar då misstanke om sjukdom hos fostret föreligger. Oftast sker detta efter specialremiss och föranleder många gånger resekostnader för den blivande modern. Det råder idag tveksamhet om dessa resor är ersättningsbara.

- ☐ Utredningen föreslår att det i tillämpningsföreskrifterna till sjukreseförordningen anges att resor i samband med mödravård ersätts även då vården är föranledd av misstanke om sjukdom hos fostret.

9.1.4 Sjukresor företagna av boende på ålderdomshem

Som nämnts i kapitel 4 utbetalas sedan 1977 inte någon sjukreseersättning, för boende på ålderdomshem. Anledningen är att de boende själva inte svarar för kostnaderna, utan den ingår som en del i avgiften vid ålderdomshemmet.

En del kommuner har därför ändrat grunderna för avgifterna för ålderdomshemmen. Kommunerna har i dessa fall beslutat att kostnaderna för sjukresorna (karensbeloppen) inte längre skall ingå i den service, som avgiften skall täcka. Pensionären får i stället själv bekosta sjukresorna och själv söka ersättning från försäkringskassan. En dylik ändring innebär dock en försämring i villkoren för den enskilde pensionären. En sådan ordning blir också besvärligare för försäkringskassan.

I princip har den regel som tillämpades före 1977 inneburit att kommunen förskottat betalningarna till exempelvis taxi eller annan som ansvarat för transporten. Kommunerna har därefter sökt ersättning från försäkringskassan för ett flertal sjukresor på samma gång. Administrationen för försäkringskassan har därigenom blivit enklare än om varje enskild pensionär individuellt begärt ersättning från kassan.

Det kan inte vara önskvärt att försämra för pensionärerna på det sätt som ovan beskrivits. Om ingen förändring sker beträffande ålderdomshemsboendes sjukresor torde det sannolikt innebära att alla kommuner skulle förändra sina avgiftssystem med påföljd att, förutom ökade kostnader för försäkringen skulle även kassornas administration av sjukresor öka.

Det är därför viktigt att möjligheter att sluta avtal för ålderdomshemsboendes sjukresor införs i sjukreseförordningen.

- Sjukreseutredningen anser att boende på ålderdomshem skall omfattas av sjukförsäkringens regler beträffande sjukresor, och att avgiftssystem vid ålderdomshemmen inte får vara avgörande för om ersättning för sjukresor kan betalas eller ej. Möjligheter att sluta avtal om bl. a. dessa sjukresor föreslås därför införas i sjukreseförordningen.

9.1.5 Ersättning för vissa fordonsskador vid olycksfallstransporter

Som också nämnts i kapitel 4 finns det inte någon försäkring som täcker skador som förorsakas av sjuka personer i samband med sjukresor. Här avsedda skador drabbar ofta inredning och klädsel i bilarna genom att patienten förorenar genom kräkningar m. m.

Utredningen vill därför i likhet med socialförsäkringsutskottet betona att starka skäl talar för att skador av denna art ersätts. Det är angeläget att enskilda initiativ att föra svårt sjuka eller skadade personer till sjukhus inte motverkas genom att fordonsägaren inte kan få ersättning för de skador som kan uppkomma på fordonets inredning till följd av patientens tillstånd.

Det finns inga uppgifter om hur många skador av den här arten som inträffar varje år. Det kan med hänsyn till att antalet kända ersättningskrav varit relativt få förutsättas att skadefrekvensen är mycket låg – maximalt 100 skador per år.

Kostnaden per skada varierar beroende på skadans omfattning och fordonets inredning. En normalkostnad för rengöring av ett baksäte är ca 200 kr. Byte av sitt- och ryggdyna i baksäte uppskattas till ca 3 000 kr för en bil i mellanklassen. Till detta kommer i vissa fall stilleståndsersättning för bilar i yrkestrafik.

Utredningen vill betona att det här enbart gäller resa i direkt samband med läkarvård, sjukhusvård eller sjukvårdande behandling – dvs. resa som är ersättningsbar enligt sjukreseförordningen.

Med den utgångspunkten bör ersättning komma ifråga endast i samband med att sjuk eller skadad person förs direkt till läkare/sjukhus. Det kan gälla person, som redan vid resans start var i sådant tillstånd att det var uppenbart att bilens inredning skulle ta skada eller i övrigt person som är i behov av omedelbar transport till läkare/sjukhus och som under resan till följd av sitt tillstånd förorenar i fordonet.

De skador som är aktuella här är av den art som normalt ligger inom området för enskild sakförsäkring. Det är försäkringsbolagen som hanterar frågor rörande ersättning för skada på motorfordon. Sett till den administrativa hanteringen är det också dessa bolag som har erfarenhet och rutiner för reglering av sådana här skador. Men samtidigt är skador av denna art endast i vissa fall ersättningsbara enligt nuvarande försäkringspraxis. Vidare är dessa skadefall vanligen inte orsakade på sådant sätt att skadorna rent

principiellt kan förenas med gällande grunder för försäkringsvillkoren. Förutsättningen för att dessa skador skall kunna ersättas är att en särskild samaritklausul fogas till villkoren för exempelvis hemförsäkringen. En sådan lösning skulle medföra den fördelen att även andra samaritksador än de som uppkommer i samband med transport till läkare och sjukhus kan inordnas i ett ersättningssystem. Å andra sidan har inte alla hemförsäkring.

I samband med riksdagsbehandlingen av den motion, som fört fram frågan, framfördes förslaget att ersättningsfrågan skulle lösas inom ramen för den allmänna försäkringen. En sådan lösning medför att de eventuella samaritksador som uppkommer i andra sammanhang – i enskilt hem eller som drabbar enskild egendom – inte kan inordnas i systemet vilket på sikt kan leda till krav på utvidgning av ersättningsrätten.

I förevarande fall gäller enbart skada som uppkommer under transport i samband med resa som ersätts enligt sjukreseförordningen. Det finns av den anledningen motiv att pröva om en sådan skada som uppkommer i samband med sjuktransport kan ersättas samtidigt med att sjukreseersättningen regleras.

Reglering av skada är ett främmande moment inom den allmänna försäkringen. Försäkringskassorna har således inte någon erfarenhet av sådan skadereglering. Sjukreseutredningen har därför i första hand undersökt möjligheterna att inordna dessa fordonsskador i den enskilda försäkringen. Detta har skett genom kontakter med Försäkringsbranschens serviceaktiebolag (FSAB) som efter överläggningar i berörda organ inom FSAB och underhandskontakter med försäkringsinspektionen har uttalat, att det mest naturliga är, att skadorna som här avses, ersätts genom socialförsäkringen. Försäkringsbolagen är dock beredda att medverka till att finna lösningar när det gäller den praktiska hanteringen av skador av den aktuella typen, som uppkommer på motorfordon.

Mot denna bakgrund föreslår sjukreseutredningen att ersättning för kostnader orsakade av sådana skador på inredning i motorfordon som uppkommit i samband med sjukresa, skall ges från den allmänna försäkringen. Ersättning kan komma i fråga endast då skadorna inte kan ersättas av någon annan försäkring t. ex. trafikförsäkring. För att undvika ersättningskrav även för bagatellartade skador, bör en förhållandevis hög självrisk finnas. Lämpligen tillämpas samma som inom hemförsäkringen dvs. 500 kr. För att skada skall kunna ersättas bör vidare krävas ett intyg av mottagande läkare/sjukhus etc. som anger att skadan har inträffat i samband med sjukresa. Fordonsägaren bör vidare lämna specificerat kvitto på kostnaden för rengöringen av fordonet.

Med tanke på att det sannolikt endast kan bli tal om ett fåtal ärenden per år skulle administrationskostnaderna bli förhållandevis höga hos försäkringskassorna. De enskilda försäkringsbolagen har däremot stor erfarenhet av reglering av liknande skador. Riksförsäkringsverket bör därför ges i uppdrag att undersöka förutsättningarna för att de enskilda försäkringsbolagen skall åta sig den administrativa handläggningen av dessa skador.

- ☐ Sjukreseutredningen föreslår att ersättning för sådana skador på inredning i motorfordon som uppkommer i samband med sjukresa och som inte täcks av annan försäkring t. ex. trafikförsäkring, ges från den allmänna försäkringen. Detta skrivs in i sjukreseförordningen. Riksförsäkringsver-

ket bör ges i uppdrag att undersöka möjligheterna till och formerna för en ersättning för sådana fordonsskador inom ramen för den allmänna försäkringen samt undersöka förutsättningarna för att de enskilda försäkringsbolagen skall åta sig den administrativa handläggningen av dessa skador.

9.2 Billigaste färd sätt

Ungefär hälften av sjukresorna sker med privatbil, omkring en fjärdedel med taxibil samt mellan 10 och 15 procent med allmänna kommunikationsmedel. Uppsalaundersökningen visar att endast hälften av resorna med dyrare färdmedel, privatbil och taxi, var tillstyrkta av läkare, dvs. hälso-tillståndet krävde dessa fordon. De övriga bilresorna, drygt 4 000, ersattes på detta sätt av andra skäl. Den generella regeln i tillämpningsföreskrifterna att kostnadsjämförelse inte behöver ske om kostnaden för privatbil inte med mer än 10 kr överstiger kostnaden för allmänna kommunikationsmedel, svarar säkert för merparten av dessa ärenden. I övrigt är det andra omständigheter, som föranlett kassan att utbetala ersättning för dyrare färdmedel. Det är viktigt att konstatera att hälften av de ärenden som ersattes med dyrare färdmedel krävde utredning innan ersättning kunde utanordnas. Flera av dessa ärenden har dessutom krävt en mer kvalificerad utredning.

Sjukreseutredningen har prövat möjligheterna att slopa regeln om billigaste färd sätt. Det finns flera sätt att komma ifrån regeln. Ett sätt är att endast ersätta kostnader vid taxiresor och därmed komma ifrån alla kostnadsjämförelser. På så sätt ges ersättning till de patienter som har de högsta resekostnaderna vilket kan vara en fördel. Att taxiresor är dyrare än resor med andra färdmedel, kan dock föra med sig stora kostnadsökningar för försäkringen, eftersom risken då är stor att det sker en överflyttning av sjukresor med andra färdmedel till taxibil. För att motverka det måste stränga krav uppsättas för att ersättning skall ges, vilket i sig innebär ett krav på kontroll och därmed dyrare administration. Enligt utredningen är en lösning av detta slag således inte lämplig.

En annan möjlighet är att slopa regeln i sin helhet och införa fritt val av färdmedel. Även denna metod torde innebära avsevärt ökade kostnader för försäkringen, eftersom patienterna då alltid får sina reseutgifter täckta (utöver karensbeloppen). Om man kombinerar detta med ett styrmedel skulle emellertid fördelar nås. Viss styrning skulle kunna fås genom att differentiera karensbeloppen så att patienterna själv får betala mera vid användandet av dyrare färdmedel.

Nuvarande regler innebär att resan medför samma avgift för patienten oavsett vilket färdmedel som används om kostnaderna överstiger karensbeloppen. Genom att differentiera karensbeloppen för de olika färdmedlen kan man få en förändring i resebeteendet vid sjukresor. Resor med buss och tåg är idag det billigaste alternativet och lär bli det under överskådlig framtid. Därför bör det i förordningen fastslås att dessa färdmedel i första hand skall användas. För att få effekt bör till detta krav kopplas en stimulans, genom att ersättning för resor med buss och tåg görs högre än för resor

med privatbil och taxi. Samtidigt konstrueras ersättningen för privatbil så att den i huvudsak bara utges för relativt långa resor.

Beroende på att busstaxan ser olika ut i länen kan vissa orättvisor uppstå med ett sådant system, men det torde inte få någon större betydelse.

En idé som utredningen prövat är att resa med buss och tåg skulle ersättas i sin helhet. Ett sådant förfarande skulle dock leda till ett ökat antal ersättningsärenden och innebära att försäkringskassorna skulle få betala ut ersättning även för resor som betingar mycket små kostnader. Om däremot en villkorlig karens införs, dvs. ersättning ges för hela resan om kostnaden för resan överstiger ett visst belopp skulle antalet ärenden begränsas. Om gränsen för den villkorliga karensen sätts vid en rimlig nivå, innebär det sannolikt också att patienterna i större utsträckning än nu väljer buss eller tåg för sin sjukresa.

Privatbilen kommer även i fortsättningen att användas vid en stor del av sjukresorna. Det är därför viktigt att ersättning utges för resa i privatbil med belopp som i vart fall inte är lägre än det nuvarande ersättningsbeloppet. Principen bör vara den att relativt sett korta resor kan ersättas fullt ut om de sker med buss/tåg. Bilersättningen kan schabloniseras och konstrueras så att man måste åka längre för att få någon ersättning. Karensbeloppen kan bakas in i schablonen. Beroende på att taxorna för kollektivtrafiken varierar, kan det emellertid på sina håll (sannolikt liten risk) bli så att bilresorna inte behöver vara längre än buss/tågresorna för att ersättning skall ges.

Reglerna för privatbil kan vidare utformas så att denna alltid kan godtas som billigaste möjliga färd sätt. Det senare innebär att intyg om hälsotillstånd vid privatbilsresor slopas. Detta har ju inte heller haft någon större praktisk betydelse vad beträffar privatbilsresor.

Det dyraste färdmedlet som används regelmässigt vid sjukresor är taxibil. De flesta sjukresorna är förhandsbeställda (beställning av resa sker mer än en halvtimme före den tidpunkt resan skall påbörjas) och patienten debiteras avgift för resan enligt den högsta taxan dvs. taxa 3 (f. n. ca 36 kr per mil). som jämförelse kan nämnas att försäkringskassorna ersätter färd med privatbil med 5:50 kr per mil.

För att ersättning skall kunna ges för resa med taxibil bör även i fortsättningen ställas krav på intygande av läkare m. fl. att bil varit nödvändig ut hälsosynpunkt eller av andra skäl. Karensbeloppet bör enligt vår mening sättas högst för resa med taxibil.

Genom att differentiera karensbeloppen samt införa en schablonersättning vid privatbilsresor kan således regeln om billigaste färd sätt i huvudsak slopas. Huvudprincipen blir därvid att försäkringskassorna endast skall göra kostnadsjämförelse i de fall taxiresa utan läkarintyg skett.

Mot ett system med differentierade karensbelopp kan invändas att jämlikhetsprincipen går förlorad. Alla människor kan inte utnyttja kollektivtrafiken på grund av hälsoskäl eller därför att kollektivtrafikutbudet inte passar med erhållna tider hos vårdgivarna. I vissa fall saknas kollektivtrafik helt. Många människor har inte tillgång till privatbil och blir därigenom hänvisade till dyrare färdmedel. Men det är likväl utredningens uppfattning att karensbeloppen bör differentieras, så att förutsättningar ges för ett ändrat resmönster. Detta torde i sin tur få positiva konsekvenser för samhällets

sjukresekostnader. Det är emellertid också önskvärt att kombinera systemet med ett högkostnadsskydd för de grupper som ofta måste söka vård och kanske också måste anlita dyrare färdmedel (se avsnitt 9.4.8).

Sjukreseutredningen har varit i kontakt med de försäkringskassor inom vilkas verksamhetsområden behovet av flygtransporter är störst. Enligt uppgift från dessa förekommer flygresor i begränsad omfattning. Oftast är behovet av flygresor styrkt av hälsoskäl och avser regionvård eller annan specialvård. I vissa fall är resan med flyg inte styrkt av hälsoskäl men vid en kostnadsjämförelse med ett antal övernattningar samt resa med tåg eller båt visar det sig oftast vara billigare att ersätta flygresan.

Dessa ärenden kräver också att åtskillig tid får läggas ner på utredningar innan utbetalning kan ske. Från Gotlandskassan har kostnadsökningen om flyg till fastlandet skulle anses vara billigaste färd sätt uppskattats till ca 100 000 kr per år med nuvarande prisrelationer mellan flyg och andra färdmedel.

För att flygresor skall godtas som billigaste färd sätt bör färdsträckan uppgå till viss längd. För att täcka in resor till regionvården föreslår vi att avståndet fastställs till 35 mil. Avståndet skall beräknas mellan flygplatsorterna och avse färdsträcka för bil eller tåg. Undantag från denna princip bör göras för resa mellan Gotland och fastlandet.

- ☐ Sjukreseutredningen föreslår att det i sjukreseförordningen skrivs in att buss eller tåg i första hand skall användas vid sjukresa. Om dessa färdmedel inte kunnat användas utges ersättning för kostnad för annat färdmedel.
- ☐ I tillämpningsföreskrifter skall föreskrivas att de enda sjukresor som behöver utredas vid försäkringskassorna vad avser färd sätt är taxiresor som företagits utan läkares intygande att taxibil varit nödvändig från hälsosynpunkt. Vid resor med privatbil skall således inte kostnadsjämförelse ske. Ersättningen för sådana resor bör nämligen konstrueras så att man måste åka relativt långt för att ersättning skall ges och då blir heller inte kostnaderna i jämförelse med allmänna färdmedel höga.
- ☐ Har patienten använt sig av flyg vid sjukresa kan denna kostnad ersättas om avståndet mellan vårdgivaren och den plats varifrån resan påbörjades överstiger 35 mil (härvid skall avståndet mellan flygplatsorterna beräknas) eller då resan företagits mellan Gotland och fastlandet.
- ☐ I Sjukreseförordningen bör även skrivas in att samåkning skall ske då detta är möjligt. Detta skall i första hand ses som en uppmaning till patienterna att i möjligaste mån försöka samåka. Däremot får inte en sådan ordalydelse innebära att försäkringskassorna tvingas till utredningar för att konstatera om samåkning hade kunnat ske.

9.3 Resans längd

Sjukreseutredningen har undersökt möjligheterna att åstadkomma förändring av de nuvarande reglerna om resans längd för att förhindra att vården söks vid längre bort belägna mottagningar och därmed ökar kostnaderna för sjukresorna. Därvid har diskuterats att reseersättning i första hand skulle ges för resor till närmaste allmänna mottagning. Längre resor skulle ersättas

först om vård inte kunde ges på närmaste mottagning. Vissa kriterier för försäkringskassornas bedömning skulle då behövas för att ge kassorna vägledning om var relevant vård kan finnas för patienterna. Det finns här ändå risk för svåra bedömningar och därmed administration.

Vid akuta resor finns det ingen anledning att misstänka att patienterna söker vård längre bort än nödvändigt. I de fall detta sker tror patienten eller hans omgivning att vård endast kan lämnas honom vid sjukhus. Som tidigare nämnts (kapitel 4) tog de regler som gällde före den 1 januari 1976 hänsyn till detta förhållande.

Ett visst problem utgör dock de resor som sker på jourtid. Det finns patienter, som av olika skäl avvaktar jourtid för att få vård. En skärpning av reglerna om resans längd innebär dock knappast någon ändring i det avseendet, då närmaste allmänna sjukhus oftast svarar för vård på jourtid.

Införs regler om begränsningar av resans längd innebär det sannolikt att privatvården drabbas. Denna är i stort sett koncentrerad till centralorterna. Oftast är ett allmänt sjukhus placerat på samma ort. Med nuvarande regler kan således vård i allmänhet sökas hos privatpraktiker utan restriktioner vad beträffar sjukresan.

Antalet läkarbesök hos privatpraktiker uppskattas till ca 3 milj. besök per år. Totalt sker ca 22 milj. besök i öppen vård per år. Antalet privatpraktiker är störst i Stockholm, Göteborg och Malmö. Antalet läkarbesök hos privatpraktiker är också störst i dessa områden. Där gäller även principen om fritt läkarval om sjukresorna företas inom kommungränserna. Dessa resor skulle således inte drabbas om restriktioner infördes. I övriga delar av landet skulle restriktioner däremot få stor betydelse.

Beträffande planeringsbara sjukresor har sjukreseutredningen inhämtat uppgifter från en inom Tierps-projektet utförd studie av tierpsbor vårdade vid Akademiska sjukhusets medicinska mottagningar 1978.¹

Endast en fjärdedel av patienterna hade kommit på remiss till medicinska mottagningen under 1978. Mer än hälften var rutinkontroller som initierats tidigare. Av samtliga 217 besök bedömdes 79 procent ha skett på rätt vårdnivå, medan 21 procent borde ha kunnat ske hos specialist eller allmänläkare vid hälsovårdscentralen i Tierp. Flertalet av de sistnämnda besöken var s. k. interngenererade besök innebärande att patienten uppmanats återkomma till mottagningen av den läkare som senast behandlade patienten där.

Jämförelser med tidigare vårdinvåstudier inom Tierpsprojektet visar att andelen besök på rätt vårdnivå var 37 procent 1973, 88 procent 1975 och 79 procent 1978.

Av en annan studie² som också gjorts inom Tierpsprojektet framgår att benägenheten att söka öppen vård i Uppsala stiger med ökat avstånd till hälsocentralen i Tierp. Detta gäller framför allt, då avståndet till Uppsala samtidigt sjunker. I de södra delarna av kommunen som har det minsta avståndet till Uppsala skedde 50 procent av samtliga besök vid öppenvårds-mottagningarna i Uppsala.

□ Sjukreseutredningen anser att en förändring av reglerna om resans längd skulle innebära en ökad administrativ belastning för försäkringskassorna. Det är i första hand vårdutbud och vårdorganisation som kan styra patienterna till rätt vårdgivare. Vi är därför inte beredda att föreslå någon ändring av nuvarande regler på denna punkt.

¹ Smedby Björn och Söderlund Hans: "Vårdnivåbedömning för invärtesmedicinsk öppenvård". En studie av Tierpsbor vårdade vid Akademiska sjukhusets medicinska mottagning 1978. Tierpsprojektet Rapport 1980-12-30.

² Pettersson Svante: "Kartering av vårdkonsumtion". En medicinsk geografisk undersökning med koordinatmetoden i Tierps kommun. Tierpsprojektet Rapport 1977-06-30.

- ☐ I ett avseende vill vi dock föreslå en ändring av nuvarande tillämpning. Vi menar att företagshälsovårdsmottagningarna bör jämföras med allmän mottagning för öppen vård vid bedömning av resans längd. Detta innebär att resa som avser företagshälsovårdsmottagning skall ersättas efter verklig färdsträcka, dvs. även då patienten passerar ett allmänt sjukhus på sin väg till mottagningen. Anledningen till detta är att företagshälsovårdsmottagningarna oftast har speciell kompetens för sina anställda, vilken vanligen saknas vid sjukhusen. Ändringen är således till fördel för patienterna. Men den innebär också en administrativ lättnad för försäkringskassorna, eftersom de då slipper utreda var företagshälsovårdspatienterna egentligen kan få adekvat vård.

9.4 Reseersättning

I sjukreseförordningens 10, 11 och 12 §§ finns regler beträffande karensbelopp, ersättningar för olika färdmedel samt ersättning då patienter samåker i privatbil.

Utredningen har i sitt arbete utgått från att dessa regler måste ändras, dels för att åstadkomma en förenklad handläggning av sjukreseärendena, dels för att stimulera till ökat resande med allmänna kommunikationsmedel, i första hand buss och tåg. Dessutom bör reglerna utformas så att de stimulerar till samåkning när resa företas i privatbil eller taxibil. I vart fall bör inte reglerna utgöra ett hinder för samåkning.

9.4.1 Karensbelopp

Som tidigare nämnts (avsnitt 9.2) vill utredningen med hjälp av differentierade karensbelopp styra valet av färdmedel vid sjukresor. Det innebär ett avsteg från jämlikhetsprincipen, men utredningen anser att det finns skäl som talar för ett sådant system.

Det är från samhällsekonomisk synvinkel viktigt att samåkning sker i så stor utsträckning som möjligt. Därför bör allmänheten stimuleras att använda sig av allmänna kommunikationsmedel (högsta graden av samåkning) vid resor. Detta gäller också för sjukresor. Många sjukresor med dyrare färdmedel sker idag sannolikt enbart av bekvämlighetsskäl. De regler som finns för sjukresor innebär dock att patienten skall utnyttja billigaste färdmedel med hänsyn till omständigheterna. Tolkningen av vad tillräckliga omständigheter är för t. ex. taxiresor är besvärlig. Det är oftast lättare att fria än fälla, dvs. att vara generös vid ersättning av taxiresor.

Vi menar att större krav måste ställas på patienten vid val av färdmedel vid sjukresa. Vid icke akuta situationer bör patienten kunna göra ekonomiska överväganden vid val av färdmedel.

Att samma karensbelopp används vid resa med olika färdmedel bidrar till att valet av transportmedel sker slentrianmässigt. Själv svarar patienten för samma kostnader oavsett vilket fortskaffningsmedel han använder. Karensbeloppshöjningen fr. o. m. 1 januari 1981 ökar ytterligare risken för detta.

För normalkonsumenten av vård innebär differentierade karensbelopp att

man stimuleras till ekonomiska överväganden vid val av färdmedel. För andra, som ofta är i behov av vård och som ofta också är beroende av dyrare färdmedel, innebär systemet att kostnaderna för sjukresor ökar. Kan systemet kombineras med ett högkostnadsskydd behöver dock inte dessa patienter bli lidande.

Det skall dock påpekas att utredningens avsikt inte är att föreslå någon försäkring i jämförelse med gällande ersättningssystem och karensbelopp (30 och 38 kr fr. o. m. 1 januari 1981).

Karensbeloppen bör således graderas efter det använda färdmedlet. Den fördelaktigaste karensen bör gälla för resa med buss och tåg. Vi föreslår att karensen görs villkorlig, dvs. kostnaderna för tåg eller bussresan ersätts i sin helhet om dessa överstiger ett visst belopp. Beloppet bör ställas i relation till vad det kostar att företa resan med allmänna kommunikationsmedel inom ett sjukvårdsområde. Beloppet måste också ställas i relation till vad som kan anses vara intressant från kostnadssynpunkt för den enskilde.

Om man på grund av sitt hälsotillstånd eller andra orsaker tvingas använda dyrare färdmedel än buss och tåg bör ersättningssystemet, innebära att privatbil, om tillgång till sådan finns, i första hand används för sjukresan. Ett faktum är att transport i taxibil är ca 7 gånger dyrare än färd i privatbil ur försäkringens synvinkel. Därför bör karensbelopp och ersättningsnivå för privatbil ställas i relation till kostnaderna för resa med buss och tåg samt till kostnaderna för taxiresa.

