

Till Statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringens beslut den 13 juli 1995 bemyndigades dåvarande statsrådet Ingela Thalén att tillsätta en delegation för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård. Den 21 november förordnade statsrådet riksdagsledamoten Iréne Vestlund att vara ordförande i delegationen och den 5 februari 1996 förordnades direktör Joakim Ollén och direktör Christina Rogestam att vara ledamöter i delegationen. Vidare förordnades följande att som experter ingå i delegationen: Professor Sven Dahlgren, Socialstyrelsen, departementssekreterare Kjell Ellström, Finansdepartementet, departementssekreterare Yngve Engström, Näringsdepartementet, ordförande Eva Fernvall-Markstedt, Vårdförbundet SHSTF, ordförande Birgit Hansson, Sveriges Psykologförbund, ordförande Åsa Holmstrand, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, avdelningschef Jan-Erik Ljusberg, Konkurrensverket, ordförande Göran Medén-Britth, Privatläkarföreningen, Sveriges läkarförbund, förbundssekreterare Alva Nilsson, Svenska kommunförbundet, departementssekreterare Yvonne Nilsson, Socialdepartementet och utredare Kerstin Sjöberg, Landstingsförbundet. Till huvudsekreterare förordnades den 11 mars 1996 Monica Ulfhielm och den 1 augusti 1996 förordnades Anders Edward till sekreterare i delegationen.

Experterna Kjell Ellström och Yngve Engström entledigades från uppdraget den 1 juli 1996. Departementssekreterare Eva Agevik, Näringsdepartementet, förordnades till expert fr.o.m. den 1 augusti 1996. Ledamoten Christina Rogestam entledigades från uppdraget den 16 oktober 1996. Experten Alva Nilsson entledigades från uppdraget den 1 februari 1997 samtidigt som förbundsjurist Lena Sandström, Svenska kommunförbundet, förordnades som expert. Riksdagsledamoten Kerstin Warnerbring förordnades att fr.o.m. den 1 februari 1997 vara ledamot i delegationen. Hovrättsassessor Maria Lockman, Socialdepartementet, har fr.o.m. den 29 september 1997 förordnats som expert i delegationen och medverkat som juridisk expert vad avser sjukvårdshuvudmännens behov av tillgång på information och vårdgivarnas tystnadsplikt. Förbundsjurist Jan Vikenheim, som varit förordnad som sekreterare sedan den 1 november 1997, har medverkat

som juridisk expert i arbetet med förslag till ny lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal.

Delegationen har antagit namnet Samverkansdelegationen. Delegationen överlämnar härmed sitt slutbetänkande (SOU 1997:179) *Klara spelregler – en förutsättning för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård.*

Experterna Åsa Holmstrand och Göran Medén-Britth har lämnat ett gemensamt särskilt yttrande samt experterna Lena Sandström och Kerstin Sjöberg.

Uppdraget är därmed slutfört.

Stockholm i december 1997

Iréne Vestlund

Kerstin Warnerbring

Joakim Ollén

/Monica Ulfhielm

Anders Edward

Innehåll

Sammanfattning	11
Författningsförslag	25
1 Inledning	41
1.1 Bakgrund	41
1.1.1 Allmänna utgångspunkter	41
1.1.2 Enskilda sjukvårdspolitiska beslut	42
1.2 Kommittédirektiven	43
1.3 Delegationens arbete	44
2 Utvecklingen av öppenvård mellan 1993 och 1997	49
2.1 Antalet läkarbesök mellan 1993 och 1996	49
2.2 Antalet privata offentligt finansierade läkare mellan 1993 och 1997	51
2.3 Ersättningen till privata offentligt finansierade läkare mellan 1993 och 1996	58
2.4 Antalet sjukgymnastbesök mellan 1993-1996	59
2.5 Antalet privata offentligt finansierade sjukgymnaster mellan 1993 och 1997	60
2.6 Ersättning till privata offentligt finansierade sjukgymnaster mellan 1993 och 1996.....	64
2.7 Antal behandlingar hos privata offentligt finansierade sjukgymnaster 1995 och 1996.....	64
2.8 Den totala ersättningen till privata offentligt finansierade läkare och sjukgymnaster 1996 jämfört med 1993	65
2.9 Avtal med andra privata vårdgivare	65
3 Sammanfattning av aktuella rapporter	67
3.1 65-årsregeln och rätten till ersättningsetablering m.m.....	67
3.1.1 Bakgrund och gällande regler	67

3.1.2	Sjukvårdshuvudmännens bedömning inför 1997 av effekterna av 65-årsreglen m.m.....	69
3.1.3	Landstingsförbundets studie av utvecklingen av antalet offentligt finansierade privata vårdgivare under 1996 t.o.m. årsskiftet 1996/97.....	70
3.1.4	Delegationens enkät till privata vårdgivare som under 1996 var 65 år eller äldre	70
3.2	De privata allmänläkarna efter husläkarlagens upphörande.....	72
3.2.1	Riksdagens beslut om införande och avskaffande av husläkarlag	72
3.2.2	Antalet privata husläkare/privata allmänläkare.....	74
3.2.3	Delegationens enkät angående de privata allmänläkarna efter husläkarlagens upphörande.....	74
3.3	Jämförande studier mellan privata och offentliga vårdgivare.....	77
3.3.1	Familjeläkarna i Västmanland, en jämförelse mellan privata och offentliga vårdgivare	78
3.3.2	En jämförelse mellan privata och offentliga specialistmottagningar i sex landsting	83
3.3.3	Kostnadsjämförelser mellan privata och offentliga läkarmottagningar i Stockholms läns landsting	89
3.3.4	En jämförande studie av sjukgymnastiken i Västerbotten	90
3.3.5	Verksamhetsuppföljning av sjukgymnastik inom sydvästra sjukvårdsområdet i Stockholm.....	92
3.3.6	Kartläggning av sjukgymnastik på primärvårdsnivå inom kommun, landsting och privat verksamhet	95
3.3.7	Övriga jämförande studier.....	98
3.4	Offentligt finansierad privat psykoterapi	102
3.4.1	Bakgrund.....	102
3.4.2	Sammanfattning av resultatet av delegationens enkätundersökning	103
3.5	Utvärdering av olika vårdalternativ inom mödrahälsovården i Östergötland	105
4	Tillämpningen av remissförfarande och dess effekter.....	109
4.1	Bakgrund.....	109
4.2	Riksavtalet och tillämpningen av remissregler för utomlänspatienter	111
4.3	Remissrätt för läkare verksamma utan offentlig finansiering.....	112

4.4	Samverkansdelegationens remissundersökning 1997 och jämförelse med 1996 års undersökning.....	115
4.4.1	Remissundersökningen 1997.....	115
4.4.2	Jämförelse mellan 1996 och 1997 års remissundersökningar	125
4.5	Patienternas syn på remisskraven – redovisning av en enkätundersökning	126
4.6	Uppföljning och utvärdering av remissreglerna i Västerbotten och Örebro	130
4.6.1	Uppföljning av remissreglerna i Västerbottens läns landsting	130
4.6.2	Örebro läns landsting – utvärdering av beslutade remissregler	133
5	Lagstiftning och nationella taxor – bakgrund och diskussion .	137
5.1	Delegationens uppdrag.....	137
5.2	Taxorna för läkare och sjukgymnaster.....	137
5.2.1	Gällande regelsystem till och med år 1974.....	137
5.2.2	1975 års läkarvårdstaxa.....	138
5.2.3	1977 års taxa för sjukvårdande behandling.....	140
5.3	De nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster efter 1985	141
5.4	Frågan om nationella taxor för andra yrkeskategorier	142
5.4.1	Foniatrisk behandling.....	142
5.4.2	Diskussionen kring nationella taxor för psykologer och psykoterapeuter	144
5.4.3	Diskussionen kring nationella taxor för sjuksköterskor och barnmorskor m.fl.	147
6	Vård- och samverkansavtal	151
6.1	Bakgrund och utvecklingen under 1996.....	151
6.2	Utvecklingen under 1997	153
6.3	Vårdavtalets innehåll.....	157
7	Sjukvårdshuvudmännens behov av tillgång på information och vårdgivarens tystnadsplikt	161
7.1	Inledning.....	161
7.2	Verksamhetsuppföljning och planering	162
7.3	Sekretess inom hälso- och sjukvården	163
7.4	Tidigare överväganden och förslag	165
7.5	Inhämtade uppgifter vid kontakt med företrädare för parterna.....	166

8	Internationell utblick	169
8.1	Bakgrund	169
8.2	Delegationens jämförande studie	169
8.2.1	Grunddragen i den öppna vården	169
8.2.2	Aktuella reformer	170
8.2.3	Reglering av utbudet	171
8.2.4	Patientens valfrihet.....	171
8.3	Delegationens studiebesök i Danmark, Norge och England	172
8.3.1	Danmark.....	172
8.3.2	Norge.....	177
8.3.3	England	179
9	Övriga frågor	183
9.1	De regionala samverkansorganen.....	183
9.2	Utvecklingen av primärvårdens organisation m.m.....	184
10	Överväganden och förslag	187
10.1	Generella utgångspunkter och värderingar	187
10.2	Sjukvårdshuvudmännens olika roller och organisationsstruktur.....	190
10.3	Producentneutralitet, konkurrenslagen och lagen om offentlig upphandling	193
10.4	Statlig styrning och decentralisering	198
10.5	Styrning och samverkan genom vårdavtal m.m.....	200
10.6	Lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal m.m.....	205
10.7	65-årsreglen.....	216
10.8	Primärvården.....	218
10.9	Remisskrav till specialistläkarvård och sjukgymnastik ..	222
10.10	Vårdprogram, en viktig förutsättning för samverkan mellan privata och offentligt anställda vårdgivare.....	228
10.11	Ersättning för medicinsk service m.m. vid besök hos läkare som inte har offentlig finansiering	229
10.12	Sjukvårdshuvudmännens behov av tillgång på information och vårdgivarens tystnadsplikt	233
10.13	Krav på bättre uppföljningssystem	235
10.13.1	Beskrivnings- och klassificeringssystem inom den öppna vården	236
10.13.2	Behovet av vårdstatistik på nationell nivå	236
10.14	Klara spelregler	238

11	Ekonomiska konsekvenser m.m.	241
12	Författningskommentarer	245
12.1	Förslag till Lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården.....	245
12.2	Förslag till Lag om ändring i sekretesslagen (1980:100).....	256
12.3	Förslag till ändring i gränssjukvårdsförordningen (1962:390).....	256
12.4	Förslag till Lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472).....	256
12.5	Förslag till ändring i smittskyddsförordningen (1989:301).....	257
12.6	Förslag till Lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor.....	257
12.7	Förslag till Lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning	257
12.8	Förslag till Lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.....	258
	Särskilda yttranden	259
	Bilaga 1	261
	Bilaga 2	269
	Bilaga 3	277
	Bilaga 4	285
	Bilaga 5	291
	Bilaga 6	293
	Referenser	297

Sammanfattning

Uppdraget

Delegationen skall enligt direktiven kartlägga och följa utvecklingen av vårdutbudet beträffande privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. Utvecklingen av privata allmänläkare efter husläkarlagens upphörande skall uppmärksammas. Omfattningen av läkare och sjukgymnaster som bedriver verksamhet med offentlig finansiering efter det att vårdgivarna uppnått allmän pensionsålder liksom de praktiska och ekonomiska förutsättningarna för privatpraktiserande läkare utan offentlig finansiering att remittera patienter till laboratorie- och röntgenundersökningar skall också belysas. Remissförfarandet och dess effekter för berörda privata vårdgivare skall följas upp och bedömas. Kostnadsutvecklingen för olika tjänster inom specialistläkar- och sjukgymnastvården i offentlig regi och ersättningarna för motsvarande tjänster till de privata vårdgivarna skall analyseras. Utvecklingen och utformningen av vårdavtal skall följas och bedömas varvid särskilt frågan om producentneutralitet skall beaktas. De lokala samverkansorganens utveckling skall följas och utvärderas. Delegationen skall söka former för att underlätta samverkan och, om så behövs, föreslå åtgärder för att undanröja eventuella hinder för en sådan samverkan. Delegationen skall i övrigt kunna ta upp andra frågor som kan aktualiseras till följd av beslutade förändringar i lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för sjukgymnastik (LOS), varvid bör beaktas att regeringen eftersträvar en minskad statlig reglering av kommunal verksamhet.

Delegationens uppdrag har utöver vad som framgår av direktiven utökats genom att Socialdepartementet överlämnat dels en skrivelse angående offentlig upphandling och dess tillämpning när vårdavtal träffas med läkare och sjukgymnaster, dels en skrivelse om Vidarklinikens framtid. Skrivelsen angående offentlig upphandling har behandlats i delegationens delbetänkande "Styrning och samverkan" (SOU 1996:175).

Allmänna utgångspunkter

Delegationens uppdrag har ett producent- och vårdgivarperspektiv. Regeringens uttalande om att det är önskvärt med en ökad mångfald i vårdutbudet har av delegationen, utöver att resurserna kan utnyttjas effektivare, också tolkats som att patienternas önskemål om ökade valmöjligheter skall tillgodoses. Delegationen har därför valt att tydligare än vad som framgår av direktiven anlägga ett patientperspektiv.

Delegationen har vidare i sina överväganden och förslag beaktat de förslag och allmänna uttalanden som regering och riksdag gett uttryck för vid olika tillfällen under den tid delegationen varit verksam. En sammanfattande tolkning av dessa uttalanden ger stöd för uppfattningen att sjukvårdshuvudmännen bör ge ökat utrymme för alternativa driftformer och att andelen privata vårdgivare bör öka. En utveckling mot ökad reell valfrihet bidrar till att patientens ställning stärks. Särskilt har betonats att återväxten av privata vårdgivare bör tryggas genom att möjligheter öppnas för yngre vårdgivare att träffa vårdavtal. Samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna bör regleras i vårdavtal samtidigt som det statliga ersättningssystemet bör finnas kvar i avvaktan på att sjukvårdshuvudmännen utvecklar sin beställarkompetens och renodlar sin producentroll och roll som finansiär. En utveckling mot att landstingen i högre utsträckning ser alternativa driftformer som en resurs och komplement till den offentligt drivna vården bör också, enligt regeringen, minska behovet av att regeringen skall fastställa de nationella taxorna.

Delegationen har tolkat direktiven på sådant sätt att den skall föreslå konkreta lösningar och förändringar i gällande regelsystem om utvecklingen och tillämpningen inte ligger i linje med vad som uttalats av regering och riksdag.

Delegationens arbete

Delegationen har bedömt det som viktigt att etablera en nära och löpande kontakt med företrädarna för de regionala samverkansorganen. Som ett led i denna ambition har delegationen besökt samtliga landsting. Enligt direktiven skall delegationen fortlöpande informera regeringen om utvecklingen inom de områden som direktiven avser. Delegationen har överlämnat ett delbetänkande "Styrning och samverkan" (SOU 1996:175) och genomfört ett antal studier som under 1997 löpande presenterats i separata rapporter. Delegationen har också genomfört undersökningar i form av enkäter riktade till såväl sjukvårdshuvudmän som vårdgivare för att i anslutning till delbetänkandet och

slutbetänkandet kunna belysa det aktuella läget inom de områden som ligger inom delegationens ansvarsområde. Ett viktigt led i delegationens arbete har varit att hitta och sprida goda exempel som underlättar samverkan mellan offentlig och privat vård. Som exempel på detta har delegationen i anslutning till överlämnandet av sin delrapport anordnat en konferens riktad till i första hand privata vårdgivare och företrädare för sjukvårdshuvudmännen. I samma syfte anordnar delegationen en konferens samma dag som detta betänkande presenteras.

Omfattningen av privat vård

De privata läkarna svarade 1996 för 26 % av samtliga läkarbesök, varav de privata specialistläkarna svarade för 19 %. De privata allmänläkarna svarade för knappt 14 % av samtliga läkarbesök inom primärvården. De privata allmänläkarna minskade med 25 % i samband med att husläkarlagen upphörde. Vid årsskiftet 1996/97 upphörde 279 läkare med verksamheten på grund av att den s.k. 65-årsregeln fick fullt genomslag. Sedan den 1 januari 1996 har antalet läkare anslutna till den nationella läkarvårdstaxan minskat med 560, varav 328 upphört med verksamheten på grund av ålder. Sammanlagt har sedan den 1 januari 1996 275 nya vårdavtal träffats med specialistläkare varav 155 under 1997.

Antalet privata läkare uppgick hösten 1997 till 2 387 vilket innebär en nettominskning sedan den 1 januari 1996 med 404 läkare eller 17 %. Under 1997 har nettominskningen hittills varit marginell. Av samtliga privatläkare är i dag 38 % (406 specialistläkare och 510 allmänläkare) verksamma med vårdavtal.

De privata sjukgymnasterna svarade 1996 för 58 % av samtliga sjukgymnastbesök. Vid årsskiftet 1996/97 upphörde 97 sjukgymnaster med sin verksamhet på grund av att den s.k. 65-årsregeln fick fullt genomslag. Sedan den 1 januari 1996 har antalet sjukgymnaster anslutna till sjukgymnasttaxan minskat med 338 varav 113 upphört med verksamheten på grund av ålder.

Sammanlagt har 163 nya vårdavtal träffats varav 107 tillkommit under 1997. Antalet privata sjukgymnaster uppgick hösten 1997 till 2 227, vilket innebär en nettominskning sedan den 1 januari 1996 med 182 sjukgymnaster eller 7,5 %. Av samtliga privata sjukgymnaster är i dag 11 % (256) verksamma med vårdavtal.

Rapporter och undersökningar

En sammanfattning av den kartläggning av vårdutbud och tillämpning av gällande regelsystem som delegationen genomfört i enlighet med direktiven visar följande:

Ytterst få läkare och i princip inga sjukgymnaster har lyckats få till stånd vårdavtal för fortsatt verksamhet i och med att 65-årsregeln trädde i kraft. I den mån vårdavtal har träffats med läkare har dessa huvudsakligen tecknats på ett år eller kortare tid för att möjliggöra en avveckling av verksamheten.

De praktiska möjligheterna att efter uppnådd pensionsålder driva verksamheten vidare med enbart patientavgifter är ytterst begränsade. Mycket få särskilda vårdavtal har träffats, som medger kostnadsfri remittering till laboratorie- och röntgenundersökning.

Kravet på remiss till specialistläkarvård och sjukgymnastik har lett till en ökad styrning av patienterna till den offentliga vårdproduktionen.

De vårdavtal som har träffats har nästan uteslutande kommit till stånd med tidigare taxanslutna läkare och sjukgymnaster. I vårdavtalen har då funnits en garanti om återgång till verksamhet enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning till sjukgymnastik om avtalen skulle komma att sägas upp. Etablering av nya vårdgivare som inte haft sin förankring i det statliga regleringssystemet har varit mycket begränsad.

De privata vårdgivarna har en lägre kostnadsnivå jämfört med motsvarande tjänster inom offentlig vårdproduktion. Det gäller i synnerhet de privata specialistläkarna. För de privata sjukgymnasterna är bilden mera splittrad. Kostnaden per vårdtillfälle är generellt sett lägre, samtidigt som ett antal undersökningar som delegationen kunnat ta del av visar att antalet behandlingar per patient oftast är fler. Å andra sidan ger inte delegationens remissundersökning stöd för att så skulle vara fallet. Någon entydig slutsats av kostnaderna per färdigbehandlad patient kan därför inte dras.

Delegationens bedömning

Sjukvårdshuvudmännens olika roller och organisationsstruktur

En förutsättning för att en positiv utveckling av alternativa driftformer skall komma till stånd under producentneutrala förhållanden är att sjukvårdshuvudmännens beställar- och finansieringsansvar tydligt separeras från den egna produktionen av hälso- och sjukvård och arbetsgivaransvaret för denna verksamhet.

Delegationen anser att sjukvårdshuvudmännen har det yttersta ansvaret för att ange hur samspelet mellan olika vårdgivare och driftformer skall fungera, så att varje aktör finner sin roll i det samspelet. Om politikerna anger tydliga spelregler och förväntningar på hur samverkan bör ske kommer vårdgivarna att organisera sin verksamhet efter detta. Delegationen har kunnat konstatera att i de landsting där en gemensam samverkanspolicy utarbetats om hur samspelet skall fungera har man också i praktiken kommit längst i arbetet med vårdkedjor vilket medför att patienterna erhåller vård på adekvat vårdnivå. Den nu beskrivna utvecklingen med tydliga roller och en väl fungerande samverkan är den utveckling som delegationen anser bör stimuleras på olika sätt. En sådan utveckling leder till mångfald, ett effektivt utnyttjande av resurserna och att patienternas val blir avgörande för hur beställarna skall styra sina resurser.

Genom vårdavtal kan tydliga rättigheter och skyldigheter preciseras. På samma sätt som sjukvårdshuvudmännen måste beakta kravet på långsiktighet och tydliga spelregler för producenterna, oberoende av om dessa är offentliga eller privata, måste producenterna respektera sjukvårdshuvudmännens ansvar för kostnadsutvecklingen och att de som yttersta företrädare för medborgarna har ansvaret för att tillgängliga resurser med fastställda kvalitetskriterier utnyttjas så effektivt som möjligt.

Den öppna vården, oberoende av om den drivs i offentlig eller privat regi, skulle kunna bli effektivare om den tydligt skildes från slutenvård och akutsjukvård. Den privata specialistläkarvården bildar redan i dag på vissa håll en ny vårdnivå, mellan primärvård och läns- och regionsjukvård. Vårdkedjetänkande och överenskommelser om patientflöden mellan vårdnivåerna bidrar till detta. Mycket talar följaktligen för att den öppna specialistläkarvården är lämplig att bedrivas i alternativa driftformer.

Producentneutralitet, konkurrenslagen och lagen om offentlig upphandling

De problem med bristande producentneutralitet som delegationen noterat under sitt arbete har sin grund i sjukvårdshuvudmännens olika roller som beställare och finansiär å ena sidan och som producent och arbetsgivare å den andra. Delegationen har noterat att vårdavtal kan ha karaktären av s.k. avropsavtal, vilket innebär att det i avtalen anges vilken ersättning som skall utgå om patienter remitteras. Någon garanti om en viss vårdvolym föreligger däremot inte. Delegationen anser att själva det faktum att vårdavtal har träffats självklart måste innebära att intentionerna från sjukvårdshuvudmannens sida är att de tjänster som vårdgivaren erbjuder skall tas i anspråk. I annat fall är det omöjligt för vårdgivaren att åstadkomma en rimlig dimensionering av vårdutbudets kapacitet. Delegationen har också funnit att patientens valfrihet inte är lika tydligt uttalad och förankrad i sjukvårdsorganisationen när det gäller val av olika rehabiliteringstjänster, som när det gäller val av vårdgivare inom primärvården eller val av sjukhus. Delegationen anser att patientens valfrihet även måste omfatta val av olika rehabiliteringsalternativ. Väljer patienten andra vårdgivare, som sjukvårdshuvudmannen har träffat vårdavtal med, måste det ligga i sjukvårdshuvudmannens åtagande att, genom omfördelning av befintliga resurser, styra dessa till den verksamhet som patienterna efterfrågar.