Karensbeloppet för taxibil föreslås bli högre än för andra färdmedel. Karensbeloppet bör gälla för enkel resa. Det är många gånger så att patienten är i behov av taxibil endast för en del av resan. Tyvärr har det blivit så att patienten då också använder sig av taxibil för den andra delen av resan, oftast hemresan, även om det inte är motiverat från hälsosynpunkt eller av andra skäl.

Vid samåkning i taxibil bör karensbeloppet fördelas mellan passagerarna. En sådan förändring av nuvarande regler anser vi skulle stimulera till ökad samåkning då det blir billigare för patienterna ju flera som åker med i bilen.

För övriga färdmedel ersätts kostnaden med skäligt belopp. Vid dessa resor tvingas patienten att företa resan med det fordon som kan stå till buds. Det rör sig här om transporter med snöscoter, hydrokopter, båt, isbrytare m. m. Karensbeloppet verkar då inte som något styrmedel vid valet av fordon. Till denna kategori av färdmedel räknas även motorcykel. Det är visserligen ett sällan använt fordon vid sjukresa, men i de fall motorcykel används bör ett karensbelopp tillämpas. Vi föreslår att karensbeloppet för dessa färdmedel görs villkorligt och att det fastställs till samma nivå som det för resa med buss och tåg.

Karensbeloppen måste också fastställas till en sådan nivå som innebär att patienter, som använder flera än ett färdmedel vid sin sjukresa, inte får vidkännas högre kostnader än vad karensbeloppet skulle ha inneburit om resan i sin helhet hade företagits med det dyraste färdmedlet.

Utredningen föreslår

- ☐ att karensbeloppen differentieras med hänsyn till använt färdmedel
- ☐ att karensen görs villkorlig vid färd med allmänna kommunikationsmedel och övriga särskilt angivna färdmedel

- ☐ att karensbeloppet för resa med privatbil inarbetas i en schablonersättning för privatbil och ställs i relation till kostnaderna för allmänna kommunikationer och kostnaderna för taxibil
- ☐ att karensbeloppet för taxiresa gäller för enkel resa och att det vid samåkning fördelas lika mellan passagerarna.

9.4.2 Buss, tåg och flyg

Mellan 10 och 15 procent av de ersättningsbara sjukresorna företas med allmänna kommunikationsmedel. Den lilla andelen ersatta resor med allmänna färdmedel har sin förklaring i att avgifterna speciellt vid kortare resor sällan överstiger det fastställda karensbeloppet.

Utredningen menar att ett ökat kollektivresande är möjligt även vid längre resor. För detta krävs dock att mottagningstider i högre grad än nu samordnas med tåg- och busstider. Dessutom krävs att patienten stimuleras till nyttjande av de allmänna kommunikationerna. Många resor med dyrare färdmedel företas av bekvämlighetsskäl. Detta gäller framför allt resa med egen bil.

För buss, tåg och flyg anser vi att ersättning, skall beräknas enligt för färdmedlet gällande taxa. I det sammanhanget vill vi påpeka att för att ersättning skall kunna betalas krävs att patienten företer kvitto på erlagd avgift. Vi gör det därför att det blir allt vanligare att patienterna har månadskort eller andra rabattkort för resa med allmänna kommunikationsmedel. Det förekommer även att patienterna gör anspråk på ersättning för resor för vilka de inte haft någon kostnad.

- ☐ Utredningen föreslår att en villkorlig karens för resa med allmänna kommunikationsmedel införs. Vi föreslår att den med dagens priser bör fastställas till 15 kr, vilket innebär att patienterna får ersättning för hela kostnaden om denna överstiger detta belopp.

9.4.3 Privatbil

F. n. ges ersättning för färd med privatbil med 55 öre per km. Försäkringskassorna skall vid sjukresor med egen bil eller nära anhörigs bil bedöma nödvändigheten av dyrare färdssätt än allmänna kommunikationer. Ofta intygar läkaren behovet av bil, men i många fall får kassan pröva nödvändigheten av bil av andra orsaker. Enligt tillämpningsföreskrifterna behöver ingen kostnadsjämförelse ske mellan privatbil och allmänna kommunikationsmedel om skillnaden i kostnader inte överstiger 10 kr.

Försäkringskassan har således att först avgöra om resan skulle ha företagits i privatbil och sedan att beräkna resans längd för att fastställa kostnaderna. I vissa fall skall jämförelse med kostnaderna för allmänna kommunikationsmedel ske.

I sjukreseförordningens 12 § återfinns reglerna för samåkning i privatbil. Enligt dessa ges ersättning med 5 öre för varje medåkande som är vårdsökande utöver grundbeloppet 55 öre. Kostnaderna fördelas lika mellan de vårdsökande och karensbelopp frånräknas för varje resenär.

Utredningen föreslår att dessa regler slopas då vi menar att de inte ökar benägenheten till samåkning i privatbil. Dessutom skapar reglerna situationer som är svåra att motivera för patienten. Om till exempel en förälder reser med sina tre barn i en privatbil till en kostnad av 100 kr, ersätts resan med 10 kr om samtliga barn är vårdsökande. Hade ett barn varit vårdsökande skulle ersättning lämnats med 70 kr.

För att förenkla administrationen vid resa i privatbil föreslår vi införandet av en schablonisering av ersättning.

En sådan schablonersättning skall

- ☐ innebära att lätthanterliga tabeller används som snabbt ger besked om ersättningens storlek både till tjänstemän och patienter
- ☐ innefatta ersättning vid samåkning
- ☐ innefatta ersättning till följeslagare

Konstruktionen av tabellerna och ersättningsbeloppen skall ta hänsyn till

- ☐ att resandet med allmänna kommunikationsmedel skall öka
- ☐ att resa med privatbil anses vara billigaste möjliga färd sätt
- ☐ att resa med privatbil, om sådan finns, föredras framför resa med taxibil
- ☐ att samåkning i privatbil stimuleras
- ☐ att de allmänna kommunikationerna i allmänhet blir sämre ju längre bort från vårdgivaren (ofta centralort) patienten är bosatt.

Ett förslag till en sådan schablonmodell presenteras nedan.

Vid konstruktionen av tabellen (tabell 9.1) har resekostnaderna beräknats efter nuvarande ersättningsbelopp per km. I en motion (M 1979/80:256) till riksdagen har framhållits att reseersättningen för privatbil borde utges efter det statliga resereglementet. Utredningen kan emellertid inte förorda en sådan höjning med hänsyn till den allmänna inriktningen att så många som möjligt bör använda sig av allmänna kommunikationer.

Tabell 9.1 Sjukreseersättning för privatbilsresor

Km enkel färdväg	Privatbil Ersättningsbelopp vid tur- och returresa			
	1	2	3	4
26– 35	20	30	35	40
36– 45	30	45	50	60
46– 55	55	85	100	120
66– 75	65	100	115	130
76– 85	75	115	130	150
86– 95	85	130	150	170
96–105	100	150	175	200
106–115	110	165	190	220
116–125	120	180	210	240
126–135	130	195	230	260
136–145	140	210	245	280
146–155	150	225	265	300

Den kortaste sträckan som ersätts är 26 km. enkel färdväg. Ersättningen utges med belopp efter fastställda intervaller, som omfattar en färdsträcka om en mil. Av kolumn 2, 3 respektive 4 framgår ersättning för resa om samåkning skett med flera vårdsökande. Av samma tabell kan också utläsas hur stor ersättningen blir, då följeslagare varit nödvändig.

Ersättning har beräknats enligt följande formel:

- ☐ antal km i intervallets mitt x km-ersättningen (55 öre) x 2 – karensbelopp (15 kronor). Avrundning har skett uppåt till närmaste fem- eller tiotal.
Ex. I det första intervallet har ersättningen beräknats på följande sätt.
 $30 \times 0,55 \times 2 = 33,00 - 15 = 18$. Beloppet har avrundats till 20 kr.
- ☐ för varje vårdsökande/följeslagare utöver en har en förhöjning av ersättningsbeloppet beräknats med i kolumn 2 – 50 procent, i kolumn 3 – 75 procent samt i kolumn 4 med 100 procent.

9.4.4 Taxi

Taxiresor svarar för närvarande för ca 2/3 av försäkringskassornas utgifter för sjukresor.

Ersättningen för sjukresor med taxi skall utbetalas efter gällande taxa. Som nämnts i avsnitt 9.4.1 skall det högsta karensbeloppet gälla för sjukresor med taxi.

- ☐ Utredningen föreslår att karensbeloppet vid taxiresa fastställs till 15 kr för enkelresa. Karensbeloppet föreslås fördelas lika mellan passagerarna då de vårdsökande samåker.

9.4.5 Övriga färdmedel

Patienter i glesbygds- och skärgårdsområden tvingas ofta att använda färdmedel av ovanligare slag vid sjukresor. Detta gäller såväl planeringsbara som akuta resor. Båt, isbrytare, sväware, hydrokopter och snöscooters är några av de färdmedel som kan vara aktuella att använda för hela resan eller del därav. Någon fastställd ersättning finns inte för dessa färdmedel utan ersättning skall lämnas med skäligt belopp.

Med många av ägarna till dessa färdmedel har avtal träffats avseende akuta transporter, s. k. räddningstjänstavtal

Genom att öppna möjligheter för avtal i sjukreseförordningen med trafikföretag menar sjukreseutredningen att antalet ersättningar enligt återbäringsprincipen bör kunna minskas. Om avtal träffas bör räddningstjänstorganisationen kunna utnyttjas i större utsträckning än f. n. även vid planerade resor.

9.4.6 Färdtjänst, turbilar m. m.

I de fall kommun eller landstingskommun svarar för sjukresor utöver ambulans- och bårbilsavtalet bör ersättning kunna utges direkt till den som svarar för transporten.

Som framgått tidigare används färdtjänsten i vissa kommuner även för sjukresor. För dessa transporter utges endast ersättning i de fall patienten

debiteras avgift som överstiger karensbeloppet. Ersättning betalas då till patienten. Kommunerna erhåller ingen ersättning för sjukresor som sker med färdtjänsten.

De senaste årens satsning på öppna vård- och serviceinsatser har fört med sig att allt fler människor med omfattande hjälpbehov kan bo kvar längre i sina hem. Resor till sjukvårdsinrättningar blir alltmer vanliga för de här grupperna. Flera av de här aktuella personerna har tillstånd att resa med färdtjänst. En mindre del av dem behöver resa med specialfordon.

Ur den enskildes synvinkel är det otillfredsställande att färdtjänsten inte alltid kan utnyttjas vid behandlingsresor. I synnerhet gäller detta för dem som är beroende av specialfordon. För långtidssjuka personer med svåra funktionsnedsättningar är det besvärligt att hos försäkringskassan ansöka om reseersättning. Färdtjänsten som transportsystem fungerar smidigare för den enskilde i det här avseendet.

Utbyggnaden av vissa öppna vårdformer – exempelvis dagsjukvård – kan försvåras om resmöjligheterna för besökarna inte kan lösas på ett tillfredsställande sätt.

Att öppna möjligheter för kommunerna att erhålla kompensation via gottgörelse från den allmänna försäkringen förefaller rimligt. Det skulle sannolikt innebära att färdtjänsten skulle utvecklas till att omfatta sjukresor i större utsträckning än vad nu är fallet.

Möjlighet att träffa avtal om gottgörelse med den som svarar för transporten bör även gälla de landstingskommuner som anordnar transporter av sjuka, vars resor egentligen är ersättningsbara. I utredningens uppdrag ingår att följa den försöksverksamhet som bedrivs i Örebro län med s. k. turbilar. Dessa försök har varit positiva och utredningen menar att i den mån sjukvårdshuvudmännen anordnar sjuktransporter utöver befintliga avtal bör gottgörelse kunna erhållas för dessa transporter.

Före den 1 januari 1976 ägde kassorna rätt att enligt 2 kap. 7 § lagen om allmän försäkring avtala om gottgörelse till kommun, landstingskommun och transportföretag för sjukresor. I och med att förordning (1975:963) om ersättning till sjukvårdshuvudman för handikaphjälpmedel och sjuktransporter trädde i kraft 1976 upphörde möjligheten att träffa avtal beträffande sjuktransporter. Försäkringskassorna är därmed förhindrade att sluta avtal om ersättning för sjukresor. För att kassorna på nytt skall få den möjligheten krävs sålunda en ändring i lagen om allmän försäkring eller i sjukreseförordningen.

Socialpolitiska samordningsutredningen anför i sitt betänkande att möjligheten för försäkringskassorna att utge ersättning direkt till den som tillhandahåller resan – utöver vad som redan gäller i fråga om ersättning till sjukvårdshuvudman för sjuktransporter – bör anges i sjukreseförordningen. Det bör ankomma på riksförsäkringsverket att lämna närmare anvisningar om i vilka situationer försäkringskassorna skall utge ersättning direkt till den som svarar för resan i här avsedda fall.

Sjukreseutredningen föreslår

- ☐ att gottgörelse för sjukresor som kommun och landstingskommun ombesörjer skall utges från den allmänna försäkringen. I sjukreseförordningen införs en avtalsklausul som innebär att gottgörelse kan ges för

sjukresa som patient skulle ha fått bekosta själv helt eller delvis, om inte kommun eller landstingskommun ombesörjt transporten.

- ☐ att riksförsäkringsverket tillsammans med kommunförbunden träffar någon form av ramöverenskommelse beträffande gottgörelse och medverkar med sådana föreskrifter att försäkringskassorna träffar sådana avtal lokalt.
- ☐ att försäkringskassorna skall kunna teckna avtal även med taxi, men dessa bör då tillhöra en beställningscentral, där patienten *skall* beställa sina resor. Utredningen vill dock inte rekommendera att taxi ges särskild ersättning såsom utredningen prövat i norra Uppland. Däremot bör ersättning kunna ges till beställningscentral för dess medverkan vid samordning av sjukresor. Riksförsäkringsverket bör i tillämpningsföreskrifter föreskriva att patienterna i dessa fall *skall* använda sig av beställningscentralerna samt förutsättningarna i övrigt.

9.4.7 Följeslagare, vårdare m. m.

Om hälsotillståndet eller ålder kräver att någon följer med den sjuke på resan kan enligt nuvarande regler också ersättning för följeslagarens utgifter för resan ges. Ersättning betalas enligt samma regler som för patienten.

Ersättning för följeslagare utbetalades för drygt 14 procent av de ersatta sjukresorna i Uppsala-undersökningen. En kontroll av dessa siffror gjordes för vecka 49 och 50 1980 vid försäkringskassans lokalkontor i Norrköping varvid antalet ersatta resor med följeslagare uppgick till 12 procent av samtliga ersatta resor under perioden. Materialet från Norrköping visar också att då följeslagare ersätts, är patienten vanligen gammal. Av 94 ersatta resor med följeslagare avsåg 57 resor patienter över 60 år, medan kategorin yngre än 16 år omfattade 33 resor.

De här presenterade siffrorna tyder på att det är befogat att ersätta kostnader även för följeslagares resa. Utredningen föreslår därför ingen ändring av dessa regler förutom att som tidigare nämnts ersättning för följeslagares resa i privatbil inarbetas i schablonersättningssystemet.

Ersättning för följeslagares förlorade arbetsinkomst föreslås upphöra. Någon sådan ersättning har inte utbetalats från försäkringskassorna under senare år. Reglerna syftade i första hand till att ersätta arbetskamrat vid avsides belägen arbetsplats som medföljde skadad arbetskamrat till läkare eller sjukhus. Nuvarande regler för arbetarskyddet innebär att en arbetskamrat kan medfölja skadad utan att behöva vidkännas något löneavdrag.

Reglerna om skälig ersättning för vårdare, då sådan behövs vid sjukresa, har inte heller utnyttjats under mycket lång tid. Reglerna förefaller därför sakna reell betydelse numera och föreslås därför utgå.

- ☐ Utredningen föreslår att ersättning för följeslagares förlorade arbetsinkomst och skälig ersättning till vårdare inte längre skall utges, då reglerna saknar reell betydelse.

9.4.8 Högkostnadsskydd

Som nämnts i kapitlet 4 och 8 föreligger behov av ett högkostnadsskydd även för patienters resekostnader. I en skrivelse som överlämnats till sjukreseutredningen har Handikapporganisationernas centralkommitté i Värmland pekat på de höga kostnader som vissa grupper av patienter drabbas av. Socialministern har i riksdagen den 17 februari 1981 i samband med en fråga om överlåtelsekvitton anfört bl. a. att hon räknar med att sjukreseutredningen ser på möjligheterna att få fram ett högkostnadsskydd för patienter som har många resor.

Utredningen anser att följande utgångspunkter bör gälla för ett högkostnadsskydd beträffande resor.

- ☐ Resan skall vara ersättningsbar enligt sjukreseförordningen.
- ☐ Oavsett om kostnaderna understiger karensbeloppen skall kostnaderna medtas vid bedömning av rätten till högkostnadsskydd.
- ☐ Bedömning av behov av färdmedel (taxibil) med hänsyn till hälsotillstånd och andra omständigheten skall ligga till grund för beviljande av högkostnadsskydd.
- ☐ Ett kostnadstak är nödvändigt att fastställa.
- ☐ Administrationen måste vara enkel och billig.

Villkoret för att en sjukresa skall ingå i högkostnadsskyddet är att resan är ersättningsbar enligt sjukreseförordningen. Det måste således vara en sjukresa som ersätts av försäkringskassan eller en resa som skulle ha ersatts om kostnaderna överstigit karensbeloppet.

De sistnämnda resorna utgör ett problem då de oftast inte kommer till försäkringskassornas kännedom. Det finns patienter som trots att de är i stort behov av vård kan utnyttja allmänna kommunikationer vid sjukresor. Det finns också patienter som är bosatta så nära vårdgivaren att resekostnaderna inte överstiger karensbeloppen även om de tvingas att använda sig av dyrade färdmedel. För att stimulera patienter att även fortsättningsvis i första hand använda sig av allmänna kommunikationsmedel vid sjukresa och för att skydda dem som trots korta resor i dyrare färdmedel inte har utgifter som överstiger karensbeloppen, borde högkostnadsskyddet omfatta även resor som understiger karensbeloppen.

Bedömning av färdmedel i förhållande till patientens tillstånd och övriga omständigheter måste ligga till grund för att bevilja högkostnadsskydd. Samma bedömning måste ske även efter det att skyddet beviljats.

Att använda dyrare färdmedel än nödvändigt innebär att patienten snabbt kommer upp till det tak för kostnaderna som fastställs för högkostnadsskyddet. Därför är det viktigt att endast sådana resor som försäkringskassan bedömt som ersättningsbara från färdmedelssynpunkt läggs till grund för beviljandet av högkostnadsskyddet. Har patienten efter det att högkostnadsskyddet inträtt använt sig av dyrare färdmedel än nödvändigt och kassan beslutar att begränsa ersättningsrätten får patienten själv svara för resterande kostnader.

Enligt utredningens förslag till karensbelopp får den som använder sig av taxibil vid sjukresa svara för dubbelt så stor del av kostnaden i jämförelse med den som använder sig av allmänna kommunikationsmedel. Om den

totala kostnaden överstiger 15 kr för den som använder sig av buss eller tåg för sjukresan, blir dessutom resan helt kostnadsfri på grund av den föreslagna villkorliga karensen.

Kostnadstaket bör mot bakgrund av att vi förutsätter att bedömning sker av billigaste färd sätt, fastställas till ett belopp som utgår ifrån kostnaderna för det dyraste färdmedlet, dvs. taxi. Därför bör ett kostnadstak införas och fastställas till 300 kr. Det motsvarar 20 enkla resor med taxibil och minst 40 enkla resor med allmänna kommunikationsmedel, då kostnaderna inte överstiger 7:50 kr för enkel resa. För resa med privatbil skulle högst kostnadsskyddet förslagsvis kunna inträda efter 20 enkla resor och innebära att ett tillägg med 15 kr skulle utbetalas till de belopp som anges i schablonersättningstabellen. För privatbilsresenärer vars färdsträcka inte uppgår till 26 km enkel färdväg beräknas resekostnaderna efter antalet kilometer x 55 öre (nuvarande km-ersättning).

För att administrera högst kostnadsskyddet för läkemedel och vårdbesök införs den 1 juli 1981 ett s. k. "15-kort". Patienten skall uppvisa detta vid läkemedelsinköp och vid vårdbesök. Om läkemedelsinköpet eller vårdbesöket skall medräknas i högst kostnadsskyddet görs en notering (oftast stämpel och datum) för inköpet/besöket på kortet. När men sedan har erlagt avgift för läkemedel eller vårdbesök som motsvarar 15 "hela" avgifter erhåller patienten ett frikort. Detta kort berättigar till kostnadsfria läkemedel och vårdbesök under en tid av ett år räknat från dagen för första läkemedelsinköpet eller vårdbesöket.

Det vore praktiskt om samma system kunde användas även för ett högst kostnadsskydd för resor. Det finns emellertid vissa förhållanden som komplicerar en sådan handläggning. För de första registreras som tidigare nämnts läkemedelsinköp på 15-kortet vilket innebär att kortet redan efter åtta vårdbesök med samtidig läkemedelsförskrivning dras in för att ersättas av ett "frikort". Frikortet kan antingen utfärdas av vårdgivare eller apotek. 15-kortet översänds sedan till försäkringskassan för statistisk bearbetning.

Ett annat förhållande som gör att 15-kortets användbarhet för sjukresor minskar är att alla vårdbesök inte registreras. Vissa vårdbesök sker utan avgift och registreras därför inte på 15-kortet. Detta gäller vårdbesök i anledning av remiss (första besök), röntgen- och laboratorieundersökningar.

Ett sätt skulle emellertid kunna vara att patienter som får frikort för vårdbesök och läkemedel samtidigt får fria resor. Men det finns då risk för att försäkringens kostnader ökar, eftersom även korta och billiga resor då skulle behöva ersättas. Härigenom skulle också försäkringskassans administration öka.

Som nämnts tidigare svarar oftast sjukvårdshuvudmännen för karensbeloppet vad avser resor för dagpatienter. För dessa och för vissa andra patienter som ofta är i behov av vård, t. ex. njursjuka, psoriatiker m. fl. patienter som är i behov av seriebehandlingar borde man genom avtal kunna lösa frågan om högst kostnadsskydd. Detsamma bör gälla vid besök hos sjuka barn där resorna är medicinskt motiverade.

För övriga patientkategorier som kan vara i behov av ett högst kostnadsskydd måste, eftersom inte 15-kortet är användbart för sjukresor, någon form av ansökningsförfarande införas. I samband därmed måste patienten styrka,

dels att han haft kostnader för sjukresor som uppgått till ett visst belopp, dels att kostnaderna har uppkommit i samband med vårdbesök.

Detta förfarande kräver i vissa fall betydande administrativa insatser. Förmodligen måste någon form av "resekort" upprättas vid försäkringskassan, på vilket uppgifter om resan påföres. När patienten sedan uppnått kostnadstaket för högkostnadsskyddet erhåller patienten ett beslut om att han beviljats högkostnadsskydd. Detta beslut medförs sedan till försäkringskassan vid utkvittering av reseersättning. Patienten får då hela kostnaden täckt av försäkringen.

Ett ansökningsförfarande av det här slaget kräver även insatser av vårdgivarna. Visserligen blir antalet beviljade högkostnadsskydd inte särskilt stort. För läkemedel och vårdbesök beräknar man att ca 300 000 patienter berörs. Men om patienterna i alla sammanhang skall försäkra sig om att ha bevishandlingar för ett eventuellt högkostnadsskydd i framtiden, kommer belastningen att bli stor både på vårdgivarnas – och försäkringskassornas administration.

I steg 2 torde enkla administrativa rutiner kunna skapas för ett högkostnadsskydd. I kapitel 10 beskrivs ett administrativt system för sjukresor, som också borde kunna rymma ett högkostnadsskydd. I steg 1 kommer administrationskostnaderna att bli höga om ett högkostnadsskydd skall gälla alla patienter. Enligt utredningens bedömning och då med särskild hänsyn tagen till i direktiven angivna kostnadsramar är det i avvaktan på huvudmannaskapsförändringen inte möjligt att tillförsäkra patienterna ett generellt högkostnadsskydd. För patienter med regelbundet återkommande vårdkontakter kan dock reskostnaderna utgöra en sådan ekonomisk belastning att utredningen finner det angeläget att ett begränsat högkostnadsskydd införs.

För patienter inom dagsjukvården tillämpas som tidigare nämnts på många håll ett system där sjukvårdshuvudmannen efter överenskommelse med försäkringskassan förskotterar resekostnaden. Detta system bör enligt utredningens mening kunna tillämpas även beträffande andra patientgrupper med kontinuerligt vårdbehov t. ex. dialyspatienter. Även besöksresor som avser sjuka barn intagna på sjukhus borde kunna omfattas av ett sådant begränsat högkostnadsskydd.

Som förutsättning för rätt till högkostnadsskyddet för resor bör gälla att man från sjukvårdens sida bedömer att vårdbehovet är regelbundet. Högkostnadsskyddet måste sannolikt under steg 1 av administrativa skäl begränsas till resor till och från den mottagning som svarar för den aktuella seriebehandlingen eller motsvarande.

- Utredningen föreslår att ett begränsat högkostnadsskydd införs. I sjukreseförordningen bör därför anges att försäkringskassorna och sjukvårdshuvudmännen kan avtala om ersättning om hela resekostnaden för de patienter som kan komma i fråga för högkostnadsskyddet. Riksförsäkringsverket bör i samråd med landstingsförbundet utarbeta närmare anvisningar om vilka patientgrupper som kan komma i fråga m. m. Högkostnadsskyddet skall dock innebära att dessa patienter inte skall behöva betala mera än 300 kr för sina sjukresor under ett år.

9.4.9 Överlåtelsekvitto

Överlåtelsekvittona spelar en viktig roll vid reglering av ersättning för sjukresor i taxibil. I kapitel 4 har problemen med hanteringen beskrivits. Helst skulle utredningen ha sett att hanteringen kunde slopas.

Socialpolitiska samordningsutredningen har i sitt betänkande (SOU 1979:94) berört frågan om förskott för utgifter för resekostnader. Systemet med överlåtelsekvitton har därvid behandlats. Samordningsutredningen menar att systemet är positivt så tillvida att det gör förskott onödigt. Man tycker vidare att det bör vara försäkringskassornas sak att i görligaste mån vara patienten behjälplig i detta avseende.