Delegationen vill betona vikten av att det skapas en väl avvägd balans mellan konkurrens och samverkan och där samtidigt samspelet mellan olika vårdgivare måste fungera. Konkurrens inom hälso- och sjukvården innebär att olika vårdgivare konkurrerar om ett kontrakt med offentlig finansiering. Ofta handlar det om konkurrens om en marknad snarare än konkurrens på en marknad. Olika typer av entreprenader inom äldreomsorg och vårdcentraler är exempel på detta, där geografiska upptagningsområden kan begränsa patientens valfrihet. Delegationen anser att det måste vara möjligt att kombinera olika former av områdesansvar med en ökad valfrihet för patienten. Delegationen anser att marknadslösningar, inte får medföra att lägsta pris tillåts vara den enda utslagsgivande faktorn. Upphandlingen ställer stora krav på kompetens hos anbudsgivarna och andra aspekter, inte minst de kvalitativa, måste ges stort utrymme.

När det gäller lagen om offentlig upphandling och dess tillämpning vill delegationen fästa uppmärksamheten på att många privata sjukhus och sjukhem är ideella stiftelser som drivs utan vinstmotiv. Ofta betraktas dessa som en integrerad del av den samlade sjukvårdsproduktionen och inte som entreprenader i vanlig mening. En förutsättning för dessa institutioners överlevnad är att långsiktiga och stabila spelregler

gäller. Delegationen anser därför att en modifiering i tillämpningen av gällande upphandlingsregler bör övervägas för dessa verksamheter.

Statlig styrning och decentralisering

Hälso- och sjukvård är en nationell angelägenhet, vilket bland annat kommer till uttryck i HSL:s portalparagraf om medborgarnas tillgång till hälso- och sjukvård på lika villkor. Olikheter i remisskrav och patientavgifter på samma vårdnivå samt olikheter i spelregler mellan privata och offentliga vårdgivare mellan olika landsting påverkar tillgängligheten och valfriheten till hälso- och sjukvård. Avvägningen mellan grundläggande demokratiska principer om lokalt självstyre och medborgarnas tillgång till hälso- och sjukvård på lika villkor sätts därmed i fokus.

Styrning och samverkan genom vårdavtal

En viktig utgångspunkt i delegationens arbete har varit att svensk hälso- och sjukvård skall vara skattefinansierad och demokratiskt styrd. Produktionen kan däremot ske i olika former. Förhållandena mellan sjukvårdshuvudman och enskild vårdgivare skall regleras i vårdavtal.

Delegationen anser inte att det är ändamålsenligt med den uppdelning på vårdavtal och samverkansavtal som nu föreligger. Den har skapat mer förvirring än klarhet. Inte minst har den tolkning som Nämnden för offentlig upphandling gjort beträffande tillämpningen av lagen om offentlig upphandling bidragit till detta. De vårdavtal som hittills har träffats har huvudsakligen skett med enskilda vårdgivare som tidigare varit anslutna till den nationella taxan. Därmed har frågan om offentlig upphandling inte varit aktuell i någon större omfattning. Den otrygghet som tidsbegränsade avtal medför uppvägs av att vårdgivarna ges rätt att återgå till den nationella taxan om vårdavtalen skulle upphöra. Det stora problemet med gällande regelsystem är att ytterst få enskilda vårdgivare vågar träffa tidsbegränsade vårdavtal utan någon garanti om förlängning. Detta innebär att det inte sker något nytillskott av enskilda vårdgivare. Delegationen ser det därför som ytterst angeläget att finna en lösning på hur återväxten av enskilda vårdgivare skall kunna garanteras. Delegationen vill värna om en utveckling där det också i framtiden ges utrymme och möjlighet att verka som enskild vårdgivare. Långsiktiga vårdavtal och möjligheten att överlåta en etablering är då av avgörande betydelse.

Rätten att överlåta en etablering kan emellertid inte ges samma innebörd som gällde före 1994. Landstingens planerings- och finansieringsansvar omfattade inte de läkare och sjukgymnaster som då var verksamma i ett statligt reglerat system. Sjukvårdshuvudmännen är avtalslutande part även när en etablering överlåts och har därmed ett berättigat intresse av att påverka valet av efterträdare.

En genomgång av de vårdavtal som träffats under 1997 visar att den nationella taxan utgör basen i den ekonomiska ersättningen. Det finns emellertid en tydlig utveckling mot att styra till mer kvalificerade åtgärder för att därmed avlasta sjukhusens öppenvårdsmottagningar. Det blir också alltmer vanligt att vårdkedjetänkandet kommer till uttryck i vårdavtalen genom överenskommelser om patientflöden. I dessa bildar de privata vårdgivarna en ny vårdnivå mellan sjukhusens specialistmottagningar och primärvården.

65-årsregeln

Delegationen föreslår ingen ändring av 65-årsregeln. Däremot anser delegationen att sjukvårdshuvudmännen bör tillämpa en generösare prövning vid önskemål om fortsatt verksamhet än vad som sker i dag. En saklig prövning bör ligga till grund för beslut om medgivande eller avslag.

Vårdprogram

Genom nationella, lokala och regionala vårdprogram stärks kunskapsunderlaget, skapas förutsättningar för att minska skillnader i medicinsk praxis samt ökar förutsättningarna för att patienterna erhåller en god vård på lika villkor. De lokala samverkansorganen tillsammans med berörda yrkeskategorier bör ges ett tydligt uppdrag att påskynda arbetet och medverka i denna utveckling.

Sjukvårdshuvudmännens behov av tillgång på information och vårdgivarens tystnadsplikt

Ett klagande måste ske av vilka rättigheter landstingen har eller bör ges att från privatpraktiserande vårdgivare erhålla uppgifter som kan avslöja enskilda patienters identitet. Om regeringen anser att vårdgivaren bör vara förhindrad att för administrativa ändamål lämna uppgifter till sjukvårdshuvudmännen som röjer patienternas identitet, kan ett

förtydligande ske genom ett klart uttalande i proposition. Om regeringen å andra sidan anser att vårdgivaren, bland annat för att underlätta landstingens kontroll, har rätt att lämna ut sådana uppgifter, bör detta framgå genom en ändring i 8 § åliggandelagen.

Enligt delegationens uppfattning bör regering och riksdag, med hänsyn till enskilda patienters integritet, uttala att privatpraktiserande vårdgivare är förhindrade att till landstingen för administrativa ändamål utlämna uppgifter som kan avslöja enskilda patienters identitet.

Krav på bättre uppföljningssystem

SPRI bör tillsammans med sjukvårdshuvudmännen, vårdgivarna och Socialstyrelsen avsätta resurser för att på nationell nivå utveckla gemensamma beskrivnings- och klassificeringssystem.

Socialstyrelsen och Landstingsförbundet bör tillsammans med företrädare för de enskilda sjukvårdshuvudmännen inleda en dialog om behovet av jämförande statistik på nationell nivå.

Delegationens förslag

Lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal m.m.

Dagens nationella system med lagstiftning och ett ersättningsystem som fastställs av regeringen har utan tvekan bidragit till att de vårdgivare som omfattas av detta fått en stark ställning. Men det har också bidragit till att konservera en situation där andra legitimerade vårdgivare inte har samma möjligheter att bedriva verksamhet i alternativa driftformer. Det är uppenbart att t.ex. sjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter inte har samma möjligheter att träffa vårdavtal.

Delegationen anser att det är viktigt att även andra vårdgivargrupper än läkare och sjukgymnaster ges möjlighet att bedriva verksamhet som enskild vårdgivare med finansiering av landstinget. Detta är viktigt för såväl vårdgivare som patienter. Vårdgivarna kan bedriva sin verksamhet i andra former än som anställda hos i princip en enda arbetsgivare och för patienten innebär det en ökad valfrihet. Det behövs klara spelregler för att detta skall komma till stånd. Att på nationell nivå markera att sjuksköterskor kan bedriva verksamhet som egna företagare inom exempelvis mödrahälsovård, barnhälsovård och distriktsköterskevård och att psykoterapeuter med annan utbildningsbakgrund ges samma villkor som läkarutbildade psykoterapeuter kan också, med

hänsyn till hur könsfördelningen ser ut bland dessa yrkeskategorier, betraktas som en jämställdhetsfråga. Med hänsyn till de ställnings-taganden som regering och riksdag redovisat när det gäller ersättning och övriga villkor för de privata vårdgivarna och parternas ansvar anser delegationen inte att det skulle vara en framkomlig väg att föreslå nationella ersättningssystem som fastställs och beslutas av regering och riksdag för de aktuella vårdgivargrupperna.

Delegationen föreslår därför en lösning som innebär att andra legitimerade vårdgivare än läkare och sjukgymnaster omfattas av samma grundläggande villkor. Förslaget innebär att nu gällande detaljerade lagstiftning rörande villkoren för läkare och sjukgymnaster, LOL och LOS, upphävs och ersätts med en lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal. Beslut om taxornas utformning och ersättningsnivåer överlåtes till berörda parter att besluta om. Motivet för att föreslå en lag är att hälso- och sjukvården är en nationell angelägenhet. Därför anser delegationen att de grundläggande förutsättningarna för de privata vårdgivarna bör vara lika över hela landet. I lagen för privata vårdgivare skall i första hand anges vilka vårdgivare som avses och vilka krav som ställs för att dessa skall kunna omfattas av lagen.

I den föreslagna lagen anges också att den del av vårdavtalet som avser själva etableringstillståndet skall gälla tills vidare. Rätten att överlåta en etablering fastställs i lagen. Sakliga skäl skall föreligga för att sjukvårdshuvudmannen skall kunna säga upp gällande etableringstillstånd eller motsätta sig att etableringen kan överlåtas till en annan vårdgivare.

Av lagförslaget framgår att regeringen skall tillsätta ett råd för vårdavtalsfrågor. Rådet skall följa och bedöma tillämpningen av den föreslagna lagen samt följa och bedöma utvecklingen av de frågor som det förutsätts att parterna skall träffa avtal om. Vidare bör rådet följa utvecklingen av den överenskommelse, som delegationen föreslår skall träffas mellan regeringen och Landstingsförbundet, om att 25 % av all öppenvårdsverksamhet skall bedrivas antingen som personliga etableringar enligt den föreslagna lagen eller bli föremål för upphandling. Slutligen bör den enskilde vårdgivarens ställning och rättssäkerhet stärkas genom att denne ges rätt att få sin sak prövad av rådet. Såväl sjukvårdshuvudmännen som de enskilda vårdgivarna skall kunna överlämna tolkningsfrågor av principiell natur till rådet för bedömning. Rådets uttalanden skall vara vägledande för de vårdgivare och sjukvårdshuvudmän som berörs. Sjukvårdshuvudmännen och företrädare för vårdgivarna skall vara representerade i rådet och ledas av en ordförande som är fristående från partsintressen.

Delegationen anser att de frågor som delegationen betraktar som en nationell angelägenhet huvudsakligen skall lagregleras och att därut-

över regering och riksdag i ett uttalande ger tillkänna vikten av att nationella riktlinjer vad avser ersättningssystem och ersättningsnivåer förhandlas mellan företrädare för landstingen och de privata vårdgivarna. Huvudansvaret ligger därmed på de enskilda sjukvårdshuvudmännen och de enskilda vårdgivarnas företrädare att besluta och komma överens om i vilka frågor som de centrala företrädarna bör utarbeta riktlinjer eller mera detaljerade förslag. Delegationen är övertygad om att såväl sjukvårdshuvudmännen som de enskilda vårdgivarna genom sina företrädare kommer att efterlysa nationella riktlinjer i ett antal frågor, exempelvis vissa av de frågor som i dag regleras i LOL och LOS och framför allt när det gäller ersättningssystem och ersättningsnivåer. Inget hindrar exempelvis Landstingsförbundet att på samma sätt som hittills komma överens med vårdgivarnas centrala företrädare om ersättningssystem alternativt ersättningsmodeller som kan tjäna som stöd och vägledning för sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna i de enskilda avtalsförhandlingarna. En annan sådan fråga kan vara att ta fram standardiserade vårdavtal. Med hänsyn till förslaget konstruktion anser delegationen att övervägande skäl för att lagen om offentlig upphandling (LOU) inte är tillämplig för den verksamhet som förutsätts bedrivs av enskilda vårdgivare och som skall vara verkamma enligt den föreslagna lagen. Frågan bör prövas ytterligare i den översyn av LOU och dess tillämpning på hälso- och sjukvårdstjänster som regeringen aviserat.

För att uppnå en önskvärd mångfald i vårdutbudet anser delegationen att det inte är tillräckligt att det utformas ett regelsystem som gör det attraktivt för vårdgivare att välja etablering som enskilda vårdgivare. Det krävs också att sjukvårdshuvudmännen efterfrågar alternativ till den offentligt bedrivna vården. Delegationen anser vidare att förslaget inte är tillräckligt för de nya grupper som föreslås omfattas av den nya lagen, främst psykologer, psykoterapeuter, sjuksköterskor och barnmorskor. Dessa grupper har inte samma förankring som enskilda vårdgivare jämfört med läkare och sjukgymnaster för att en önskvärd mångfald skall utvecklas av sig själv. Delegationen anser därför att det krävs särskilda stimulansåtgärder för att uppnå en önskvärd nivå inom rimlig tid. Mot den bakgrunden föreslår delegationen att det träffas en överenskommelse mellan regeringen och Landstingsförbundet om en målsättning att minst 25 % av all öppenvård inom respektive landsting och vårdgivarkategori bör bedrivs som personliga etableringar enligt vårdavtal eller bli föremål för upphandling för att stimulera till uppkomsten av alternativa driftformer. En sådan överenskommelse skulle också påskynda utvecklingen av sjukvårdshuvudmännens roll som beställare av hälso- och sjukvård. Delegationen vill betona att det är sjukvårdshuvudmännen själva som avgör avvägningen av omfattningen

mellan enskilda vårdgivare och entreprenadlösningar där den landstingsdrivna verksamheten kan vara en bland flera anbudsgivare.

Delegationen vill starkt betona att de olika förslag som redovisas i detta avsnitt skall ses som en helhet. Att regeringen inte längre föreslås fastställa det nationella ersättningssystemet förutsätter att rådet för vårdavtalsfrågor inrättas, att en överenskommelse träffas mellan regeringen och Landstingsförbundet om att som en målsättning minst 25 % av all öppenvård inom respektive landsting och vårdgivarkategori skall bedrivas som personliga etableringar med vårdavtal eller bli föremål för offentlig upphandling, att regering och riksdag uttalar behovet av nationella riktlinjer samt att regeringen i förordning beslutar om förlikningsman om parterna inte kan komma överens.

Lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2000. Det förutsätts att samtliga läkare och sjukgymnaster, som i dag är verksamma enligt LOL och LOS eller har vårdavtal kommer att erbjudas vårdavtal enligt det föreslagna regelsystemet.

Primärvården

De allmänläkare som i dag är verksamma enligt lagen om läkarvårdserättning (LOL) kommer med delegationens förslag till lag för enskilda vårdgivare att ingå i sjukvårdshuvudmännens primärvårdsorganisation.

Spelreglerna för de offentligt anställda och de privata allmänläkarna, vad gäller olika åtaganden inom primärvården, bör vara lika.

Primärvårdsorganisationen bör utformas på ett sådant sätt att den för alla legitimerade vårdgivare möjliggör verksamhet i alternativa driftformer. Därmed underlättas patientens fria val.

I kommuner, där den på regional nivå fastställda målsättningen om antal invånare per allmänläkare inte uppnåtts, bör allmänläkare efter ansökan medges rätt att etablera sig under förutsättning att de villkor som sjukvårdshuvudmannen ställer på allmänläkarna i sin primärvårdsorganisation är uppfyllda.

Remisskrav till specialistläkarvård och sjukgymnastik

Remissen är i sig ett viktigt kommunikationsinstrument mellan olika vårdgivare och som sådant behöver det utvecklas. Delegationens och andra undersökningar visar att samarbete mellan olika vårdgivare fungerar bäst när dessa själva genom vårdkedjeprosjekt och i vårdprogram kommit överens om hur patientflödena och samverkan skall fungera. Administrativa remisskrav tenderar att leda till revirtänkande och ökad

byråkrati. Detta leder i sin tur till fördröjda behandlingar av patienter. Samverkan snarare försvåras än underlättas genom krav på remiss. En återgång till att privata specialtläkare kan verka med offentlig finansiering utan krav på remiss bör därför ske snarast. Detta bör samtidigt gälla för privata sjukgymnaster. Genom att remisskravet för sjukgymnastik slopas likställs sjukgymnasterna med övriga jämförbara personalkategorier inom primärvården, exempelvis distriktssköterskor, barnmorskor och arbetsterapeuter. Delegationen bedömer det så angeläget att remisskravet slopas, att detta bör beslutas snarast möjligt för att möjliggöra ett ikraftträdande den 1 juli 1998 och inte anstå till år 2000, då den nya lagen föreslås träda i kraft.

Ersättning för medicinsk service m.m. vid besök hos läkare som inte har offentlig finansiering

Delegationen föreslår att regering och riksdag uttalar att:

Sjukvårdshuvudmannen bör träffa särskilda vårdavtal angående laboratorie- och röntgenundersökningar med läkare mellan 65-70 år och som i övrigt är verksamma utan offentlig finansiering.

De patientavgifter som läkare och sjukgymnaster mellan 65-70 år erhåller bör, under förutsättning att de inte överstiger vad som läkare och sjukgymnaster med offentlig finansiering erhåller, inkluderas i högkostnadsskyddet.

Sjukvårdshuvudmännen bör träffa särskilda vårdavtal angående laboratorie- och röntgenundersökningar med de företagshälsovårdsenheter som uppfyller ställda kvalitetskrav och har läkare som besitter specialistkunskaper i företagshälsovård.

Klara spelregler

Långsiktiga spelregler krävs för att andelen privata vårdgivare inte bara skall kunna bibehållas utan också öka i omfattning. Den minskade statliga styrningen och decentraliseringen av beslutsrätten till enskilda landsting har lett till att det inom flera områden saknas gemensamma riktlinjer för sjukvårdshuvudmän och vårdgivare. Detta har medfört att det skapats ett stort antal olika system som medför olika förutsättningar för befolkningens tillgång till vård.

I ett patientperspektiv kan det diskuteras hur stora skillnaderna kan och bör vara mellan olika landsting med hänsyn till vad HSL anger beträffande patientens rätt till adekvat sjukvård på lika villkor. Det kan ifrågasättas om det är rimligt att det i vissa landsting genom remisskrav

föreligger en helt annan tillgänglighet till specialistläkarvård och sjukgymnastik än i landsting utan remisskrav. Remisskravet har också i flera fall i praktiken visat sig utgöra ett hinder för patientens rätt att välja vårdgivare. Varje enskilt landsting avsätter betydande resurser för att utforma egna regelsystem och egna vårdavtal. Detta arbete skulle kunna underlättas om det fanns nationella riktlinjer att utgå ifrån och standardiserade vårdavtal med möjlighet till regionala och lokala avvikelser. För den enskilde vårdgivaren är det också en fråga om rättssäkerhet att det finns klara spelregler för etablering och avtal eftersom den enskilde vårdgivaren ofta är den svagare förhandlingsparten.

När nu delegationen föreslår en fortsatt minskad statlig detaljreglering genom dels en mindre detaljerad lagstiftning för enskilda vårdgivare, dels att regeringen inte fortsättningsvis skall fastställa de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster, skall detta ses mot bakgrund av landstingens planerings- och finansieringsansvar och att vårdavtal är den form i vilket förhållandet mellan sjukvårdshuvudmannen som beställare och den enskilde vårdgivaren skall regleras. En minskad statlig detaljreglering och en ökad decentralisering av beslutanderätten ställer samtidigt ökade krav på uppföljning, utvärdering och tillsyn för att säkerställa att landstingen lever upp till de av regering och riksdag fastställda målen och intentionerna i övrigt. Delegationens förslag ställer följaktligen behoven av nationella riktlinjer och uppföljningssystem än mer i fokus än tidigare.

Med delegationens förslag läggs ett ökat ansvar på sjukvårdshuvudmännen och företrädarna för de enskilda vårdgivarna att komma överens om nationella riktlinjer och rekommendationer. Ett sådant ökat ansvar förstärker och förtydligar sjukvårdshuvudmännens roll som beställare och finansiär av hälso- och sjukvård.

Förslag till Lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården

Lagens innehåll

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom den öppna hälso- och sjukvården.

Målsättning och krav

2 § Varje landsting bör genom vårdavtal bereda legitimerade yrkesutövare som anges i lagen möjlighet att som enskilda vårdgivare bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet finansierad av landstinget.

3 § Vid landstings beslut angående driftform för viss hälso- och sjukvårdsverksamhet, skall krav på kvalitet, tillgänglighet och kostnadseffektivitet vara avgörande.

Patientens möjlighet att utöva sin rätt till ett fritt val av vårdgivare skall beaktas vid beslut enligt första stycket.

Avgränsningar och definitioner

4 § Bestämmelserna i denna lag gäller vid meddelande av hälso- och sjukvård som anges i 7 § till den som är bosatt i Sverige, om inte något annat är föreskrivet.

Bestämmelserna gäller även vid meddelande av hälso- och sjukvård till den som, utan att vara bosatt i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen.

5 § Med vårdavtal avses i denna lag ett avtal mellan en legitimerad yrkesutövare och ett landsting om etablering för att meddela hälso- och sjukvård finansierad av landstinget samt ett avtal om vårdersättning för sådan verksamhet.

Vårdgivare är enligt denna lag en legitimerad yrkesutövare som anges i 8 §, som har ingått ett vårdavtal enligt första stycket.

6 § Om inte annat föreskrivs avses i denna lag med landstinget det landsting inom vars område vårdgivaren bedriver eller avser att bedriva sin verksamhet.

Vad som i lagen sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting.

7 § Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Vårdgivarkategorier

8 § Landsting kan enligt denna lag ingå vårdavtal med en yrkesutövare med legitimation som barnmorska, kiropraktor, logoped, läkare, naprapat, psykolog, psykoterapeut, sjukgymnast eller sjuksköterska.

För vårdavtal med läkare krävs att denne har specialistkompetens eller är läkare med kompetens som allmänpraktiserande läkare (Europaläkare) och bedriver mottagningsverksamhet inom sin specialitet eller motsvarande i öppen vård för enskilda patienter.

Landstingets ansvar

9 § Om landsting avser att ingå ett vårdavtal för viss hälso- och sjukvårdsverksamhet skall landstinget ledigförklara ifrågavarande rätt till etablering.

10 § Landsting bör om inte särskilda skäl föreligger på begäran av en vårdgivare vars vårdavtal upphör ingå sådant med annan vårdgivare.

Vårdavtal som innebär att en vårdgivare ersätts av en annan vårdgivare skall föregås av ett samråd mellan landstinget och den vårdgivare som skall ersättas angående valet av ersättare.

Vårdgivarens synpunkter skall därvid tillmätas väsentlig betydelse.

11 § Landstinget svarar vid upprättande av ett vårdavtal för att vårdgivaren har förutsättningar att uppfylla kraven i 2 § samt 2 a - d §§ hälso-

och sjukvårdslagen (1982:763) i den verksamhet som vårdavtalet omfattar.

Vårdavtals innehåll

12 § Avtal om etablering för att meddela hälso- och sjukvård finansierad av landstinget skall gälla till vårdgivaren fyllt 65 år, om inte annat avtalats.

13 § Vårdavtal är inte giltigt i den del det anger krav på remiss från en vårdgivare till en annan som förutsättning för vårdgivares rätt till vårdersättning.

Vårdgivarens ansvar

14 § I 7 - 9 §§ lag (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården finns bestämmelser om anmälan av verksamhet m.m. till Socialstyrelsen.

15 § En vårdgivare som är verksam med vårdavtal enligt denna lag skall samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet.