Enligt sjukreseutredningen är överlåtelsekvitton i många situationer bra ur patientens synvinkel och de kan därför inte helt slopas. Det är däremot angeläget att missbruk stävjas. Härfor krävs enhetliga regler samt att bruket legaliseras. Detta kan göras genom att ändra 20 kap. 6 § lagen om allmän försäkring. Reglerna för användandet av överlåtelsekvitton bör utformas centralt för att undvika den mängd av tillämpningar som förekommer idag.

Dessa regler bör utformas så att antalet ärenden med överlåtelsekvitton minskar och att försäkringskassornas kontrollmöjligheter underlättas. Överlåtelsekvitto bör endast få användas vid akuta resor eller då kostnaderna för resan är hög. Förslagsvis bör kostnaden uppgå till 200 kr för en enkel resa. Ett villkor för att överlåtelsekvittot skall gälla bör vara att karensbeloppet har erlagts. Dessutom bör kvittot presenteras av taxiföraren hos försäkringskassan senast 14 dagar efter dagen för resan för att vara giltigt.

- ☐ Utredningen föreslår att systemet med överlåtelsekvitton legaliseras genom en ändring i 20 kap. 6 § lagen om allmän försäkring, där undantag från reglerna i 6 § medges beträffande sjukresor. Närmare föreskrifter om i vilka fall och under vilka omständigheter överlåtelsekvitton får användas bör utfärdas av riks-försäkringsverket.

9.4.10 Övernattningskostnader

För patients utgifter för övernattning ges ersättning, dels när han vid resa med färdmedel som går i reguljär trafik inte kunnat avsluta resan före kl. 24.00 den dag resan anträdde eller före den tidpunkt samma dag då han skulle ha kunnat tas in för sjukvård, dels när patienten har erhållit öppen vård under mer än en dag utanför bostadsorten och mellan behandlingstillfällena stannat kvar på den ort där vården meddelades. I det senare fallet får ersättning inte ges med högre belopp än vad patienten skulle fått betala för resan fram och tillbaka mellan den ort där vården meddelas och bostaden, om han kunde ha övernattat i sin bostad. Har övernattning skett på grund av medicinska skäl skall inte någon kostnadsjämförelse göras.

Ersättning för övernattning beräknas på det belopp som patienten betalat för logi. Ersättning kan inte ges med mer än 55 kr per natt.

Försäkringskassorna i Västerbottens, Västernorrlands, Jämtlands, Östergötlands, samt Hallands län har lämnat statistiska uppgifter angående

övernattningar som ersatts av kassorna. För samtliga kassor gäller uppgifterna för april månad 1980 med undantag för Jämtlands län vars uppgifter avser februari månad 1980.

Tabell 9.1 Antal ersatta övernattningar i fem län

Län	Förmedlade av landstinget	Övriga
Västerbotten	852	46
Västernorrland	640	14
Jämtland	178	50
Östergötland	161	1
Halland	145	–

Antalet övernattningar på patienthotell eller på av vårdgivaren anvisat hotell kan beräknas till ca 65 000 om uppgifterna i tabellen används och appliceras på samtliga kassaområden. Ca 750 övernattningar per månad har beräknats för glesbygdslänen medan ca 160 har beräknats för övriga län. För Stockholms län, Göteborg och Malmö har inga övernattningskostnader beräknats.

Antalet övernattningar som inte förmedlats genom vårdgivare kan beräknas till ca 3 000 per år (drygt 4 procent).

De flesta försäkringskassor har redan träffat avtal med respektive sjukvårdshuvudman om ersättning för övernattningskostnader. Avtalen innebär att sjukvårdshuvudmännen erhåller ersättning för patientens övernattningskostnader i efterhand. Sjukvårdshuvudmännen presenterar en samlingsräkning över antalet övernattningar som är ersättningsbara varefter kassorna ersätter huvudmännen med 55 kronor per övernattning.

De flesta övernattningarna förmedlas således genom vårdgivarnas försorg och är motiverade av medicinska skäl. I övriga fall sker övernattning oftast på patientens initiativ och förorsakas av att tid för besök eller intagning inte anpassas till buss- och tågtider. För att ytterligare minska övernattningar av denna orsak anser vi att ett tillägg bör göras i sjukreseförordningens regler om övernattningskostnader. För att övernattningskostnader skall ersättas bör krävas att patienten kontaktat vårdgivaren, för att efterhöra om tiden för besöket/intagningen kan ändras så att övernattning inte blir nödvändig eller om vårdgivaren kan vara behjälplig vid anskaffande av logi.

- ☐ Sjukreseutredningen föreslår att ett tillägg till nuvarande regler om ersättning för övernattningskostnader görs, som innebär att ersättning för övernattningskostnader kan ges, under förutsättning att vårdgivaren kontaktats.

9.5 Ändringarna i sammandrag

Sjukreseutredningen föreslår att en förändrad sjukreseförordning skall gälla från och med den 1 juli 1982 och gälla fram till dess att ansvaret för sjukresorna övertas av sjukvårdshuvudmännen.

Följande ändringar bör ske i nuvarande sjukreseförordning med tillämpningsföreskrifter:

- ☐ Försäkringsskyddet vid sjukresor föreslås omfatta även resor i samband med vård- och behandling av sjukgymnast vid företagshälsovårdsmottagning, som är registrerad hos allmän försäkringskassa.
- ☐ Vi föreslår att det i tillämpningsföreskrifterna stryks under att ersättning för resekostnader i samband med mödravård kan utgå då misstanke om sjukdom föreligger hos fostret.
- ☐ Tillämpningsföreskrifterna bör även innehålla anvisningar om ersättning för resekostnader som uppstår då patient intagen för sjukhusvård tvingas företa resa till öppenvårdsmottagning utanför sjukhuset om vård inte kan lämnas vid sjukhuset och patienten innan han intogs för sjukhusvård hade avtalat om tid för konsultation.
- ☐ Reglerna om billigaste färd sätt förändras på sådant sätt att flygresa betraktas som billigaste möjliga färd sätt om färdsträckan uppgår till minst 35 mil enkel färdväg räknat mellan flygplatsorterna eller sjukresan företas från eller till Gotland. I sjukreseförordningen skrivs in att buss och tåg i första hand skall användas för sjukresa. I tillämpningsföreskrifter meddelas att resa med privatbil betraktas som billigaste färd sätt och att någon kostnadsjämförelse inte behöver ske med kostnader för resa med buss eller tåg.
- ☐ Utredningen föreslår att i tillämpningsföreskrifter meddelas att om resa företagits till företagshälsovårdsmottagning som är registrerad hos allmän försäkringskassa, för vård eller behandling av läkare och sjukgymnast, mottagningen skall likställas med öppenvårdsmottagning inom den ort där den försäkrade vistas.
- ☐ Reseersättningens storlek förändras genom att differentierade karensbelopp införs. För tåg och buss föreslås att villkorlig karens införs, dvs. hela kostnaden ersätts om den överstiger ett visst belopp. Detsamma föreslås gälla då sjukresan företagits med speciella fordon som inte går i allmän trafik t. ex. snöscoters, båtar, isbrytare, svävare. Schablonersättning för resa med privatbil införs.
- ☐ Reglerna för samåkning ändras. Vid samåkning i privatbil utgår extra ersättning för varje vårdsökande passagerare utöver en. Ersättningen inarbetas i den schablonersättningstabell som införs för resa med privatbil. Vid samåkning i taxibil föreslås att karensbeloppet fördelas lika mellan passagerarna.
- ☐ Följeslagares resekostnader inarbetas i schablonersättningssystemet vid resa i privatbil. Ersättning för följeslagares förlust av arbetsinkomst föreslås upphöra. Detsamma gäller ersättning för skälighetskostnad för medföljande vårdare.
- ☐ Möjligheter att sluta avtal om sjukresor införs för kommuner, landstingskommuner och trafikföretag. Syftet är i första hand att lösa ersättningsfrågorna
 - för patienter vid ålderdomshem
 - vid sjukresor som företas med "färdtjänsten"
 - vid sjukresor med s. k. turbilar
 - då försäkrad åsamkas kostnader för övernattningskostnader
 - då speciella fordon måste användas för sjukresan på grund av att andra färdmedel inte kan användas (oftast fordon för vilka räddningstjänsteavtal faller vid akuta transporter).

9.6 Kostnader

Vid beräkning av kostnader för förslaget till ändrad sjukreseförordning har Uppsala-undersökningen legat till grund. I denna studerades antalet utanordnade sjukresor under en två-veckorsperiod.

I undersökningen delades Uppsala län in i olika områden. Sjukresornas omfattning, riktning och fördelning på färdmedel kartlades för varje delområde. Medelvärdet för färdsträckorna från de olika områdena till de huvudsakliga vårdorterna fastställdes. Med utgångspunkt från dessa medelavstånd, sjukresornas antal och fördelning på färdmedel samt de ovan föreslagna sjukresoreglerna, har den "nya" ersättningen beräknats. Denna har därefter ställts i relation till 1979 års sjukresekostnader. Uppräknat till årstal blev resultatet följande:

Resor till	Besparing, kr
Uppsala	234 200
Enköping	99 150
Tierp	204 900
Östhammar	73 100

Sammanlagt utgör besparingen drygt 600 000 kr, vilket motsvarar fem procent av ersatta resekostnader i Uppsala län. Då siffrorna appliceras på hela landet blir besparingen ca 15,5 milj. kr. Då de föreslagna reglerna sannolikt medför ändringar i sjukresebeteendet blir besparingen större.

För att beräkna de administrativa kostnaderna studerades de sjukresor i Uppsala län som ersattes med 14–30 kr, dvs. sådana resor som inte ersätts sedan den senaste karensbeloppshöjningen. Det var 3 559 resor (30,5 procent av det totala antalet resor under undersökningsperioden) och av dessa var 842 taxiresor, 652 kollektivresor samt 2 065 resor med privatbil. Med dessa siffror som bakgrund och de ovan föreslagna sjukresoreglerna kommer man fram till att antalet ärenden skulle minska med ca 2 850, motsvarande 26 procent av samtliga ärenden i Uppsala län. Vårt förslag till regelsystem minskar således inte antalet ärenden lika mycket som karensbeloppsändringarna i januari 1981 (minus 30,5 procent enligt ovan). Detta är dock under förutsättning att resebeteendet inte ändras. Den administrativa besparingen för vårt förslag kan för hela landet uppskattas till ca 13,4 milj. kr. Detta belopp innefattar bara den besparing som görs genom att ärendemängden minskar i förhållande till antalet ärenden 1979. Det förenklade regelsystemet torde ge ytterligare besparingar genom att handläggningstiden per ärende kommer att minska.

Sjukreseutredningens förslag innebär kostnadsökningar i några fall:

- ☐ Kostnaderna för resor i samband med vård eller behandling hos sjukgymnast vid företagshälsovårdsmottagning uppskattas till ca 125 000 kr.
- ☐ Förslaget om att flygresor kan ersättas i vissa fall ökar sjukresekostnaderna med ca 250 000 kr.
- ☐ Möjligheterna att sluta avtal om sjukresor medför ökade utgifter i de fall avtal gäller ålderdomshemsboende och färdtjänst. Dessa kostnader

beräknas till ca 20 milj. kr per år. I det sammanhanget bör dock påpekas att kostnaden torde falla på försäkringen oavsett om avtal träffas med kommunerna eller inte. Man kan annars förvänta en förändring av avgiftssystemet vid ålderdomshemmen och att flera kommuner inte tillåter sjukresor med färdtjänsten. Sådana åtgärder skulle också öka försäkringskassornas administrationskostnader.

Om hänsyn tas även till de här nämnda kostnaderna innebär sjukreseutredningens förslag att försäkringens resekostnadsersättningar och därav betingade administrationskostnader minskar med ca 9 milj. kr i jämförelse med motsvarande kostnader 1979. Om man däremot bortser från ålderdomshemsboendes och färdtjänstberättigades sjukresor blir besparingen 29 milj. kr.

Besparingen till följd av den senaste karensbeloppshöjningen har som tidigare nämnts beräknats till 70 milj. kr i form av minskad resekostnadsersättning. Till detta kommer administrativa besparingar som kan uppskattas till ca 15 milj. kr.

Sammanfattningsvis gör utredningen den bedömningen att besparingarna av administrationskostnaderna, som uppnås i steg 1, motsvarar de besparingar som görs till följd av minskade kostnader för administrationen genom 1981 års höjning av karensbeloppen.

I det av oss föreslagna systemet minskar dock inte antalet ärenden i samma omfattning, men vi bedömer att en motsvarande besparing skall kunna ske genom det förenklade ersättningssystemet.

Försäkringens utgifter höjs framför allt genom utredningens förslag om avtalsmöjligheter. Men som tidigare nämnts är risken uppenbar att dessa kostnader ändå skulle falla på försäkringen. Avtalsmöjligheterna torde inte innebära ökade samhällsekonomiska kostnader – snarare tvärtom.

Höjningen av karensbeloppen från och med den 1 januari 1981 har nu endast varit i kraft under några månader och det finns därför inte entydiga indikationer på om resebeteendet har förändrats. Utredningen har mot bakgrund härav samt med hänsyn till det underlag för kostnadsberäkningarna som varit tillgängligt valt att göra kostnadsjämförelser med de ersättningar som utgick under 1979. Direktiven till utredningen innebär emellertid att förslag inte får läggas som innebär ökade kostnader jämfört med nuläget.

De förslag till karensbelopp och ersättningar som angivits i det föregående måste ses mot den bakgrunden. Utredningen är införstådd med att karensbeloppen och ersättningarnas storlek kan påverkas av det ekonomiska läget liksom av andra faktorer.

Utredningen vill understryka att förslaget med differentierade karensbelopp är särskilt angeläget, eftersom det påverkar resebeteendet så att resekostnaderna på sikt kan reduceras. Nivån på karensbeloppen är därvid viktig liksom karensbeloppens inbördes förhållande.

När karensbeloppen av olika skäl kan behöva justeras, är det därför nödvändigt att justera samtliga så att de inbördes relationerna inte ändras.

10 Sjukresor i sjukvårdshuvudmännens regi – steg 2

Kapitlet avser att ge några riktlinjer för sjukvårdshuvudmännens framtida ansvar för sjukresor. Sjukreseutredningen har valt att inte i detalj föreskriva hur steg 2 skall utformas. Huvudskälet till detta är att ett landstingsansvar för sjukresor ligger en bit fram i tiden, vilket innebär att förändringar av olika slag hinner inträffa, som inverkar på utformningen m. m. Sjukreseutredningen har av samma skäl endast i principiella ordalag diskuterat ersättningen från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen.

I kapitlet presenteras också kortfattat ett administrativt system för sjukresor som skulle medföra förenklingar och besparingar jämfört med dagens administration.

10.1 Riktlinjer

Sjukreseutredningen föreslår att samtliga sjukvårdshuvudmän blir ansvariga för sjukresorna vid *samma tidpunkt*. Det är visserligen så att vårdens organisation, administration m. m. samt trafikorganisationen varierar mycket mellan länen och att några landsting/kommuner tidigare än andra skulle kunna åta sig ansvaret för sjukresorna. Det är emellertid administrativt sett enklare att reformen genomförs vid ett tillfälle. I annat fall skulle olika system komma att gälla i olika landsting, vilket kan försvåra tillämpningen samt informationen till allmänheten. Särskilda övergångsregler skulle erfordras. Vidare skulle fördelningen av sjukförsäkringens ersättningar till sjukvårdshuvudmännen kunna försvåras. Särskilda problem skulle dessutom kunna uppkomma vid resor som sträcker sig över flera sjukvårdsområden.

En ny *lagstiftning* håller på att utformas för hälso- och sjukvården. Enligt uttalanden från sjukvårdministern avser regeringen att under 1981 förelägga riksdagen en proposition med förslag till en ny hälso- och sjukvårdslag. Enligt sjukreseutredningens mening bör denna kompletteras med föreskrifter angående ansvaret för sjukresor vid den tidpunkt då sjukvårdshuvudmännen övertar detta ansvar. I samband därmed upphör sjukreseförordningen att gälla. Lagen bör endast reglera sjukvårdshuvudmännens ansvar för sjukreseverksamheten i stort. Omfattning och inriktning kan närmare preciseras vid förhandlingar mellan sjukvårdshuvudmännen och staten.

Det är dock sjukreseutredningens uppfattning att resor till privatprak-

tiserande vårdgivare även framgent skall ersättas. För övrigt förutsätts sjukvårdshuvudmännen ha frihet att reglera och utforma sjukreseverksamheten. I överläggningarna med staten bör dock vissa ramar anges som garanterar patienternas rätt till reseersättning och som också ser till att det blir viss likhet mellan länen. Man kan exempelvis komma överens om att maximera det belopp som patienten själv skall svara för (karensbelopp). Det innebär att sjukvårdshuvudmännen själva kan välja att ersätta en större del av patienternas kostnader, differentiera karensbeloppen efter olika färdmedel, vård etc.

Sjukreseansvaret innefattar således att sjukvårdshuvudmännen utformar sjukreseregler och att de har ett betalningsansvar gentemot patienter och transportföretag för sjukresekostnader.

Sjukförsäkringen skall alltså svara för *finansieringen* av sjukresor. Ersättningen bör betalas ut direkt till sjukvårdshuvudmännen efter en enkel schablon. Det får inte bli fråga om en detaljerad och åtgärdsbunden ersättningsform, som ställer krav på kontroll, redovisning etc. och därmed en omfattande administration. Sjukvårdshuvudmännen bör således få ett schablonbelopp per år som är avsett att täcka utgifterna för sjukresor. Det finns därmed heller inte krav på återredovisning av erhållna medel. Det skall alltså vara ett ersättningssystem motsvarande det som gäller för sjuktransporter.

Ersättningens storlek och fördelning mellan sjukvårdshuvudmännen bör också bestämmas vid förhandlingarna med staten. Ersättningen bör innefatta såväl direkta sjukresekostnader som utgifter för administration. Genom att landstingen blir ansvariga för sjukresor ökar deras administration medan försäkringskassornas avlastas.

Sjukreseutredningen har således valt att inte ta ställning till hur schablonen skall konstrueras och hur fördelningen mellan sjukvårdshuvudmännen skall se ut, utan anser att dessa frågor måste avgöras vid förhandlingarna. Enligt överenskommelse mellan regeringen och landstingsförbundet skall en arbetsgrupp tillsättas med uppgift att pröva möjligheterna att i ökad omfattning föra samman och schablonisera ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen, såsom hälso- och sjukvårdsutredningen föreslagit. Det finns därmed inte skäl att nu konstruera en särskild schablon för sjukreseersättningen utan denna bör beaktas tillsammans med övriga sjukförsäkringsersättningar. Det är emellertid önskvärt att hänsyn tas även till avstånd vid schabloniseringen.

10.2 Administrativt system för sjukresor

Sjukreseutredningen har bedömt det som angeläget att finna ett administrativt system som underlättar hanteringen av sjukresor. Dagens kostbara administration har till stor del sin grund i att det är fråga om en noggrann eftergranskning, som i sin tur har att göra med återbäringsprincipen. Som nämnts i kapitel 8 skulle denna delvis kunna slopas genom att patienterna i förväg kunde erhålla kreditbevis för resor med taxi och allmänna färdmedel. Däremot måste det bli fråga om återbärning vid resor med egen bil.

För att komma ifrån den besvärande efterkontrollen borde bedömning

av färdmedel och reseersättning ske vid samma tillfälle som tid ges för vårdbesöket. För att undvika utbetalning av ersättning för resor vid de olika mottagningarna torde någon form av kreditkort kunna användas samt datorbaserade rutiner som underlättar administrationen.

Enligt sjukreseutredningens mening är ett system som bygger på att vård och sjukresor bedöms i ett sammanhang ett intressant alternativ till dagens återbäringsprincip, även om denna härigenom inte kan slopas till fullo. Privatbilsresorna hamnar utanför, men de bilburna patienterna skall ändå slippa att ansöka om reseersättning i efterhand. Efterhandsgranskningen av varje sjukresa skulle således inte behövas varför administrationen skulle kunna göras billigare. Vissa kontroll- och uppföljningsinsatser måste dock ske. Det är heller inte meningen att reseersättningen skall utbetalas direkt till patienterna vid mottagningarna.

Det skulle emellertid medföra visst merarbete för den personal som svarar för tidgivningen vid mottagningarna. Detta måste dock ställas i relation till den administration av sjukresor som för närvarande sker hos försäkringskassorna.

För att konkretisera dessa tankegångar har sjukreseutredningen studerat de datorbaserade administrativa rutiner som används för riksfärdtjänsten och kommunernas färdtjänst m. m. Då dessa resor företer vissa likheter med sjukresor och då det också är angeläget att samordna sjukresor med t. ex. färdtjänstresor har sjukreseutredningen skisserat hur dessa system efter viss utveckling skulle kunna tillämpas på sjukresor.

Systemet beskrivs här kortfattat. En utförligare redogörelse finns i bilaga 5.

10.2.1 Översiktlig beskrivning

Sjukvårdshuvudmannen ansvarar för att sjukreseregler utformas, men varje mottagning inom sjukvårdsområdet antas ha fullmakt att bevilja sjukresor enligt gällande regler och anvisningar. Sjukresorna förutsätts till största delen handläggas vid landstingets olika mottagningar. Vid varje bokningstillfälle beslutar personal vid mottagningen om vilket färd sätt som berörd patient har rätt till i samband med sjukvårdsbesöket. På detta sätt behöver inte läkare intyga behovet av taxiresor. Vid tveksamma fall skall de naturligtvis avgöra.

Normal handlägningsrutin vid mottagningarna blir att *sjukresebevis* utfärdas i samband med att kallelser till läkarbesök utfärdas och skickas till patienterna samt vid skriftliga bekräftelser enligt telefonöverenskommelser (d. v. s. då reseersättning skall utgå enligt landstingets regler). Då återbesök bokas kan sjukresebeviset ges direkt till patienten. Det är lämpligt att blanketten för kallelse/bekräftelse och sjukresebevis ingår i samma blankettset.

Sjukresebevisen påförs uppgifter om patienten såsom personnummer, namn och adress. De kompletteras dessutom med giltighetstid. Uppgifter om sjukvårdshuvudmannen, mottagning, avdelning etc. är lämpligen förtryckta. Eventuellt kan kallelsen/bekräftelsen också innehålla uppgifter om vilken transportör som skall utnyttjas, att taxiresa skall beställas hos gemensam beställningscentral om sådan finns m. m. Det kan eventuellt också finnas en särskild anvisning om hur sjukresebeviset skall användas.

Företas resan med taxi, handikappfordon eller kollektiva färdmedel lämnas sjukresebeviset till chauffören, som fyller i beviset enligt gällande anvisningar. För taxiresor försvinner härmed behovet av överlåtelsekvitto.

Patienten erhåller ett exemplar av sjukresebeviset som kvitto. Chauffören ombesörjer därefter sin del i handläggningen genom att lämna sjukresebeviset till kommunen (då kommunen är ansluten till datasystemet för färdtjänsten) för dataregistrering och överföring till datacentralen. I dessa fall skall chauffören lämna kreditbevisen för färdtjänsten till kommunen och det torde därför vara praktiskt att samtidigt lämna sjukresebevisen. Dessa kan annars sändas direkt till datacentralen för registrering och betalningsförmedling.

Företas resan med egen bil avlämnas sjukresebeviset i samband med besöket på mottagningen, som har att godkänna ersättningsbeloppet, som t. ex. kan beräknas efter en likartad schablon som i steg 1. Därefter sänds sjukresebeviset till datacentralen för registrering och betalningsförmedling.

För sjukresor som uppstår vid akutbesök eller annat oplanerat vårdbesök kan mottagningarna upprätta sjukresebevis då patienten anländer. Då taxi ofta används för akuta resor, kan man också tänka sig att det i taxibilarna finns icke ifyllda sjukresebevis att användas i sådana situationer.

Även resor till privatpraktiserande vårdgivare inklusive företagshälsovårdsmottagningar kan inordnas i systemet. Då förutsätts att samma reseregler gäller dessa. Sjukvårdshuvudmannen bör komma överens med dessa mottagningar om att sjukresebevis gäller och under vilka premisser. Sjukvårdshuvudmannen är betalningsansvarig även för dessa resor.

En administrativ funktion motsvarande den som finns för Riksfärdtjänsten behandlar alla inkommande sjukresebevis. Kontroll görs att obligatoriska uppgifter är ifyllda. Bevisen dataregistreras och avstäms. Därefter databehandlas uppgifterna.

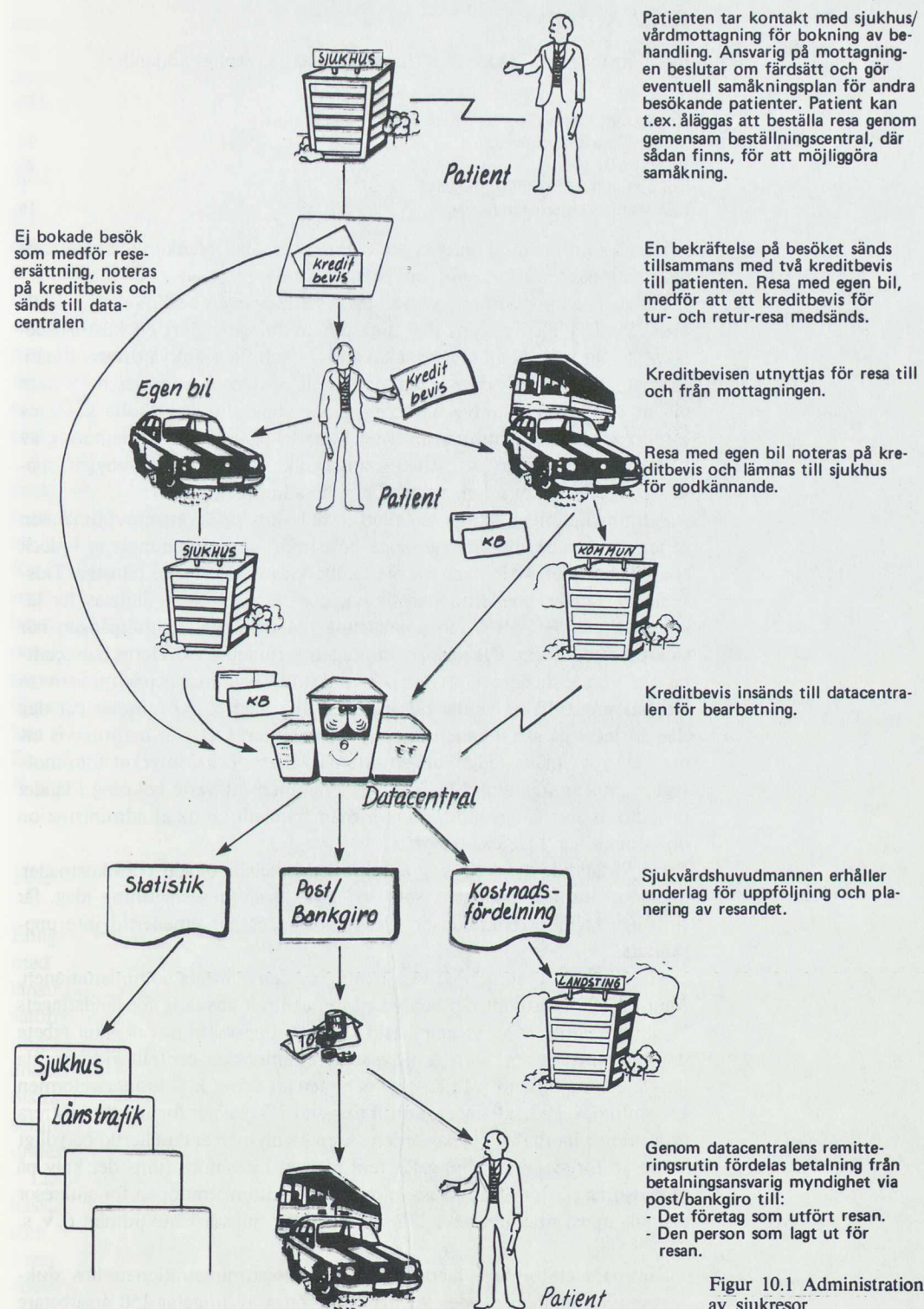
Datacentralen ombesörjer således all dataregistrering och administrerar tillhörande databearbetningar. Samtliga berörda sjukvårdshuvudmän, sjukhus, mottagningar registreras i ett kundregister och föreses med information, blanketter m. m. som ingår i rutinen.

Databehandlingen resulterar i att en betalningsförmedling via bankgiro eller postgiro genomförs. En automatisk betalningsrutin utnyttjas som från sjukvårdshuvudmannens post/bankgirokonto förmedlar pengar till respektive trafikföretag eller producerar utbetalningskort till patient som använt sin egen bil.

Samtliga bearbetade sjukresebevis lagras i datorn och kan användas exempelvis vid kontroller av högkostnadsskydd för den patient som har behov av frekventa sjukresor och därför inte skall behöva betala för resorna efter t. ex. en viss nivå.

Sjukvårdshuvudmännen kan erhålla automatisk kostnadsbokföring av de olika restyperna och kostnadssammandrag över resorna. Sjukresorna kan exempelvis vidare redovisas till landstinget med uppdelning på mottagningar.

Systemet illustreras sammanfattningsvis i figur 10.1.



Figur 10.1 Administration av sjukresor

10.2.2 *Kostnader*

Initialkostnaderna bedöms till cirka 140 000 kr enligt följande:

	Tkr
Anpassning/utveckling av sjukresedelen i befintliga rutiner för riksfärdtjänsten	94
Projektmöten	20
Dokumentation handläggningsrutiner	9
Information/kursmaterial	16

Härtill kommer utbildning av mottagningspersonal, blankettkostnader och distributionskostnader, som inte uppskattats.

För att få en uppfattning om vad ett system av ovan beskrivet slag skulle kosta jämfört med dagens, har sjukreseutredningen gjort en kostnadsberäkning, där vi antar att systemet används av samtliga sjukvårdshuvudmän. Räknat på 1980 års priser och med 4 milj. sjukresor kommer man fram till att den administrativa hanteringen vid datacentralen skulle kosta ca 8 milj. kr. I denna summa ingår en kostnad på 1,90 kr för hantering av varje sjukresebevis (maxkostnad) samt skulle systemet fullt utbyggt uppskattningsvis behöva fem årsarbetare för administrationen.

Administrationen skulle emellertid öka hos sjukvårdshuvudmännen genom att det skulle bli ytterligare belastning på mottagningarna – dock ej av den storleksordningen att det skulle krävas ytterligare tjänster. Tidsåtgången skulle emellertid öka för varje patient då tider tilldelas för läkarbesök etc. För att få en uppfattning om den ökade tidsåtgången har sjukreseutredningen fått hjälp av mottagningspersonal vid Tierps hälsocentral. Det visade sig där att om resa och vård skulle bedömas och administreras vid bokningstillfället skulle tidsåtgången öka med ca 30 minuter per dag eller utslaget på alla ärenden ungefär 0,5 minuter. Detta är naturligtvis ett mycket grovt mått. Tidgivningsrutinerna varierar också mycket från mottagning till mottagning. Men om vi likväl antar att varje bokning i landet tar 0,5 minuter längre tid, kommer man fram till en ökad administration omfattande ca 125 årsarbetare.

Ett förfarande av detta slag skulle också innebära ökade portokostnader, eftersom inte alla patienter, som har rätt till sjukreseersättning idag, får skriftliga kallelser/bekräftelser. Dessa kostnader har emellertid inte uppskattats.

Man får också räkna med viss ökning av den centrala administrationen. Man kan förutsätta att det behövs någon centralt ansvarig för landstingets "sjukresepolitik". Det är emellertid svårt att uppskatta hur mycket arbete det kan bli fråga om. Som jämförelse kan nämnas att centralt vid Uppsala läns landsting tillkom två tjänster i och med att den s. k. 7-kronorsreformen genomfördes. På landstingets kansli finns nu 2,5 tjänster för att administrera ersättningar inom den öppna vården. Ärendevolymen är emellertid betydligt större än för sjukresor – ungefär fem gånger. Dessutom finns det krav på redovisning till försäkringskassan m. m. Meradministrationen för sjukresor centralt uppskattas dock till 1 årsarbetare per sjukvårdshuvudman d. v. s. 26.

Sammanlagt för hela landet torde sjukreseadministrationen hos sjukvårdshuvudmännen således kunna ombesörjas av ungefär 150 årsarbetare

motsvarande ca 15 milj. kr. Tillsammans med administrationskostnaderna vid datacentralen kommer man fram till 23 milj. kr per år. Detta skulle innebära en besparing på ca 35 milj. kr per år jämfört med 1979 års administration.

10.2.3 Försöksverksamhet

Enligt sjukreseutredningens mening skulle det av flera skäl vara värdefullt om ett system av det slag som skisserats ovan kunde genomföras. Det är framför allt ekonomiskt lönsamt om den betungande efterhandsgranskningen kan slopas. Det är vidare fördelaktigt för patienterna, som på detta sätt inte i efterhand behöver ansöka om ersättning. Det finns dock viss risk för att antalet sjukreseärenden initialt ökar, eftersom det för alla vid tidsbokningen undersöks om reseersättning skall ges eller inte. Det finns sannolikt i dag patienter som är ersättningsberättigade men som inte söker ersättning. Totalt sett borde det dock bara röra sig om en mindre andel.

Enligt sjukreseutredningens bedömning skulle det vara värdefullt att i praktiken pröva ett administrativt system t. ex. av det slag som skisserats ovan. Utredningen föreslår därför att en försöksverksamhet genomförs i ett landsting. Lämpligen svarar staten och landstingsförbundet gemensamt för försöksverksamheten. Uppläggningsen bör emellertid ske tillsammans med utvalt landsting. Viss systemutveckling behövs. Vidare krävs utarbetande av lämpliga blanketter/sjukresebevis etc. Berörd personal behöver också viss utbildning. Två år torde vara tillräcklig tid för uppläggning, genomförande och utvärdering av försöket. Försöksverksamheten bör framför allt ge besked om hur de administrativa rutinerna vid mottagningarna kan utformas. Det är därför angeläget att "landstingsregler" för sjukresor får utformas och gälla i försökslänet. Försökslandstinget bör således också få sjukreseersättning samt ersättning för administrationen.

10.3 Genomförande

Enligt sjukreseutredningens mening bör sjukvårdshuvudmännen från och med 1985 ansvara för sjukresorna. Vid denna tidpunkt har alla länstrafikbolag eller motsvarande verksamhet igång och hunnit få organisatorisk stadga. Därigenom har förutsättningarna förbättrats för ett landstingskommunalt ansvar även för sjukresorna. Den föreslagna genomförandetiden ger vidare sjukvårdshuvudmännen rimlig tid att utforma administration och sjukreseregler. Utvärderingen av den föreslagna försöksverksamheten förutsätts också vara klar vid denna tidpunkt, vilket borde kunna underlätta sjukvårdshuvudmännens arbete.

Lämpligen bildas en förberedelsegrupp med representanter för försäkringskassan, sjukvårdshuvudmannen, kommunen (då det inte är kommunen som är sjukvårdshuvudman), länstrafikbolaget (eller motsvarande) och taxi i resp. sjukvårdsområde. Gruppernas uppgift skulle bli att utreda hur sjukresorna kan passas in i vård- och trafikorganisationerna samt utforma de regler som ska gälla.

Särskilt yttrande

Av sakkunnige Gert Jönsson

Enligt utredningens direktiv skall utgångspunkten vara att alla förslag som läggs fram skall kunna genomföras inom ramen för oförändrade resurser.

Sedan utredningen påbörjade sitt arbete har karensbeloppen vid sjukresa höjts, vilket skedde den 1 januari 1981. Detta torde leda till icke obetydliga kostnadsminskningar för den allmänna försäkringen. I och med att ändringarna genomförts nyligen har detta inneburit särskilda svårigheter för utredningen att göra kostnadsjämförelser mellan effekterna av nuvarande regelsystem och de ändringar utredningen föreslår. Detta beror dels på att utredningen av naturliga skäl, endast kunnat arbeta med ett underlag för kostnadsberäkningarna som härrör sig från tiden före den 1 januari 1981, dels på att det saknas entydiga indikationer på om resebeteendet har förändrats p. g. a. karensbeloppshöjningen. Det är således okänt hur den allmänna försäkringens sjukreskostnader, kommer att utveckla sig.

Utredningens direktiv måste tolkas så att försäkringens kostnader för sjukresor med de ändrade regler som föreslås, inte får överstiga de kostnader som följer av nuvarande regler. De kostnadsberäkningar av effekterna av de föreslagna regeländringarna som utredningen gjort tyder emellertid på att försäkringens kostnader kan komma att överstiga kostnaderna för innevarande år. Utredningen har samtidigt framhållit att förslagen till karensbelopp och ersättningar måste ses mot bakgrund att utredningen enligt sina direktiv inte får lägga fram förslag som innebär ökade kostnader jämfört med nuläget och att man är införstådd med att karensbeloppen och ersättningarnas storlek kan påverkas av bl. a. det ekonomiska läget.

Jag anser att detta framstår som oklart. Enligt min mening bör de i betänkandet angivna beloppen endast ses så att de åskådliggör utredningens förslag om differentiering av karensbelopp och ersättningar. Dessa belopp bör fastställas först när större klarhet vunnits beträffande försäkringens nuvarande kostnader för sjukresorna och därvid sättas till en sådan nivå att den avsedda besparingseffekten av karensbeloppshöjningen den 1 januari 1981 uppnås.

Bilaga 1 Kompletterande uppgifter om sjukreseutredningens undersökning i Uppsala län

I bilagan ges några kompletterande uppgifter om sjukreseutredningens undersökning av sjukresor i Uppsala län. Först ges en beskrivning av befolkningssituationen, hälso- och sjukvården samt kollektivtrafiken i länet.

Några bakgrundsdata om länet

I Uppsala län finns sex kommuner (Karta 1). Av dessa är Uppsala störst såväl till yta som befolkningsmässigt. I Uppsala kommun bor således 60 procent av länets invånare.

Länets folkmängdsutveckling har under lång tid karaktäriserats av en kontinuerlig och betydande ökning. Sedan 1960 har invånarantalet ökat med 30 procent. Utvecklingen har emellertid varierat mellan länsdelarna. Merparten av ökningen har tillfallit Uppsala kommun och den södra delen av länet.

Den 31 december 1979 hade länet drygt 241 700 invånare, vilket motsvarade tre procent av rikets folkmängd. Befolkningens åldersfördelning överensstämmer i stort med den som gäller för hela landet.

I tabell 1 har några uppgifter om länets folkmängd sammanställts. Av denna kan man bl. a. utläsa att Tierps och Älvkarleby kommuner har förhållandevis stora andelar äldre medan andelen är extremt liten i Håbo kommun. Tierps, Östhammars och Enköpings kommuner är de som har störst andel av befolkningen i glesbygden.

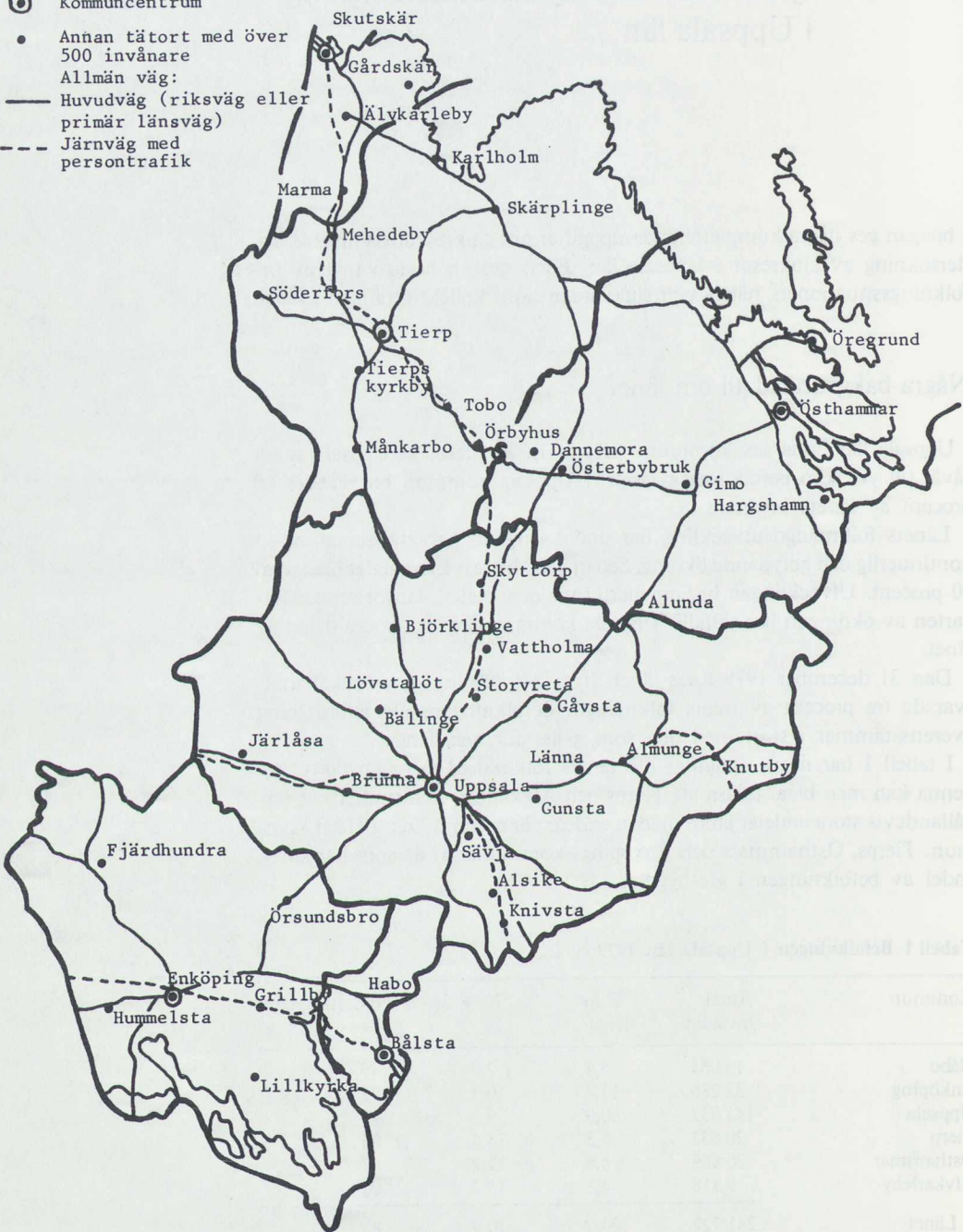
Tabell 1 Befolkningen i Uppsala län 1979

Kommun	Antal invånare	% av länet	70-år år %	Bosatta i tätort %
Håbo	13 065	5,4	2,9	85
Enköping	32 286	13,4	10,7	72
Uppsala	145 032	60,0	9,3	88
Tierp	20 632	8,5	14,4	66
Östhammar	20 889	8,6	12,2	67
Älvkarleby	9 818	4,1	13,2	90
Länet	241 722	100,0	10,0	82

Teckenförklaring

- Kommun
- Kommuncentrum
- Annan tätort med över 500 invånare
- Allmän väg:
- Huvudväg (riksväg eller primär länsväg)
- Järnväg med persontrafik

KARTA 1 UPPSALA LÄN



Från sjukresesynpunkt kan man säga att de kommuner som har stor andel äldre samt har relativt mycket glesbygd är särskilt intressanta.

Man kan nämligen anta att vårdbehovet i dessa är större. Vidare är avstånden till vården längre, eftersom vården kräver ett visst befolkningsunderlag. Det kan således bli fråga om förhållandevis många och långa sjukresor. Man kan också anta att det ofta blir fråga om taxiresor beroende på att många äldre inte kan åka buss på grund av t. ex. rörelsehinder. Men taxi kan också behöva utnyttjas därför att de kollektiva förbindelserna är relativt dåliga. I glest bebyggda områden är det ju också svårt att få till stånd en vanlig linjetrafik, då även en sådan kräver ett visst befolkningsunderlag.

De kommuner som framför allt har dessa drag i Uppsala län är Tierp, Östhammar och Enköping. Älvkarleby har relativt sett många äldre, men å andra sidan bor flertalet i tätorterna, vilket betydligt underlättar anordnandet av en kollektiv trafikförsörjning.

På karta 2 har markerats i vilka orter landstingets öppna vård finns i länet.

Uppsala läns landsting har utarbetat en plan för organisationen av primärvården. Planen omfattar: distriktsläkarvård, distriktssköterskevård, mödrahälsovård, barnhälsovård, distriktssjukgymnastik och distriktsarbetsterapi. Primärvården skall omfatta diagnostiska, behandlande samt förebyggande åtgärder.

Länet är indelat i sex primärvårdsområden vars gränser markerats på kartan. I varje primärvårdsområde kommer att finnas två eller flera vårdcentraler. Vårdcentralen utgör i framtiden basen i primärvården. Varje vårdcentral får sitt upptagningsområde ett s. k. betjäningsområde som bestäms utifrån befolkningens bosättningsmönster, kommunikationssystemets utformning och befintlig och planerad kommunal service.

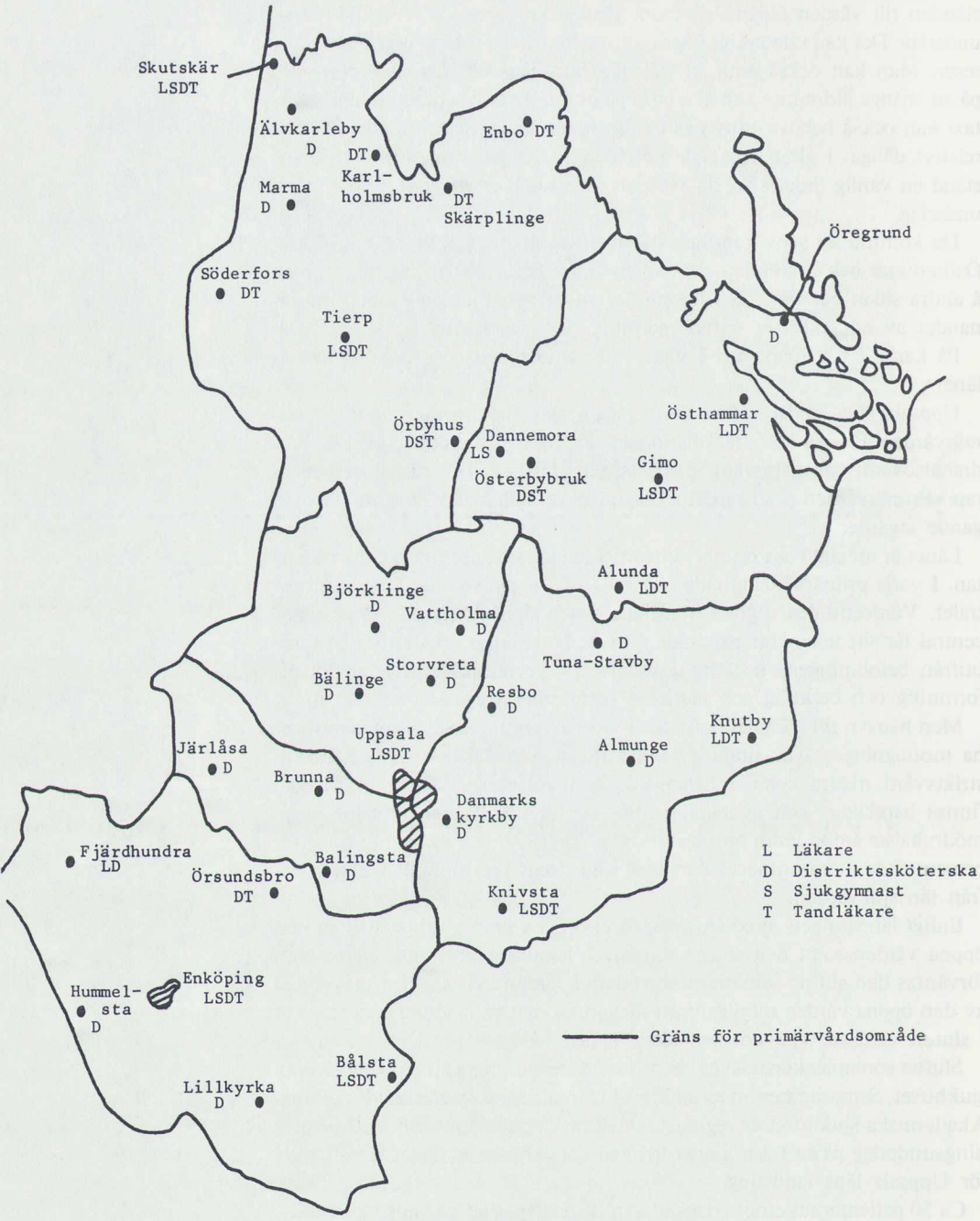
Men hänsyn till närhetskravet skall vissa av primärvårdens verksamheter ha mottagningar även utanför vårdcentralen. Det gäller i första hand distriktsvård, mödra- och barnhälsovård. Inom varje primärvårdsområde skall finnas barnläkare och gynekolog som har huvudansvaret för barn- resp. mödrahälsovården inom området. Andra specialistinsatser som ej finns representerade inom primärvården skall tillgodoses i form av konsultinsatser från länssjukvården.

Enligt landstingets sjukvårdsplan förutsätts en kraftig utbyggnad av den öppna vården samt den slutna somatiska långtidssjukvården. Härigenom förväntas den slutna somatiska korttidssjukvården avlastas. En utbyggnad av den öppna vården möjliggör att diagnostik och behandling som nu sker i slutna vård till viss del kan ske i öppen vård.

Sluten somatisk korttidsvård bedrivs vid tre sjukhus i länet: Akademiska sjukhuset, Samariterhemmets sjukhus i Uppsala samt lasarettet i Enköping. Akademiska sjukhuset är regionsjukhus för Uppsala-regionen med befolkningsunderlag på ca 1,2 miljoner invånare. Sjukhuset är tillika länssjukhus för Uppsala läns landsting.

Ca 50 patienter tas emot i dagsjukvård varje dag. Platser finns vid Kungsgårdets och Tunåsens sjukhus i Uppsala, vid lasarettet i Enköping samt vid Tierps sjukhus och Tallmons sjukhem. Enligt sjukvårdsplanen skall dagsjukvården byggas ut ytterligare för att avlasta den slutna vården. Re-

KARTA 2 ÖPPEN VÅRD I LANDSTINGETS REGI



surser bör finnas inom varje primärvårdsområde vilket skulle tillgodose närhetskravet. Fram till 1985 föreslås en dubbling av antalet dagsjukvårdsplatser dvs. 100 patienter skall kunna tas emot samtidigt.

Psykiatrisk vård meddelas vid två sjukhus i Uppsala (Akademiska sjukhuset och Ulleråker). Vid Ulleråkers sjukhus finns 38 platser för dagsjukvård. Viss dagsjukvårdsverksamhet finns även vid Akademiska sjukhusets psykiatriska klinik, men det finns inte några speciella vårdplatser. Enligt landstinget skall den psykiatriska vården i framtiden utformas med betoning på decentraliserad öppen och halvöppen vård för att på sikt få ett minskat behov av sluten vård. Större delen av den psykiatriska öppna vården skall därför bedrivas vid decentraliserade mottagningar av psykiatriska vårdlag. 1985 kommer tre av de sex primärvårdsområdena att ha sådan vård. Dagsjukvården kommer under planperioden att öka med 60 platser.

Hälsö-, sjuk- och tandvård meddelas också av ett antal privatpraktiker, som är anslutna till den allmänna försäkringen. Det finns 44 läkare, varav 38 har mottagningar i Uppsala. Antalet sjukgymnaster är 32 och merparten (23) finns också i Uppsala. Privattandläkarna är 95 till antalet och de flesta finns i Uppsala (68), men de är ändå mera spridda i länet än övriga privatpraktiserande vårdgivare.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att vård av olika slag finns på drygt ett 30-tal orter i länet. Man kan också notera att några orter har tillgång på all slags vård och det finns dessutom ett flertal utövare. Uppsala intar naturligtvis en särställning här. Men även Enköping, Östhammar och Tierp har god tillgång på vård.