16 § En vårdgivare som är verksam med vårdavtal enligt denna lag skall medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Vårdgivaren skall årligen till Socialstyrelsen och landstinget lämna en redovisning med uppgifter om mottagningens medicintekniska utrustning, antalet patientbesök och vårdåtgärderna.

I 8 § lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården finns bestämmelser om tystnadsplikt inom den enskilda hälso- och sjukvården.

Uppsägning av avtal om etablering samt ersättning för ekonomisk skada i vissa fall

17 § Uppsägning från landstings sida av ett avtal om etablering för att meddela hälso- och sjukvård finansierad av landstinget får ske om det föreligger sakliga skäl för en sådan.

18 § Om landstings beslut enligt 10 eller 17 §§ medför ekonomisk skada för vårdgivaren har denne rätt till ersättning från landstinget för uppkommen skada.

Utgående ersättning enligt första stycket kan jämkas i motsvarande mån som vårdgivaren själv medverkat till skadan.

Patientavgift och vårdersättning

19 § För hälso- och sjukvård som meddelas av en vårdgivare som får ersättning enligt avtal med stöd av denna lag får patienten avkrävas en patientavgift.

Landstinget skall svara för den vårdersättning som inte täcks av patientavgiften.

Patientavgift får inte tas ut för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller angående abort eller sterilisering. Patientavgift får inte heller tas ut om detta framgår av särskilda föreskrifter.

Om patientavgift inte får tas ut tillämpas andra stycket och 21 § på motsvarande sätt.

20 § Patientavgift enligt denna lag får tas ut med högst samma belopp som vårdavgiften enligt 26 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) för motsvarande vård inom landstinget.

Om vårdgivaren tar ut en lägre patientavgift än vad som är medgivet enligt första stycket, skall detta inte påverka den del av vårdersättningen som betalas av landstinget.

21 § Om meddelad hälso- och sjukvård har avsett en patient som inte är bosatt inom landstingets område, skall det landsting inom vars område patienten är bosatt svara för den utbetalda vårdersättningen, om inte landstingen kommer överens om något annat. Om patienten inte är bosatt inom något landstings område, skall det landsting inom vars område patienten eller familjemedlemmen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område personen är registrerad som arbetssökande, svara för den utbetalda vårdersättningen.

22 § En patient som för en viss tid har uppnått kostnadsbefrielse enligt 26 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är under samma tid befriad även från att betala patientavgifter enligt denna lag.

23 § Om en patient uteblivit från avtalat besök, får patientavgift ändå tas ut av patienten.

Bestämmelserna i 22 § befriar inte patienten från avgift enligt denna bestämmelse.

Råd för vårdavtalsfrågor

24 § Regeringen bemyndigas att för viss tid tillsätta ett råd för vårdavtalsfrågor.

25 § Rådet skall

1. följa och bedöma tillämpningen av denna lag och av avtal som träffats med stöd av lagen, informera berörda om sina bedömningar och rapportera till regeringen, samt
2. pröva frågor angående rätt till avtal, överlåtelse av avtal eller ersättning för uppkommen ekonomisk skada i fall som anges i 18 § som landsting eller vårdgivare hänskjuter till rådet.

Regeringen får bestämma att rådet skall ha ytterligare uppgifter med anknytning till denna lag.

26 § Rådets uttalanden i frågor som avses i 25 § 2. skall vara vägledande för vårdgivare och landsting som berörs.

27 § Rådet som skall bestå av ... ledamöter skall utses efter förslag av landstingen och företrädare för vårdgivarna. Det skall ledas av en från parterna fristående ordförande.

Verkställighetsföreskrifter

28 § Regeringen får meddela verkställighetsföreskrifter till denna lag.

Övergångsbestämmelser

Läkare och sjukgymnaster som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för

sjukgymnastik eller som omfattas av gällande vårdavtal skall erbjudas vårdavtal enligt denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2000 då lagarna (1993:1651) om läkarvårdsersättning och (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik upphör att gälla.

Förslag till Lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Härmed föreskrivs att 7 kap. 7 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Sekretess gäller hos allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket och domstol i ärende enligt lagstiftningen om allmän försäkring eller arbetsskadeförsäkring eller om annan jämförbar ekonomisk förmån för enskild, eller om *läkarvårdersättning eller ersättning för sjukgymnastik*, för uppgift om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den som uppgiften rör eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs. Samma sekretess gäller hos annan myndighet på vilken det ankommer att handlägga ärende enligt lagstiftning som nu har nämnts. I fråga om myndighet som anges i 8 § gäller dock bestämmelserna där.

Föreslagen lydelse

Sekretess gäller hos allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket och domstol i ärende enligt lagstiftningen om allmän försäkring eller arbetsskadeförsäkring eller om annan jämförbar ekonomisk förmån för enskild, eller om *vårdersättning enligt lagen (19xx:000 om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården*, för uppgift om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den som uppgiften rör eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs. Samma sekretess gäller hos annan myndighet på vilken det ankommer att handlägga ärende enligt lagstiftning som nu har nämnts. I fråga om myndighet som anges i 8 § gäller dock bestämmelserna där.

Förslag till ändring gränssjukvårdsförordningen (1962:390)

Härmed föreskrivs att 2 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

2 § Ersättning för utgift för *läkarvård* lämnas högst med ett belopp som motsvarar det arvode som *en privatpraktiserande läkare* med ersättning enligt lagen (1993:1651) om *läkarvårdsersättning* skulle ha fått tillgodoräkna sig för vården. Utgift för *sjukgymnastik* ersätts högst med ett belopp som motsvarar det arvode som en *privatpraktiserande sjukgymnast med ersättning* enligt lagen (1993:1652) om *ersättning för sjukgymnastik* skulle ha fått tillgodoräkna sig för behandlingen.

Föreslagen lydelse

Ersättning för utgift för *hälso- och sjukvård* lämnas högst med ett belopp som motsvarar det arvode som *en vårdgivare* med ersättning enligt lagen (19xx:000) om *etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården* skulle ha fått tillgodoräkna sig för meddelad hälso- och sjukvård.

Förslag till Lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472)

Härmed föreskrivs att 10 och 63 §§ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

10 § Varje läkare skall i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet vara uppmärksam på förekomsten av samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas. Om läkaren har kompetens för uppgiften och inte är förhindrad att utföra den, är läkaren skyldig att undersöka den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom samt att behandla den som för smitta av en sådan sjukdom. Undersöknings- och behandlingsskyldigheten gäller dock för en läkare i privat verksamhet endast om läkaren får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

63 §
All undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten inom landstingets hälso- och sjukvård.

Föreslagen lydelse

Varje läkare skall i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet vara uppmärksam på förekomsten av samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas. Om läkaren har kompetens för uppgiften och inte är förhindrad att utföra den, är läkaren skyldig att undersöka den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom samt att behandla den som för smitta av en sådan sjukdom. Undersöknings- och behandlingsskyldigheten gäller dock för en läkare i privat verksamhet endast om läkaren får *vård*ersättning *med stöd av vårdavtal* enligt lagen (19xx:000) om *etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården*.

All undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten inom landstingets hälso- och sjukvård.

En undersökning som utförs av en läkare i privat verksamhet för att utreda om någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är gratis för patienten, om läkaren får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

De läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt vid behandling av en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten.

Bestämmelserna i denna paragraf om gratis förmåner för patienter gäller den som är sjukförsäkrad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

En undersökning som utförs av en läkare i privat verksamhet för att utreda om någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är gratis för patienten, om läkaren får *vårdersättning med stöd av vårdavtal* enligt lagen (19xx:000) om *etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården*.

De läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt vid behandling av en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten.

Bestämmelserna i denna paragraf om gratis förmåner för patienter gäller den som är sjukförsäkrad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Förslag till ändring i smittskydds- förordningen (1989:301)

Härmed föreskrivs att 7 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Staten svarar för kostnaderna för läkemedel som förskrivs av en läkare utom landstingets hälso- och sjukvård och som behövs från smittskyddssynpunkt vid behandling för en samhällsfarlig sjukdom av en patient, som är sjukförsäkrad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Staten svarar också för kostnaderna för undersökning samt vård och behandling, dock inte läkemedel, av en patient som inte är sjukförsäkrad enligt lagen om allmän försäkring, om läkaren är privat verksam och har ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdersättning samt visar att han inte har kunnat få betalt från patienten.

Ersättning för kostnader som avses i första och andra styckena utbetalas av Socialstyrelsen.

Föreslagen lydelse

Staten svarar för kostnaderna för läkemedel som förskrivs av en läkare utom landstingets hälso- och sjukvård och som behövs från smittskyddssynpunkt vid behandling för en samhällsfarlig sjukdom av en patient, som är sjukförsäkrad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Staten svarar också för kostnaderna för undersökning samt vård och behandling, dock inte läkemedel, av en patient som inte är sjukförsäkrad enligt lagen om allmän försäkring, om läkaren är privat verksam och har *vårdersättning med stöd av vårdavtal enligt lagen (19xx:000) om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården* samt visar att han inte har kunnat få betalt från patienten.

Ersättning för kostnader som avses i första och andra styckena utbetalas av Socialstyrelsen.

Förslag till Lag om ändring i lag (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor

Härmed föreskrivs att 1 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Landsting och kommuner som inte tillhör något landsting (sjukvårdshuvudmän) skall, i fråga om personer som omfattas av sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lämna ersättning för resekostnader

1. i samband med öppen hälso- och sjukvård som anordnas av staten, ett landsting eller en kommun som inte ingår i ett landsting eller i samband med sjukhusvård enligt 2 kap. 4 § lagen om allmän försäkring,
2. i samband med rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.,
3. vid resor till och från sjukhus eller läkare som föranleds av en undersökning enligt förordningen (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m. m.,
4. i samband med tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappad,
5. i samband med tandvård som avses i 2 kap. 3 § lagen om allmän försäkring,
6. vid besök som med anledning av sjukdom görs hos läkare inom studerandeorganisationernas hälsovård, för

Föreslagen lydelse

Landsting och kommuner som inte tillhör något landsting (sjukvårdshuvudmän) skall, i fråga om personer som omfattas av sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lämna ersättning för resekostnader

1. i samband med öppen hälso- och sjukvård som anordnas av staten, ett landsting eller en kommun som inte ingår i ett landsting eller i samband med sjukhusvård enligt 2 kap. 4 § lagen om allmän försäkring,
2. i samband med rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.,
3. vid resor till och från sjukhus eller läkare som föranleds av en undersökning enligt förordningen (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m. m.,
4. i samband med tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappad,
5. i samband med tandvård som avses i 2 kap. 3 § lagen om allmän försäkring,
6. vid besök som med anledning av sjukdom görs hos läkare inom studerandeorganisationernas hälsovård, för

vilken statsbidrag betalas ut av högskolestyrelse,

7. i samband med konvalescentvård som ges i konvalescenthem som har tagits upp på förteckning som fastställs av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer,

8. vid besök för sjukvårdande behandling som ges i omedelbart samband med insats enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

9. vid besök för sjukvårdande behandling som ges med stöd av bestämmelserna om den kommunala hälso och sjukvården i hälso och sjukvårdslagen (1982:763),

10. vid besök för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som ges med stöd av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård.

I fråga om resekostnader enligt första stycket 2 skall ersättning lämnas även när rådgivningen bedrivs av organisationer med Socialstyrelsens tillstånd.

För resekostnader som avses i första stycket 1 behöver ersättning lämnas endast om vården eller behandlingen getts med anledning av sjukdom eller förlossning.

Sjukvårdshuvudmännen skall också lämna ersättning för resekostnader vid vård enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och vid sjukgymnastik enligt lagen (1993:1652) om sjukgymnastikersättning.

vilken statsbidrag betalas ut av högskolestyrelse,

7. i samband med konvalescentvård som ges i konvalescenthem som har tagits upp på förteckning som fastställs av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer,

8. vid besök för sjukvårdande behandling som ges i omedelbart samband med insats enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

9. vid besök för sjukvårdande behandling som ges med stöd av bestämmelserna om den kommunala hälso och sjukvården i hälso och sjukvårdslagen (1982:763),

10. vid besök för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som ges med stöd av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård.

I fråga om resekostnader enligt första stycket 2 skall ersättning lämnas även när rådgivningen bedrivs av organisationer med Socialstyrelsens tillstånd.

För resekostnader som avses i första stycket 1 behöver ersättning lämnas endast om vården eller behandlingen getts med anledning av sjukdom eller förlossning.

Sjukvårdshuvudmännen skall också lämna ersättning för resekostnader vid hälso- och sjukvård enligt lagen (19xx:000) om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården.

Förslag till Lag om ändring i lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning

Härmed föreskrivs att 3 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse
(Fr.o.m. 980101)

Med vård avses i denna lag läkarvård och annan medicinsk behandling eller undersökning som ges av en läkare eller under läkarens överinseende samt rådgivning som lämnas av läkare i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering.

Om det krävs remiss för viss vård hos en specialist inom landstinget, gäller det kravet även för läkarvårdsersättning enligt denna lag till en läkare i privat verksamhet med samma specialitet. Detta gäller inte läkarvård inom specialistkompetenserna barnmedicin, gynekologi eller psykiatri.

Föreslagen lydelse

Med vård avses i denna lag läkarvård och annan medicinsk behandling eller undersökning som ges av en läkare eller under läkarens överinseende samt rådgivning som lämnas av läkare i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1998.

Förslag till Lag om ändring i lag (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik

Härmed föreskrivs att 3 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse
(Fr.o.m. 980101)

Föreslagen lydelse

Med sjukgymnastik avses i denna lag sjukgymnastisk behandling som är föranledd av skada eller sjukdom. *Om det krävs remiss från läkare eller tandläkare för sjukgymnastik inom landstinget, gäller det kravet även för sjukgymnastikersättning enligt denna lag.*

Med sjukgymnastik avses i denna lag sjukgymnastisk behandling som är föranledd av skada eller sjukdom.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1998.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Regeringens beslut att tillsätta en nationell delegation för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård har sin grund i riksdagens beslut med anledning av regeringens propositioner 1994/95:109 avseende "Vissa privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters etablering m.m." och 1994/95:195 avseende "Primärvård, privata vårdgivare m.m."

I det följande ges en sammanfattning av de allmänna utgångspunkter riksdagen fastställt för gällande sjukvårdspolitik samt de enskilda beslut som fattats och som i första hand har betydelse för de privata vårdgivarnas (läkare och sjukgymnaster) villkor och förutsättningar att bedriva verksamhet.

1.1.1 Allmänna utgångspunkter

En välutvecklad primärvård utgör basen för hälso- och sjukvården. Primärvården skall därför prioriteras. Primärvårdens ansvar och uppgifter framgår av hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Även landstingens totala finansierings- och planeringsansvar inklusive privat vård framgår av HSL. Detta ställer krav på ökad samverkan mellan privata vårdgivare och huvudmännen. Betydelsen av ett varierat vårdutbud med olika driftsformer framhålls. Det anses vara en fördel om det finns alternativ till den offentligt producerade vården. Verksamhetens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet bör styra valet av vårdgivare. De privata vårdgivarna bör därför ses som en del av de samlade vårdresurserna och bör t.ex. kunna medverka i gemensam jour- och beredskapsverksamhet liksom att privatpraktikerna skall kunna erbjudas olika former av fortbildning i landstingets regi. Samtidigt som det alltså bör finnas ett varierat vårdutbud, och alternativ till den offentligt producerade vården, måste landstingens möjligheter att uppfylla sitt samlade planeringsansvar förbättras. Privat verksamhet bör i ökad omfattning regleras genom vårdavtal. Redan i samband med de nya ersättningsformer som trädde i kraft 1 juli 1994 betonades det önskvärda i att

vårdavtal mellan privata vårdgivare och landstingen kommer till stånd för att stärka samarbetet och stimulera till samsyn om verksamhetens innehåll, omfattning och lokalisering.

Vårdavtal bör därför vara det vanligaste sättet att reglera förhållandet mellan landsting och privata vårdgivare. Faktum är emellertid att majoriteten av privatpraktiker fortfarande uppbär ersättning enligt de nationella, av regeringen fastställda, taxorna.

1.1.2 Enskilda sjukvårdspolitiska beslut

Sjukvårdshuvudmännen fastställer sedan 1991 patientavgifternas storlek. För privata vårdgivare med offentlig finansiering gäller att de inte får ta ut högre patientavgifter än de som gäller för motsvarande vård i offentlig regi. Före 1991 fastställde staten patientavgifterna.

1994 trädde lagen om husläkare i kraft, vilket bl.a. innebar rätt att välja fast läkarkontakt i primärvården. Vidare gavs privata allmänläkare möjlighet att etablera sig som husläkare. Lagen om husläkare är upphävd fr.o.m. 1996. Rätten för den enskilde att välja en fast läkarkontakt kvarstår emellertid.

Fri etableringsrätt för privata specialistläkare och sjukgymnaster gällde under perioden 1 januari-15 november 1994. Fr.o.m. 1995 ställs krav på samverkansavtal eller vårdavtal med huvudmännen för att få etablera sig med offentlig finansiering.

1994 övertog landstingen finansieringsansvaret från försäkringskassorna för den offentlig finansierade privatvården.

Fr.o.m. 1994 ställs krav på heltidsarbete och att man inte också är landstingsanställd för att få etablera sig som privatpraktiker med offentlig finansiering. Landstingen kan emellertid träffa vårdavtal i vilka man frångår dessa bestämmelser.

Den 1 juli 1994 infördes nya taxor för privatpraktiserande specialistläkare och sjukgymnaster med tre arvodesnivåer (enkelt, normalt och särskilt arvode). Det särskilda arvodet lades utanför det s.k. ersättningstaket. Utbetalningarna ökade med 45 % under 2:a halvåret 1994 jämfört med 2:a halvåret 1993. Detta kan förklaras av utöver den fria etableringsrätten såväl de nya taxorna, som att det inte fanns något ersättningstak för de särskilda arvoden. Fr.o.m. 1997 inordnas de särskilda arvoden under ersättningstaken.

Fr.o.m. 1996 gäller att de remissregler, i relevanta delar, som gäller för landstingets egen verksamhet även skall gälla för de specialistläkare och sjukgymnaster som omfattas av lagen, (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS).

Med anledning av vad som sägs om regionala samverkansorgan i regeringens proposition 1994/95:195, träffade Socialdepartementet och Landstingsförbundet den 28 mars 1995 en överenskommelse innebärande att Landstingsförbundet rekommenderar samtliga sjukvårdshuvudmän att inrätta samverkansorgan senast fr.o.m. 1 januari 1996. I överenskommelsen anges samverkansorganens arbetsuppgifter.

Fr.o.m. 1995 finns ingen automatisk rätt till ersättningsetablering. Vidare upphörde fr.o.m. 1997, automatiskt rätten till ersättning från landstingen när privatpraktikern uppnår 65 års ålder. Genom beslut i riksdagen våren 1997 gäller fr.o.m. den 1 juli 1997 att privata vårdgivare även efter 65 års ålder kan vara verksamma enligt LOL och LOS om sjukvårdshuvudmannen medger detta. Landstingen kunde emellertid även tidigare genom att träffa vårdavtal frångå dessa bestämmelser.

Fr.o.m. 1995 har distriktssköterskor med viss utbildning möjlighet att förskriva vissa läkemedel.

Fr.o.m. 1997 har Socialstyrelsen genom en ny tillsynslag ansvar för tillsyn över all hälso- och sjukvård oavsett driftform.

Fr.o.m. 1998 får sjukvårdshuvudmännen inte besluta om remisskrav till privata specialister inom barnsjukvård, gynekologi och psykiatri och som är verksamma enligt LOL.

1.2 Kommittédirektiven

Direktiven

Delegationen skall

- kartlägga det samlade vårdutbudet inom respektive landstingsområde i relation till uppskattat vårdbehov hos befolkningen,
- följa utvecklingen av primärvårdens verksamhetsinriktning, driftformer och kostnader,
- följa de lokala samverkansorganens utveckling och utvärdera deras funktion,
- söka former för att underlätta samverkan mellan privat och offentligt bedrivna vård och söka undanröja eventuella hinder för en sådan samverkan,
- följa och bedöma utformningen av samverkans- och vårdavtal mellan sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna,
- följa och redovisa omfattningen och utvecklingen av alternativ till den offentligt bedrivna vården.

I delegationens uppdrag ingår att redovisa utvecklingen vad gäller privata allmänläkare inom primärvården i samband med att lagen (1993:588) om husläkare upphör att gälla vid utgången av år 1995 (SFS 1995:836).

Delegationen skall i form av delrapporter fortlöpande informera regeringen om utvecklingen i nämnda avseenden. Delegationen skall även lämna förslag till åtgärder om de obalanser i vårdutbudet, som redovisas av vissa sjukvårdshuvudmän, inte kan utjämnas med stöd av de ändringar i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik som gäller sedan den 1 januari 1995 (SFS 1994:750 och SFS 1994:751) och de ändringar i samma lagar som kommer att träda i kraft den 1 januari 1996 respektive 1 januari 1997 (SFS 1995:837 och SFS 1995:838).

Delegationen skall vidare följa och bedöma

- utvecklingen av antalet privata vårdgivare, såväl läkare som sjukgymnaster, med offentlig finansiering genom vårdavtal respektive samverkansavtal och därvid särskilt beakta frågan om producentneutralitet,
- tillämpningen av remissförfarandet och dess effekter för berörda privata vårdgivare,
- utvecklingen av privatpraktiserande vårdgivares verksamhet med offentlig finansiering när vårdgivare uppnått allmän pensionsålder,
- utvecklingen av kostnaderna för olika tjänster inom specialistläkar- och sjukgymnastikvården i offentlig regi respektive ersättningarna för motsvarande tjänster hos de privatpraktiserande vårdgivarna med offentlig finansiering,
- de praktiska och ekonomiska förutsättningarna för privatpraktiserande läkare utan offentlig finansiering att remittera patienter till laboratorie- och röntgenundersökning.

Delegationen skall beakta att regeringen eftersträvar en minskad statlig reglering av kommunal verksamhet samt beakta regional- och jämställdhetspolitiska konsekvenser av sina förslag.

Delegationens arbete skall slutredovisas senast vid utgången av år 1997. Kommittédirektiven återfinns i sin helhet i bilaga 1.

1.3 Delegationens arbete

Delegationens arbete påbörjades i början av 1996. Delegationen har bedömt det som viktigt att etablera en nära och löpande kontakt med företrädarna för de regionala samverkansorganen. Som ett led i denna ambition har delegationen besökt samtliga sjukvårdshuvudmän och där träffat företrädarna i de regionala samverkansorgan från såväl sjuk-

vårdshuvudmännens sida som de privata vårdgivarna. I vissa fall har inbjudan från sjukvårdshuvudmannen gått ut till samtliga privata vårdgivare för att i särskild ordning beredas tillfälle att träffa delegationen.