Med tanke på vårdutbudet och sjukreseförordningens regler (framför allt karensbeloppen) torde de här nämnda orterna vara intressantast från sjukresesynpunkt.

Det kollektiva trafikutbudet är stort i Uppsala län. Möjligheterna att åka tåg till vårdinrättningar är dock inte så goda. Det är i huvudsak till Uppsala man kan åka tåg och då från Tierp och Knivsta.

Huvudman för länets busstrafik är Upplands Lokaltrafik AB (UL), som ägs till hälften av kommunerna och till hälften av landstinget. UL startade sin verksamhet i augusti 1978. Förutom den linjebundna busstrafiken ingår merparten av skolskjutstrafiken i verksamheten.

Den kollektiva trafiken har i samband med UL:s bildande starkt förbättrats. Landsbygdstrafiken har fördubblats. Trafiken har samordnats. En rad nya linjer har öppnats och på de gamla linjerna har trafikutbudet ökat betydligt. Antalet resor har ökat med 200 procent.

Sammantaget kan sägas att busstrafiken i länet är väl utbyggd. Med det nu gällande linjenätet och tidtabellerna är det möjligt att från så gott som hela länet ta sig till de orter där vård finns att tillgå.

I hela länet gäller nu samma busstaxa med undantag för stadstrafiken i Uppsala. Det finns länskort.

Med karensbelopp på 13 kr (gällde vid undersökningstillfället) och den taxa för enkel resa som gällde vid undersökningstillfället måste enkel bussresa omfatta minst 13 km för att sjukreseersättning skall utges. Motsvarande gräns för privatbilisterna är 12 km.

Där befolkningsunderlaget är så litet att vanlig linjetrafik inte kan förekomma finns i fyra kommuner s. k. kompletteringstrafik. Det innebär

att man kan åka taxi till närmaste tätort eller busshållplats två gånger i veckan. Senast kl 18 dagen innan resdagen måste man ringa taxi för att få möjlighet att utnyttja denna service. Kompletteringstrafik finns i Tierps (mest utbyggd här), Enköpings, Östhammars och Älvkarleby kommuner.

Samtliga tidtabeller (med undantag för stadstrafiken i Uppsala och Enköping) distribueras till samtliga hushåll tillsammans med landstingskatalogen. I tidtabellsamlingen ingår även uppgifter om kompletteringstrafiken.

Samtliga taxiägare i länet är anslutna till Uppsala läns taxiförbund. Länet är vidare indelat i fyra regionala taxiföreningar (Norra Uppland, Östra Uppland, Uppsala och Enköpingsortens taxiföreningar), men där ingår inte samtliga taxiägare. Det finns också ytterligare mindre sammanslutningar, som tillsammans har någon slags beställningscentral. Sådana finns i Tierp, Skutskär, Örbyhus, Knivsta och Östhammar. Beställningscentraler finns naturligtvis i Uppsala och Enköping. Det finns dock ett relativt stort antal taxiägare, som ej är anslutna till beställningscentraler. Det gäller framför allt i glesbygden.

I samtliga kommuner finns färdtjänst, men den får inte användas för sjukresor.

Undersökningens omfattning

Då material redan fanns om sjukresor i Tierps och Älvkarleby för en tvåveckorsperiod, valde sjukreseutredningen att undersöka samma period för hela länet samt att till viss del komplettera det befintliga materialet, som tagits fram av länstrafikbolaget.

Samtliga reseersättningar som länets försäkringskassor utbetalade under veckorna 49 och 50 1979 har studerats. Resekostnadskvittona är sorterade efter utbetalningsdatum. När resan skedde i praktiken har inte beaktats. Att få fram det verkliga resandet för en tvåveckorsperiod är naturligtvis möjligt men oerhört arbetskrävande. Man kan anta att utbetalningar under två veckor motsvarar ungefär två veckors resande.

Länet delades in i 47 områden (delområdena framgår av karta 3). Områdena är olika stora. Gränserna har dragits med hänsyn tagen till vägar och kollektivtrafikförbindelser.

Drygt 10 100 resekostnadskvitton har gått genom. För varje kvitto har följande noterats:

- ☐ start och mål för resan (hänfödda till delområde)
- ☐ färdmedel som använts
- ☐ om läkare intygat att resan krävt följeslagare
- ☐ om läkare intygat färd sätt (taxi, privatbil)
- ☐ antalet delresor
- ☐ den resandes ålder (med undantag för Tierps och Älvkarleby kommuner, där det befintliga materialet saknade dessa uppgifter)
- ☐ ärende (besök hos läkare, distriktssköterska, tandläkare, sjukgymnast och övriga vårdgivare)
- ☐ om överlåtelsekvitto använts (med undantag för Tierps och Älvkarleby kommuner, där det befintliga materialet saknade dessa uppgifter)

- ☐ resekostnad inkl. och exkl. karensbelopp
- ☐ om resan varit akut eller ej

Materialet har därefter datorbearbetats.

Felkällor och bortfall

Antalet taxiresor är något osäkert då man studerar dem område för område. Detta beror på det utbredda användandet av överlåtelsekvitto, som i allmänhet redovisas buntvis omfattande taxiresor under längre perioder än 14 dagar. I några fall har taxi begärt ersättning under den studerade tvåveckorsperioden och i andra fall har försäkringskassans lokalkontor anmält att ovanligt få överlåtelsekvitton finns med under undersökningsperioden. Då materialet för hela länet beaktas torde felen så att säga ta ut varandra, men det kan bli skevheter när resorna delas upp områdesvis.

Som nämnts har Uppsala län indelats i 47 områden. Områdena är olika stora och det har ibland varit svårt att dra gränserna. Områdena är dessutom ganska stora, vilket är en nackdel då materialet analyseras.

Det finns naturligtvis en del felkodningar. De är inte systematiska, vilket framför allt beror på att det är flera personer som kodat. Det här innebär i sin tur att felen är svåra att hitta.

Programmet som använts gjordes ursprungligen för någon annorlunda syften på sjukreseutredningens. Programmet har därför modifierats något. Skillnaderna ligger i hur begreppet resa definierats. Det ursprungliga programmet avsåg att behandla i huvudsak delresor, medan sjukreseutredningen i första hand velat studera tur- och returesor samt resorna till orter med vård (målorter). I de fall en resa bestått av flera delresor har det varit svårt att definiera målorten. Antalet fall är dock litet.

Det finns en del brister i själva grundmaterialet. I några fall har färdmedel inte framgått (!) och i några fall har det varit svårt att definiera ärendet. Bortfallet av dessa anledningar är emellertid synnerligen litet.

Sammantaget kan man säga att felen och bristerna i materialet är ganska små, och att de inte kan påverka resultaten nämnvärt.

Sjukresor till Uppsala, Enköping, Östhammar och Tierp

Av tabellerna 2–4 framgår ärendefördelning, färdmedelsfördelning och utbetalda reseersättningar för sjukresor till Uppsala, Enköping, Östhammar och Tierp. Skillnaderna är små mellan orterna, då det gäller vårdgivare. I de flesta fall avser således sjukresan ett läkarbesök. Till viss del speglar siffrorna tillgången på vård. Så avser t. ex. förhållandevis många sjukresor till Uppsala tandläkarbesök.

Då det gäller res sättet skiljer sig Uppsala från de övriga orterna. Andelen kollektiva resor är högre medan andelarna är lägre för taxi- och privatbilsresorna. För resor till Östhammar och Enköping noteras höga andelar för taxi. Kollektivtrafikutbudet förklarar en del av skillnaderna. Möjlighe-

terna att resa med allmänna färdmedel till Uppsala är goda från nästan hela länet, medan de kollektiva förbindelserna till Enköping och Östhammar är sämre än för övriga orter. Upptagningsområdena för sjukhusen i Enköping och Östhammar är nämligen till stora delar glest bebyggda.

Den utbetalda reseersättningen varierar mycket mellan orterna. Skillnaderna avspeglar valet av färdmedel men även avståndet till vården. Således är genomsnittsansättningen för Uppsala-resorna högst. Uppsala har hela länet som upptagningsområde för en stor del av vården. Den lägsta genomsnittliga ersättningen gäller för sjukresor som har Enköping som mål. Merparten av den utbetalade ersättningen avser taxiresor. För resor till Östhammar svarar taxiresorna för inte mindre än 80 procent av den utbetalda ersättningen.

Tabell 2 Sjukresornas fördelning på vårdgivare i Uppsala, Enköping, Östhammar och Tierp

Besök hos	Uppsala		Enköping		Östhammar		Tierp	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Läkare	4 710	82,7	706	83,3	372	84,0	974	88,1
Distriktsköterska	12	0,2	3	0,3	12	2,7	19	1,7
Tandläkare	495	8,7	52	6,1	3	0,7	23	2,1
Sjukgymnast	318	5,6	87	10,3	52	11,7	89	8,0
Övriga vårdgivare	155	2,7	—	—	4	0,9	1	0,1
Kombination av vårdgivare	4	0,1	—	—	—	—	—	—
Totalt	5 694	100,0	848	100,0	443	100,0	1 106	100,0

Tabell 3 Använt färdmedel för sjukresor till Uppsala, Enköping, Östhammar och Tierp

Färdmedel	Uppsala		Enköping		Östhammar		Tierp	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Taxi	1 675	29,4	301	35,5	181	40,8	347	31,4
Buss	1 121	19,7	60	7,1	18	4,1	118	10,7
Tåg	10	0,2	—	—	—	—	—	—
Privatbil	2 783	48,9	469	55,3	237	53,5	636	57,5
Kombination av färdmedel	105	1,8	18	2,1	7	1,6	5	0,4
Totalt	5 694	100,0	848	100,0	443	100,0	1 106	100,0

Tabell 4 Utbetalad reseersättning för sjukresor till Uppsala, Enköping, Östhammar och Tierp

Färdsätt	Uppsala			Enköping			Östhammar			Tierp		
	Kr	%	Genom- snitt	Kr	%	Genom- snitt	Kr	%	Genom- snitt	Kr	%	Genom- snitt
Taxi	195 641	55,5	117:-	21 460	68,8	71:-	18 352	80,2	101:-	44 484	76,0	128:-
Buss	36 007	10,2	32:-	535	1,7	9:-	308	1,3	17:-	1 805	3,1	15:-
Tåg	713	0,2	71:-	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bil	112 245	31,8	40:-	8 306	26,6	18:-	3 603	15,8	15:-	11 964	20,4	19:-
Kombination av färdmedel	7 908	2,3	75:-	889	2,9	49:-	607	2,7	87:-	290	0,5	58:-
Totalt	352 514	100,0	62:-	31 190	100,0	37:-	22 870	100,0	52:-	58 543	100,0	53:-

Av kartorna 3–6 framgår från vilket delområde resorna till resp. ort påbörjas samt vilket färdmedel som används.

61 procent av länets sjukresor sker till *Uppsala*. En stor del av resorna kommer från Uppsala-området. Merparten av dessa sker med taxi. Det är naturligtvis så att karensreglerna ger detta resultat. Ersättning för bil och kollektivtrafik utgår i allmänhet inte för så korta avstånd som det här är fråga om. Samtidigt är det självklart så att med det stora befolkningsunderlag som Uppsala med närområde har, att det är härifrån som de flesta patienterna kommer.

Av Uppsala-kartan framgår att det finns tämligen många områden, där buss inte alls används eller används i liten utsträckning (t. ex. Lövestabruk och Örsundsbo). Men man kan också finna områden med många sjukresor med buss (t. ex. Älvkarleby och Dannemora/Österbybruk).

Av kartan att döma spelar tillgången på kollektivtrafik en viktig roll för hur man reser till vårdinrättningar i Uppsala, men det är inte hela sanningen, eftersom också områden med god tillgång på kollektivtrafik samtidigt har mycket resande med taxi och bil. Förklaringar till detta är att hälsotillståndet motiverar ett dyrare färdmedel eller att tidpunkten för vårdbesöket inte passar särskilt väl med tidtabellerna för bussarna.

Av antalet taxiresor till Uppsala har 90 procent ersatts på grundval av att läkare intygat att patientens hälsotillstånd krävt taxiresa. Då det gäller privatbilsresor finns läkarintyg endast för 14 procent. Privatbilsresorna har sannolikt visat sig vara billigaste färdssätt, då försäkringskassan bedömt ersättningsens storlek.

Andelen resor till *Enköping* är 9 procent, men i absoluta tal rör det sig om drygt 800 resor under en tvåveckorsperiod. Andelen taxi- och bilresor är stor i förhållande till länsgenomsnittet och i jämförelse med Uppsala-resorna. Det största antalet taxiresor sker inom själva Enköpings-området och förklaringen torde här vara karensreglerna. Det är också dessa resor som förklarar den lägre genomsnittskostnaden för taxiresor till Enköping. 99 procent av taxiresorna har intygats av läkare. Liksom för Uppsala-resorna har endast en liten andel av bilresorna ersatts på grund av läkarintyg. Det rör sig om sex procent.

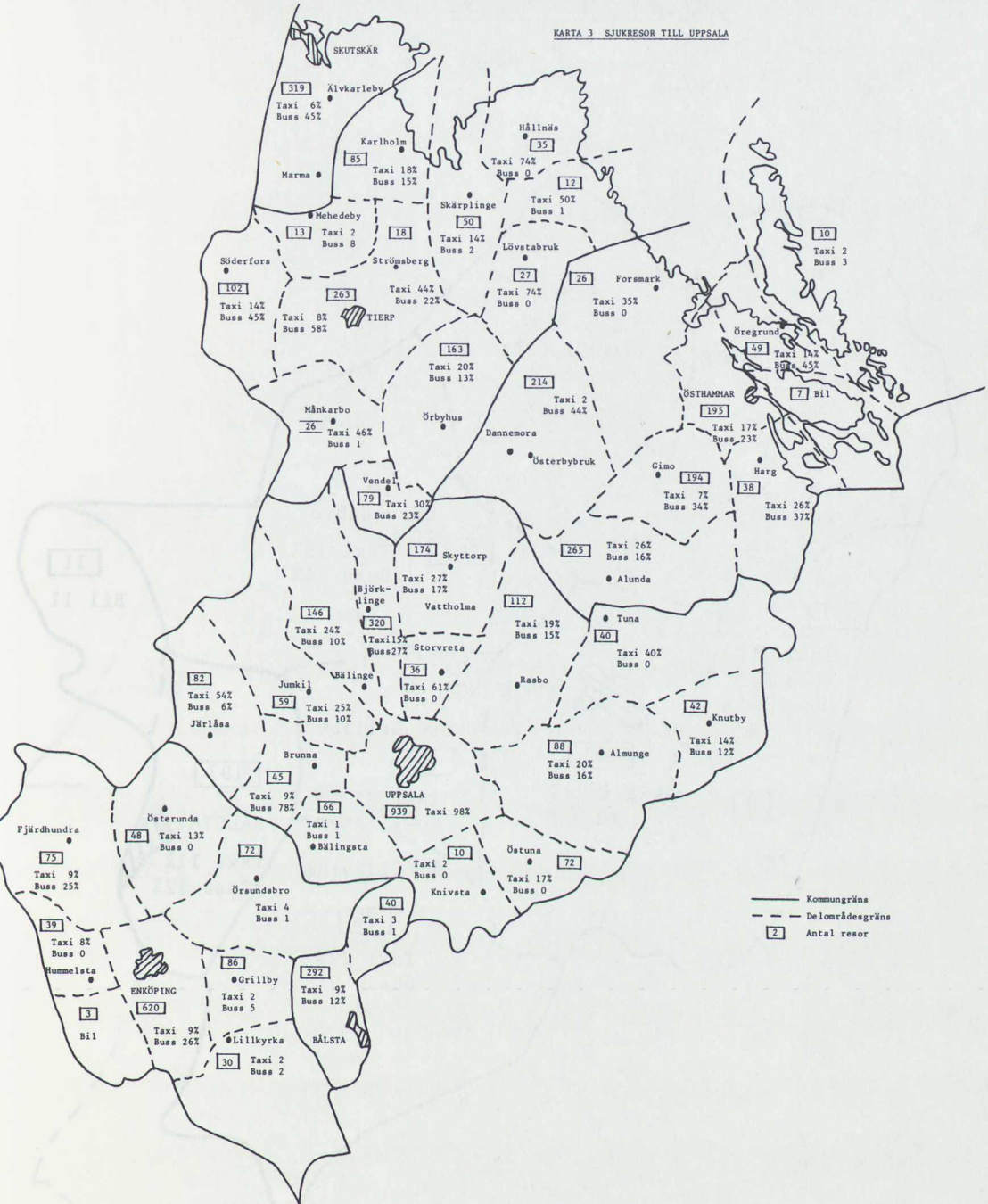
Andelen resor till *Östhammar* är inte särskilt stor, fem procent. I absoluta tal motsvaras det av drygt 400 resor under två veckor eller cirka 40 resor per dag.

Liksom för de andra orterna gäller att de flesta taxiresorna sker inom målområdet. I jämförelse med Enköping har Östhammar dock också några längre taxiresor. Andelen resor som intygats av läkare är här betydligt lägre. Det rör sig om 65 procent, vilket tyder på att dåliga kollektivtrafikförbindelser ger upphov till en del av taxiresorna. I några områden (t. ex. Forsmark) ersätts de flesta taxiresorna utan läkarintyg. Från de här områdena sker heller inte några bussresor.

9 procent av de ersatta privatbilsresorna har intygats av läkare.

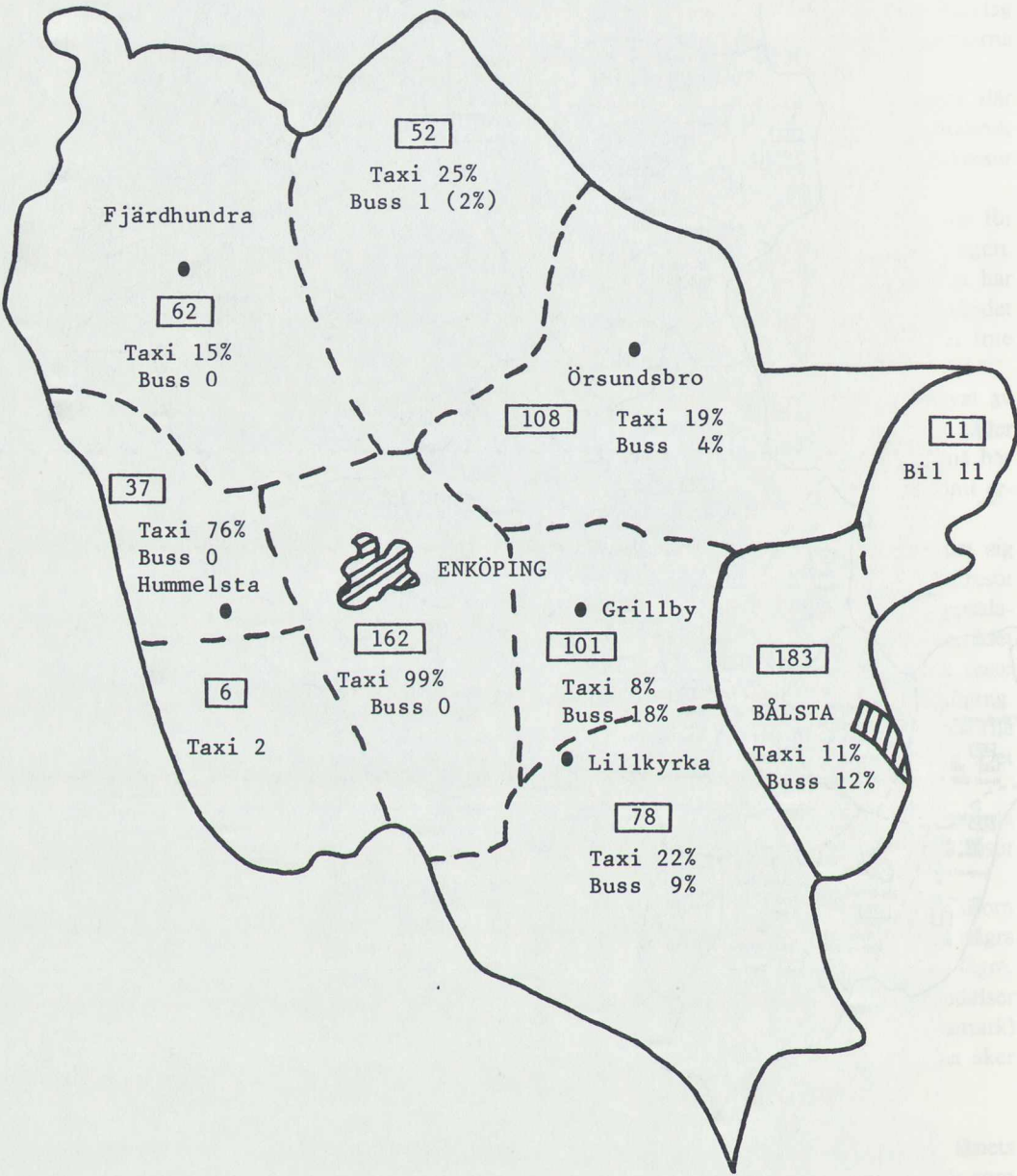
Antalet resor till *Tierp* är drygt 1 000 motsvarande 12 procent av länets sjukresor under den studerade perioden. Andelen taxiresor är ungefär som länsgenomsnittet men genomsnittskostnaden per resa är högre, vilket här förklaras av att de flesta taxiresorna inte härrör från själva Tierps-området. Detta svarar bara för 11 procent av taxiresorna. Det finns tämligen många

KARTA 3 SJUKRESOR TILL UPPSALA



SJUKRESOR TILL ENKÖPING

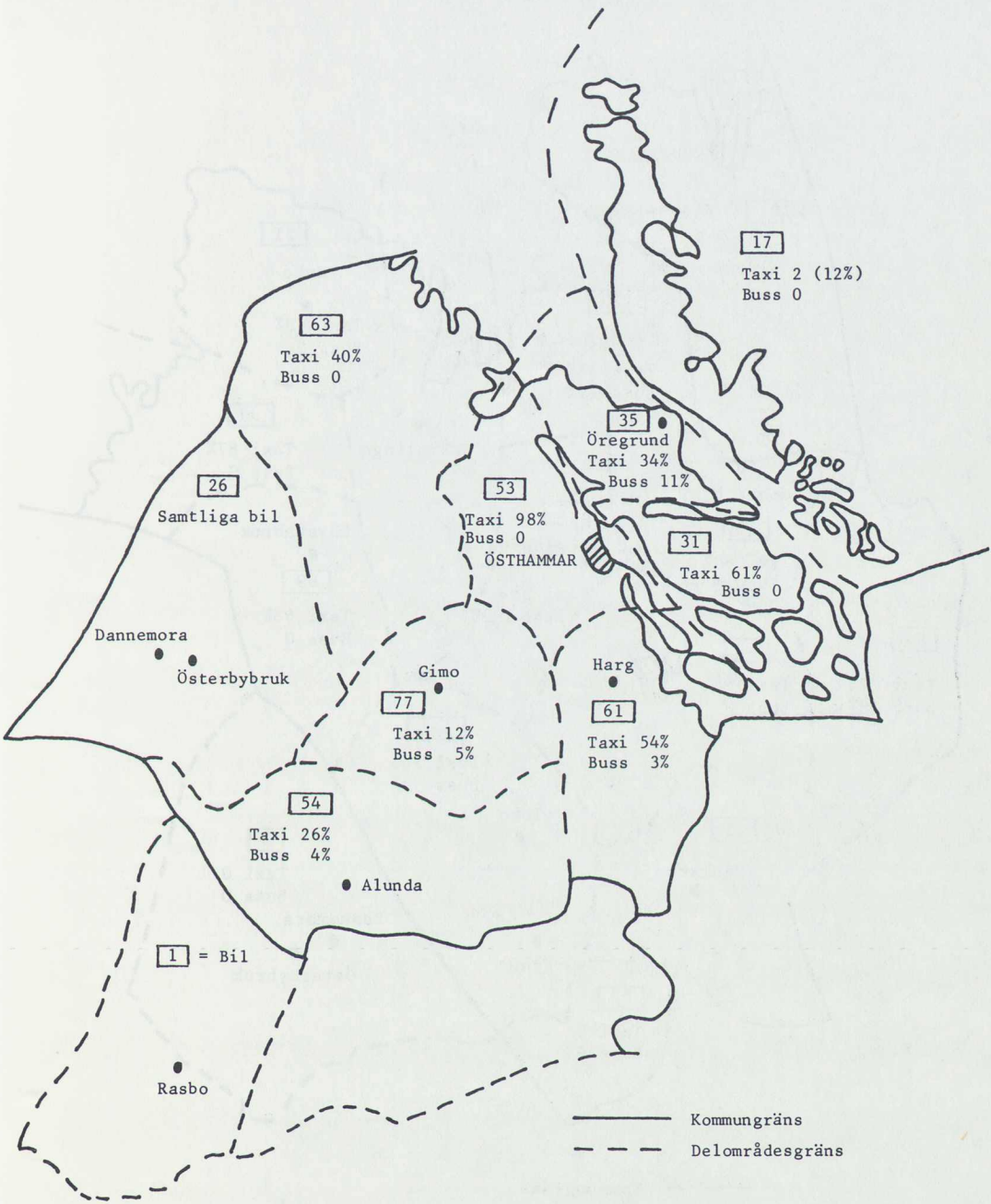
KARTA 4



Kommungräns —————
Delområdesgräns - - - - -

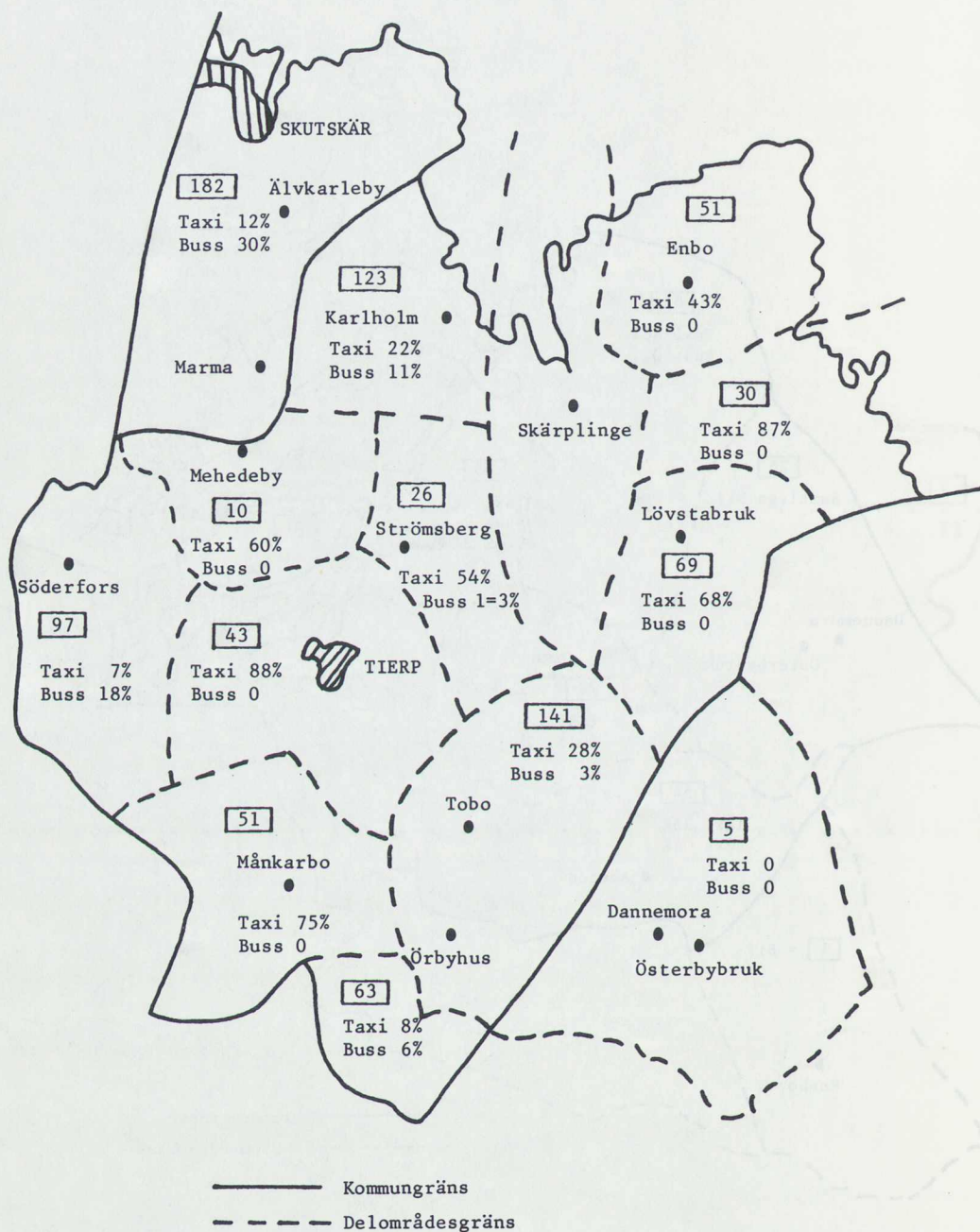
SJUKRESOR TILL ÖSTHAMMAR

KARTA 5



SJUKRESOR TILL TIERP

KARTA 6



områden, där taxi är det vanligaste färdmedlet. Taxis dominans här förklaras till viss del av befolkningens åldersmässiga sammansättning. Det är här frågan om äldre personer. 91 procent av de ersatta taxiresorna har intygats av läkare.

Bilaga 2 Sjukreseförordningen och dess tillämpningsföreskrifter

Sjukreseförordning (1975:964)

Inledning

1 §

I denna förordning ges bestämmelser om resekostnadsersättning från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

2 §

Ersättning utgår för resekostnad i samband med sjukvård som är ersättningsberättigad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring och rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.

Ersättning utgår också för resekostnad i samband med vård av specialist- eller specialtandläkare som har meddelats försäkrad som avses i 2 kap. 3 § andra stycket lagen om allmän försäkring och vård som vid sjukdom har meddelats av distriktssköterska eller distriktsbarnmorska.

Resekostnadsersättning utgår ej för resa utom riket.

3 §

Bestämmelserna i denna förordning om ersättning vid öppen vård skall, om ej annat anges, tillämpas i fråga om

1. läkarvård
2. tandvård
3. sjukvårdande behandling
4. sjukvård meddelad av distriktssköterska eller distriktsbarnmorska
5. rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.
6. utprovning och anpassning av hjälpmedel för handikappad som, efter ordination av behörig läkare eller annan som har ordinationsrätt, ombesörjes av sjukvårdshuvudman
7. besök hos läkare vid företagshälsovårdsmottagning som är registrerad hos allmän försäkringskassa.

4 §

Vad i denna förordning sägs om ersättning vid sjukhusvård skall även gälla konvalescentvård för vilken utgår ersättning enligt förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling m. m.

Med allmänt sjukhus jämställes i denna förordning sjukvårdsinrättning som har upptagits i förteckning som fastställs av riks försäkringsverket.

Allmänna ersättningsbestämmelser

5 §

Resekostnadsersättning utgår under förutsättning att resan huvudsakligen har föranletts av behovet av vård och det ej med hänsyn till resans längd och den försäkrades tillstånd skäligen hade kunnat fordras att han hade färdats på annat sätt som icke hade medfört särskild kostnad.

Har försäkrad besökt mottagning för öppen vård och efter remiss därifrån omedelbart fortsatt till allmänt sjukhus, anses endast en resa ha företagits.

6 §

Den försäkrade har rätt till ersättning för resekostnad med hänsyn till den väg och det färd sätt som verkligen har använts. Resekostnaden får dock ej beräknas till högre belopp än vad det skulle ha kostat att använda den väg och det färd sätt som med skäligen hänsyn till den försäkrades tillstånd, resans längd och övriga omständigheter varit ägnade att medföra den lägsta sammanlagda kostnaden.

Resans längd

7 §

Resekostnaden får ej beräknas till högre belopp än vad resan skulle ha kostat om vården hade sökts vid allmän mottagning för öppen vård som är inrättad för den ort där den försäkrade vistas eller vid närmaste allmänna sjukhus där den försäkrade kunnat få den vård som han behövt.

Vid tandvård skall vad som sägs i första stycket gälla närmaste tandläkare som kunnat bereda den försäkrade vård inom försäkringens ram.

Har behov av sjukhusvård uppkommit när den försäkrade har befunnit sig inom det sjukvårdsområde där han är bosatt eller kommun som gränsar till detta och har han tagits in på hemortssjukhus, får kostnaden oavsett begränsningen enligt första stycket beräknas till högst vad det skulle ha kostat att söka vård vid närmaste hemortssjukhus där den försäkrade hade kunnat få den behövliga vården.

Ersättning för återresa

8 §

Har den försäkrade fått vård inom det sjukvårdsområde där han är bosatt, beräknas kostnad för återresa till bostaden eller till den plats varifrån resan till mottagningen eller sjukhuset företogs.

9 §

Har den försäkrade fått vård utanför det sjukvårdsområde där han är bosatt och har vårdbehovet uppkommit medan han vistades utanför detta sjukvårdsområde, beräknas kostnad för återresa till vad det skulle ha kostat att resa till den plats varifrån resan till mottagningen eller sjukhuset företogs. Har vårdbehovet uppkommit under vistelse inom kommun som gränsar till nämnda sjukvårdsområde, får ersättning beräknas för resa till den försäkrades bostad, i den mån resekostnaden icke överstiger vad sådan återresa skulle ha kostat om vården söktes vid närmaste mottagning för öppen vård inom sjukvårdsområdet eller vid närmaste hemortssjukhus där vården kunnat beredas.

Försäkrad som ej enligt första stycket får beräkna ersättning på hela kostnaden för återresan har rätt till ersättning för merkostnad som har uppkommit genom att han har måst använda ett dyrare färd sätt för återresan än han skulle ha kunnat använda om han icke hade behövt söka vård.

Karensbelopp

10 §

Den försäkrade har rätt till ersättning för den del av den sammanlagda resekostnaden som vid varje vårdtillfälle överstiger 30 kronor.

Karensbeloppet utgör dock 38 kronor vid

1. tandvård, fränsett vård av specialist- eller specialtandläkare som meddelas efter remiss från läkare eller tandläkare eller som annars meddelas försäkrad som avses i 2 kap. 3 § andra stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring
2. rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.

Färdmedel

11 §

Resekostnad beräknas

1. vid resa med färdmedel i allmän trafik enligt därför gällande taxa.
2. vid resa med bil, som ej går i allmän trafik och ej heller tillhandahålls genom sådan yrkesmässig uthyrning av bilar utan förare som gäller för en tid som understiger ett år, till 55 öre för kilometer
3. vid anlitande av annat färd sätt än som sägs i 1–2 enligt vad som anses skäligt.

Ersättning utgår ej för resa med cykel eller moped.

Beträffande transporter med ambulansbil eller annat fordon som är särskilt anpassat för sjuktransport finns särskilda bestämmelser.

12 §

Skall ersättning beräknas för flera personer som rest med samma bil skall belopp som sägs i 11 § 2 anses innefatta resekostnaden för samtliga. Dock beräknas en ökad resekostnad med 5 öre för kilometer för varje person utöver en. Resekostnaden fördelas lika mellan de ersättningsberättigade.

Övernattning

13 §

För försäkrads utgift för övernattning utgår ersättning

1. när den försäkrade vid resa med färdmedel som går i reguljär trafik icke har kunnat avsluta resan före klockan 24 den dag resan har anträtts eller före den tidpunkt samma dag då han skulle ha kunnat bli intagen för sjukhusvård
2. när den försäkrade har erhållit öppen vård under mer än en dag utanför bostadsorten och mellan behandlingstillfällena stannat kvar på den ort där vården meddelades.

14 §

Ersättning för övernattning beräknas på det belopp som den försäkrade har betalat för logi, dock högst 55 kronor för natt.

I fall som avses i 13 § 2 får ersättning ej utgå med högre belopp än vad den försäkrade, om han hade kunnat tillbringa nattvilan i sin bostad, skulle ha fått betala för resor fram och åter mellan den ort där vården meddelats och bostaden. Vad nu har sagts gäller ej om det hade varit påkallat av medicinska skäl att han övernattat på den ort där vården meddelades.

Följeslagare m. m.

15 §

Om försäkrads ålder eller tillstånd påkallar att anhörig eller annan följer honom på resan, ersättes resekostnad och övernattningskostnad för följeslagaren enligt samma bestämmelser som gäller för den försäkrade. Vid resa i samband med sjukhusvård ersättes följeslagares resekostnad varje gång högst efter kostnaden för tur- och returresa.

Har försäkrad drabbats av svårare olycksfall eller blivit allvarligt sjuk på avseddes belägen arbetsplats eller under därmed jämförliga förhållanden, ersättes också gottgörelse till följeslagare för förlorad arbetsinkomst, dock med högst 100 kronor om dagen för varje följeslagare.

Behöver vård lämnas den sjuke under resa till eller från mottagning för

öppen vård eller sjukhus där den sjuke har fått vård, ersättes skälig kostnad för medföljande vårdare, om denna är läkare, sjuksköterska eller annan som på grund av utbildning eller yrke kan anses ha särskilda förutsättningar att lämna den behövliga vården.

Sjukt barn

16 §

Har förälder eller annan anhörig med anledning av sjukdom hos barn som ej fyllt 16 år gjort besök i offentlig öppen vård och har besöket ingått som en del i behandlingen av barnet, utgår ersättning för resekostnad och övernattningskostnad enligt samma bestämmelser som gäller vid egen sjukdom.

Ersättning utgår även för besök som förälder eller annan anhörig har gjort hos barn som ej fyllt 16 år när barnet har vårdats på sjukhus. Ersättning utgår ej för mer än ett besök hos barnet i veckan. Ersättning lämnas för den del av den sammanlagda kostnaden som vid varje besök överstiger 30 kronor.

Närmare föreskrifter

17 §

Närmare föreskrifter för verkställigheten av denna förordning meddelas av riksförsäkringsverket.

Tillämpningsföreskrifter

Riksförsäkringsverkets cirkulär S 20/1975

Ersättning för försäkrads resekostnader

Bestämmelserna om ersättning för försäkrads resekostnader finns i 2 kap 5 och 6 §§ lagen om allmän försäkring (AFL) samt i sjukreseförordningen (1975:964).

Med stöd av 17 § sjukreseförordningen meddelar riksförsäkringsverket följande.

Inledning

Enligt 2 kap 5 § AFL utgår ersättning för resekostnad i samband med läkarvård, tandvård eller sjukhusvård som avses i 2–4 §§ samma kapitel.

Enligt 2 och 3 §§ sjukreseförordningen utgår ersättning också för resekostnad i samband med sjukvårdande behandling enligt kungörelsen (1962:387), rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m m, vård av specialist- eller specialtandläkare som har meddelats försäkrad som avses i 2 kap 3 § andra stycket AFL samt vård som vid sjukdom har meddelats av distriktssköterska eller distriktsbarnmorska.

Riksförsäkringsverket vill i anslutning härtill framhålla att ersättning för resekostnader kan utgå till försäkrad om han enligt 4 kap 3 § AFL fått ersättning för sjukhusvård under i paragrafen angiven längsta tid.

Allmänna ersättningsbestämmelser

Enligt 5 § första stycket sjukreseförordningen utgår resekostnadsersättning under förutsättning att resan huvudsakligen har föranletts av behovet av vård och det ej med hänsyn till resans längd och den försäkrades tillstånd skäligen hade kunnat fordras att han hade färdats på annat sätt som icke hade medfört särskild kostnad.

Enligt 6 § samma förordning har den försäkrade rätt till ersättning för resekostnad med hänsyn till den väg och det färd sätt som verkligen har använts. Resekostnaden får dock ej beräknas till högre belopp än vad det skulle ha kostat att använda den väg och det färd sätt som med skälig hänsyn till den försäkrades tillstånd, resans längd och övriga omständigheter varit ägnade att medföra den lägsta sammanlagda kostnaden.

Riksförsäkringsverket föreskriver följande.

Vid bedömandet av vad som skall anses vara sådan väg och sådant färd sätt, som avses i 6 §, skall huvudvikten läggas på frågan om det kan antas att den försäkrades hälsotillstånd skulle ha försämrats, ifall han färdats en annan väg eller begagnat ett billigare färd sätt. Hänsyn skall således tas inte endast till försämring av den sjukdom, för vilken vården söktes, utan också till annan försämring av hälsotillståndet. Vidare skall sådana omständigheter som ålder och smittorisk beaktas. Om ett billigare färd medel i och för sig kunnat användas men detta hade medfört, att den försäkrade varit tvungen att uppskjuta resan (buss går exempelvis endast ett par dagar i veckan) eller att han fått resan avsevärt förlängd, kan ersättning utges för begagnande av ett dyrare färd medel under förutsättning att risk annars skulle ha förelegat för försämring av hans tillstånd.

Om de allmänna kommunikationerna är sådana att de inte utgör ett realistiskt alternativ till resa med bil eller taxi – resa med allmänna kommunikationsmedel tar en oskäligt lång tid – är ersättning för resa med det dyrare färd medlet befogad. Generellt gäller härvid vid resa med egen bil att någon begränsning till vad resa med allmänna kommunikationsmedel skulle ha kostat inte skall ske om skillnaden i kostnad inte överstiger 10 kronor. Har således en försäkrad åkt egen bil till en beräknad kostnad av 23 kr och resa med allmänna kommunikationsmedel skulle ha kostat 13 kr skall ersättning beräknas efter resa med egen bil dvs 23 kr.

I övrigt får det prövas från fall till fall om de allmänna kommunikationsmedlen kan anses vara ett realistiskt alternativ till bil eller taxi.

Exempel

En försäkrad, bosatt i Lingbo, reser med taxi till distriktsläkaren i Ockelbo. Hemresan företas med buss. Besökstiden är bestämd till kl 15.45. Buss avgår från Lingbo kl 07.45. Bussresan mellan Lingbo och Ockelbo tar 20 minuter. Efter läkarbesöket avgår bussen från Ockelbo kl 17.25. Busskost-

naden enkel resa är 8 kr och tur och retur 15 kr. Taxi från den försäkrades bostad till distriktsläkaren kostar omkring 40 kr. Inga andra kommunikationer finns mellan Lingbo och Ockelbo.

Med hänsyn till den betydande tidsvinst som den försäkrade gör genom att resa till läkaren med taxi istället för med buss, kan allmänna kommunikationer inte anses vara ett realistiskt alternativ till taxi. Den försäkrade har då rätt till ersättning för det färd sätt han använt, nämligen taxi.

Ersättning utgår med $40 \text{ kr} + 8 \text{ kr} - 8 \text{ kr} = 40 \text{ kr}$.

Utöver kostnad för färdbiljett kan kostnader för exempelvis sittplats-, liggplats- och sovplatsbiljett utges om begagnande härav kan anses vara vanligt förekommande eller är motiverat med hänsyn till den försäkrades tillstånd. Kan det skäligen krävas, att den försäkrade vid resan skulle ha använt sig av tur- och returbiljett, skall ersättningen beräknas högst efter kostnad för sådan biljett.

Kostnad för väntetid vid färd med taxi ersätts endast om kostnaden för fram- och återresa jämte väntetid inte ställer sig dyrare än kostnaden för två enkla resor. Härvid förutsätts, att bil erfordrats också för återresan.

Har taxi väntat vid sjukvårdsinrättning i avvaktan på om den försäkrade kommer att tas in eller inte, skall någon ersättning inte utgå för väntetid, om den försäkrade tas in.

Vid beräkning av ersättning för försäkrads kostnad för resa med taxi skall också gängse drickspengar till chauffören medräknas.

Resans längd

Enligt 7 § första stycket sjukreseförordningen får resekostnaden ej beräknas till högre belopp än vad resan skulle ha kostat om vården hade sökts vid allmän mottagning för öppen vård som är inrättad för den ort där den försäkrade vistas eller vid närmaste allmänna sjukhus där den försäkrade kunnat få den vård som han behövt.

I 7 § tredje stycket stadgas att om behov av sjukhusvård uppkommit när den försäkrade har befunnit sig inom det sjukvårdsområde där han är bosatt eller kommun som gränsar till detta och han har tagits in på hemortssjukhus, får kostnaden oavsett begränsningen enligt första stycket beräknas till högst vad det skulle ha kostat att söka vård vid närmaste hemortssjukhus där den försäkrade hade kunnat få den behövliga vården.

1 Resor till och från läkare

Riksförsäkringsverket föreskriver följande.

En förutsättning för att resekostnadsersättning skall utgå är att den försäkrade åtnjutit läkarvård som avses i 2 kap 2 § AFL. Vården skall ha meddelats av läkare i tjänst hos staten, landstingskommun eller kommun som inte tillhör landstingskommun, eller av privatpraktiserande läkare som är uppförd på förteckning hos försäkringskassa eller av läkare vid företagshälsovårdsmottagning som registrerats hos försäkringskassa.

Som närmaste allmänna sjukhus räknas det närmaste inom det egna sjukvårdsområdet där den försäkrade kunnat få den vård som han behövt. Er-

håller den försäkrade läkarvård vid ett närmare beläget allmänt sjukhus utanför sjukvårdsområdet, är han emellertid berättigad till ersättning för resor till och från det sjukhuset.

Om sjukvårdshuvudmannen har anvisat särskild öppen mottagning vid sjukhus för viss sjukdom skall sådant sjukhus betraktas som närmaste allmänna sjukhus när vård söks för den sjukdomen.

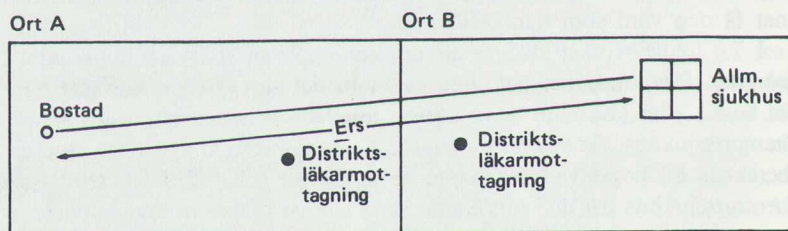
Har vården sökts hos privatläkare eller på annat håll än vid allmän läkarmottagning, som inrättats för den ort där den försäkrade vistas, eller vid närmaste allmänna sjukhus där han kunnat få den vård han behövt, utges ersättning intill kostnaden för resor till och från sådan läkarmottagning resp sådant sjukhus.

Söker den försäkrade läkarvård efter remiss av läkare eller annan person, som av sjukvårdshuvudmannen bemyndigats att utfärda sådan remiss och avser remissen privatpraktiserande läkare med specialistkompetens utgår ersättning högst efter kostnad för resor till och från närmaste allmänna sjukhus där specialiteten är företrädd.

Om försäkrad som undergår eller skall undergå läkarbehandling har begett sig till annan ort av skäl som inte föranletts av sjukdomsbehandlingen och om kostnaderna för resorna för behandlingen därigenom har blivit högre än eljest bör ersättningen för resorna i allmänhet begränsas till det belopp som skulle ha utgått, om den försäkrade inte bytt vistelseort.

Exempel 1

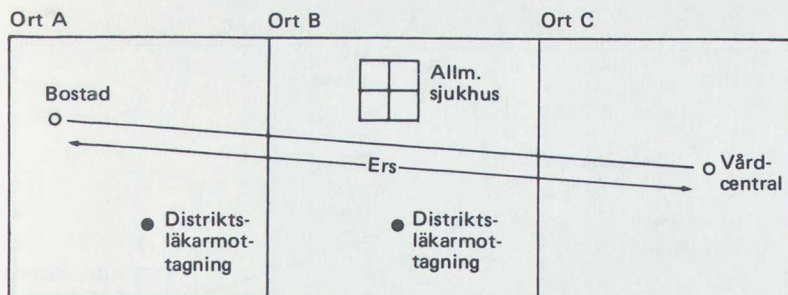
En försäkrad bosatt i orten A söker läkarvård vid allmänt sjukhus i orten B. Detta sjukhus är närmaste allmänna sjukhus där den försäkrade kan få den vård han behöver. På väg till sjukhuset passerar den försäkrade distriktsläkarmottagningarna i orterna A och B.



Resersättning utgår för resorna till och från sjukhuset i orten B eftersom detta är närmaste allmänna sjukhus där den försäkrade kunnat få den vård han behövt.

Exempel 2

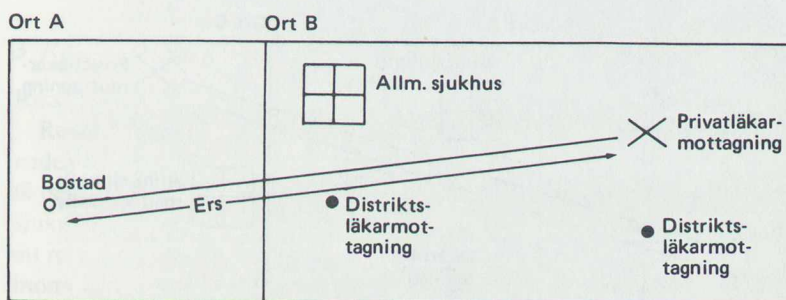
En försäkrad bosatt i orten A söker läkarvård vid vårdcentralen i orten C. Vårdcentralen är inrättad för den region inom landstingsområdet i vilken orten A ingår. På väg till vårdcentralen passerar den försäkrade distriktsläkarmottagningarna i orterna A och B samt allmänna sjukhuset i orten B.



Reseersättning utgår för resorna till och från vårdcentralen i orten C, eftersom centralen i fråga är inrättad bl. a. för den ort där den försäkrade vistas.

Exempel 3

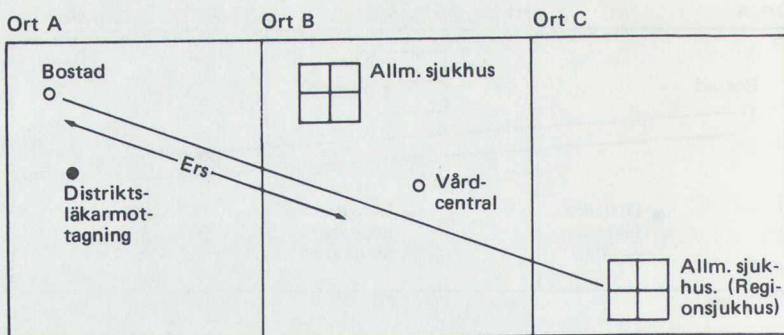
En försäkrad bosatt i orten A (B-kommun) söker läkarvård hos en privatpraktiserande läkare i orten B inom samma vårdområde. På väg till läkaren passerar den försäkrade närmaste allmänna sjukhus. För vårdområdet finns flera distriktsläkarmottagningar inrättade. En av dessa mottagningar passerar den försäkrade på väg till läkaren och en annan är belägen längre bort än privatläkarmottagningen, räknat från bostaden i orten A.



Reseersättning utgår för resorna till och från privatläkarmottagningen eftersom det finns en längre bort belägen distriktsläkarmottagning inrättad för orten.

Exempel 4

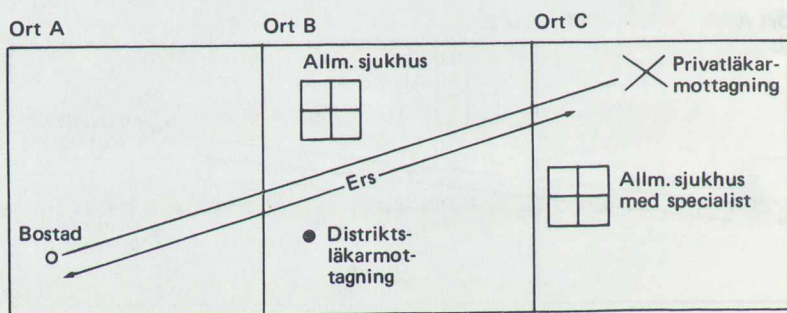
En försäkrad bosatt i orten A söker utan remiss läkarvård vid regionsjukhuset i orten C. På vägen passerar den försäkrade distriktsläkarmottagningen i orten A, närmaste allmänna sjukhus där han kunnat få den vård han behövt och en vårdcentral i orten B, som är inrättad för den region inom landstingsområdet i vilken orten A ingår.



Reseersättning utgår efter kostnad för resor till och från vårdcentralen i ort B. Eftersom vårdcentralen i orten B är inrättad för den region inom landstingsområdet i vilken orten A ingår beräknas kostnaden högst efter resa till och från vårdcentralen.