Delegationen skall enligt direktiven i form av delrapporter fortlöpande informera regeringen om utvecklingen inom de områden som direktiven anger. Delegationen överlämnade ett delbetänkande "Styrning och samverkan" (SOU 1996:175) till statsrådet och chefen för Socialdepartementet den 6 december 1996. För att kunna ge en så aktuell bild av utvecklingen som möjligt i delbetänkandet genomförde delegationen en enkät till samtliga sjukvårdshuvudmän hösten 1996. Därmed kunde delegationen ge en bild av utvecklingen av antalet privata vårdgivare under 1996 och i vilken utsträckning vård- och samverkansavtal träffats. Vidare belystes hur remissförfarandet tillämpades och hur sjukvårdshuvudmännen tillämpade 65-årsregeln. En annan fråga som belystes var utvecklingen av privata allmänläkare inom primärvården. Vidare genomförde delegationen hösten 1996 en enkät till såväl offentliga som privata vårdgivare verksamma i landsting med och utan remisskrav för att belysa hur vårdgivarna bedömde de praktiska konsekvenserna av gällande remissregler. Socialdepartementet överlämnade den 27 juni 1996 en skrivelse från Landstingsförbundet med anledning av det beslut Nämnden för offentlig upphandling (NOU) fattade om att vårdavtal skall upphandlas. Delegationens överväganden och förslag presenterades i delbetänkandet. För att få ett internationellt perspektiv på den öppna vårdens styrning, finansiering och organisation uppdrog delegationen åt konsulten Sven-Eric Bergman att genomföra en sådan studie, vilken också presenterades i delbetänkandet. Allt det material som delegationen presenterade i delbetänkandet har också utgjort en grund för delegationens överväganden och förslag i slutbetänkandet.

Delegationens delbetänkande behandlades i regeringens proposition 1996/97:123 rörande privata vårdgivare.

En viktig uppgift för delegationen har varit att medverka till att finna former som underlättar samverkan mellan offentlig och privat vård. Att hitta och sprida goda exempel har varit ett viktigt led i detta arbete. Samma dag som delbetänkandet överlämnades, den 6 december 1996, anordnade delegationen en konferens där stort utrymme gavs för att presentera hur samverkan konkret bedrivs på många håll i landet genom vårdavtal och vårdkedjeprosjekt, allt i syfte att utnyttja de samlade resurserna så effektivt som möjligt. Konferensen rönt stort intresse och såväl företrädare för sjukvårdshuvudmännen som de privata vårdgivarna fanns företrädna från hela landet. Konferensen finns dokumenterad i delegationens rapport nummer 1.

Under 1997 har delegationen genomfört ett antal studier som i sin helhet löpande presenterats i separata rapporter. Följande rapporter har publicerats; Samverkan via vårdavtal, Konsekvenserna för de privata vårdgivarna av 65-årsregeln, De privata allmänläkarna efter husläkarlagens upphörande, Offentligt finansierad psykoterapi, Remisskrav ur ett patientperspektiv, Familjeläkarna i Västmanland – en jämförelse mellan privata och offentliga vårdgivare och En jämförelse mellan privata och offentliga specialistmottagningar i sex landsting. Studien om Remisskrav ur ett patientperspektiv har genomförts av SIFO Research & Consulting AB och studierna om familjeläkarna i Västmanland och Specialistläkarmottagningar i sex landsting har utförts av konsultföretaget Helseplan Sverige AB. En sammanfattning av samtliga rapporter återfinns i kapitel 3.

Delegationen har också uppdragit åt Lena Lundgren, verksamhetschef i Sydvästra Sjukvårdsområdet i Stockholm att genomföra en jämförande studie av privat och offentlig sjukgymnastik. Resultatet av denna studie presenteras i kapitel 3.

För att få en aktuell bild av utvecklingen under 1997 har delegationen hösten 1997 genomfört två enkätstudier. Den ena har sänts ut till samtliga sjukvårdshuvudmän och belyser bl.a. antalet privata vårdgivare, i vilken utsträckning vårdavtal träffats, effekterna av gällande remissregler samt arbetet i samverkansorganen. Den andra har gått ut till ett slumpmässigt urval av privata och offentliga vårdgivare verksamma i landsting med och utan remisskrav. Detta för att få vårdgivarnas synpunkter på de praktiska konsekvenserna av gällande remissregler. Resultaten av dessa studier presenteras i kapitel 4 och 6.

För att få ett så brett underlag som möjligt har delegationen också tagit del av ett antal studier av uppföljande och jämförande karaktär som enskilda sjukvårdshuvudmän genomfört.

Den 16 juni 1997 överlämnade Socialdepartementet en skrivelse tillsammans med 16 000 namnunderskrifter angående Vidarklinikens framtid. Med anledning härav har delegationen gjort ett studiebesök på Vidarkliniken i Järna. För att få ett bredare perspektiv på hur vårdavtal med sjukhus och sjukhem fungerar har delegationen också besökt Salt-sjöbadens sjukhus, Sabbatsberg Närsjukhuset, Röda Korsets sjukhus och Ersta sjukhus, samtliga inom Stockholms läns landsting. Vidare har delegationen besökt Ryggkirurgiska kliniken i Strängnäs, Norra Specialistkliniken i Danderyd som är en psykiatrisk öppenvårdsmottagning, samt Lundby sjukhus i Göteborg.

För att följa upp den internationella studie som delegationen lät genomföra under 1996 och som i sin helhet finns presenterad i delbetänkandet har delegationen besökt England, Danmark och Norge för att ta

del av den aktuella utvecklingen inom den öppna sjukvården i dessa länder.

Socialdepartementet har också överlämnat ett antal skrivelser från enskilda personer och organisationer som rör frågor inom delegationens ansvarsområde. Ett antal skrivelser har också inkommit direkt till delegationen. Samtliga skrivelser, som har bidragit till att bredda delegationens kunskaper om under vilka villkor de privata vårdgivarna arbetar, har besvarats eller kommer att besvaras skriftligen när slutbetänkandet föreligger.

Samma dag som detta slutbetänkande överlämnas, den 19 december, anordnar delegationen en konferens vid vilken betänkandet presenteras. Dessutom presenteras pågående verksamheter från olika håll i landet.

2 Utvecklingen av öppenvård mellan 1993 och 1997

Uppgifterna i detta kapitel är huvudsakligen hämtade från Landstingsförbundets löpande statistikinsamling. Vissa kompletterande och korrigerade uppgifter har inhämtats från sjukvårdshuvudmännen direkt, varför vissa uppgifter skiljer sig från de av Landstingsförbundet presenterade uppgifterna för 1996. Utvecklingen av antalet läkare och sjukgymnaster under 1997 baserar sig på den enkät som delegationen genomfört under hösten 1997.

2.1 Antalet läkarbesök mellan 1993 och 1996

Av tabell 2.1 framgår att det totala antalet läkarbesök 1996 uppgick till 25 miljoner, en minskning med drygt 1 miljon besök jämfört med 1995. Läns- och regionsjukvården svarade för 39 %, primärvården inklusive privata allmänläkare med vårdavtal för 42 % och privata specialistläkare i övrigt för 19 % av totala antalet besök. Ökningen av antalet privata läkarbesök 1996 kan helt förklaras av att ett stort antal f.d. husläkare övergick till att vara verksamma enligt den nationella läkarvårdstaxan efter husläkarlagens upphörande. Om man inkluderar de privata allmänläkarna i primärvården i antalet läkarbesök hos de övriga privata läkarbesöken svarade de privata läkarbesöken för 25 % av samtliga läkarbesök. Om man i stället "nivågrupperar" öppenvårdsbesöken och även inkluderar de privata taxeanslutna allmänläkarna i gruppen primärvårdsnivå (tabell 2.3) svarade antalet läkarbesök på denna nivå för 45 %.

Tabell 2.1. Totala antalet läkarbesök 1993, 1995 och 1996 (1 000-tal)

	Läns- och Regionsjukvård		Primärvård		varav priv. allmän- läkare med vårdavtal	
	antal	%	Totalt antal	%	antal	%
1993	10 640,5	41	9 905,9	38	-	-
1995	10 214,4	39	11 165,3	43	1 615,8	14
1996	9 763,8	39	10 487,1	42	1 439,7	14

Privata läkare (taxeanslutna och avtal)						
	Totalt		varav taxeansl.		varav taxeansl. allm. läk.	Summa Besök
	antal	%	antal	%		
1993	5 224,4	20	4 218,7	81	949,1	22
1995	4 692,3	18	4 042,4	86	584,4	14
1996	4 780,1	19	4 269,1	89	858,6	20

År 1993 uppgick antalet läkarbesök till 25,8 miljoner dvs. antalet läkarbesök minskade mellan 1993-96 med 740 000 (2,9 %). Antalet läkarbesök inom läns- och regionsjukvården har sedan 1993 minskat med 877 000 (8,2 %), inom primärvården ökat med 581 000 (5,9 %) och vad avser besök hos privata läkare exklusive primärvård minskat med 444 000 (8,5 %). Inom primärvården svarade 1996 de privata allmänläkarna för 1,4 miljoner besök, vilket motsvarar knappt 14 % av samtliga besök inom primärvården (tabell 2.2).

Tabell 2.2. Antal läkarbesök hos privata allmänläkare i förhållande till totala antalet läkarbesök i primärvården 1994, 1995 och 1996 (1 000-tal)

	Antalet läkarbesök inom primärvården			
	Totalt	varav privata allmänläkare med vårdavtal		
		Antal	%	
1994	10 950,7	1 118,2	10	
1995	11 165,3	1 615,8	14	
1996	10 487,1	1 439,7	14	

Tabell 2.3. Antalet läkarbesök på primärvårdsnivå (inkl. taxeanslutna allmänläkare) i förhållande till totala antalet läkarbesök 1993, 1995 och 1996 (1 000-tal)

	Läns- och Regionsjukvård		Primärvårds- nivå		Privata spec. läkare exkl. allmänläkare		Summa Besök
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
1993	10 640,5	41	10 855,0	42	4 275,3	17	25 770,8
1995	10 214,4	39	11 749,7	45	4 107,9	16	26 071,9
1996	9 763,8	39	11 345,7	45	3 921,5	16	25 031,0

Antalet läkarbesök hos taxeanslutna läkare har ökat med 50 000 (1,1 %) sedan 1993 (tabell 2.1), samtidigt som antalet taxeanslutna läkare (tabell 2.4) ökat med 240 (13 %), vilket innebär en kraftig produktivhetsminskning. Utvecklingen stämmer i och för sig med de politiska intentionerna bakom förändringarna av ersättningsreglerna, som syftade till att minska antalet besök per vårdgivare till förmån för bättre kvalitet. 1993 utförde en läkare i genomsnitt 2 288 besök per år. Motsvarande tal för 1996 var 2 023, dvs. en minskning med 12 procent. Det är samtidigt en ökning jämfört med 1995 då antalet besök per läkare uppgick till 1 958.

Det totala antalet besök hos offentligt finansierade privatspecialister (exklusive allmänläkare med vårdavtal) uppgick 1996 till 4,8 miljoner (tabell 2.1) varav 511 000 besök gällde läkare med vilka vårdavtal träffats. 1995 utgjorde knappt 650 000 besök hos läkare med vårdavtal. Det skulle innebära att en minskning med cirka 140 000 besök skulle ha ägt rum mellan 1995 och 1996. Denna utveckling förefaller inte sannolik. Avvecklingen av avtal med fritidspraktiker kan delvis vara en förklaring men huvuddelen av dessa avtal avvecklades före 1995. En förklaring skulle kunna vara att de privata allmänläkarna med vårdavtal inte konsekvent redovisats inom primärvården, varför statistiken för 1995 sannolikt är behäftad med felaktigheter.

2.2 Antalet privata offentligt finansierade läkare mellan 1993 och 1997

1996 fanns det 2 084 läkare som någon gång under året erhöll ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning (tabell 2.4), vilket är en ökning med 19 läkare jämfört med 1995. Samtidigt ökade antalet allmänläkare med läkarvårdsersättning med 119 (f.d. husläkare) varför minsk-

ningen bland övriga specialitäläkare var 100. En del av dessa har övergått till vårdavtal och övriga upphört på grund av ålder eller andra skäl.

Tabell 2.5 visar utvecklingen av privata allmänlökare sedan husläkarlagen upphört. Hösten 1996 fanns det enligt Socialstyrelsen 4 025 allmänlökare varav 502 (12 %) var privata. Antalet privata allmänlökare inom primärvården stämmer överens med de uppgifter som framkom av delegationens undersökning hösten 1996. Jämfört med år 1994 innebär de en minskning med totalt 163 allmänlökare. De privata allmänlökarna minskade med 166 eller 25 %, dvs. de stod för mer än hela minskningen. Dessa uppgifter har väckt stor uppmärksamhet i massmedia och föranlett riksdagens socialutskott att i en skrivelse den 13 mars 1997 till Riksdagens revisorer föreslå en granskning av genomslaget av regeringens och riksdagens intentioner när det gäller utvecklingen av primärvården. I den förstudie som Riksdagens revisorer presenterat konstateras bland annat att primärvårdens andel av de samlade resurserna endast har ökat marginellt under det senaste decenniet. Förhållandevis litet har hänt vad gäller förskjutningen av resurser mellan primärvård och sjukhusanknuten vård. Först år 1994 var antalet läkarbesök större än inom den sjukhusanknutna vården.

Utöver de uppgifter som redovisats av Socialstyrelsen framgår av tabell 2.4 att antalet allmänlökare verksamma enligt den nationella läkarvårdstaxan, enligt Landstingsförbundets statistik, ökat från 274 år 1995 till 393 år 1996, dvs. en ökning med 119. Denna ökning har inte beaktats i Socialstyrelsens uppgifter när bristsituationen bedömts. Den beskrivna redovisningen visar att det 1996 fanns färre antal allmänlökare i landstingens primärvårdsorganisationen men att det totala antalet allmänlökare på primärvårdsnivå inklusive de taxeanslutna allmänlökarna inte har minskat i samma utsträckning.

Tabell 2.4. Antalet privata offentligt finansierade läkare 1993, 1995 och 1996

	Läkare med ersättn. enl.läkarvårdstaxa	varav allmänläkare	allmänläkare i primärvård
1993	1 844	*	
1995	2 065	274	668 ^{1) 2)}
1996	2 084	393	502 ²⁾

* Enl. RFV uppgick antalet till 432 inkl. vikarier, varför denna uppgift skall ställas i relation till RFV:s uppgift ang. totala antalet läkare med ersättning enl. LOL, 2 274.

¹⁾ Avser 31 december 1994.

²⁾ Källa: Socialstyrelsen.

Tabell 2.5. Antalet privata allmänläkare med avtal i förhållande till totala antalet allmänläkare inom primärvården

	Antalet allmänläkare	varav privata med vårdavtal	%
1994	4 188 ¹⁾	668 ¹⁾	16
1996	4 025 ¹⁾	502 ^{1) 2)}	12
1997	4 258 ³⁾	510 ³⁾	12

¹⁾ Källa: Socialstyrelsen.

²⁾ Källa: Delegationens enkät hösten 1996

³⁾ Källa: Delegationens enkät hösten 1997.

Av delegationens enkät hösten 1997 framgår (tabell 2.5) att antalet allmänläkare ökat med 233 sedan hösten 1996 när Socialstyrelsen gjorde sin undersökning. Det är huvudsakligen bland de offentligt anställda, som en ökning kan noteras. Redovisat material måste tolkas med viss försiktighet. Det har visat sig föreligga vissa svårigheter att få fram antalet specialistläkare i allmänmedicin för de offentligt anställda inom primärvården. Uppgifterna har följts upp med telefonsamtal och det har då framkommit att flera sjukvårdshuvudmän medvetet satsat på en ökning av antalet allmänläkare. Samtidigt har det också i vissa fall påpekats att Socialstyrelsens uppgifter varit för låga. Vidare kan det konstateras att vissa svårigheter föreligger att redovisa antalet anställda i förhållande till helårsbefattningar liksom att det föreligger svårigheter att redovisa faktiskt anställda i förhållande till budgeterat antal befattningar. Sammantaget torde man dock våga påstå att en ökning av de offentligt anställda allmänläkarna har ägt rum. Samtidigt har antalet privata allmänläkare verksamma enligt den nationella läkarvårdstaxan

minskat från 360 enligt delegationens enkät hösten 1996 till 330 hösten 1997. Av tabell 2.6 framgår det totala antalet allmänläkare på primärvårdsnivå hösten 1996 och hösten 1997.

Tabell 2.6. Totala antalet allmänläkare på primärvårdsnivå hösten 1996 och hösten 1997

	Privata allmänläkare		Offentligt anställda	Summa
	Taxa	Vårdavtal	allmänläkare	Allmänläkare
1996	360 ¹⁾	502 ¹⁾²⁾	3 523 ²⁾	4 385
1997	330 ³⁾	510 ³⁾	3 748 ³⁾	4 588

¹⁾ Delegationens enkät hösten 1996.

²⁾ Socialstyrelsen.

³⁾ Delegationens enkät hösten 1997.

De uppgifter som redovisats av Landstingsförbundet i tabell 2.4 avser antalet läkare som någon gång under 1996 erhållit ersättning från sjukvårdshuvudmannen. Landstingsförbundet har också i en särskild undersökning redovisat antalet läkare per 960101 och 961231 och vilka förändringar som ägt rum under året. Uppgifterna framgår av tabell 2.7.

Tabell 2.7. Antalet privata läkare under 1996 med ersättning enligt läkarvårdstaxa eller vårdavtal (Källa: Landstingsförbundet)

	Ersättning enl. läkarvårds- taxa (inkl. allm.läk.)	Ersättning enl. vårdavtal	Allmänläkare inom primär- vården ¹⁾
Antal läkare 960101	2 040	521	467
Upphört p.g.a. ålder, 65-år	18	1	3
Övergått till vårdavtal	42		
Upphört p.g.a. andra skäl	39	59	13
Tillkommit genom sam- verkansavtal eller återgång till taxa	55	40	
Tillkommit genom vårdavtal	46	6	
Antal läkare 961231	1 996	507	417

¹⁾ exkl. allmänläkare för Kristianstad och Malmöhus läns landsting samt Malmö kommun som redovisat sina uppgifter som ersättning enl. vårdavtal.

Av tabell 2.7 framgår att det under 1996 var 42 tidigare taxeanslutna läkare som övergick till att vara verksamma enligt vårdavtal som träf-

fats med sjukvårdshuvudmannen. Av samma tabell framgår vidare att 46 nya vårdavtal tillkommit under 1996, vilket innebär att vårdavtal träffats med 4 läkare som tidigare inte haft etablering och varit verksamma enligt den nationella taxan.

Landstingsförbundet har också i samma undersökning belyst förändringen vid årsskiftet 1996/97 då möjligheten för läkare fr.o.m. 65-års ålder att vara verksamma enligt den nationella taxan försvann. Vidare förhandlades under 1996 fram ett antal vårdavtal som trädde i kraft först 970101. Av tabell 2.8 framgår att 279 läkare på grund av åldersskäl upphörde med att vara verksamma enligt den nationella taxan. Vidare framgår att 69 tidigare taxeanslutna läkare fr.o.m. 970101 övergick till att vara verksamma enligt vårdavtal. Hur många av dessa som var 65 år eller äldre framgår inte av undersökningen. Av tabell 2.8 framgår också att 74 nya vårdavtal tillkommit per 970101 vilket innebär att vårdavtal träffats med 5 läkare som tidigare inte haft etablering och varit verksamma enligt den nationella taxan. Allmänläkare som är verksamma enligt den nationella taxan inkluderas i det antal som anges som verksamma enligt lag medan allmänläkare med vårdavtal i normalfallet inte inkluderas i det antal som anges som verksamma enligt vårdavtal. Sannolikt inkluderas emellertid allmänläkare från Kristianstads och Malmöhus läns landsting liksom från Malmö kommun.

Tabell 2.8. Antal läkare 961231 och 970101 med ersättning enligt läkarvårdstaxa eller vårdavtal (Källa: Landstingsförbundet)

	Ersättning enl. läkarvårdstaxa (inkl. allmänläkare)	Ersättning enl. vårdavtal (exkl. allmänläkare)
Antal läkare 961231	1 996	507
Upphört p.g.a. ålder, 65 år	279	1
Övergått till vårdavtal	69	
Upphört p.g.a. andra skäl	8	12
Tillkommit genom sam- verkansavtal eller återgång till taxa	5	
Tillkommit genom vårdavtal		74
Antal läkare 970101	1 645	568

Som tidigare nämnts har delegationen under hösten 1997 genomfört en undersökning för att belysa utvecklingen under 1997.

Tabell 2.9. Antal specialistläkare (exkl. allmänläkare) 970101 och hösten 1997 med ersättning enligt läkarvårdstaxa eller vårdavtal. (Källa: Samverkansdelegationen)

	Ersättning enl. läkarvårdstaxa	Ersättning enl. vårdavtal
Antal specialistläkare 970101	1 306	258
Upphört p.g.a. ålder 65-år	24	2
Övergått till vårdavtal	139	-
Upphört p.g.a. andra skäl	9	5
Tillkommit genom samverkansavtal eller övergått till taxa	7	-
Tillkommit genom vårdavtal	155	
Antal specialistläkare hösten 1997	1 141	406

Tabell 2.10. Antal allmänläkare 970101 och hösten 1997 med ersättning enligt läkarvårdstaxa eller vårdavtal (Källa: Samverkansdelegationen)

	Ersättning enl. läkarvårdstaxa	Ersättning enl. vårdavtal
Antal allmänläkare 970101	330	499
Upphört p.g.a. ålder 65-år	-7	-1
Övergått till vårdavtal	-3	-
Upphört p.g.a. andra skäl	-3	-1
Tillkommit genom samverkansavtal eller övergått till taxa	+13	-7
Tillkommit genom vårdavtal	-	+20
Antal allmänläkare hösten 1997	330	510

Sedan den 1 januari 1996 har antalet taxeanslutna läkare minskat med 560. 328 läkare har upphört med verksamheten på grund av ålder och 59 har upphört med verksamheten av andra skäl. 253 har övergått till att vara verksamma med vårdavtal och 80 har tillkommit med ersättning enligt nationella taxan.

När det gäller specialistläkare med vårdavtal (exklusive allmänläkare) går det inte att jämföra Landstingsförbundets material med det som delegationen inhämtat genom sin undersökning. Uppgifterna skiljer sig alltför mycket och de redovisade skillnaderna kan inte förklaras av att några landsting i förbundets undersökning valt att redovisa allmänläkarna med vårdavtal bland övriga specialistläkare. Om man emellertid utgår från Landstingsförbundets uppgift om att 511 000 lä-

karbesök gjordes hos läkare med vårdavtal 1996 torde delegationens uppgifter vara mer korrekta, med hänsyn till vad som kan anses vara en rimlig uppgift om antalet besök per läkare. Delegationen begränsar sig därför till att redovisa de förändringar som uppgetts sedan den 1 januari 1996 på grund av ålder, övergång till vårdavtal m.m. Bland specialistläkarna med vårdavtal har 80 upphört med verksamheten medan 275 vårdavtal träffats, dvs. antalet specialistläkare med vårdavtal har ökat med 195. Av dessa vårdavtal har 155 träffats under 1997. Bland allmänläkarna med vårdavtal har 18 upphört med verksamheten och 47 återgått till att vara verksamma enligt den nationella taxan. (De flesta husläkare som återgick till den nationella taxan gjorde detta före den 1 januari 1996). Dessutom har 26 vårdavtal träffats varav 20 tillkommit under 1997, dvs. sedan den 1 januari 1996 har antalet allmänläkare med vårdavtal minskat med 39. Det bör noteras att den tidigare negativa utvecklingen av privata allmänläkare inom primärvården har vänt under 1997 och att det nu åter träffas nya vårdavtal.

Totalt sett har sedan den 1 januari 1996 antalet privata läkare minskat med 404 och uppgick hösten 1997 till 2 387. Det innebär en minskning med 17 % sedan den 1 januari 1996. Under 1997 har nettominskningen varit marginell (-6). Antalet läkare anslutna till den nationella taxan har minskat med 165 samtidigt som 175 läkare träffat vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen. Sammanlagt 521 läkare har upphört med verksamheten på grund av ålder eller andra skäl. När det gäller bedömningen av utvecklingen under resten av året redovisar endast ett fåtal sjukvårdshuvudmän några förväntade förändringar. Sammanlagt 17 läkare uppges upphöra med verksamheten av åldersskäl. Sammanlagt knappt 40 vårdavtal bedöms tillkomma varvid Stockholm och Uppsala svarar för 32. Ökningen av vårdavtal avser specialistläkare. Någon förändring av antalet allmänläkare verksamma enligt taxa eller vårdavtal bedöms inte ske under resten av året. Sammanfattningsvis kan konstateras att utvecklingen av vårdavtal kommit igång på allvar under 1997. Bland specialistläkarna har 155 av totalt 406 vårdavtal tecknats hittills under 1997, vilket är en ökning med 60 % sedan årsskiftet. Ökningen i absoluta tal har helt naturligt framför allt ägt rum i storstäderna. Inom Stockholms läns landsting (SLL) har 113 vårdavtal tillkommit under 1997, vilket är en ökning med 136 %. Av sammanlagt 965 privata läkare inom SLL har 195 specialistläkare och 169 allmänläkare, eller totalt 38 %, vårdavtal. Trots den kraftiga dominansen av privatläkare till storstäderna är den procentuella fördelningen mellan vårdavtal och ersättning enligt lag och förordning densamma för riket som helhet.

De uppgifter som lämnats av sjukvårdshuvudmännen i delegationens enkät hösten 1997 redovisas i sin helhet i bilagorna 2 A – F.

En sammanfattning av de förändringar av antalet läkare som ägt rum sedan den 1 januari 1996 återfinns i tabell 2.11.

Tabell 2.11. Förändringar av antalet privata läkare under perioden 1 januari 1996 - hösten 1997

	Upphört med verksamheten p.g.a. ålder andra skäl		Övergått till alt. nytillkomna vårdavtal	Övergått till nationell taxa alt. nytillkomna samv. avtal	Summa förändring
Verksamma enl. LOL	-328	-59	-253	+80	-560
Specialistläkare m. vårdavtal	-4	-76	+275	-	+195
Allmänläk. m. vårdavtal	-4	-14	+26	-47	-39
Summa förändring	-336	-149	+48	+33	-404

2.3 Ersättningen till privata offentligt finansierade läkare mellan 1993 och 1996

Av tabell 2.12 framgår ersättningen till privata läkare. De privata allmänläkarna inom primärvården ingår inte i redovisningen eftersom uppgift om detta saknas för 1995. För 1996 uppgick emellertid den totala ersättningen till privata läkare från sjukvårdshuvudmännen till 2 859 mkr. Till detta kommer patientavgifter.

Tabell 2.12. Ersättning till privata offentligt finansierade läkare (mkr) 1993, 1995 och 1996 med ersättning enligt läkarvårdstaxa

	Ersättning enl. läkarvårdstaxa	Patient- avgifter	Summa ersättning	Ersättning till läkare med avtal exkl. patientavgifter
1993	1 252	402	1 654	uppgift saknas
1995	1 700	437	2 137	320
1996	1 787	us	us	350 ¹⁾

¹⁾ Avser endast specialistläkare exklusive allmänläkare för jämförbarhet med 1995. Om dessa inkluderas uppgick ersättningen till 1 072 mkr. 1996.

2.4 Antalet sjukgymnastbesök mellan 1993-1996

Av tabell 2.13 framgår att det totala antalet sjukgymnastbesök hos landstingen och de privata sjukgymnasterna 1996 uppgick till 8,4 miljoner, vilket är en minskning med 119 000 jämfört med 1995. Minskningen kan hänföras till de offentliganställda sjukgymnasterna inom primärvården. Antalet besök har ökat något hos de privata sjukgymnasterna, som 1996 svarade för 58 % av samtliga sjukgymnastbesök jämfört med 57 % 1993.

I statistiken ingår inte de besök som utförts hos de primärkommunalt anställda sjukgymnasterna. Dessa sjukgymnaster ökade från 1053 till 1373 under perioden 1994 till 1996. Ökningen kan helt hänföras till antalet sjukgymnaster verksamma inom äldreomsorgen, dvs inom ramen för ÄDEL-reformen. Antalet landstingsanställda sjukgymnaster minskade något under samma period, från 5062 till 4941.

Tabell 2.13. Totala antalet sjukgymnastbesök 1993, 1995 och 1996 (1 000-tal)

	Off.anst. inom läns- och regionsjukvård		Off.anst. inom primärvård	
	Antal	%	Antal	%
1993	993,8	13	2 381,2	30
1995	997,2	12	2 707,0	32
1996	1 006,3	12	2 525,0	30

	Privata sjukgymnaster (ersättn. enl. taxa och avtal)		varav ersättning enl. taxa		Summa Besök
	Antal	%	Antal	%	
1993	4 486,6	57	4 266,2	95	7 861,6
1995	4 792,0	56	4 608,6	96	8 496,2
1996	4 846,0	58	4 655,2	96	8 377,3

2.5 Antalet privata offentligt finansierade sjukgymnaster mellan 1993 och 1997

Av tabell 2.14 framgår att det 1996 fanns 2 303 sjukgymnaster som fick ersättning enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik, vilket innebär en viss minskning jämfört med 1995 och som delvis kan förklaras av att en övergång skett till vårdavtal.

1993 utförde en sjukgymnast med ersättning enligt den nationella taxan i genomsnitt 2 467 behandlingar. 1996 var motsvarande tal 2 021 dvs. en minskning med 18 %. Jämfört med 1995 innebär det samtidigt en viss ökning (3 %).

Tabell 2.14. Antalet privata offentligt finansierade sjukgymnaster 1993, 1995 och 1996 med ersättning enligt sjukgymnasttaxa

	Sjukgymnaster med ersättn. enl. sjukgymnasttaxa
1993	1 729
1995	2 346
1996	2 303

De uppgifter som redovisas i tabell 2.14 avser antalet sjukgymnaster som någon gång under 1996 erhållit ersättning från sjukvårdshuvudmannen. Landstingsförbundet har också i en särskild undersökning redovisat antalet sjukgymnaster per 960101 och 961231 och vilka förändringar som ägt rum under året. Uppgifterna framgår av tabell 2.15.

Tabell 2.15. Antalet sjukgymnaster under 1996 med ersättning enligt sjukgymnasttaxa eller vårdavtal (Källa: Landstingsförbundet)

	Ersättning enligt sjukgymnasttaxa	Ersättning enligt vårdavtal
Antal sjukgymnaster 960101	2 326	121
Upphört p.g.a. ålder, 65-år	18	0
Övergått till vårdavtal	21	
Upphört p.g.a. andra skäl	30	0
Tillkommit genom samverkansavtal	4	
Tillkommit genom vårdavtal	21	
Antal sjukgymnaster 961231	2 261	142

Av tabell 2.15 framgår att det under 1996 var 21 tidigare taxeanslutna sjukgymnaster som övergick till att vara verksamma enligt vårdavtal som träffats med sjukvårdshuvudmannen. Av samma tabell framgår vidare att 21 nya vårdavtal tillkommit under 1996, dvs. det var endast tidigare taxeanslutna sjukgymnaster som sjukvårdshuvudmannen träffade vårdavtal med.

Landstingsförbundet har också i samma undersökning belyst förändringen vid årsskiftet 1996/97 då möjligheten för sjukgymnaster fr.o.m. 65-års ålder att vara verksamma enligt nationella taxan försvann. Vidare förhandlades under 1996 fram ett antal vårdavtal som trädde i kraft först 970101. Av tabell 2.16 framgår att 97 sjukgymnaster upphörde att vara verksamma vid årsskiftet 1996/97 och att 34 tidigare taxeanslutna övergick till att vara verksamma enligt vårdavtal. Hur många av dessa som var 65 år eller äldre framgår inte av undersökningen. Vidare framgår av tabell 2.16 att 35 nya vårdavtal tillkom fr.o.m. 970101 vilket innebär att vårdavtal träffades med en sjukgymnast som tidigare inte haft personlig etablering och varit verksam enligt den nationella taxan.

Tabell 2.16. Antal sjukgymnaster 961231 och 970101 med ersättning enligt sjukgymnasttaxa eller vårdavtal (Källa: Landstingsförbundet)

	Ersättning enl. sjukgymnasttaxa	Ersättning enl. vårdavtal
Antal sjukgymnaster 961231	2 261	142
Upphört p.g.a. ålder, 65-år	84	5
Övergått till vårdavtal	34	
Upphört p.g.a. andra skäl	8	
Tillkommit genom samverkansavtal eller återgång till taxa	1	
Tillkommit genom vårdavtal	35	
Antal sjukgymnaster 970101	2 136	172

Som tidigare nämnts har delegationen under hösten 1997 genomfört en undersökning för att belysa utvecklingen under 1997 och som redovisas i tabell 2.17.

Tabell 2.17. Antal sjukgymnaster 970101 och hösten 1997 med ersättning enligt sjukgymnasttaxa eller vårdavtal (Källa: Samverkansdelegationen)

	Ersättning enl. sjukgymnasttaxa	Ersättning enl. vårdavtal
Antal sjukgymnaster 970101	2 119	151
Upphört p.g.a. ålder, 65-år	11	0
Övergått till vårdavtal	105	-
Upphört p.g.a. andra skäl	34	2
Tillkommit genom samverkansavtal eller övergått till taxa	2	-
Tillkommit genom vårdavtal	-	107
Antal sjukgymnaster, hösten 1997	1 971	256

Hittills under 1997 har 107 vårdavtal träffats varav 105 med tidigare taxeanslutna sjukgymnaster. Sedan den 1 januari 1996 har antalet sjukgymnaster minskat med 182. Antalet sjukgymnaster verksamma enligt den nationella taxan har minskat med 338 och antalet sjukgymnaster med vårdavtal har ökat med 156.

Vidare har sedan den 1 januari 1996 118 sjukgymnaster upphört ed verksamheten på grund av 65-årsregeln och 74 av andra skäl. 160 tidigare taxeanslutna sjukgymnaster har övergått till vårdavtal. Samman-

lagt har 163 vårdavtal träffats sedan den 1 januari 1996 varav 107 under 1997. Av dessa har 97 träffats inom Stockholms läns landsting.

Det totala antalet privata sjukgymnaster uppgick hösten 1997 till 2 227. Minskningen med totalt 182 sjukgymnaster sedan den 1 januari 1996 motsvarar 7,5 %.

Bedömningen av utvecklingen av antalet sjukgymnaster under resten av året är förhållandevis oförändrad jämfört med hösten 1997. Ytterligare 53 vårdavtal med tidigare taxeanslutna beräknas tillkomma, huvudsakligen i Stockholm. Antalet sjukgymnaster som berörs av 65-årsreglen är marginell.

Antalet vårdavtal har ökat med 71 % hittills under 1997. Av samtliga privata sjukgymnaster har 11 % vårdavtal. Den kraftigaste ökningen av vårdavtal under 1997 har skett inom Stockholms läns landsting. I Bohuslandstinget har 45 % av sjukgymnasterna vårdavtal och är därmed det landsting som har den högsta andelen vårdavtal.

De uppgifter som lämnats av sjukvårdshuvudmännen i delegationens enkät hösten 1997 redovisas i sin helhet i bilagorna 2 G – H.

En sammanfattning av de förändringar av antalet sjukgymnaster som ägt rum sedan den 1 januari 1996 återfinns i tabell 2.18

Tabell 2.18. Förändringar av antalet sjukgymnaster under perioden 1 januari 1996 - hösten 1997

	Upphört med verksamheten p.g.a ålder		Övergått till alt. nytillkomna vårdavtal	Övergått till nationell taxa alt. nytillkomna samv. avtal	Summa förändring
Verksamma enl. LOS	-113	-72	-160	+7	-338
Verksamma med vårdavtal	-5	-2	+163	-	+156
Summa förändring	-118	-74	+3	+7	-182

2.6 Ersättning till privata offentligt finansierade sjukgymnaster mellan 1993 och 1996

Av tabell 2.19 framgår att den totala ersättningen till taxeanslutna sjukgymnaster exklusive patientavgifter 1996 uppgick till 844 mkr och ersättningen till sjukgymnaster med vårdavtal uppgick till 33 mkr. Därtill kommer patientavgifter.

Tabell 2.19. Ersättning till privata offentligt finansierade sjukgymnaster (mkr), 1993, 1995 och 1996 med ersättning enligt sjukgymnasttaxa

	Ersättn. enl. sjukgymnasttaxa	Patientavgift	Summa	Ersättn. med avtal ersättn. exkl. patientavg.
1993	507	133	640	us
1995	829	159	988	37
1996	844	us		33

2.7 Antal behandlingar hos privata offentligt finansierade sjukgymnaster 1995 och 1996

Samtliga landsting hade före 1996 remisskrav till privat sjukgymnastik. Fr.o.m. 1996 slopade 4 landsting remisskravet, nämligen Stockholms läns landsting, landstinget i Uppsala län, Östergötlands läns landsting och Jönköpings läns landsting. Totalt berörde detta 985 (43 %) av landets 2 303 sjukgymnaster som var verksamma enligt lagen om ersättning till sjukgymnastik (LOS).

Av tabell 2.20 framgår i vilken utsträckning sloandet av remisskrav kan ha påverkat antalet behandlingar per sjukgymnast. Av tabellen framgår att antalet behandlingar redan 1995 var större i de landsting som beslutat bibehålla remisskravet jämfört med övriga landsting och att den skillnaden består även under 1996. Ökningen av antalet behandlingar har däremot under 1996 varit större i de remissfria landstingen (+ 4 %) jämfört med de landsting som bibehållit remisskravet (+ 2 %).

Tabell 2.20. Antal besök 1995 och 1996 per sjukgymnast verksamma utan respektive med remisskrav

	Antal besök 1995 per sjukgymnast	Antal besök 1996 per sjukgymnast	Förändring %
Landsting utan remisskrav 1996	1 777	1 853	+ 4
Landsting med remisskrav 1996	2 102	2 147	+ 2
Riksgenomsnitt	1 964	2 021	+ 3

2.8 Den totala ersättningen till privata offentligt finansierade läkare och sjukgymnaster 1996 jämfört med 1993

Sjukvårdshuvudmännens totala ersättning till läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan uppgick 1996 till 2,6 miljarder, vilket innebär 872 miljoner mer än 1993. Detta skall ställas i relation till att ersättningen till läkare utgick till 240 fler läkare och 574 fler sjukgymnaster och att det också skedde förändringar av taxans utformning och arvodesnivåer under denna period.

Därtill kommer ersättning till läkare och sjukgymnaster med vårdavtal som 1996 uppgick till 383 miljoner kronor och till allmänläkare inom primärvården med 722 miljoner kronor.

2.9 Avtal med andra privata vårdgivare

Delegationen har i sin enkätundersökning till sjukvårdshuvudmännen hösten 1997 också bett att få en redovisning av vårdavtal med andra vårdgivare än läkare, sjukgymnaster, vilka redovisas i kapitel 2.2 och 2.5 samt psykoterapeuter och psykologer vilka redovisas i kapitel 3.4. Eftersom de svar som redovisas huvudsakligen avser individuella avtal speglar detta inte alltid den tillgång som allmänheten har till dessa vårdgivare. Exempelvis redovisas få avtal med barnmorskor och sjuksköterskor. Förklaringen härtill är att när hela eller delar av vårdcentraler (BVC, MVC) lagts ut på entreprenad redovisas detta som ett avtal. Inte heller antalet individuella avtal speglar alltid tillgången till övriga privata vårdgivare, exempelvis legitimerade kiropraktorer, vilka

i stor utsträckning bedriver sin verksamhet utan offentlig finansiering. 17 landsting har uppgett att de har vårdavtal med andra vårdgivare.

En stor grupp som sjukvårdshuvudmännen har avtal med är kiropraktorer. Avtalen liknar de som gäller för psykoterapeuter och psykologer, dvs. de enskilda vårdavtalen innebär att kiropraktorerna förbinder sig att ta emot patienter som remitteras utan att vårdvolymen anges i det enskilda avtalet. Sammanlagt uppges cirka 60 kiropraktorer ha avtal varav knappt 40 finns inom Stockholms läns landsting. Vidare finns drygt 130 avtal med foterapeuter varav drygt 80 vårdavtal finns i landstinget i Älvsborg. I Stockholm finns också 15 avtal med logoped. Sörmland och Östergötland har avtal med Feldenkreizpedagoger. Avtal med barnmorskor eller att mödra- och barnvårdscentraler som lagts ut på entreprenad finns i Stockholm, Kronoberg, Bohuslandstinget och Malmöhus läns landsting. Avtal med sjuksköterskor verksamma som akupunktörer, lymfterapeuter och uroterapeuter finns i Stockholm, Malmöhus läns landsting, Örebro län och i Kalmar. Kalmar har också avtal med 5 akupunktörer och i Gävle och Malmöhus läns landsting finns avtal med legitimerade naprapater. Avtal med arbetsterapeuter finns i Sörmland och Västmanland. I Västmanland är det intressant att notera att det inte är landstinget som träffat vårdavtal med en arbetsterapeut. Eftersom budgeten för rehabilitering på primärvårdsnivå finns hos familjeläkarna är det enskilda familjeläkare som var för sig träffat vårdavtal om det behov av arbetsterapiresurser som krävs.

3 Sammanfattning av aktuella rapporter

I det följande ges en sammanfattning av ett antal rapporter som belyser olika frågeställningar inom delegationens ansvarsområde. Flertalet av rapporterna har utarbetats av eller på uppdrag av delegationen, men några har också genomförts på initiativ av enskilda landsting och Landstingsförbundet.

3.1 65-årsregeln och rätten till ersättningsetablering m.m.

3.1.1 Bakgrund och gällande regler

I regeringens proposition 1994/95:109 föreslogs att den under 1994 s.k. fria etableringsrätten skulle upphöra fr.o.m. 1 januari 1995. De läkare och sjukgymnaster som senast den 14 november 1994 anmält till landstinget och försäkringskassan att de hade för avsikt att etablera en verksamhet som privatpraktiker fick fullfölja detta. Regeringen föreslog i stället att den som i fortsättningen ville etablera sig som privatpraktiserande specialistläkare i öppen vård eller sjukgymnast skulle träffa ett samverkans- eller vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen för att få tillgång till offentlig finansiering. Det bör i detta sammanhang påpekas att det före 1994 fanns tre undantag från kravet på godkännande från sjukvårdshuvudmannen när det gällde att verka som privatvårdgivare. Fri etablering gällde i vissa stödområden. Ett annat undantag gällde den s.k. ersättningsetableringen, dvs. en läkare eller sjukgymnast kunde överta befintlig praktik från en försäkringsanknuten kollega om den övertagande läkaren eller sjukgymnasten drev praktiken vidare med i huvudsak oförändrad inriktning. Övriga undantag avsåg vikariat för anslutna läkare eller sjukgymnaster. I den nu aktuella propositionen fanns vad gäller etablering inga förslag till undantag från krav på samverkans- och vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen, vilket i praktiken innebar att rätten till ersättningsetablering försvann. I propositionen påpekades samtidigt att de legitimerade yrkesgrupper som

nu var föremål för de nya förslagen alltid har rätt att etablera sig och utöva sin verksamhet och att de nya förslagen avsåg rätten att vara verksam med offentlig finansiering.

Riksdagen godkände regeringens proposition och de nya reglerna trädde i kraft 1 januari 1995. Bestämmelserna återfinns i lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för sjukgymnastik (LOS).

I regeringens proposition 1994/95:195 föreslog regeringen att läkarvårdsersättning och sjukgymnastikersättning inte längre skulle lämnas till läkare och sjukgymnaster som vid behandlingstillfället har fyllt 65 år. För att möjliggöra en avveckling av verksamheten med ett rimligt tidsperspektiv föreslogs samtidigt vissa övergångsbestämmelser som innebar att de läkare och sjukgymnaster, som vid ikraftträdandet av de nya bestämmelserna var verksamma med offentlig finansiering, skulle kunna fortsätta sin verksamhet med samma villkor under hela 1996. Regeringens huvudsakliga motiv för en åldersgräns var att offentligtanställda läkare och sjukgymnaster har en åldergräns på 65 år. Samtidigt framhölls de offentligtanställdas möjligheter att vara verksamma i ytterligare två år om huvudmannen godkänner detta. I propositionen förut-sattes att sjukvårdshuvudmannen på motsvarande sätt skulle pröva de privata vårdgivarnas möjligheter att fortsätta sin verksamhet i ytterligare två år med offentlig finansiering genom vårdavtal. I propositionen erinrades vidare om riksdagens principiella inställning om en lagstad-gad rätt att kvarstå i arbete till 67 års ålder fr.o.m. 1998, men att rege-ringen i första hand ser att parterna på arbetsmarknaden träffar avtal om detta. Först om avtal ej kan träffas kommer lagstiftning att tillgripas. I propositionen framhölls också vikten av att patienternas behov uppmärksammas när vårdavtal till följd av åldergränsen kommer att aktualiseras. Särskilt framhölls patienter med kroniska och långvariga sjukdomar som kräver långvarig behandling och där behovet av kontinuitet är stort, t.ex. vid psykoterapi. Vidare framhölls i propositionen att förslaget om åldersgräns inte har någon inverkan på legitimationen och i sig inte förhindrar en läkare eller sjukgymnast att fortsätta sin verksamhet antingen genom vårdavtal eller med patientavgifter som enda finansieringskälla.

Slutligen framhölls i propositionen att vissa privata vårdgivare som under de närmaste åren fyller 65 år och som landstingen inte önskar teckna vårdavtal med kan ha gjort betydande investeringar som inte kommer att ha skrivits av tills dess verksamheten upphör. I propositionen förutsätter regeringen att landstingen lämnar skälig ersättning till dessa vårdgivare. Även i regeringens senaste proposition om privata vårdgivare (1996/97:123) erinrar regeringen om att det är viktigt att landstingen i möjligaste mån försöker underlätta avvecklingen för de

privata vårdgivarna som hunnit göra stora investeringar och teckna långa hyreskontrakt innan regeln om en 65-årsgräns blev känd. Om landstingen och den privata vårdgivaren inte kommer överens om en förlängning av verksamheten, bör landstinget pröva möjligheten att köpa upp icke avskrivna utrustningar samt överta lokaler med pågående hyreskontrakt.

Riksdagen beslutade med vissa justeringar i enlighet med förslagen i propositionen och de nya reglerna trädde i kraft den 1 januari 1996. Med hänsyn till övergångsreglerna berördes emellertid flertalet privata vårdgivare av de nya reglerna först vid årsskiftet 1996/97. Bestämmelserna återfinns i LOL och LOS.

I regeringens senaste proposition om privata vårdgivare (1996/97:123) föreslogs att vårdgivare som fyllt 65 år skulle kunna fortsätta att vara verksamma med läkarvårds- respektive sjukgymnastikersättning, under förutsättning att sjukvårdshuvudmannen accepterar detta, dvs. krav på vårdavtal som enda avtalsform föreslogs försvinna. Denna förändring föreslogs träda i kraft redan den 1 juli 1997. Det främsta motivet till förändringen var att tydliggöra och underlätta för sjukvårdshuvudmännen att bevilja fortsatt verksamhet för 65-åringar utan att behöva tillämpa ett upphandlingsförfarande. I samma proposition föreslogs också att läkare och sjukgymnaster som fyllt 65 år skall kunna få vikariera med ersättning enligt den nationella taxan, om landstinget medger detta. Riksdagen beslutade i enlighet med förslagen i propositionen.