Exempel 5

En försäkrad bosatt i orten A, söker efter remiss specialistvård hos privatpraktiserande läkare i orten C. På vägen dit passerar han distriktsläkarmottagningen och allmänna sjukhuset i orten B samt allmänna sjukhuset i orten C. Vid sistnämnda sjukhus finns motsvarande specialistmottagning.



Reseersättning beräknas efter kostnad för resor till och från allmänna sjukhuset i orten C, eftersom detta är närmaste allmänna sjukhus där specialiteten är företrädd.

2 Resor i samband med tandvård

Enligt 7 § andra stycket sjukreseförordningen skall vad som sägs i första stycket samma paragraf gälla närmaste tandläkare som kunnat bereda den försäkrade vård inom försäkringens ram.

Ur propositionen 1973:45 med förslag om allmän tandvårdsförsäkring kan följande hämtas.

Ersättning utgår för den del av de sammanlagda resekostnaderna som överstiger 15 kronor, och högst med det belopp som skulle ha utgått vid besök hos närmaste tandläkare som kunnat meddela tandvård inom försäkringens ram.

Om den närmaste tandläkaren inte varit anträffbar kan ersättning utgå för kostnader för resa till annan tandläkare. En förutsättning härför är att den försäkrade drabbats av akuta besvär som kräver omedelbar hjälp eller att den närmaste tandläkaren inte kunnat lämna tandvård efter normal väntetid.

Har oralkirurgisk behandling eller annan åtgärd enligt förteckning, som fastställts av regeringen, meddelats under sådana förutsättningar att ersättning för vården utgår efter samma grunder som för läkarvård, skall ersättning för resor utgå om kostnaden överstiger åtta kronor.

Då tandvård, efter hänvisning av läkare eller tandläkare, meddelas av specialist- eller specialtandläkare utgår ersättning i den mån resekostnaderna överstiger åtta kronor. Ersättning utgår högst med det belopp som skulle ha utgått vid besök hos närmaste specialist- eller specialtandläkare som kunnat bereda den försäkrade erforderlig vård inom försäkringens ram.

Riksförsäkringsverket vill i sammanhanget framhålla att resekostnadsersättning kan utgå till barn och ungdom som åtnjuter avgiftsfri tandvård hos folktandvården i form av oralkirurgisk behandling m. m. och tandvård meddelad av specialist- eller specialtandläkare. Däremot inte i samband med den allmäntandvård som tillhör den organiserade barn- och ungdomstandvården. Jämför dock verkets cirkulärskrivelse C 1975-03-12.

3 Resor i samband med sjukvårdande behandlingar m. m.

Riksförsäkringsverket föreskriver följande.

Resekostnadsersättning kan utgå högst med belopp beräknat efter kostnaden för resa till närmaste allmänna mottagning där den försäkrade kunnat få den vård han behövt. Reser således en försäkrad till privatpraktiserande sjukgymnast utgår resekostnadsersättning högst efter vad det skulle ha kostat att resa till närmaste allmänna mottagning där behandlingen kunnat erhållas inom tid vilken han – enligt läkares bedömande – längst kunnat vänta med behandlingen.

Resekostnadsersättning i samband med utprovning och anpassning av hjälpmedel för handikappade kan utgå om hjälpmedlet ordinerats av behörig läkare eller annan som har ordinationsrätt.

Resekostnadsersättning kan utgå högst med belopp beräknat efter kostnaden för resa till närmaste ställe (hjälpmedelscentral, ortopedisk verkstad etc.) där utprovning och anpassning av hjälpmedlet kunnat ske.

4 Resor i samband med preventivmedelsrådgivning m. m.

Riksförsäkringsverket föreskriver att resekostnadsersättning kan utgå högst med belopp beräknat efter kostnaden för resa till närmaste mottagning där rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller angående abort eller sterilisering kunnat ges.

I fråga om resor i samband med öppen vård som i sin helhet ägt rum inom Stockholm, Göteborg, Malmö eller Norrköping föreskriver riks försäkringsverket att ersättning skall utgå utan den i 7 § första stycket angivna begränsningen. Detsamma skall gälla beträffande ersättning för sådan resa mellan Stockholm och Karolinska sjukhuset.

5 Resor i samband med intagning på och utskrivning från sjukvårdsinrättning

Riksförsäkringsverket föreskriver följande.

När försäkrad på sjukvårdshuvudmannens initiativ överflyttas mellan sjukhus skall resekostnaden inte ersättas av allmän försäkringskassa utan av huvudmannen. Resans karaktär av överflyttningsresa påverkas inte av ett kortare avbrott i resan. Ett uppehåll mellan vårdtillfällena på högst tre dygn anses inte innebära avbrott i vården.

Har en försäkrad insjuknat under tillfällig vistelse i utlandet och i anledning härav hemtransporterats och intagits på sjukhus här i landet, skall ersättning för den försäkrades resekostnader i anledning av sjukhusvården utges högst efter vad som skulle ha utgått, ifall behovet av sjukhusvård uppkommit i den sjukes bostad i hemorten.

Någon ersättning för resor till och från sjukhuset i samband med tillfälligt avbrott (permission) i sjukhusvård skall ej utgå från försäkringskassa. Inte heller skall reseersättning utgå till en patient – som åtnjuter nattsjukhusvård och som arbetar på dagarna – för resorna till och från arbetet.

6 Resor vid konvalescentvård

Enligt 4 § första stycket sjukreseförordningen skall vad i denna förordning sägs om ersättning vid sjukhusvård även gälla konvalescentvård för vilken utgår ersättning enligt kungörelsen (1962:387) angående ersättning enligt lagen om allmän försäkring för vissa utgifter för vård eller behandling i anledning av sjukdom.

Riksförsäkringsverket föreskriver följande.

Ersättning för kostnaden för resa till och från konvalescenthem utgår högst med belopp motsvarande resa till och från närmaste konvalescenthem, där erforderlig ersättningsgill vård kan erhållas. Om den försäkrade vistas inom det sjukvårdsområde där han är bosatt, och han hänvisas till konvalescenthem inom området, anses detta konvalescenthem alltid som det närmaste där erforderlig vård meddelas.

Konvalescenthem som drivs av stiftelse med anknytning till försäkringskassa inom vars område den försäkrade är bosatt, räknas likaledes vid hänvisning dit såsom det närmaste konvalescenthem där vård kan erhållas.

Resa från sjukhus till konvalescenthem jämställs med överflyttningsresa mellan sjukhus. Det är avsett att sjukvårdshuvudmannen skall svara för sådan resa. Reseersättning skall alltså inte utgå från allmän försäkringskassa. Vad tidigare sagts om kortare uppehåll vid överflytning mellan sjukhus gäller även vid överflyttning mellan sjukhus och konvalescenthem.

Resa från konvalescenthem till sjukhus jämställs däremot inte med över-

flyttningsresa som nu sagts utan skall behandlas såsom intagningsresa. Re-seersättning utgår således från allmän försäkringskassa.

Ersättning för återresa

I 9 § sjukreseförordningen stadgas följande.

Har den försäkrade fått vård utanför det sjukvårdsområde där han är bosatt och har vårdbehovet uppkommit medan han vistades utanför detta sjukvårdsområde, beräknas kostnad för återresa till vad det skulle ha kostat att resa till den plats varifrån resan till mottagningen eller sjukhuset företogs. Har vårdbehovet uppkommit under vistelse inom kommun som gränsar till nämnda sjukvårdsområde, får ersättning beräknas för resa till den försäkrades bostad i den mån resekostnaden icke överstiger vad sådan återresa skulle ha kostat om vården sökts vid närmaste mottagning för öppen vård inom sjukvårdsområdet eller vid närmaste hemortssjukhus där vården kunnat beredas.

Försäkrad som ej enligt första stycket får beräkna ersättning på hela kostnaden för återresan har rätt till ersättning för merkostnad som har uppkommit genom att han måst använda ett dyrare färdssätt för återresan än han skulle ha kunnat använda om han icke hade behövt söka vård.

Riksförsäkringsverket föreskriver i anslutning härtill att merkostnadserättning skall utgå endast under förutsättning att återresan till bostaden företagits i omedelbar anslutning till meddelad sjukvård.

Exempel 1

En i Malmö bosatt försäkrad insjuknar under semestervistelse i Hörnefors dit han färdats med tåg och buss – och tas in på Umeå lasarett. Kostnad för intagningsresan med taxi är 30 kr. Efter avslutad vård bedöms han av läkare inte kunna företa en så lång resa som till bostaden i Malmö med tåg utan ordinerar flyg. Tågstkostnaden Umeå – Malmö uppgår till 209 kr och flygstkostnaden till 470 kr. Merkostnaden är alltså 261 kr. Mellanskillnaden mellan denna merkostnad (261 kr) och kostnaden för resan tillbaka till Hörnefors (30 kr) är 231 kr. Detta belopp inräknas i ersättningsunderlaget. Ersättning för återresan utgår med $30 \text{ kr} + 231 \text{ kr} - 8 \text{ kr} = 253 \text{ kr}$ vartill kommer ev. kostnader för taxi till och från flygplatserna.

Exempel 2

En försäkrad bosatt i Stockholm vistas tillfälligt i Storuman. Han insjuknar och intas på Umeå lasarett. Taxi till sjukhuset kostar 150 kr och behovet av bil styrks av läkare. Efter avslutad sjukhusvård reser han hem till Stockholm med flyg, vilket bedömts nödvändigt av läkare. Kostnad, inklusive taxi från flygplatsen, 300 kr. Tåg Umeå – Stockholm kostar 171 kr. Eftersom ersättningsunderlaget enligt huvudregeln (150 kr) överstiger merkostnaden (129 kr) för resan till Stockholm skall ersättning utgå enligt huvudregeln dvs. med $150 \text{ kr} - 8 \text{ kr} = 142 \text{ kr}$.

Exempel 3

Far och son är på bilresa i södra Sverige. Sonen insjuknar i Helsingborg och intas på lasarettet där. Fadern återvänder till Stockholm. Efter avslutad sjukhusvård skall sonen återvända till Stockholm med tåg. På grund av sonens tillstånd måste modern resa till Helsingborg för att hämta sonen. Resan hem företas i familjekupé med modern som följeslagare. Moderns kostnad för tågresa Stockholm – Helsingborg tur och retur uppgår till 263 kr. Därtill kommer en extra kostnad för familjekupén på 58 kr. Merkostnaden för sonens hemresa blir alltså $263 \text{ kr} + 58 \text{ kr} = 321 \text{ kr}$.

Ersättning för återresan utgår med $321 \text{ kr} - 8 \text{ kr} = 313 \text{ kr}$, vartill kommer kostnad för taxiresa till och från respektive järnvägsstationer.

Exempel 4

A och B bosatta i Nyköping reser med egen bil på semester till Östersund. Under vistelsen där bryter A benet och förs i ambulans till Östersunds lasarett. B återvänder med bilen till Nyköping. Efter avslutad sjukhusvård reser A hem med tåg, kostnad 150 kr, vilket belopp utgör merkostnaden. Ersättning för hemresan skall således utgå med $150 \text{ kr} - 8 \text{ kr} = 142 \text{ kr}$.

Färdmedel

Enligt 11 § sjukreseförordningen skall resekostnad beräknas

1. vid resa med färdmedel i allmän trafik enligt därför gällande taxa
2. vid resa med bil som ej går i allmän trafik och ej heller tillhandahålles i uthyrningsrörelse enligt 32 § förordningen (1940:910) angående yrkesmässig automobiltrafik m. m. till 40 öre för kilometer
3. vid anlitande av annat färd sätt än som sägs i 1–2 enligt vad som anses skäligt.

Ersättning utgår ej för resa med cykel eller moped.

Beträffande transporter med ambulansbil eller annat fordon som är särskilt anpassat för sjuktransport finns särskilda bestämmelser.

Riksförsäkringsverket föreskriver följande.

Färdmedel, som avses i 11 § 1, skall anses gå i allmän trafik också när det används för transport av försäkrad som är ägare till färdmedlet eller nära anhörig till ägaren.

Försäkrad som hyrt bil av någon som utövar yrkesmässig uthyrning av bil kan få högre ersättning än 40 öre för kilometer. Enligt 11 § 3 skall försäkrads resekostnad i sådana fall beräknas enligt vad kassan prövar skäligt.

Vid resa med färdmedel, som tillhör den försäkrade eller nära anhörig till honom, skall resekostnadsersättning enligt i 11 § 1–3 angivna beräkningsgrunder utgå, oberoende av om den försäkrade haft kostnad för resan eller inte. Såsom nära anhörig anses den försäkrades make, den försäkrades eller makens föräldrar, fosterföräldrar, barn och fosterbarn samt den som är gift med sådan person.

Kostnader för ambulanstransporter med flygplan och helikopter bestrids för närvarande av rikspolisstyrelsen från härför anvisat förslagsanslag. Efter som försäkrad inte själv behöver vidkännas någon utgift för dessa trans-

portkostnader, skall någon resekostnadsersättning inte utges av allmän försäkringskassa. Skulle däremot i något speciellt fall, där flygtransport sker utom ramen för ambulans- och räddningsflygtjänst, resa med flygplan eller helikopter anses som billigaste färd sätt med hänsyn till den försäkrades tillstånd m. m. skall ersättning utgå på vanligt sätt från försäkringskassa.

Övernattning

Enligt 13 och 14 §§ sjukreseförordningen kan ersättning utgå för försäkrads utgift för övernattning.

Riksförsäkringsverket föreskriver följande.

Bestämmelserna om ersättning för övernattningskostnader gäller inte bara då den försäkrade färdats med reguljärt trafikmedel utan också då han åkt med egen bil. Förutsättning för rätt till ersättning i det sistnämnda fallet är att den försäkrade skulle ha behövt övernatta om han färdats med reguljärt trafikmedel.

Följeslagare m. m.

Enligt 15 § sjukreseförordningen kan ersättning utgå för följeslagares resekostnader m. m. och för kostnad för vårdare.

Riksförsäkringsverket föreskriver följande.

Ökning av resekostnaden enligt 12 § sjukreseförordningen skall också beräknas i fråga om följeslagare som avses i 15 § samma förordning.

Ersättning för vårdares återresa bör i allmänhet beräknas efter de faktiska resekostnaderna, vilket ofta medför att kostnaderna kommer att överstiga kostnad för billigaste färd sätt.

Sjukt barn

Enligt 16 § sjukreseförordningen utgår ersättning för resekostnad och övernattningskostnad enligt samma bestämmelser som gäller vid egen sjukdom, till förälder eller annan anhörig som med anledning av sjukdom hos barn som ej fyllt 16 år gjort besök i offentlig öppen vård och besöket ingått som en del i behandlingen av barnet.

Enligt proposition 1975:36 utgår sådan ersättning även om barnet inte är med vid besöket.

Genom detta cirkulär upphävs cirkulär nr 17/1974.

Bilaga 3 Avtal och anvisningar för försöksverksamheten med samåkning i taxibil i norra Uppland

Avtal

Försöksverksamhet med samordning av sjukresor i taxibil inom Tierp och Älvkarleby kommuner.

1 §

Mellan Norra Upplands taxiförening (taxiägare anslutna till föreningen) och Uppsala läns allmänna försäkringskassa har denna dag följande avtal ingåtts att gälla samordning av sjuktransporter under en försöksperiod omfattande tiden 1980-08-01--1981-07-31.

2 §

Avtalet omfattar transporter vilka är ersättningsbara enligt sjukreseförordningen (1975:964) och som avser personer bosatta inom verksamhetsområdena för försäkringskassans lokalkontor i Skutskär, Skärplinge, Tierp och Örbyhus (Tierp och Älvkarleby kommuner). För att ersättning skall utgå skall sjuktransporten i sin helhet ha företagits inom Uppsala län.

3 §

Vid sjuktransport utgår ersättning enligt reglerna i sjukreseförordningen. Om samordning av sjuktransport sker skall dock särskild ersättning utgå enligt följande.

Har samåkning skett skall särskild ersättning utgå för varje vårdtagare utöver en med 15 kr om den samordnade färdsträckan uppgår till 15,0 km men ej 25,1 km, med 25 kr om den samordnade färdsträckan uppgår till 25,1 km men ej 40,1 km samt med 45 kr om den samordnade färdsträckan är 40,1 km eller längre.

Särskild ersättning utgår för sjuktransport till eller från vårdgivare.

4 §

Vid taxis beställningscentraler upprättas journal över beställda sjuktransporter. Av journalen skall framgå förutom namn och adress för den vård sökande, vårdinrättningens namn, tid för besöket samt tidpunkt för beställning av transporten.

5 §

Vid sjuktransport debiterar taxiföraren den vårdsökande kostnad enligt för taxi gällande taxa. Har flera än en vårdsökande transporterats noteras personnummer och namn för den medåkande/de medåkande på resekostnadskvittots baksida avseende samtliga vårdsökande.

6 §

Har överlåtelsekvitto använts skall detta inlämnas till försäkringskassan inom 14 dagar efter dagen för resan.

7 §

Försäkringskassan utbetalar vid sjuktransport, där samordning skett ersättning till taxiägaren en gång per månad. Utbetalningen sker via postgiro.

8 §

Vad beträffar övrig handläggning av sjuktransporter enligt detta avtal se bilaga "Anvisningar för försöksverksamhet".

9 §

Detta avtal kan av parterna när som helst uppsägas, varvid det skall upphöra att gälla med ingången av andra kalendermånaden efter den varunder uppsägning skett.

Ändring av avtal

Ändring av § 3 i avtal mellan Norra Upplands taxiförening (taxiägare anslutna till föreningen) och Uppsala läns allmänna försäkringskassa.

Ändringen gäller fr. o. m. den 1 november 1980.

3 §

Vid sjuktransport utgår ersättning enligt reglerna i sjukreseförordningen. Om samordning av sjuktransport sker skall dock särskild ersättning utgå enligt följande.

Har samåkning skett skall särskild ersättning utgå för varje vårdtagare utöver en med 15 kr om den samordnade färdsträckan uppgår till 15,0 km men ej 25,0 km, med 25 kr om den samordnade färdsträckan uppgår till 25,0 km men ej 40,0 km samt med 45 kr om den samordnade färdsträckan är 40,0 km eller längre.

Särskild ersättning utgår för sjuktransporter till eller från vårdgivare.

Anvisningar för försöksverksamhet med samordning av sjuktransporter

1 *Avtal*

Kassan har tecknat avtal med taxi varav framgår att vi utöver ersättning enligt sjukreseförordningen även skall utbetala särskild ersättning om sam-åkning skett.

I de fall samåkning sker skall taxiäg/chauff för var och en av de försäkrade upprätta sjuktransportkvitto baserat på respektive försäkrads färdsträcka. På baksidan av var och ens sjuktransportkvitto skall taxiäg/chauff ange övriga försäkrades personnummer och färdsträcka under förutsättning att de erhållit vård.

Av det upprättade avtalet framgår också att i de fall taxiäg/chauff använt överlåtelsekvitto skall detta senast inom 14 dagar företes för kassan.

2 *Anvisningar för taxi*

Särskilda anvisningar har utfärdats för taxi.

3 *Utbetalning av ersättning*

Ersättning enligt sjukreseförordningen skall i likhet med i dag utanordnas omgående och utbetalas till den försäkrade eller taxiägaren.

Vad avser den särskilda ersättning som skall utges enligt avtal skall 1k utbetala denna ersättning 1 gång/månad. Utbetalning bör ske senast den 10:e i månaden efter färddatum. Utbetalning sker till taxiägaren med hjälp av taxinr som finns noterat på varje sjuktransportkvitto. I de fall flera taxiägare har samma postgironummer sker fördelning på postgiroavin. (Ev. kan särskild lista med fördelning översändas till taxi.)

1k har att endast handlägga sjuktransportresor utförda av taxiägare inom det egna området. I samband med utanordning av ersättning enligt sjukreseförordningen skall 1k, för de sjuktransportkvitton som markerar att sam-åkning skett, upprätta särskild utb verifikation (blankett "Utbetalning särskild ersättning") och notera uppgifter i enlighet med punkt 4.

Blanketten insorteras därefter i en särskild pärm i avvaktan på månads-utbetalning. Blanketten "Utbetalning särskild ersättning" sorteras på taxiägare.

Vid månadsskiftet nedräknas den särskilda ersättning som finns upptagen på utb verifikationen = blanketten "Utbetalning särskild ersättning" och utbetalning sker per postgiro eller via utbetalningskort varvid 1k debiterar den särskilda ersättningen på konto 553. Utb verifikationen skall vara bestyrkt och attesterad och ingå i särskild serie med bokföringshandlingarna.

Efter utbetalning tas kopia av utb. verifikationen. Kopian insorteras på resp. taxiägare i den särskilda pärmen.

Anvisningar för försöksverksamhet – taxi

Mellan Norra Upplands Taxiförening och Uppsala läns allmänna försäkringskassa har träffats avtal om särskild ersättning för samordning av sjuktransporter i taxibil. Avtalet gäller under en försöksperiod av ett år med början 1 augusti 1980 och omfattar transporter vilka är ersättningsbara enligt sjukreseförordningen. Det avser transporter av personer bosatta inom Tierps och Älvkarleby kommuner. Enligt avtalet utgår ersättning om transporten i sin helhet företagits inom Uppsala län.

Beställningscentraler

1. Vid beställningscentral förs journal över *samtliga* beställda sjukresor.
En rad används för varje enkelresa.
2. På journalen noteras följande
 - passagerarens namn
 - passagerarens bostadsort
 - tidpunkt för beställning av transporter
 - vårdinrättning, till eller från, (Tierp, UAS, osv.) samt om möjligt även klinik/avdelning/mottagning
 - tidpunkt för besök
 - vilket fordon som utför transporten
 - samt om transporten samordnas med annan sjuktransport (X-markeras).
3. Journalbladen insänds senast den 10:e i månaden efter den under vilken resorna har beställts. Journalerna sänds till Norra Upplands Taxiförening, som därefter vidarebefordrar dessa till Uppsala läns allmänna försäkringskassa.

Sjuktransportkvitto – samåkning

1. Sjuktransportkvitto (FKF 7390) upprättas i samband med transport till eller från av kassan godkänd vårdgivare varvid följande uppgifter måste vara ifyllda för att ersättning skall kunna utbetalas av kassan
 - passagerarens namn och personnummer
 - färddatum, taxibil nr
 - resa från och till
 - väglängd
 - totala antalet passagerare
 - kostnad (vid samåkning skall i denna ruta noteras den kostnad som var och en har att betala för transporten)
 - i rutan kvittens kryssmarkeras för kontant ersättning eller för överlåtelse
 - om överlåtelse skett skall den som transporterats och överlätit sin kostnadsersättning till taxiföraren medelst sin namnteckning intyga detta.

OBS: Sjuktransportkvittot skall vara fullständigt ifyllt innan passageraren påtecknar överlåtelsen.

2. Beträffande överlåtelse av rätt till reseersättning på taxiföraren bör följande gälla.
Överlåtelse skall tillämpas endast i de fall passageraren av olika skäl ej kan erlägga taxikostnaden kontant till taxiföraren.
Har överlåtelse skett skall sjuktransportkvitto med överlåtelse inges till kassan inom 14 dagar efter dagen för resan.
3. Om samåkning har förekommit skall för var och en av passagerarna upprättas sjuktransportkvitto. Ett sjuktransportkvitto upprättas för varje enkelresa i de fall olika fordon företagit transporten. Av kvittot skall framgå
 - endast det belopp som varje passagerare har att svara för
 - samt på transportkvittots baksida uppgift om namn och personnummer för övriga passagerare under förutsättning att de erhållit vård och är ersättningsberättigade enligt sjukreseförordningen
 - noteringar på sjuktransportkvittots baksida skall ske även vid kontant betalning.
4. Vid dagpatientresor noteras km-antal efter "namn" på Svetaxkvittot. I journalen anges för dessa patienter DAGPATIENT i kolumn "Tid för beställning".
Vid samordning kommer utbetalning av särskild ersättning att ske från centralkontoret i Uppsala i anslutning till kassans utbetalning till landstinget (ca 1–3 månader efter utförd transport).

Bilaga 4 Exempel på sjukreseinformation till patienter

Exempel 1

Från Tierps hälsocentral

Vid inställelse till mottagningen bör Ni i första hand använda kollektivt transportmedel, dvs. buss eller tåg.

Annat färdmedel, dvs. bil eller taxi, tillstyrkes av läkare endast om hälsotillståndet motiverar det. Om dyrare färd sätt måste användas av annan anledning, bör försäkringskassan på hemorten kontaktas.

Exempel 2

Ögonkliniken
 Hudiksvalls sjukhus
 824 01 Hudiksvall
 Tel. 0650/920 00 ankn. 218

Kallelse

Personnr

Tel.

Tid är reserverad för Er för besök på ögonmottagningen i

HUDIKSVALL SÖDERHAMN BOLLNÄS

..... dagen den 19 kl.

Medtag försäkringsbesked eller pensionsbrev. Medtag gamla recept.

Medtag vit bricka om sådan finns.

Var god meddela ev. förhinder till Ögonmottagningen
 0650/920 00 ankn. 218 senast 3 dagar före besök, enligt
 landstingets anvisningar utkrävs patientavgift för ej ut-
 nyttjad bokad besökstid.

Passar ej besökstiden med allmänna kommunikationer var god
 ring mottagningen för byte av tid.

Färdmedel med bil eller taxi, tillstyrkes av läkare endast om
 medicinska skäl föreligger.

Om fördyrat färd sätt av annan anledning måste användas bör
 försäkringskassan på hemorten kontaktas.

Exempel 3

Norra Hälsinglands sjukvårdsinrättningar
Hudiksvalls sjukhus
Öronkliniken

KALLELSE

På uppdrag/remiss av doktor kallas Ni härmed till under-
sökning/behandling hos doktor vid öronkliniken, Hudiksvalls
sjukhus dagen/..... kl.

Skulle Ni vara förhindrad ovannämnda dag, anmodas Ni kontakta mottagnings-
expeditionen, öronkliniken, måndagar—fredagar kl. 10.30—12.00, tel. 0650/920 00
ankn. 316.

Vid inställelse till mottagningen bör Ni i första hand använda kollektivt transportme-
del, buss eller tåg. Parkeringsutrymmet på sjukhusområdet är begränsat.