3.1.2 Sjukvårdshuvudmännens bedömning inför 1997 av effekterna av 65-årsreglen m.m.

Under hösten 1996 genomförde delegationen en enkätundersökning till samtliga sjukvårdshuvudmän för att bl.a. få en bedömning av effekterna av 65-årsregeln. Undersökningen visade att 354 under hösten 1996 verksamma läkare skulle påverkas av den nya åldersgränsen per årsskiftet 1996/97. Av dessa läkare hade 58 beviljats fortsatt verksamhet fr.o.m. 1 januari 1997. Dessutom hade beslut fattats om 19 ersättnings- och nyetableringar. Det skulle innebära att antalet privata läkare verksamma enligt nationella taxan eller med vårdavtal skulle minska med 277 eller 14 % jämfört med hösten 1996. För sjukgymnasterna visade samma undersökning att 91 under hösten 1996 verksamma sjukgymnaster skulle påverkas av den nya åldersgränsen och att 2 beviljats fortsatt verksamhet fr.o.m. 1 januari 1997. Inga nya etableringar hade beviljats, vilket skulle innebära att antalet privata sjukgymnaster verk-

samma enligt den nationella taxan eller med vårdavtal skulle minska med 89 eller 4 % jämfört med hösten 1996.

3.1.3 Landstingsförbundets studie av utvecklingen av antalet offentligt finansierade privata vårdgivare under 1996 t.o.m. årsskiftet 1996/97

Landstingsförbundet har vid årsskiftet 1996/97 genomfört en enkätundersökning bland samtliga sjukvårdshuvudmän för att få uppgifter om antalet privata vårdgivare 1 januari 1996, 31 december 1996 samt 1 januari 1997. Av undersökningen framgår vidare bl.a. utvecklingen av samverkans- och vårdavtal liksom antalet tidigare taxeanslutna som övergått till vårdavtal. Undersökningen visar bl.a. att sammanlagt 302 läkare upphört med verksamheten på grund av åldersskäl under 1996 t.o.m. årsskiftet 1996/97 och att 280 av dessa upphört med sin verksamhet per årsskiftet. Hur många 65-åringar och äldre som beviljats vårdavtal framgår inte av studien. Däremot framgår att sammanlagt 42 vårdavtal träffats med tidigare taxeanslutna läkare under 1996 och att vid årsskiftet 1996/97 ytterligare 69 vårdavtal träffats med tidigare taxeanslutna läkare.

För sjukgymnaster gäller att sammanlagt 107 sjukgymnaster upphört med verksamheten på grund av åldersskäl under 1996 t.o.m. årsskiftet 1996/97 varav 89 av dessa upphört per årsskiftet. Sammanlagt 21 vårdavtal träffades med tidigare taxeanslutna sjukgymnaster under 1996 och ytterligare 34 vårdavtal träffades vid årsskiftet 1996/97. Hur många av dessa som är 65 år eller äldre framgår inte av studien.

3.1.4 Delegationens enkät till privata vårdgivare som under 1996 var 65 år eller äldre

I början av 1997 skickade delegationen ut en enkät till samtliga medlemmar i Sveriges läkarförbund som under 1996 var 65 år eller äldre och till samtliga sjukgymnaster som enligt sjukvårdshuvudmännen under 1996 var verksamma enligt LOS eller hade vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen och som var 65 år eller äldre. Av de inkomna svaren var 155 läkare verksamma enligt LOS och 36 läkare var verksamma med vårdavtal, 57 sjukgymnaster var verksamma enligt LOS och 11 sjukgymnaster var verksamma med vårdavtal.

Bland de läkare som 1996 var verksamma enligt LOL, vilket flertalet av de privatpraktiserande läkarna var, hade ca 20 % träffat vårdavtal om fortsatt verksamhet. Samtidigt kunde konstateras att 85 % av dessa vårdavtal var tecknade på ett år eller kortare tid. Detta indikerar att avtalen tecknats för att läkarna ska kunna färdigbehandla alternativt lämna över sina patienter och avveckla verksamheten. Att så är fallet bekräftas också av verksamhetens omfattning. Andelen heltidsverksamma hade halverats och de som arbetade högst 25 % hade mer än fördubblats jämfört med 1996. Vidare kunde konstateras att 44 % av de som träffat avtal var psykiatriker i syfte att kunna avsluta pågående ofta långvariga behandlingar. 45 % arbetade vidare under 1997 med enbart patientavgifter som inkomstkälla. Samtidigt angav mer än 90 % av dem som inte fått vårdavtal att de hade önskat få fortsätta sin verksamhet på samma villkor som 1996.

De läkare som redan 1996 hade vårdavtal hade i betydligt större utsträckning fått vårdavtal för fortsatt verksamhet, vilket sannolikt kan förklaras av att vårdavtalet medfört ett närmare samarbete med sjukvårdshuvudmannen och att dessa läkare varit verksamma inom områden som av huvudmannen bedömts som angelägna utifrån en totalbedömning av resursbehovet. Vidare framgick att en större andel av avtalen, jämfört med de taxanslutna läkarna, har en löptid som var längre än ett år. Andelen heltidsarbetande var också oförändrad. Samtliga som inte fått vårdavtal uppgav att man önskat bedriva sin verksamhet på samma sätt som 1996.

Av de privatpraktiserande sjukgymnaster som var yrkesverksamma 1996 och som berördes av 65-årsregeln fick bara 4 % vårdavtal fr.o.m. 1997. Vidare framgick att 37 % fortsätter att vara verksamma under 1997 med enbart patientavgifter som inkomstkälla. Samtidigt uppgav 80 % av dem som inte fått vårdavtal att de hade önskat fortsätta sin verksamhet enligt samma villkor som 1996.

Av sammanlagt 191 läkare som var yrkesverksamma under 1996 hade 14 övergått till annan verksamhet och 47 var ej yrkesverksamma under 1997. Sammanlagt 11 läkare hade lyckats med att få överlämna praktiken till en yngre kollega och 2 läkare uppgav, att man från sjukvårdshuvudmannen fått kompensation för icke avskrivna investeringar eller löpande hyreskontrakt, när man tvingats avveckla sin verksamhet.

Av sammanlagt 68 sjukgymnaster som var yrkesverksamma 1996 hade 2 övergått till annan verksamhet och 38 var ej yrkesverksamma under 1997. I två fall hade etableringen kunnat övertas av en yngre kollega och i ett fall hade ekonomisk kompensation för icke avskrivna inventarier eller löpande hyreskontrakt utgått.

Bland de läkare som fortsatte att vara yrkesverksamma under 1997 med enbart patientavgifter som inkomstkälla låg drygt 90 % av avgif-

terna i intervallet mer än 150 kronor och högst 500 kronor. Medianen låg på 200-350 kronor. Bland sjukgymnasterna tog knappt 70 % högst 100 kronor i patientavgift medan medianen uppgick till 111 kronor. Sammanfattningsvis kunde konstateras att någon markant avgiftshöjning inte ägt rum när dessa vårdgivare förlorat sin ersättning från sjukvårdshuvudmännen. Många läkare uttryckte emellertid en stark oro för de praktiska möjligheterna att kunna bedriva sin verksamhet under någon längre tid med hänsyn till de ekonomiska förutsättningarna för patienterna, som själva måste svara för eventuella laboratorie- och röntgenkostnader liksom att de inte får tillgodoräkna sig erlagda patientavgifter som underlag för rätt till frikort.

En annan fråga som togs upp av vårdgivarna i enkäten var sjukvårdshuvudmännens angivna principiella prioriteringar av gruppomtagningar. Detta förhållande måste också beaktas av sjukvårdshuvudmannen när det gäller viljan att träffa avtal eller bevilja ersättningsetablering. Annars kan en hel gruppomtagning åsamkas orimligt höjda kostnader och därmed kan hela gruppomtagningens existens vara hotad. Vidare framfördes av många att borttagandet av rätten att överlåta sin etablering också får som konsekvens att viljan att investera i och utveckla sin verksamhet avtar och förstärks ju närmare 65 år man kommer.

3.2 De privata allmänläkarna efter husläkarlagens upphörande

3.2.1 Riksdagens beslut om införande och avskaffande av husläkarlag

Den dåvarande regeringen föreslog i propositionen om husläkare (1992/93:160) att en husläkarreform skulle genomföras fr.o.m. den 1 januari 1994 och vara fullt genomförd vid utgången av 1995. Husläkarreformen innebar att alla invånare skulle få möjlighet att själva välja en husläkare. De närmare förutsättningarna för husläkarnas verksamhet angavs i en särskild lag om husläkare. Husläkaren skulle ha ett tydligt och preciserat ansvar och vissa grundkrav som mottagningsverksamhet, jour, hembesök, råd och förebyggande insatser till enskilda måste vara uppfyllda för att verksamheten skulle kunna betraktas som husläkarverksamhet. Därutöver skulle verksamheten kunna anpassas efter lokala behov och sjukvårdshuvudmannen kunde fastställa ett husläkaråtagande utöver de nämnda grundkraven. Ett sådant åtagande skulle omfatta alla husläkare oavsett driftform. Sjukvårdshuvudmannen och

husläkarna kunde dock komma överens om att fördela uppgifterna mellan husläkarna.

Huvuddelen av ersättningen till husläkarverksamheten skulle vara fast baserad på antalet individer som var anslutna till husläkaren. Dessutom skulle det finnas en rörlig del som var prestationsrelaterad och som bestod av patientavgifter eller besöksersättningar.

Sjukvårdshuvudmännen beslutade inom respektive sjukvårdsområde om ersättningsnivåerna för gällande husläkaråtagande. En läkare skulle vara specialist i allmänmedicin för att få vara verksam som husläkare. Dock kunde Socialstyrelsen ge dispens för läkare inom andra specialiteter, tidsbegränsad eller tills vidare. En husläkares grundåtagande, kompetenskrav och principerna för ersättningssystemet skulle vara lika över hela landet och regleras i lag. I lagen reglerades också att man senast ett år efter verksamhetens ikraftträdande måste ha minst 1 000 listade patienter för att kunna fortsätta som husläkare.

De blivande husläkarna skulle i princip själva kunna välja lämplig driftform, dvs. vara anställd av sjukvårdshuvudmannen, vara egen företagare, vara anställd i ett bolag eller arbeta inom ett personalkooperativ.

Riksdagen biföll regeringens förslag och husläkarlagen trädde i kraft den 1 januari 1994.

I regeringens proposition om primärvård, privata vårdgivare m.m. (1994/95:195) föreslogs att lagen om husläkare skulle upphävas fr.o.m. den 1 januari 1996. Den enskilde skulle fortfarande ha rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården. Däremot ansåg regeringen att husläkarlagen var onödigt detaljerad. T.ex. menade regeringen att det inte fanns skäl att i lag reglera hur ersättningssystemet till läkare inom primärvården skulle utformas.

Regeringen förutsatte att sjukvårdshuvudmannen skulle träffa vårdavtal med de privata husläkarna eftersom det bedömdes att det förelåg ett behov av det antal läkare som då fanns inom primärvården. Om vårdavtal inte kunde träffas gavs de privata husläkarna emellertid möjlighet att ansluta sig till den nationella läkarvårdstaxan. Riksdagen beslutade enligt propositionens förslag och husläkarlagen avskaffades vid årsskiftet 1995/96, dvs. husläkarlagen gällde i två år.

3.2.2 Antalet privata husläkare/privata allmänläkare¹

Enligt Socialstyrelsen uppgick antalet privata husläkare till 668 den 31 december 1994. I oktober 1996 uppgick antalet privata allmänläkare med vårdavtal i primärvården enligt samma källa till 502, dvs. en minskning med 166 eller 25 %. Detta skall ställas i relation till det totala antalet allmänläkare inom primärvården som 1994 uppgick till 4 188 och 1996 till 4 025, dvs. det totala antalet läkare minskade med 163 eller 4 %.

Enligt den enkätundersökning till samtliga sjukvårdshuvudmän som delegationen genomförde hösten 1996 uppgick antalet privata allmänläkare med vårdavtal till ca 500. Därutöver fanns det 360 allmänläkare som var anslutna till den nationella taxan. Vidare framgick av enkätundersökningen att sammanlagt 143 läkare som tidigare varit verksamma enligt husläkarlagen valt eller avsåg att ansluta sig till den nationella taxan.

3.2.3 Delegationens enkät angående de privata allmänläkarna efter husläkarlagens upphörande

I delegationens uppdrag ingår att redovisa utvecklingen vad gäller privata allmänläkare inom primärvården i och med husläkarlagens upphörande.

Syftet med delegationens undersökning var att i första hand belysa orsakerna till att många privata husläkare i och med husläkarlagens upphörande valt eller sett sig tvingade att övergå till nationella taxan eller annan verksamhet. Urvalet gjordes med hjälp av Socialstyrelsens register över husläkare/allmänläkare. Från detta register fick delegationen tillgång till samtliga som under perioden 1994-96 varit registrerade som privata husläkare/allmänläkare och som av olika skäl avregistrerats. Av de inkomna svaren hade 182 varit verksamma som privata husläkare under nämnda period. Svarsfrekvensen uppgick till 89 %.

¹ Sjukvårdshuvudmännen använder olika begrepp för läkare verksamma inom primärvården; husläkare, familjeläkare, primärvårdsläkare, allmänläkare. Delegationen har valt att i beskrivningar avseende förhållandena efter husläkarlagens upphörande använda Socialstyrelsens benämning allmänläkare.

Tabell 3.1. Typ av verksamhet före tiden som husläkare

	Antal	Procent
FHV-läkare	72	40
Anställd inom primärvården ¹	44	25
Specialistläkare enligt nationella läkarvårdstaxan	33	19
Anställd inom läns-regionsjukvården	17	10
Specialistläkare enligt nationella taxan kombinerad med FHV alt. skolläkartjänst	8	4
Övrigt	4	2
Summa	178²	100

¹ En läkare har uppgett en befattning i kombination med tjänst som FHV-läkare.

² Fyra läkare har ej lämnat uppgift.

Som framgår av tabell 3.1 var den vanligaste bakgrunden att man tidigare varit anställd som läkare inom företagshälsovården. En förklaring till detta, torde vara att företagshälsovården på grund av slopade statsbidrag tvingades minska omfattningen av sin verksamhet. En annan förklaring är att det var möjligt att välja företagsläkare på sin arbetsplats till husläkare. Den näst största gruppen, 25 %, kom från primärvården, medan 19 % uppgav att de före husläkarrefomren var verksamma som specialistläkare enligt den nationella taxans bestämmelser. Läger man emellertid till de som kombinerat sin etablering med en tjänst som företagsläkare eller skolläkare ökar andelen till 23 %.

Tabell 3.2. Verksamhet efter det att man lämnat sin befattning som privat husläkare

	Antal	Procent
Allmänläkare enligt nationella läkarvårdstaxan	78	43
Övriga specialistläkare enligt nationella läkarvårdstaxan	14	8
FHV-läkare	25	14
Anställning inom primärvården ¹	22	12
Anställning inom läns-regionsjukvården	7	4
Specialistläkare enligt nationella taxan i kombination med FHV	15	8
Ej yrkesverksam	4	2
Övrigt	15	8
Summa	180²	99

¹ En läkare har uppgett en befattning i kombination med tjänst som FHV-läkare.

² Två läkare har ej lämnat uppgift.

Av tabell 3.2 framgår att sammanlagt 51 % övergick till att vara verksamma enligt den nationella taxan. Detta skall jämföras med att 19 % var verksamma på detta sätt före tiden som husläkare. Lägger man därtill till de som kombinerat sin etablering med en tjänst som företagsläkare ökar motsvarande tal till 59 % och 23 %. Cirka hälften av de som tidigare varit anställda inom primärvården i offentlig regi har återgått till den verksamhetsformen och 1/3 av de som tidigare varit FHV-läkare har återgått till en motsvarande befattning.

Tabell 3.3. Period som husläkare

Slutat före 951231	40 %
Slutat 951231	30 %
Slutat under 1996	30 %

Av tabell 3.3 framgår att 40 % uppgav att de slutade som husläkare före den 31 december 1995. Cirka hälften av dessa uppgav att man inte kom upp i tillräckligt antal listade patienter för att kunna fortsätta verksamheten. Bland de övriga var en vanligt förekommande förklaring är att det visade sig svårt att kombinera en husläkarbefattning med verksamhet som FHV-läkare. Några uppgav att en koncentration av

tunga patienter inte var förenligt med kravet på antal listade patienter. Men av kommentarerna framgår också att det på många håll funnits ett politiskt motstånd till privata husläkare som i praktiken omöjliggjort en fortsättning.

30 % av de som slutat som husläkare gjorde detta i anslutning till husläkarlagens upphörande vid årsskiftet 1995/96 och 30 % fortsatte sin verksamhet även under en kortare eller längre period under 1996. De som var verksamma under 1996 fick fortsätta enligt de gamla bestämmelserna i avvaktan på att diskussioner och förhandlingar om eventuella vårdavtal skulle avslutas.

Bland de motiv som lämnades till varför man slutade som husläkare dominerar sjukvårdshuvudmännens allmänna ointresse eller t.o.m. negativa inställning till att träffa vårdavtal. Kommunikationen mellan vissa sjukvårdshuvudmän och vårdgivare har också många gånger varit bristfällig. I de fall där konkreta diskussioner om vårdavtal förekommit har ekonomiska motiv och tidsbegränsningar i vårdavtalen utan rätt att övergå till nationella taxan, om avtalen ej skulle förlängas, varit vanliga orsaker till varför man inte kunnat komma överens. En annan orsak var att sjukvårdshuvudmännen inte ville träffa vårdavtal med enläkarmottagningar.

Samtidigt framkom en viss rädsla för byråkrati. Vissa upplevde redan husläkarlagen som något byråkratiskt och att vårdavtal skulle leda till ytterligare byråkrati och därmed ta tid från det egentliga patientarbetet. Som taxeansluten specialistläkare pekades också på en större självständighet och trygghet i arbetet.

Erfarenheterna från tiden som husläkare uppgavs huvudsakligen som positivt och många upplevde tiden som mycket stimulerande. Få uppgav att den arbetsbelastning som t.ex. jourverksamheten medför skulle ha varit ett motiv för att övergå till annan verksamhet.

3.3 Jämförande studier mellan privata och offentliga vårdgivare

I delegationens uppdrag ingår att följa och bedöma kostnaderna för olika tjänster inom läkar- och sjukgymnastvården i offentlig regi respektive ersättningarna för motsvarande tjänster hos de privata vårdgivarna med offentlig finansiering. Vidare skall delegationen följa utvecklingen av primärvårdens verksamhetsinriktning, driftformer och kostnader.

3.3.1 Familjeläkarna i Västmanland, en jämförelse mellan privata och offentliga vårdgivare

Delegationen har uppdragit åt konsultföretaget Helseplan att genomföra en jämförande studie av privata och offentligt anställda allmänläkare i Västmanland. Valet av Västmanland beror dels på att andelen privata allmänläkare är högst i landet (drygt 40 %) dels på att landstinget har ett samlat familjeläkarkoncept, som bl.a. innebär att spelreglerna är lika oavsett driftform. Familjeläkarkonceptet har också medfört att antalet allmänläkare som står utanför konceptet, de som är verksamma enligt LOL, är mycket lågt.

I uppdraget till Helseplan ingick att belysa skillnader och likheter mellan de privata och offentligt drivna familjeläkarenheterna med avseende på produktionstal, den interna resursfördelningen mellan olika yrkeskategorier, tidsanvändning för patientrelaterad och icke patientrelaterad tid samt patientsammansättning.

Utöver framlagt statistiskt material har sammanlagt 28 intervjuer genomförts med verksamhetschefer i primärvård och för medicinkliniker, sjukgymnaster och företrädare för de politiska partierna i landstinget.

Rent allmänt har Västmanland en låg slutenvårdskonsumtion jämfört med andra landsting, medan antalet läkarbesök ligger högt både vad gäller primärvård och besök hos andra specialister. Primärvården svarar för 51 % av samtliga läkarbesök, men variationerna är som framgår av tabell 3.4 mycket stora mellan kommunerna i länet. Av tabellen framgår vidare att de två kommunerna med endast privata familjeläkare har färre vårdtillfällen i slutenvård än de som endast har offentligt anställda familjeläkare. Kommunerna med offentligt driven familjeläkarverksamhet har en högre andel konsumerade läkarbesök i primärvården än kommunerna med privat verksamhet. Den lägre konsumtionen av läkarbesök i kommuner med privata familjeläkare förklaras inte av åldersammansättningen i dessa kommuner. Högst vårdkonsumtion, både i slutenvårdstillfällen och läkarbesök har kommuner med länsdelssjukhus.

Tabell 3.4. Summa vårdkonsumtion 1996 per 1 000 invånare

	Vård- dagar	Vård- tillfällen	Läkarbe- sök i primär- vård	Läkarbe- sök övr. specia- lister	Andel av besöken i primär- vård	Andel aktivt listade >75 år
Arboga	1 110	165	1 340	1 021	57 %	10 %
Fagersta ¹	1 693	211	1 608	1 830	47 %	10 %
Hallstahammar	1 078	138	1 342	1 093	55 %	9 %
Heby	1 064	168	1 537	808	66 %	9 %
Kungsör ²	1 138	134	1 413	1 019	58 %	9 %
Köping ¹	1 554	182	1 543	1 159	57 %	10 %
Norberg ³	1 124	172	1 510	925	62 %	8 %
Sala ¹	1 413	178	1 591	1 557	51 %	10 %
Skinnskatteberg ³	1 181	167	1 673	1 008	62 %	9 %
Surahammar ²	811	124	1 079	970	53 %	8 %
Västerås ⁴	1 061	134	1 231	1 388	47 %	8 %
Västmanland	1 172	152	1 357	1 285	51 %	8 %

¹ Kommuner med länsdelssjukhus.

² Kommuner med endast privata familjeläkarenheter.

³ Kommuner med endast offentligdrivna familjeläkarenheter.

⁴ Kommun med länssjukhus.

År 1996 var totalt 99 % av invånarna i Västmanland listade hos en familjeläkare. Av dessa var 98 % aktivt listade, dvs. de hade själva valt sin familjeläkare. 44 % var listade hos en privat familjeläkare och 56 % hos en offentligt anställd familjeläkare. Drygt 40 % av familjeläkarna var privata.

Under 1996 hade i genomsnitt de privata familjeläkarna fler listade per läkare, 2 076 invånare/läkare, än de offentlig anställda som i genomsnitt hade 1 854 invånare/läkare. Andelen listade över 75 år var 10 % hos de offentlig anställda familjeläkarna och 8 % hos de privata familjeläkarna.

De patienter som var listade hos privata familjeläkare gjorde i genomsnitt 1,23 besök per år och de som var listade hos offentlig anställda gjorde i genomsnitt 1,28 besök per år, dvs. antalet patientbesök hos offentlig anställda läkare var 4 % högre. Antalet besök per läkare och år (produktivitet) var högre hos privata familjeläkare, 2 547 besök/läkare, än hos offentliganställda, 2 376 besök/läkare, dvs. antalet besök hos privata läkare var 7 % högre.

De listade hos privata vårdgivare gjorde i genomsnitt färre sjukgymnastbesök per listad (0,36 besök/listad) än de som var listade hos offentliganställda (0,41 besök/listad). Även arbetsterapibesöken var färre hos de privata, 0,02 jämfört med 0,05 hos de offentliganställda.

Sjuksköterskebesöken var fler per listad hos de offentliganställda, 1,2/listad jämfört med 0,8/listad hos de privata familjeläkarna.

Ersättningen i Västmanland består dels av en individersättning som är viktad efter ålder, dels en besöksersättning för både läkar- och sköterskebesök. Nettoersättningen (individ + besöksersättning – minus patientavgiften) per listad invånare är högre hos de offentliganställda, 1 261 kr/invånare än hos de privata vårdgivarna 1 100 kr/inv. Skälet till detta är att de offentligdrivna enheterna har fler äldre på sina listor. Besöksersättningen utgör 18 % av intäkterna hos de privata vårdgivarna jämfört med 19 % hos de offentligdrivna verksamheter. Hyreskontraktssandelen utgör 8,7 % av nettoersättningen för de privata vårdgivarna motsvarande andel för de offentligdrivna verksamheterna är 10,6 %. De privata vårdgivarna har i genomsnitt färre "övrig personal" på distriktsläkarmottagningar/distriktssköterskemottagningar och på barnhälsovården sammantaget, 2,3 personal/läkare (spridning 1,12-3,8). De offentligdrivna verksamheterna har i genomsnitt 3,1 personal/läkare (spridning 1,99-6,56). Skillnaden 0,8 personal/läkare motsvarar en kostnad på 15 miljoner kronor för samtliga offentliga enheter. I genomsnitt skickas en remiss till specialist vid vart 11:e besök oavsett driftsform. Det innebär att primärvården avslutar 90 % av sina läkarbesök utan att hänvisa till annan specialist.

Under en vecka redovisade 101 av 130 familjeläkare i Västmanland (78 %) hur arbetstiden fördelades mellan olika uppgifter. I tabell 3.5 visas den procentuella fördelningen.

Tabell 3.5. Fördelning av arbetstid vecka 20, 1997. Procentuell fördelning.

	Privata familjeläkare	Offentliganställda
Direkt patientrelaterad tid	57,7	59,3
Indirekt patientrelaterad tid	12,4	10,0
Administration	4,6	5,1
Chefskap	3,0	2,5
Läkarinsatser åt andra	2,6	1,1
Möte	10,2	11,7
Övrig tid	0,7	1,2
Frånvaro	8,8	9,1
Totalt	100	100

Totalt redovisades 3 824 timmar, vilket motsvarar 24 månader läkararbete. Av de 101 familjeläkarna arbetade 82 % heltid, oavsett driftform. Under mätveckan tog de privata läkarna i genomsnitt emot 57 patienter

och 33 patientsamtal. De offentliganställda tog i genomsnitt emot 47 patienter och 28 samtal. Fördelat på den direkt patientrelaterade tiden hade de privata familjeläkarna 3,8 patientkontakter per timme. Motsvarande för de offentliganställda familjeläkarna var 3,0 patientkontakter per timme. (Tabell 3.6).

Tabell 3.6. Antal patientkontakter i genomsnitt under en vecka samt antal patientkontakter per timme direkt patientrelaterad tid

	Privata familjeläkare n=47	Offentliganställda n=56
Antal patientbesök	57	47
Antal telefonsamtal	33	28
Antal patienter/direkt patientrelaterad tid	3,8	3,0

Patientsammansättningen mättes under samma vecka med hjälp av en enkel klassifikation. I tabell 3.7 visas skillnaden i patientsammansättning mellan privata familjeläkare och offentliganställda.

Tabell 3.7. Patientsammansättning vecka 20 1996. Procentuell fördelning.

Patientkategori	Privata familjeläkare	Offentliga vårdgivare
Akut-akut	5	5
Upplevt akut, vill ha tid samma dag	33	36
Nytilkommen åkomma men som ej upplevs som akut	22	15
Uppföljningskontroll av grupp 1-3	6	5
Kroniker	19	24
Gammal och sjuk	4	5
Upplevelse av långvarig ohälsa	3	2
Friska	4	4
Intyg som huvudorsak	4	4
Totalt	100	100

De privata familjeläkarna hade något fler av gruppen "Nytilkommen åkomma, men som ej upplevs som akut", och något färre ur gruppen "Upplevt akut, vill ha tid samma dag" än de offentliganställda. Den största skillnaden avsåg "Kroniker" som utgör 19 % hos de privata fa-

miljeläkarna och 24 % hos offentliganställda. Ingen av de redovisade skillnaderna var statistiskt signifikant.

En sammanfattning av intervjuerna ger följande bild av familjeläkarsystemet. Genomgående var de flesta mycket positiva till familjeläkarsystemet som genom sitt koncept reglerar uppgift och ersättning för hela primärvården i Västmanland. Även samarbetspartner som sjukgymnaster och medicinklinikernas verksamhetschefer ansåg att familjeläkarsystemet i grunden var bra. Man ansåg inte att det föreligger några uppenbara skillnader mellan hur verksamheten bedrivs på de privata enheterna jämfört med de offentliga. Några sjukgymnaster ansåg dock att familjeläkarsystemet genom sina ekonomiska incitament missgynnat deras egna verksamheter.

Samverkan mellan privata och offentliga familjeläkare fungerar mycket bra. Det sker bl.a. genom gemensamma möten och fortbildningsdagar. Ingen av de intervjuade familjeläkarna upplevde att de på något sätt särbehandlas av sjukhusvården beroende på driftform. Det som kunde anas var att de offentliganställda familjeläkarna kände sig tyngda av en större byråkrati och mindre inflytande än vad de privata gav uttryck för. Detta framkom bland annat vad gäller utrymme för fortbildning och hanterande av över- och underskott. Sjukhusrepresentanterna bekräftar familjeläkarnas bild och ingen av sjukhusläkarna anser att det finns några skillnader i medicinsk kompetens, samverkansberedskap eller i ansvarstagande för sina patienter som kan hänföras till driftform.

De flesta privata familjeläkarenheterna använder sig i första hand av privata sjukgymnaster medan ett antal av de offentligdrivna verksamheter har egna sjukgymnaster anställda. Det innebär att invånare listade hos privata familjeläkare i större utsträckning kan välja sjukgymnast själv. De som har egna sjukgymnaster anställda anför att man är angelägen om teamarbetet och därför styr sina patienter till egna sjukgymnaster. De säger också att det får stora ekonomiska konsekvenser om patienten väljer att gå till en privat sjukgymnast eftersom familjeläkarna betalar för sjukgymnastbesök gjorda hos annan sjukgymnast än egenanställd. De som anlitar privata sjukgymnaster anser att det går att upprätthålla en god kommunikation och teamarbete även med de privata sjukgymnasterna.

Sjukgymnasterna som intervjuats är splittrade i sin uppfattning om samarbetet. De privata gymnaster som intervjuats tycker sig ha en bra samverkan med remitterande läkare om enskilda patienter. Däremot har man märkt att läkarna i större utsträckning tänker på ekonomin och att man inte oreserverat remitterar patienter. Det innebär att situationen för sjukgymnasterna har förändrats. De offentliganställda sjukgymnasterna utanför Västerås är mycket negativa till att man i familjeläkarkonceptet

har lagt pengarna för basal rehabilitering på familjeläkarna. Man tycker att det har lett en större byråkratisering (att styckedebitera). Det innebär exempelvis att en offentligdriven sjukgymnastenheter avvisar patienter från enheter man inte har abonnemangsavtal med. De offentligdrivna enheterna tycker också att samarbetet om den enskilda patienten fungerar bra. Däremot anser de offentliganställda sjukgymnasterna att det inte finns särskilt mycket av teamarbete utvecklat. Denna uppfattning skiljer sig således från vad familjeläkarna med anställda sjukgymnaster gett uttryck för som motiv till varför man styr sina patienter till de egna sjukgymnasterna.

Det som i stor utsträckning har varit incitament för dem som övergått till verksamhet i egen regi är ett missnöje med den landstingsdrivna organisationen med brist på inflytande. De som är fortsatt offentliganställda vittnar om att det i förhållande till viss del kvarstår. Drivande för dem som övergått till verksamhet i egen regi var också lusten att utveckla något eget.

Det man är mest orolig för inför framtiden är att man inte skall räkna till för allt mer ökande krav och att man inte skall kunna upprätthålla valfriheten för patienterna. Det saknas redan nu ett antal familjeläkare för att möjliggöra fritt val. Ytterligare försämringar blir det i framtiden med läkarrekrytering. Dessa farhågor var lika uttalade hos både de privata och offentliganställda familjeläkarna.

Politikernas inställning till familjeläkarsystemet präglas i stort sett av förtroende för dem som verkar inom systemet och en viss stolthet över att befolkningen är nöjd. Det finns inga signaler om några stora förändringar av systemet eller förhållandet mellan privata och offentligdrivna verksamheter inom den närmaste framtiden.

3.3.2 En jämförelse mellan privata och offentliga specialistmottagningar i sex landsting

Delegationen har uppdragit åt konsultföretaget Helseplan att genomföra en jämförelse mellan privata och offentliga specialistmottagningar i sex landsting. Valet av dessa landsting beror på att de tillsammans med Helseplan sedan några år tillbaka samarbetar om att utveckla gemensamma kriterier för olika nyckeltal. De har därmed utvecklat gemensamma beskrivnings- och klassificeringssystem, vilket är en grundförutsättning för att adekvata jämförelser skall kunna genomföras.

De landsting som ingick i undersökningen var Uppsala, Halland, Skaraborg, Värmland, Västmanland och Dalarna. Dalarna var det enda landsting som hade remisskrav 1996.

De skillnader och likheter som skulle belysas var med avseende på produktionstal, den interna resursfördelningen, tidsanvändning för patientrelaterad och icke patientrelaterad tid samt patientsammansättning.

Undersökningen omfattade 63 privatläkare och 77 offentliganställda specialistkompetenta läkare på 38 mottagningar. Insamlat faktaunderlag har kompletterats med 32 intervjuer med privata specialister och verksamhetschefer i samtliga sex landsting samt med politiska företrädare i landstinget Västmanland.

Nettokostnaden 1996 för sjukvården bland de berörda landstingen varierade från 9 308 kronor per invånare i Västmanland till 10 573 kronor per invånare i Värmland. Ersättningsens andel av den totala sjukvårdskostanden till privatläkare varierade stort mellan landstingen men utgjorde en liten del av sjukvårdskostnaden, mellan 0,3 % till 1,4 %. På samma sätt varierade privatläkarbesökens andel av den totala vårdkonsumtionen. Den utgjorde 30 % av samtliga specialistbesök i Uppsala medan den endast svarade för 5 % i Dalarna.

Av tabell 3.8 framgår att privatläkarna tog emot fler läkarbesök per årsarbetande läkare och år än vad de landstingsanställda läkarna gjorde inom medicinsk och kirurgisk vård. För psykiatri var skillnaderna marginella, dock att de privata tog emot något färre besök än de landstingsanställda.

Tabell 3.8. Läkarbesök/årsarbetande läkare hos privata och landstingsdrivna mottagningar 1996

	Läkarbesök/årsarbetande läkare	
	Privata	Landsting
Psykiatri	1 373	1 381
Medicinsk vård	3 236	2 512
Kirurgisk vård	3 933	2 142

Skillnaderna är så stora att de inte enligt rapporten kan förklaras av skillnader i patienttyngd. En av förklaringarna anses vara att de privata specialisterna i större utsträckning kunde planera in egen verksamhet och inte stördes av avbrott för insatser i annan verksamhet som avdelningsarbete. De privata specialisterna ägnar dessutom mer tid till direkt patientarbete på mottagning, vilket ökar produktiviteten av läkarbesök ytterligare. Skillnaden inom psykiatri förklaras av att de privata läkarna i större utsträckning själva bedriver långa psykoterapeutiska behandlingar, som inom den landstingsdrivna verksamheten ofta bedrivs av andra personalkategorier, exempelvis psykologer.

Andelen akutbesök var lika oavsett driftform med undantag för de kirurgiska specialiteterna, där akutbesöken var fler på de landstingsdrivna mottagningarna. I uppgifterna ingår ej besök på sjukhusens akutmottagningar, utan endast specialistmottagningarna. Remissbesöken utgjorde en avsevärt större andel av besöken på de landstingsdrivna mottagningarna. Detta bekräftades också vid intervjuerna där det uppgavs att köer och väntetider var längre hos landstingsdriven verksamhet.

Kontakt med samarbetspartner präglas till viss del av en "familjesammanhållning". Privata läkare har i större utsträckning kontakt med andra privata läkare och landstingsverksamheterna har i större utsträckning kontakt med verksamheter i landstingets regi.

Av tabell 3.9 framgår resursåtgång i läkartid per läkarbesök. Tabellen visar att läkartiden per patientbesök är lägre på de privata mottagningarna än på de landstingsdrivna.

Tabell 3.9. Resursåtgång läkartid (direkt och indirekt patienttid på mottagningen) per patient

	Psykiatri		Medicinsk vård		Kirurgisk vård	
	Privat	Lt	Privat	Lt	Privat	Lt
Resursåtgång läkartid i antal minuter per patient	77 min	84 min	32 min	51 min	28 min	65 min

I rapporten betonas att de landstingsanställda läkarna sällan har en "ostörd" mottagningsverksamhet. En annan faktor av betydelse är läkartidsåtgången för handledning av utbildningsläkare som i dag nästan uteslutande ligger på de landstingsanställda läkarna.

Tabell 3.10 visar bemanningen av övrig personal och skillnaderna mellan privatläkarmottagningar och landstingsmottagningar. De privata läkarna har något fler sjuksköterskor, men färre övrig personal än vad den landstingsdrivna verksamheten har. Sammanlagt har de privata läkarna färre personal än de landstingsanställda.

Tabell 3.10. Jämförelse av bemanning mellan privatläkarmottagningar och landstingsmottagningar

	Sjuksköterskor		Övrig personal		Summa personal	
	motsv/läkare		per läkare		per läkare	
	Privat	Lt	Privat	Lt	Privat	Lt
Psykiatri		2,2	-	-	0,34 ¹	2,2 ²
Medicinsk vård	0,97	0,93	0,77	1,46	1,74	2,39
Kirurgisk vård	0,67	0,61	0,52	0,75	1,19	1,36

¹ Avser sjuksköterskor och sekreterare.

² Avser endast sjuksköterskor.

Pris per besök och pris per patient framgår av tabell 3.11.

Tabell 3.11. Pris i kronor per besök och pris per patient

	Pris per besök		Pris per patient	
	Privat	Offentlig	Privat	Offentlig
Psykiatri	817	1 025 ³	2 860	1 845 ³
Medicinsk vård	642	1 365 ⁴	1 220	2 321 ⁴
Kirurgisk vård	640	890 ⁵	960	1 424 ⁵

³ Underlag prislista för läkarbesök inom psykiatri Dalarna.

⁴ Underlag prislista för läkarbesök medicin i Avesta.

⁵ Underlag prislista för läkarbesök kirurgi i Falun.

Prisuppgifterna baseras dels på av landstingen utbetald ersättning inklusive patientavgifter 1996 till privatläkarna, dels på den prislista landstinget Dalarna arbetat fram. Dessutom har ett schablonbelopp med 140 kronor per besök påförts de privata läkarna (ej psykiatri) för kostnader för laboratorieprover och röntgen. Av tabellen framgår att priset per besök är avsevärt lägre för de privata specialisterna jämfört med de offentligt anställda. Detsamma gäller priset per patient med undantag för psykiatri där de privata vårdgivarna har ett väsentligt högre pris, dvs. antalet återbesök är väsentligt fler hos de privata psykiatrikerna. Detta bekräftas också av tabell 3.12. Anledningen härtill har tidigare berörts; nämligen att de privata psykiatrikerna i större utsträckning bedriver långvariga psykoterapeutiska behandlingar.

Tabell 3.12. Antal läkarbesök per individ

	Antal besök per individ	
	Privat	Offentlig
Psykiatri	3,5	1,8
Medicinsk vård	1,9	1,7
Kirurgisk vård	1,5	1,6

Under en vecka redovisade 140 läkare hur arbetstiden fördelades mellan olika uppgifter. Av tabell 3.13 framgår att de privata specialisterna använde 80 % av tiden till direkt eller indirekt patientrelaterat arbete, varav 77 % mottagningstid. De offentligt anställda använde 71 % av tiden till direkt eller indirekt patientrelaterat arbete, varav 56 % mottagningstid.

Tabell 3.13. Läkarnas fördelning av arbetstid vecka 22, 1997. Procentuell fördelning.

	Privata läkare n= 63	Landstingsanställda läkare n=77
Direkt patientrelaterad tid	68	44
Indirekt patientrelaterad tid	9	12
Patienttid utanför mottagningen	3	15
Administration	5	5
Chefskap	1	3
Möte	7	14
Övrig tid	2	3
Frånvaro	5	4
Totalt	100	100

Under en vecka registrerade läkarna diagnoserna. Tre specialiteter kunde redovisas; gynekologi, öron och ögon. De privata gynekologerna hade en större andel patienter med klimakteriebesvär och de landstingsanställda en större andel graviditeter och hälsokontroller. De privata ögonläkarna hade en större andel glaucom (grön starr) och de landstingsanställda en större andel cataract (grå starr). Inom specialiteten öron-näsa-hals utredde de landstingsanställda läkarna i större utsträckning sömnapné. I övrigt förelåg inga större skillnader. Det bör noteras att nämnda diagnospanorama inte på något sätt speglar vårdtyngden. Samtidigt framkom vid intervjuerna att patientsammansättningen både vad avser diagnossammansättning och vårdtyngd inte skiljer sig nämnvärt utan den privata verksamheten är fullt jämförbar

med landstingens öppenvårdsmottagningar. Undantag finns. Det gäller framför allt när det är uppenbart från början att patienten kräver sjukhusets samlade resurser t.ex. i samband med slutenvård.

I det följande återges i korthet vad som framkom vid intervjuerna. Samverkan med landstingen centralt varierar mellan landstingen. I det enda landsting där man skrivit avtal med flertalet av privatläkarna är uppfattningen från båda parter att samverkan fungerar bra. Diskussionerna om avtalets innehåll och volym har skett utan att klinikerna är inblandade, varför kontakten mellan klinikerna och privatläkarna i många fall varken är frekvent eller systematiserad. I de landsting som inte skrivit avtal upplevde privatläkarna den centrala nivån som missnöjande och/eller ointresserad. Å andra sidan fungerar samverkan med klinikerna i stort sett bra. På de flesta håll inbjuds privatläkarna till kliniker och gemensam utbildning. På vissa håll finns överenskommelser mellan klinik och privatläkare angående remissflöden och fördelning av patientgrupper. Där sådana överenskommelser gjorts finns också den största respekten och det största medicinska förtroendet mellan privatläkarna och klinikerna.

De vanligaste skälen till att man valt att bli privatläkare var högre effektivitet och mindre byråkrati, personliga skäl, exempelvis små barn som gjorde att man ville slippa jourbördan, positivt möte med patienten eftersom patienten själv valt. Ingen av de intervjuade privatläkarna kunde tänka sig att gå tillbaka till landstingsverksamhet. Bland de landstingsanställda läkarna angavs som motiv varför man valt att inte bedriva egen praktik att man tyckte att det var ensidigt att bara ha öppenvård eller att man hade administrativ eller forskningsambition.

Intervjuerna med politikerna genomfördes i det landsting (Västmanland) där man skrivit avtal med privatläkarna. Man ansåg att dem man skrivit avtal med var en del av utbudet för invånarna. Där emot var majoriteten inte särskilt intresserad av att bidra till fler privateableringar. Inställningen till privatläkarna präglades inte alls av den positiva grundsyn som samma landstingspolitiker gett uttryck för när det gäller de privata familjeläkarna i landstinget.

Sammanfattningsvis visar studien att om man koncentrerar öppenvårdsverksamheten på en uppgift, nämligen att ta emot patienter för öppenvårdsbesök, så föreligger stora möjligheter att hålla en hög produktivitet. Samtidigt framgår av studien att det inte räcker med vårdavtal för att få en väl fungerande samverkan. Väl så viktigt är att de professionella företrädarna inom privat och offentlig vård kommer överens, för att därmed de samlade resurserna skall utnyttjas så effektivt som möjligt.

3.3.3 Kostnadsjämförelser mellan privata och offentliga läkarmottagningar i Stockholms läns landsting

Landstingsförbundet genomförde under 1996-97 en studie där privat och offentligt drivna öppenvårdsmottagningar jämfördes. Projektet genomfördes i samverkan med Stockholms läns landsting och Praktiker-tjänst AB och ansvarig projektledare var docent Per-Axel Svalander.

Undersökningen omfattade drygt 40 privatmottagningar inom sex specialiteter i Stockholm och knappt 20 offentliga sjukhusmottagningar. Jämförelserna har gjorts med fokusering på pris per besök enligt läkarvårdstaxan respektive KÖKS (klassificerings- och ersättnings-system för sjukhusmottagningarna i Stockholm) med justeringar för kostnader för laboratorie- och röntgenundersökningar samt moms, kostnad per besök, bedömning av genomsnittlig vårdtyngd per besök baserat på klassificering enligt KÖKS samt en fördjupad analys av tidsanvändning och arbetsformer vid vissa mottagningar.

De offentliga mottagningarna hade högre ersättning/pris per besök i fyra av de sex specialiteterna. Skillnaderna var emellertid små. När det gällde kostnaderna per besök var dessa högre för de offentliga mottagningarna inom alla specialiteter. Störst var skillnaden inom ögon och minst inom gynekologi. Vid en fördelning av kostnaderna på kostnadsanslag visade det sig att personalkostnaderna genomgående var högre för de privata vårdgivarna och att det var läkarkostnaderna som genomgående var högre. Däremot hade de privata mottagningarna avsevärt mindre stödpersonal. En analys av kostnaderna utöver personal förstärkte kostnadsskillnaderna, dvs. kostnaderna för utrustning, lokaler, administration och vårdrelaterade kostnader exklusive laboratorieundersökningar och röntgen var avsevärt högre för de offentliga mottagningarna.

Med hjälp av KÖKS har vidare en bedömning av resurstyngden gjorts. Besöken har poängsatts med hänsyn till nybesök, återbesök, besök som kräver särskilda åtgärder samt besök hos annan än läkare. Dessutom har inom varje grupp besöken graderats enligt en femgradig skala. De privata mottagningarna hade en större andel nybesök utom inom gynekologin. Sammantaget hade den offentliga vården en högre medelvikt enbart inom gynekologin. Vidare noterades att verksamhetsinnehållet var mycket olika inom kirurgin. Sammanfattningsvis konstaterades i rapporten att noterade kostnadsskillnader inte kunde förklaras av motsvarande skillnader i resurstyngd med undantag för gynekologi.

Vidare har en analys gjorts av hur den tillgängliga arbetstiden disponerats. Analysen visade att den privata mottagningen kunde avdela en större andel av den totala tiden till direkt sjukvård. Vidare framkom att den offentliga mottagningen använde mer stödtid per besök från såväl sjukvårdspersonal som sekreterare än de privata medan läkarna använde ungefär lika mycket tid per besök. En enskild förklaringsfaktor visade sig vara att journaler skrevs och hanterades med avsesvärt mindre resurser än vid den offentliga mottagningen, beroende på att flertalet privata läkare själva skriver sin journal direkt i datorn.

Slutligen redovisas i rapporten ett antal strukturella skillnader mellan de offentliga sjukhusbundna mottagningarna och de privata fristående som rör villkoren för effektivitet.