Om den tid Ni fått inte passar med kommunikationerna, kan Ni få tiden ändrad
efter telefonöverenskommelse med mottagningsexpeditionen på samma tider som
ovan. Annät färdmedel, bil eller taxi, tillstyrkes av läkare endast om rörelsehandi-
kapp eller svår sjukdom föreligger. Om fördyrat färdstätt av annan anledning måste
användas, bör försäkringskassan på hemorten kontaktas.

Patientbricka medtages.

Hudiksvall den

Bilaga 5 Beskrivning av ett administrativt system för sjukresor

Sjukreseutredningen har tillsammans med Kommun-Data skisserat ett administrativt system för sjukresor. En utgångspunkt har därvid varit att i samband med bokning av tid för läkarbesök etc. bedöms regelmässigt också om patienten är berättigad till sjukreseersättning och med vilket färdmedel resan i så fall skall företas (undantag akutbesök). Sjukvårdshuvudmännen/landstingen förutsätts därvid ha det ekonomiska och administrativa ansvaret för sjukresorna. Med ekonomiskt ansvar menas enbart den del som avser utanordning och avräkning mellan transportleverantörerna och landstinget samt i förekommande fall utbetalning av ersättning till patienten. Den administration som därtill krävs måste lösas på effektivast möjliga sätt för att inte skapa ytterligare resurskrävande administrativa rutiner i landstingen.

Samordningseffekter med den kommunala färdtjänsten bör utnyttjas avseende bl. a. datainsamling.

För att visa hur Kommun-Datas befintliga rutiner fungerar i dag beskrivs inledningsvis administrationen av riksfärdtjänsten.

Administration av riksfärdtjänsten

Riksfärdtjänsten infördes i hela landet under 1980. Den skall bedrivas under en försöksperiod av tre år för att därefter utvärderas. Eventuellt kan den bli permanent.

Verksamheten innebär att framför allt handikappade personer bereds möjlighet till interkommunala resor i landet till priser som svarar mot SJ:s tågpriser oavsett på vilket sätt resan företas.

Flera parter ingår därför i den administrativa delen av färdtjänsten.

Regler och anvisningar för berättigande om nyttjande av riksfärdtjänst utformas av riksfärdtjänstnämnden.

Beslutande myndighet för nyttjande av riksfärdtjänst är kommunernas sociala organisation. Varje resa med riksfärdtjänst skall föregås av en ansökan. Godkännes resan av sociala myndigheten anvisas den sökande att ta kontakt med SJ resebyrå, som sköter bokningen av färdtjänstresor. Den sökande erhåller då biljetter för resa med tåg/buss och flyg samt kreditbevis för resor med taxi, handikappfordorn, ambulans etc.

Den egna avgiften utgörs av resekostnaden enligt 2:a klass tåg. Den skall erläggas i samband med bokningen hos SJ resebyrå.

Intressantast blir i detta fall hanteringen av kreditbevisen. Detta dels därför att betalningsansvaret för riksferdtjänsten varierar mellan den sökandes mantalskommun och riksferdtjänstnämnden och dels därför att betalningsmottagaren kan utgöras av taxiägare, huvudman för handikappfordon eller ambulans varhelst resan sker i landet.

Denna problematik måste även kunna hanteras i sjukreseadministrationen eftersom man inte alltid på förhand kan veta vem som blir kreditgivare av sjukresan.

All administration av riksferdtjänsten i övrigt utförs av Kommun-Data, där funktioner upprättats för kontakter och administrativ service till landets socialförvaltningar, taxiföretag, resebyråer och riksferdtjänstnämnden.

Kraven från riksferdtjänstnämnden att verksamhetsmässigt kunnat följa och analysera riksferdtjänsten har tillgodosetts i den ADB-tillämpning som datacentralen tillhandahåller för ändamålet.

Samordningsfördelar mellan riksferdtjänst och kommunal ferdtjänst kan tillgodogöras i de kommuner som utnyttjar den ADB-rutin för ferdtjänst som Kommun-Data har. Från 1981-01-01 har Svenska kommunförbundet rekommenderat kommunerna till en bredare uppslutning kring dessa administrativa rutiner.

Utfärdade kreditbevis för riksferdtjänst berättigar den resande till resor med taxi eller handikappfordon i enlighet med gällande bestämmelser i hemkommunen. Kreditbeviset gäller som betalning för varje nyttjad enkelresa och skall avlämnas till chauffören vid resans slut. Chauffören påför därefter uppgifter på kreditbeviset avseende taxameterbelopp, egen avgift, färdsträcka, taxa m. m. Därefter godkänns resan av den åkande som av chauffören erhåller ett kvitto på resan (kopia av kreditbeviset).

Övriga delar av kreditbeviset, original och kopia behålls av chauffören som för att få ut betalning för resan antingen lämnar kreditbeviset till kommunen eller sänder beviset till Kommun-Data, som därefter ombesörjer att betalning verkställs samt att avräkning sker gentemot den betalningsansvarige.

I ADB-systemet för ferdtjänst och riksferdstjänst finns register med uppgifter om samtliga kommuner, i vilket ingår uppgifter om vilka fordon kommunen disponerar, vilka postgiro- eller bankgirokonton som skall användas vid betalning av kreditresor m. m.

Dessutom finns register över samtliga taxiföretag i landet, vilket innebär att en hög automatik kan uppnås avseende insättning/utbetalning av ersättningar för kreditresor direkt till taxiföretagens postgiro- eller bankgirokonton.

Administration av sjukresor

Administrationen av sjukresor kan i stort bygga på samma principer som riksferdtjänstens dvs.

- ☐ att kreditresan skall vara godkänd för den tidpunkt resan genomförs
- ☐ att någon form av kreditbevis för sjukresor skall gälla, sjukresebevis
- ☐ att beslutande/godkännande instans är resp. mottagning

- ☐ att kreditbevisen för sjukresor skall kunna iordnas i kommunernas färdtjänstadministration
- ☐ att sjukresorna skall kunna betalas och avräknas inom max 18 dagar från den tidpunkt resan utförts

Följande typer av sjukresor kan förekomma:

- ☐ resor med taxi
- ☐ resor med eget fordon
- ☐ resor med kollektiva färdmedel.

Sjukresorna förutsätts till största delen handläggas vid landstingens olika mottagningar inom sjukvården. Vid varje bokningstillfälle beslutar personal vid mottagningarna, om vilket färd sätt som berörd patient har rätt till i samband med vårdbesöket. På detta sätt behöver inte läkare intyga och tillfrågas om taxiresor i normalfallet.

Regler och anvisningar för tillståndsgivning av sjukresor förutsätts varje mottagning känna till. Ansvar för dessa regler åligger landstingen. Ramar/principer för sjukresoregler förutsätts dessförinnan ha överenskommit i avtal mellan sjukvårdshuvudmännen och staten.

När kallelse eller bekräftelse avseende vårdbesöket sänds till patienten medföljer det antal sjukresebevis som erfordras. Sjukresebevisen är då påförda uppgifter om patienten, såsom personnummer, namn och adress. Dessutom är bevisen kompletterade med uppgifter om landsting, mottagning/avdelning och giltighetstid. Eventuellt kan kallelsen/bekräftelsen också innehålla uppgifter om vilken transportör som skall anlitas, att taxiresa skall beställas hos viss samordningscentral, om sådan finns m. m.

Företas sjukresan med taxi, handikappfordon eller kollektiva färdmedel lämnas sjukresebeviset till chauffören som fyller i beviset enligt gällande anvisningar. För taxiresor försvinner härmed behovet av överlåtelsekvitton vid icke akuta resor.

Patienten erhåller ett exemplar av sjukresebeviset som kvitto. Chauffören/transportföretaget ombesörjer därefter sin del i handläggningen antingen genom att sända sjukresebeviset till kommunen för dataregistrering och överföring till datacentralen (i de fall kommunerna är anslutna till Kommun-Datas system för färdtjänst) eller direkt till Kommun-Data för registrering och betalningsförmedling.

Sker resan med egen bil lämnas sjukresebeviset i samband med besöket på mottagningen som då har att godkänna ersättningsbeloppet. Därefter sänds sjukresebeviset till datacentralen för registrering och betalningsförmedling. Patienten skall således själv inte kunna sända sjukresebeviset till Kommun-Data – i så fall är det ogiltigt, eftersom mottagningens godkännande krävs.

Den administrativa funktionen hos Kommun-Data behandlar alla inkommande sjukresebevis. Kontroll görs att obligatoriska uppgifter är ifyllda. Bevisen dataregistreras och avstäms och därefter databehandlas uppgifterna.

Databehandlingen resulterar i att en betalningsförmedling via bankgiro eller postgiro genomförs. En automatisk betalningsrutin utnyttjas som från sjukvårdshuvudmannens post/bankgiro förmedlar pengar till resp. trafikföretags post/bankgirokonto eller producerar ett utbetalningskort till patienter för resa med egen bil.

Utbetalningarna verkställs av Bankgirocentralen eller Postgiro som av datacentralen erhåller uppgifter om betalningsuppdrag via magnetband. Sjukreseadministrationen bör därför också innehålla den automatiska betalningsrutin som Bankgirot respektive Postgirot erbjuder.

Kommun-Data förutsätts därför ha fullmakter från sjukvårdshuvudmännen att från deras post- eller bankgirokonton förmedla betalning av sjukresorna. Lämpligen kan speciella konton användas för sjukreseutbetalningarna.

Samtliga bearbetade sjukresebevis lagras i datorn och kan användas exempelvis vid kontroller av högkostnadsskydd för de patienter som har behov av frekventa sjukresor och därför inte skall behöva betala för resorna efter t. ex. en viss nivå.

Möjlighet finns för landstinget att erhålla en automatisk kostnadsbokföring av de olika restyperna och få ett kostnadssammandrag över resorna.

Sjukresorna kan redovisas till landstinget med uppdelning på exempelvis mottagning. Avsikten med denna redovisning är att utgöra underlag för attest och utanordningsprocedur som följer med utbetalningarna.

Handläggning av sjukresor vid mottagningarna

Varje mottagning inom landstinget förutsätts ha fullmakt att bevilja resor enligt gällande regler och anvisningar. De sjukresor som beviljas via upprättande av sjukresebevis för taxi, handikappfordon och kollektiva färdmedel ger patienten kredit för resan (egenavgift skall dock erläggas såvida inte högkostnadsskydd trätt i funktion). Sjukresebevis för resor med egen bil utfärdas också men det förutsätts att patienten i efterhand erhåller ersättning för resan.

Sjukresebeviset utgör det gemensamma rapporteringsunderlaget för att dels förmedla ersättning till berörda och dels för kostnads- och statistikredovisning.

Normal handläggningsrutin vid mottagningarna blir att sjukresebevisen utfärdas i samband med att kallelser till vårdbesök skall utfärdas och skickas till patienterna samt vid skriftliga bekräftelser efter telefonöverenskommelser (dvs. då reseersättning skall utbetalas enligt landstingets reseregler). Då återbesök bokas kan sjukresebeviset ges direkt till patienten. Det är lämpligt att blanketten för kallelse/bekräftelse och sjukresebevis ingår i samma blankettset. Patienten kan med kallelsen också få anvisning om hur sjukresebeviset skall användas.

Sjukresebeviset kompletteras av mottagningen med uppgifter om bl. a. patienten.

Avsikten är som tidigare nämnts att i sjukreseadministrationen inte behöva tillämpa någon kontantkassehantering utan via rapporteringen på sjukresebevisen kunna ombesörja att patienten får sin ersättning via ett utbetalningskort i de fall privatbil använts. Detsamma gäller för övriga resor, men då utbetalas ersättningen direkt till transportföretagen eller kommunen (t. ex. för handikappfordon). Sjukvårdshuvudmannen kan övergripande styra om utbetalningarna skall ske via bank eller post.

Mottagningarna erhåller information och service direkt från en central administrationsfunktion hos Kommun-Data. Det gäller information om rutiner, blanketter, anvisningar m. m. Dessutom kan blankettkravbesök ske via datacentralen.

Sjukresebeviset

De uppgifter som skall finnas på sjukresebevisen och som skall ifyllas av mottagningarna är identitetsuppgifter som t. ex. uppgifter om landsting/kommun och kostnadsställe (sjukhus, vårdcentral etc.) dvs. vem som utfärdat beviset samt vilken person som berättigats sjukresan dvs. patientens personnummer.

I de fall sjukresebeviset skall användas för rapportering av ersättning av resa med egen bil skall uppgifter om patientens adress också fyllas i.

Övriga uppgifter som skall finnas är: antal körda km, ersättningsbelopp, betald egen avgift, samt de uppgifter som är nödvändiga för taxi såsom taxiföretagsnummer, taxibil, resdatum m. m.

Sjukresebeviset utformas lämpligen i flera exemplar för att motverka fusk.

Akutresor

För sjukresor som uppstår vid akutbesök eller annat oplanerat vårdbesök kan mottagningen upprätta sjukresebevis då patienten anländer. Då taxi ofta används för akuta resor kan man tänka sig att det i taxibilarna finns icke ifyllda sjukresebevis att användas i sådana situationer, men då måste de i efterhand godkännas av mottagningarna.

Resor till/från privatpraktiserande vårdgivare

Varje inrättning som kan omfattas av sjukresebestämmelserna skall funktionellt betraktas som mottagning. Landstinget har att ge fullmakter till resp. mottagning för utnyttjande av sjukresebevis med landstinget som ekonomiskt ansvarig.

Varje mottagning kan, om landstinget önskar, redovisas via ADB-systemet volymmässigt avseende utfärdade sjukresor, kostnader, restyper m. m.

Handläggning av sjukresebevis i taxi

En viktig del i nyttjandet av sjukresebevisen är att informationen till taxi blir likformig. Därför bör utformningen av sjukresebevishanteringen likna färdtjänstens och riksfärdtjänstens.

Efter utförd sjukresa lämnas sjukresebeviset till taxichauffören för komplettering av uppgifter avseende taxameterbelopp, taxa, egen avgift, signatur taxiföretagare m. m. Därefter godkänns resan av patienten.

Taxichauffören hanterar därefter sjukresebeviset på samma sätt som då det gäller färdtjänst och riksfärdtjänst.

Tillhör taxiföreningen en kommun som för sin färdtjänst använder Kommun-Datas system avlämnas originalexemplaret av sjukresebeviset tillsammans med färdtjänstbevisen till kommunen för dataregistrering och överföring till datacentralen. I annat fall sänds originalet direkt till Kommun-Data för registrering och betalningsförmedling.

Liknande rutiner kan också tillämpas vid färd med kollektiva färdmedel.

Handläggning av sjukreseadministration hos Kommun-Data

På samma sätt som för riksfärdtjänsten skall en administrativ funktion finnas för att ge den service som krävs för att berörda parter inom sjukresehanteringen skall fungera tillfredsställande.

Kommun-Data ombesörjer således all dataregistrering av inkommande sjukresebevis och administrerar tillhörande databearbetningar. Samtliga berörda sjukvårdshuvudmän, sjukhus, mottagningar, registreras i ett kundregister och förses med information, dokumentation, blanketter m. m. som ingår i rutinen.

Taxiföretag, länstrafikföretag m. fl. och enskilda som kan ha frågor rörande utbetalningar, sjukresebevis m. m. kan få sina frågor besvarade av den administrativa funktionen för sjukresor.

Landstingets övriga administration

Landstinget är den ekonomiskt huvudansvarige och har därför att utanordna och attestera de kostnader som uppstår vid sjukresor.

Det ekonomiska ansvaret för sjukresorna bör delegeras i nära anslutning till verksamheten och då torde sjukhus, klinik, läkarstation etc. vara rätt kostnadsställe. Därmed skall dessa administrativa enheter ansvara för utanordning och attestering samt se till att betalningsförmedlade utbetalningar kan verkställas och kostnadsbokföras.

Dessa enheter bör därför också vara rapportmottagare av den redovisning och statistik som kan vara nödvändig för verksamheten och som erhålls via ADB-systemet.

I enheterna bör också ingå kontakterna med datacentralen, registeransvaret för de uppgifter som lämnas m. m.

Samordningsvinster med färdtjänst m. m.

De kommuner som använder Kommun-Datas rutiner för färdtjänsten kan vara avstämningsansvariga för inrapporterade kreditbevis oavsett vilken resform som avses.

Kommunerna kan för denna tjänst tänkas vilja ha compensation från landstinget för eventuellt merarbete som dataregistreringen av sjukresebe-

visen kan medföra. Det kan emellertid inte bli fråga om några stora volymer. Det är ju inte alla resor till vårdmottagningar som skall ingå i sjukresehanteringen.

Mellan Svenska kommunförbundet och Svenska taxiförbundet finns i dag en uppgörelse om att taxi skall ersätta kommunerna med 20 öre per bearbetat kreditbevis. Detta torde vara en uppnåelig uppgörelse även för sjukresorna, eftersom taxirörelsen erhåller en enkel administration för fakturering och avstämning.

Det kan förmodligen också behövas ramöverenskommelser med andra transportföretag och sjukvårdshuvudmännen för sjukresorna.

Funktioner mot fusk

Det är känt att fusk förekommer med kreditbevis. Det är därför viktigt att ADB-lösningen för sjukresor innehåller hjälpfunktioner som gör det möjligt att stickprovsvis eller kontinuerligt kontrollera volymer, kostnader m. m.

Möjligheter finns att via ADB-systemet få uppföljning av exempelvis utförda sjukresor per taxibil och om varje vårdtagares resor. Dessutom kan tidsperioder, resdagar och andra tidsintervall analyseras genom att använda genomsnittsredovisning av resekostnader, resefrekvenser etc.

Sjukresebeviset bör vara utformat i ett original med två kopior för att patienten alltid skall erhålla en kopia, vilket ur fusksynpunkt är en enkel åtgärd som också medger möjlighet till efterhandsgranskning.

Statistik

Den ADB-tillämpning som har redovisats ger landstinget många möjligheter till statistik över sjukresorna. De transaktioner som bearbetas står till förfogande för statistiska bearbetningar med ackumulering årsvis.

Kraven på statistik bör dock utformas särskilt av de olika intressenterna.

Utvecklingsmöjligheter

Om sjukvårdshuvudmännen så önskar kan även andra resor inrymmas i systemet:

- ☐ Omsorgsresor (uppföljningsmöjligheter av volymer och kostnader per institution kan t. ex. ges). Jämför kommunal skolreseadministration.
- ☐ Permissionsresor. Kreditbevis kan ges till patienterna av klinik e. d. Administration och hantering sker på motsvarande sätt som för sjukresor.
- ☐ Tjänsteresor med kreditbevis.

Statens offentliga utredningar 1981

Kronologisk förteckning

1. HS 90: Hälsorisker. S.
2. HS 90: Ohälsa och vårdutnyttjande. S.
3. HS 90: Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv. S.
4. HS 90: Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet. S.
5. Ny arbetstidslag. A.
6. Översyn av lagen om församlingsstyrelse. Kn.
7. Lag om vård av missbrukare i vissa fall. S.
8. Översyn av sjölagen 1. Ju.
9. Enhetligt huvudmannaskap för högskolan. U.
10. Datateknik i verkstadsindustrin. I.
11. Datateknik i processindustrin. I.
12. Inrikesflyget under 1980-talet. K.
13. Närradio. U.
14. Reformerat kyrkomöte, kyrklig lagstiftning m. m. Kn.
15. Grundlagsfrågor. Ju.
16. Film och TV i barnens värld. U.
17. Industrins datorisering. A.
18. Minskat tobaksbruk. S.
19. Översyn av radiolagen. U.
20. Omprövning av samvetenskap. Kn.
21. Internationellt patentsamarbete III. H.
22. Sjukersättningsfrågor. S.
23. Tekniska hjälpmedel för handikappade. U.
24. Socialförsäkringens datorer. S.
25. Bra daghem för små barn. S.
26. Omsorger om vissa handikappade. S.
27. Omsorger om vissa handikappade. Sammanfattning, lagförslag, specialmotiveringar. S.
28. Turism och friluftsliv. Det centrala myndighetsansvaret. Jo.
29. Forskningens framtid. U.
30. Forskarutbildningens meritvärde. U.
31. Avtalsvillkor mellan näringsidkare. Ju.
32. Fluor i kariesförebyggande syfte. S.
33. Effekter av investeringar utomlands. I.
34. Fristående skolor för skolpliktiga elever. U.
35. Sjukresor. S.

Statens offentliga utredningar 1981

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Översyn av sjölagen 1. [8]
Grundlagsfrågor. [15]
Vtalsvillkor mellan näringsidkare. [31]

Socialdepartementet

Hälso- och sjukvård inför 90-talet. 1. Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv. [2] 3. Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv. [3] 4. Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet. [4]
Lag om vård av missbrukare i vissa fall. [7]
Lag om insatser för missbrukare i vissa fall. [18]
Lag om rättsföreläsning. [22]
Socialförsäkringens datorer. [24]
Lag om daghem för små barn. [25]
Omsorgskommittén. 1. Omsorger om vissa handikappade. [26]
Omsorger om vissa handikappade. Sammanfattning, lagförslag, specialmotiveringar. [27]
Lag om åtgärder för kariesförebyggande syfte. [32]
Lag om sjukresor. [35]

Kommunikationsdepartementet

Luftfartslagen under 1980-talet. [12]

Kulturdepartementet

Lag om offentligt huvudmannaskap för högskolan. [9]
Lag om radio. [13]
Lag om och TV i barnens värld. [16]
Översyn av radiolagen. [19]
Lag om tekniska hjälpmedel för handikappade. [23]
Utredningen om forskningens och forskarutbildningens situation. 1. Forskningens framtid. [29] 2. Forskarutbildningens situation. [30]
Lag om fristående skolor för skolpliktiga elever. [34]

Landsbruksdepartementet

Lag om turism och friluftsliv. Det centrala myndighetsansvaret. [28]

Näringsdepartementet

Internationellt patentsamarbete III. [21]

Arbetsmarknadsdepartementet

Lag om arbetstidslag. [5]
Lag om industrins datorisering. [17]

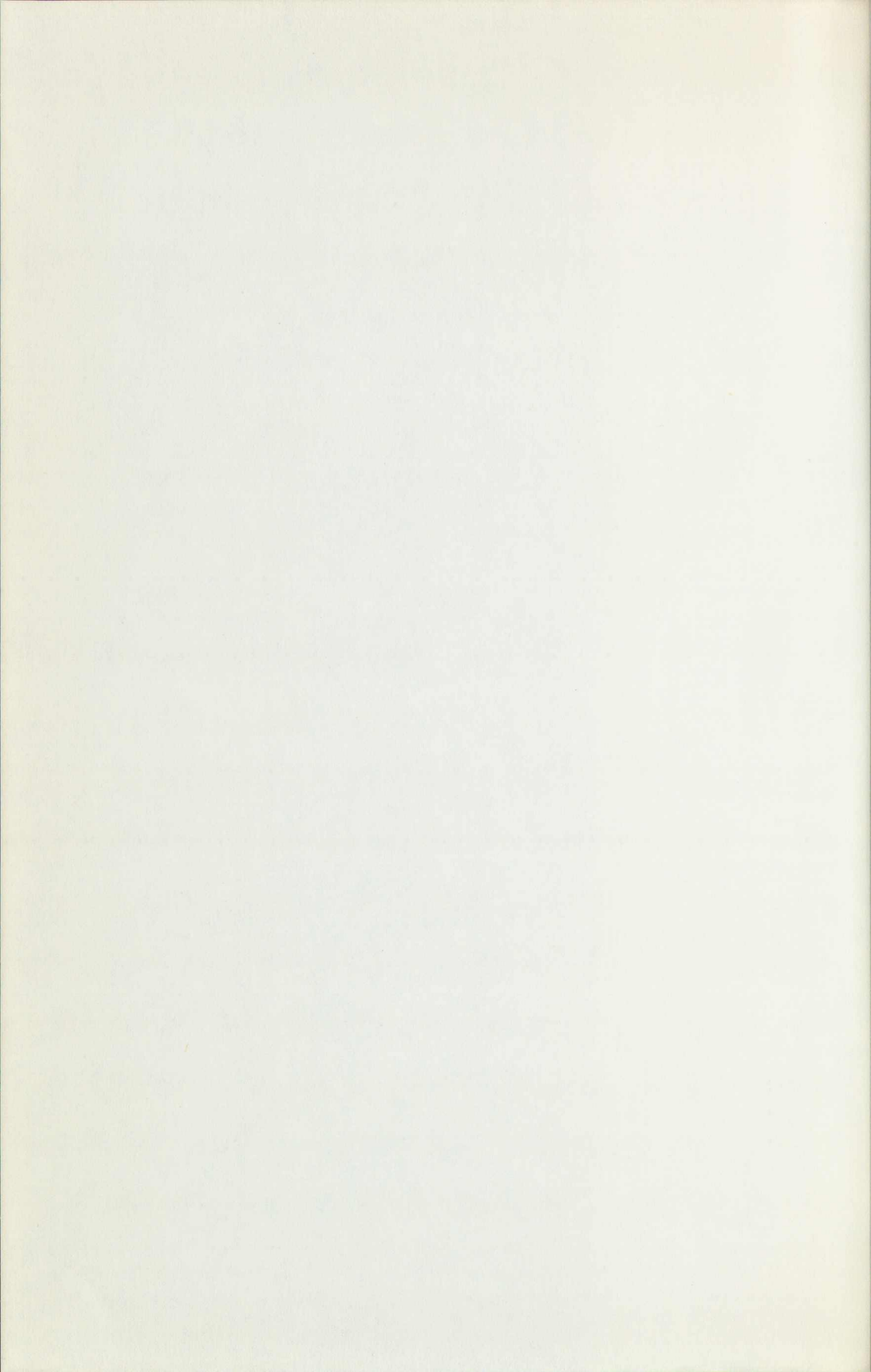
Industridepartementet

Lag om data- och elektronikkommittén. 1. Datateknik i verkstadsindustrin. [10] 2. Datateknik i processindustrin. [11]
Lag om effekter av investeringar utomlands. [33]

Kommundepartementet

Översyn av lagen om församlingsstyrelse. [6]
Lag om formerat kyrkomöte, kyrklig lagstiftning m. m. [14]
Lag om prövning av samvetsklausulen. [20]

KUNGL. BIBL.
1981-07-17
STOCKHOLM





LiberFörlag
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-06226-7
ISSN 0375-250X