- På de offentliga mottagningarna finns en blandning av erfarna och mindre erfarna läkare som i sin tur sammanhänger med de stora sjukhusens roll i utbildningen av läkare. De privata mottagningarna består i princip enbart av erfarna kliniker som först skaffat sig stor erfarenhet inom den offentliga vården.
- Arbetet vid den offentliga mottagningen är traditionellt inte den del inom sjukhuskliniken där läkaren finner den största yrkesmässiga stimulansen. De privata läkarna har bestämt sig för att vara mottagningsläkare och medvetet avstått från de möjligheter som sjukhuset erbjuder.
- Den offentliga mottagningen är bara en av flera i en ganska splittrad verksamhet med stora möjligheter till störningar. De privata läkarna är helt fokuserade på att sköta mottagningsverksamhet.
- Den offentliga mottagningen finns i en mycket komplex struktur som till stora delar är svår att påverka. Den privata mottagningen kännetecknas av en enkel och överskådlig organisation där det är enkelt att genomföra förändringar.
- För offentligt anställda chefer och medarbetare finns det mer attraktiva incitament att lägga sitt engagemang på andra former av utvecklingsarbete än det ofta tunga rationaliseringsarbetet. För den privata vårdgivaren finns det tydliga ekonomiska incitament att spara och rationalisera, samtidigt som rörelsefriheten att göra detta på sitt eget sätt är större.

3.3.4 En jämförande studie av sjukgymnastiken i Västerbotten

Västerbottens läns landsting har under 1997 genomfört en enkätstudie bland samtliga sjukgymnaster i länet. Sammanfattningsvis konstateras följande i rapporten.

De privata sjukgymnasterna ägnar mer av sin tid till direkt patientarbete (inkl. journalföring) jämfört med de landstingsanställda, 80 % jämfört med 54 %. De landstingsanställda har i större utsträckning hembesök (93 % jämfört med 43 %) och hjälpmedelsutprovning. Det bör noteras att privata sjukgymnaster inte har rätt att prova ut tekniska hjälpmedel på landstingets bekostnad. De landstingsanställda ägnar också mer tid åt förebyggande arbete (79 % jämfört med 43 %). Det bör noteras att gällande regelverk som de taxeanslutna sjukgymnasterna har att följa förutsätter att de ägnar sig åt sjukvård och inte åt förebyggande arbete.

Den största förklaringen till den stora skillnaden i tid som direkt är patientrelaterat är att de landstingsanställda i större utsträckning fungerar som handledare, 42 % jämfört med 10 %, och deltar i projekt, 40 % jämfört med 25 %. Samtidigt kan noteras att de landstingsanställda och privata sjukgymnasterna i samma utsträckning har uppdrag utanför arbetet som är knutet till sjukgymnastyrket.

Väntetiderna skiljer sig markant. Hos de landstingsanställda har 65 % en väntetid som överstiger 1 månad jämfört med 14,5 % för de privata.

Diagnoserna skiljer sig inte avsevärt. De vanligaste respektive näst vanligaste åkommorna är besvär från nacke och skuldra inkl. whiplash och ländrygg. På tredje plats kommer huvudvärk för de privata och axlar, kronisk smärta samt neurologiska åkommor för de landstingsanställda. Behandlingsformerna är lika men skiljer sig i omfattning. Olika former av träningsaktiviteter är vanligast hos de landstingsanställda. Därefter kommer akupunktur. För de privata är akupunktur vanligast, följt av manuell träning. Manuell träning kommer först på 4:e plats bland de landstingsanställda. Behandlingstiderna varierar hos såväl de privata som landstingsanställda och några skillnader kan inte påvisas. Privata utan specialitet får bara betalt för 30 minuter men avsätter vanligen 40-60 minuter, vilket också är den vanliga tidsåtgången per patient bland de landstingsanställda. Patienternas ålder skiljer sig något. Andelen som är över 65 år utgör 20 % av de landstingsanställdas patientstock jämfört med 14 % för de privata. I övrigt kan inga större skillnader påvisas när det gäller yrkesverksamma, arbetslösa eller sjukskrivna som bakgrundsvariabel.

De privata sjukgymnasterna är som kollektiv äldre och har längre yrkesverksamhet. De har därmed också hunnit med fortbildning i större utsträckning. 30 % av de landstingsanställda har mindre än 5 år i arbetet jämfört med 2,5 % för de privata. Detta förhållande är helt naturligt eftersom det hittills krävs offentlig anställning innan man etablerar egen verksamhet. Av de landstingsanställda arbetade 47,5 % heltid jämfört med 92,5 % för de privata.

Samtliga är negativa till remisskravet. Man menar att det, förutom att det ofta föranleder ett onödigt läkarbesök, dessutom försenar angelägna insatser för patienterna. De privata och landstingsanställda får sina remisser från olika håll. De landstingsanställda får 77 % av remisserna från vårdcentralerna, 7 % från privata husläkare och 5 % från företagsläkare. De privata får 48 % av remisserna från vårdcentralerna, 26 % från privata husläkare och 15 % från företagsläkarna.

De privata vårdgivarna har fler patienter och fler behandlingar per sjukgymnast. Samtidigt betonas i rapporten att statistikunderlaget för de landstingsanställda är mycket bristfälligt.

Med anledning av de resultat som framkommit i rapporten lämnas följande förslag.

Statistiken vad avser antalet patienter och behandlingar för de landstingsanställda sjukgymnasterna måste förbättras. När det gäller variation i de olika diagnoserna föreslås gemensamma fortbildningsdagar och när det gäller behandlingsmetoder föreslås att gemensamma vårdprogram för de vanligaste diagnoserna utvecklas. Vidare betonas att samarbetet mellan de landstingsanställda och privata sjukgymnasterna måste förbättras och utvecklas.

Med hänsyn till de olikheter i arbetsuppgifter, patientunderlag m.m. som framgår av studien ställs frågan om dessa skillnader är önskvärda. Diskussioner bör föras om möjligheten att styra över patienter till de privata för att korta de landstingsanställdas köer och om det är möjligt att prioritera bort vissa arbetsuppgifter för att få mer tid till patientarbete. Liksom att fördela icke-patientarbete bättre mellan privata och landstingsanställda. Slutligen tas frågan upp om det är möjligt att ta till vara de privatas kompetens bättre genom vårdavtal för arbetsuppgifter som i dag inte berättigar till ersättning enligt LOS.

3.3.5 Verksamhetsuppföljning av sjukgymnastik inom sydvästra sjukvårdsområdet i Stockholm

Stockholms läns landsting (SLL) är uppdelat på nio sjukvårdsområden, varav det sydvästra (SVSO) är ett och omfattar ett befolkningsunderlag på 260 000 invånare. De landstingsanställda sjukgymnasterna ingår tillsammans med arbetsterapeuter och dietister i den Paramedicinska intraprenaden, som bildades den 1 januari 1994. Innan dess tillhörde de olika paramedicinska specialisterna vårdcentralerna i olika organisationsformer.

Syftet med intraprenaden var att befolknings-/områdesansvaret skulle omfatta samtliga i SVSO, att skapa ett effektivare utnyttjande av de paramedicinska resurserna inom området, att verka för metod-, kompetens- och kvalitetsutveckling samt att förbättra tillgängligheten för patienterna.

Långa väntetider till de offentliganställda sjukgymnasterna var ett stort problem. En väntetid på 6-8 veckor var inte ovanlig. En behandlingsserie bestod ofta av cirka 10 behandlingar. Uppdraget för intraprenaden var att med befintliga resurser öka tillgängligheten för patienterna i området. Utifrån befolkningsperspektivet skulle prioriteringar ske för att möjliggöra tillgång för alla som behövde sjukgymnastik.

Intraprenaden utarbetade ett nytt omhändertagandekoncept i vilket en viktig utgångspunkt är att patientens egen fysiska aktivitet är avgörande för förbättring av besvären. En annan utgångspunkt är att ju tidigare patienten får hjälp med sina besvär desto snabbare blir återhämtningen. Därför infördes "öppna mottagningar" och akuttider som innebär att akuta besvär skall omhändertas inom 5 dagar och övriga inom två veckor.

Som ersättningsform tillämpas kapiteringsersättning, dvs. ersättning per invånare i SVSO. Därutöver får intraprenaden behålla patientavgifter. Vidare erhålls ersättning för frikortsbesök.

Vid sidan av de landstingsanställda sjukgymnasterna finns de privatpraktiserande, som samtliga erhåller ersättning enligt den nationella taxan. 1996 betalade SLL i genomsnitt 191 kronor per besök i ersättning till privatpraktikerna. I den ersättningen ingår kompensation för frikortsbesök. Därutöver tillfaller patientavgifterna den privatpraktiserande sjukgymnasten.

År 1996 fanns det 34,25 sjukgymnasttjänster och 47 privata sjukgymnaster inom SVSO.

Under 1996 påbörjades en kvalitetsuppföljning av det nya omhändertagandekonceptet inom den landstingsdrivna verksamheten och den privata sjukgymnastiken i området. Lena Lundgren, verksamhetschef och chef för intraprenaden, har varit ansvarig för uppföljningen, som delvis genomförts på uppdrag av delegationen.

De variabler som följts upp är behandlingsperioder, antal behandlingar per patient och besvärstyp, resultat av behandlingen bedömd av behandlande sjukgymnast, kostnaderna per behandlingsperiod, vårdkonsumtion året efter avslutad behandling, samt patienternas uppfattning om i vilken utsträckning sjukgymnastiken gjort nytta, påverkat besvären och i vilken utsträckning patienten var nöjd med sjukgymnastiken.

Under mars månad 1996 registrerades samtliga patienter som avslutade sin behandling. Behandlande sjukgymnast besvarade skriftligen

en enkät enligt de variabler som nämnts ovan. En uppföljning gjordes under en vecka i juni 1997. I juni 1997 skickades också ut en enkät till samtliga patienter som registrerats under mars 1996.

Sammanlagt avslutades 776 patienter under mars månad 1996, 466 inom intraprenadens ram och 310 hos de privata sjukgymnasterna. Under juniveckan 1997 avslutades sammanlagt 149 patienter, 81 inom intraprenadens ram och 68 hos de privata sjukgymnasterna. Sammanlagt svarade 186 patienter på enkäten, vilket innebär en svarsfrekvens på 24 %.

I det följande presenteras resultat för 1996 och patientenkäten. Underlaget för 1997 har bedömts som för osäkert för att man skall kunna dra generella slutsatser.

- Behandlingsperioden uppgick i genomsnitt till 30 dagar inom intraprenaden och 60 dagar hos de privata sjukgymnasterna.
- Antalet behandlingar per patient uppgick i genomsnitt till 5 inom intraprenaden och 9 hos de privata sjukgymnasterna.
- Resultatet av behandlingen bedömdes i genomsnitt till 3 på en fyragradig skala, där 1 är försämrad, 2 oförändrad, 3 förbättrad och 4 avsevärt förbättrad. Här förelåg inga skillnader mellan de offentliganställda och de privata sjukgymnasterna. Materialet har även delats upp beroende på olika besvärstyper; nacke, axel och rygg. Några större avvikelser från det genomsnittliga resultatet kan inte konstateras.
- Majoriteten av de som avslutade sin behandling i mars 1996 har ett år senare inte återkommit som patienter för sjukgymnastik eller motsvarande behandling. Detta gäller även läkarbesök även om andelen som sökt läkare är större, ca 40 %. Skillnaderna mellan dem som sökt offentligt anställd sjukgymnast eller privat är marginella. Knappt 30 % hade inom ett år sökt samma sjukgymnast. Av de som behandlats hos privat sjukgymnast hade 3 % sökt annan sjukgymnast inom ett år efter den avslutade behandlingen jämfört med 12 % för dem som behandlats av de landstingsanställda. Motsvarande tal för dem som sökt kiropraktor eller naprapat var 5 % och 9 % respektive 5 % och 7 %.
- 99 % av patienterna som behandlats hos privata sjukgymnaster var mycket nöjda eller nöjda jämfört med 90 % som behandlats av de landstingsanställda sjukgymnasterna.
- 90 % av patienterna som behandlats hos privata sjukgymnaster ansåg att vården avsevärt förbättrat eller förbättrat besvären jämfört med 69 % hos de landstingsanställda.
- 99 % av patienterna som behandlats hos privata sjukgymnaster ansåg att de haft stor nytta eller viss nytta av besöken jämfört med 89 % för de landstingsanställda.

- SLL betalade 1996 i genomsnitt 191 kronor per behandling till privata sjukgymnaster. I den ersättningen ingår kompensation för frikortsbesök. Motsvarande kostnad för den landstingsdrivna sjukgymnastiken var 277 kronor. Kostnaden per färdigbehandlad patient var däremot lägre hos de landstingsanställda sjukgymnasterna, eftersom det genomsnittliga antalet behandlingar per patient var betydligt lägre, i genomsnitt 5 behandlingar per patient jämfört med 9 hos de privata sjukgymnasterna. Detta innebär att kostnaden per färdigbehandlad patient hos de privata sjukgymnasterna var 1 719 kronor jämfört med 1 385 hos de landstingsanställda.

Bildandet av intraprenaden och det nya omhändertagandekonceptet har lett till färre antal behandlingar per färdigbehandlad patient både jämfört med tidigare resultat och jämfört med de privata sjukgymnasterna. Resultatet efter avslutad behandling såsom det bedömts av behandlande sjukgymnast var lika oberoende av driftform. Inte heller visade patienternas vårdkonsumtion året efter avslutad behandling några större skillnader. Ersättningen per besök är lägre hos de privata, men eftersom antalet besök per patient är flera blir ersättningen per färdigbehandlad patient lägre hos de landstingsanställda sjukgymnasterna.

Resultatet av patientenkäten visar att patienterna som behandlats av privatpraktikerna i större utsträckning var mycket nöjda med vården, i högre grad upplevde sig ha haft nytta av vården och i större utsträckning upplevde sig mycket förbättrade.

I rapporten konstateras att kvalitet uppnås när förväntningar infrias, behov tillfredsställs och kraven uppfylls. Inom den landstingsdrivna verksamheten var behandlingsserien cirka 10 behandlingar före omorganisationen. Att i stället få fem behandlingar kan innebära att förväntningarna på antalet besök inte infrias. Vilket i sin tur skulle förklara skillnaderna i patienternas omdömen av den givna behandlingen.

Avslutningsvis konstateras i rapporten att det inom sjukgymnastiken krävs en enhetlig klassifikation för funktionsdiagnoser och åtgärder. Först då går det att svara på frågan "Vad är tillräcklig kvalitet?" Kvalitetskriterier och vårdprogram med "best practice" inom sjukgymnastiken behöver formuleras såväl nationellt som lokalt.

3.3.6 Kartläggning av sjukgymnastik på primärvårdsnivå inom kommun, landsting och privat verksamhet

Innehållet i den verksamhet som bedrivs av sjukgymnasterna inom primärvården har inte tidigare beskrivits på nationell nivå. Socialstyrel-

sen har därför gett Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) att inom ramen för Socialstyrelsens projekt för primärvårdsuppföljning göra en kartläggning av sjukgymnastik i primärvården. Den preliminära rapport, som delegationen fått ta del av, och som sammanfattningsvis beskrivs i det följande, har utarbetats av Maria Sandborgh vid institutionen för sjukgymnastik i Uppsala.

Inledningsvis konstateras att sjukgymnaster inom primärvården omfattar såväl sjukgymnaster vid landstingens vårdcentraler som privatpraktiserande sjukgymnaster och sjukgymnaster verksamma inom kommunal hälso- och sjukvård. Vidare konstateras att det i dag saknas en beskrivning i HSL eller dess förarbeten angående vilka arbetsuppgifter sjukgymnasten har på primärvårdsnivå eller vilken kompetens som krävs av sjukgymnasten. Däremot är sjukgymnasten ålagda i lag att kvalitetssäkra sin verksamhet och att föra journal. Därmed får andra faktorer en större betydelse för hur och med vad primärvårdssjukgymnasten arbetar. Andra undersökningar har visat att sjukgymnasterna påverkats av i vilken klinisk omgivning man arbetar och att sjukgymnaster uppfattar patientens problem och sin egen roll på olika sätt beroende på var sjukgymnasten arbetar.

Syftet med studien var att beskriva och jämföra sjukgymnastik i primärvården med avseende på patientkategorier, kontakttyp, åtgärder och arbetsuppgifter för sjukgymnaster verksamma inom landsting, kommun och privat verksamhet med avseende på patientkategorier, typ av kontakt, åtgärder för olika patienter, arbetstid för olika arbetsuppgifter samt likheter och skillnader mellan landsting, kommun och privat verksamhet.

Urvalet bestod av 216 kommunanställda sjukgymnaster, 303 landstinganställda och 130 privatpraktiserande. Svarefrekvensen var låg, 38 % för de kommunanställda, 53 % för de landstingsanställda och 48 % för de privata. Av den bortfallsundersökning som gjorts framkom att en relativt stor andel, främst bland de kommunanställda, ansåg att de inte arbetade inom primärvårdsnivån, varför de inte besvarat enkäten.

Undersökningen genomfördes genom att två s.k. arbetsprotokoll skulle fyllas i för tre angivna arbetsdagar under en vecka. I det ena arbetsprotokollet skulle patientrelaterade aktiviteter anges avseende patientens ålder och kön, besökstyp, omfattning, huvudsaklig orsak till kontakt samt åtgärder och insatser. I det andra protokollet skulle uppskattad tid för övriga aktiviteter anges fördelat på administration, undervisning, kvalitetssäkring, utvecklingsarbete, möte och konferens samt egen utbildning.

De tre grupperna uppvisar vissa olikheter vad gäller ålders-, könsfördelning och total arbetstid. Privatpraktiserande sjukgymnaster har en

något högre ålder, har en högre andel män och arbetar i mindre utsträckning deltid än kommun- och landstingsanställda.

Av samtliga noterade patientkontakter var ungefär 2/3 kvinnor och 1/3 män i alla åldersgrupper. Fördelningen av patienter med olika funktionsstörningar påverkades inte av om remisskrav förelåg. Kommunsjukgymnasterna hade majoriteten (73 %) av sina patienter i åldersgruppen äldre än 73 år att jämföra med 18 % för de landstingsanställda och 12 % för de privata.

De kommunanställda hade en större andel patienter med neurologiska funktionsstörningar (33 %) och färre patienter med funktionsstörningar i rörelse-stödje-apparaten (38 %) än övriga sjukgymnaster. De privatpraktiserande och landstingsanställda hade den största andelen patienter med funktionsstörningar i rörelse- och stödjeapparaten (82 % respektive 74 %) medan patienter med neurologiska funktionsstörningar endast svarade för 5 % hos privatpraktikerna och 8 % hos de landstingsanställda.

Sjukgymnastiska behandlingar sker huvudsakligen polikliniskt. Patienter med neurologiska och respiratoriska funktionsstörningar behandlas dock i större utsträckning i hemmet. Av patienter i åldersgruppen 73 eller äldre behandlas cirka en fjärdedel i hemmet. Andelen hembesök för de kommunanställda uppgår till 56 % jämfört med 4 % resp. 3 % för de landstingsanställda och privatpraktikerna.

Privatpraktikerna har mer manuell behandling och apparatsbehandling och mindre gruppbehandling än övriga två sjukgymnastgrupper.

De privatpraktiserande ägnade en större del (82 %) av arbetstiden till direkt patientrelaterat arbete jämfört med 74 % för de landstingsanställda och 57 % för de kommunanställda.

I de sammanfattande kommenterarna framhålls att skillnader och likheter inom olika organisationsformer spelar en avgörande roll för de krav som ställts på sjukgymnasternas kompetens och yrkesroll. Den nya definitionen av primärvård innebär en förändring av sjukgymnasternas position i hälso- och sjukvården. Därmed krävs att sjukgymnasterna som yrkeskår tar ställning till vilken sjukgymnastsik som bör erbjudas på primärvårdsnivå samt på vilket sätt sjukgymnastik inom primärvårdens olika organisationsformer kan komplettera varandra.

Avslutningsvis kommenteras det stora bortfallet. Det saknas i dag register över sjukgymnaster som motsvarar hur hälso- och sjukvården är strukturerad, vilket i sig medför en risk för stort bortfall. Vidare är bortfallet ett uttryck för en osäkerhet beträffande den nya definitionen av primärvård. Definitionen av primärvård är också svår att tillämpa på sjukgymnastik.

3.3.7 Övriga jämförande studier

Flertalet av de jämförande studier som genomförts i Sverige belyser konkurrensutsättning av äldreomsorgen genom entreprenader. Endast ett fåtal avser primärvård som lagts ut på entreprenad. Inledningsvis skall ett par större studier inom äldreomsorgen presenteras. Större utrymme ägnas åt de studier som gäller primärvården.

Alternativa styr- och driftformer i äldreomsorgen

Socialstyrelsen har under perioden 1993-96 bedrivit ett nationellt uppföljnings- och utvärderingsprojekt angående alternativa styr- och driftformer i äldreomsorgen. Projektet har presenterats i fem rapporter. I Socialstyrelsens avslutande rapport presenteras dels en sammanställning av då (1996) kända studier kring äldreomsorg på entreprenad som genomförts av SPRI, dels en ny studie där jämförelser gjorts mellan entreprenadverksamheter och verksamheter i kommunal egenregi. Studien har genomförts av Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE).

En genomgång av de studier som genomförts inom äldreomsorgen visar att entreprenadlösningar genomgående uppvisar en mer *kostnads-effektiv* verksamhet än motsvarande verksamhet i kommunal regi. Orsakerna till lägre kostnader varierar i de olika studierna, men följande förklaringar lämnas; rationellare organisation, exempelvis genom en plattare organisation, mindre tid för personalutbildning och administration, lägre löner på grund av lägre genomsnittsålder, ökat kostnadsmedvetande och högre arbetstempo. I vissa studier framhålls också skillnader i vårdbehov och åtaganden som en förklaring till de olika kostnadsnivåerna. I flera studier påpekas också att det inte går att dra några slutsatser om de långsiktiga effekterna. Det finns emellertid en intressant studie angående primärvården i Norrköping som visar att skillnaden i kostnader avtar med tiden. I flera studier betonas också att redan hotet om att en verksamhet skall konkurrensutsättas bidragit till att egenregiverksamheten blivit mer kostnadseffektiv. Vidare framgår att genomgående uppsatta *kvalitetsmål* har uppnåtts. I vissa fall kan man t.o.m. visa att kvaliteten ökat. Resultaten kan också uttryckas som att uppnådda kostnadsbesparingar inte lett till några kvalitetsförsämringar dvs. man kan säga att effektiviteten ökat. En jämförande studie visar att låga platskostnader kan ha uppnåtts på bekostnad av kvalitén, men att det snarare är en effekt av själva upphandlingen än val av driftform.

Entreprenadlösningar har däremot inte lett till en ökad *valfrihet* för den enskilde att välja mellan kommunala och privata utförare. Orsaken härtill är att entreprenören i princip får monopol inom ett visst geografiskt område, dvs. det råder inte konkurrens i traditionell mening. Entreprenadlösningarna handlar i stället om konkurrens *om* en marknad och inte om konkurrens *på* en marknad. Däremot visar flera studier att den enskildes möjligheter att påverka själva servicen var större i kommuner där det fanns entreprenadlösningar jämfört med kommuner med endast egenregiverksamhet. En effekt av upphandlingsförfarandet är att det bidragit till att definiera verksamhet och mål, vilket i sin tur underlättar en uppföljning av verksamheten. Såväl *anhöriga/patienter* som personal är genomgående nöjda med de nya ägarna. Vilka *besparingar* som uppnåtts på grund av upphandling jämfört om upphandling inte ägt rum är svårt att mäta. En genomgång av inkomna anbud visar att egenregibuden legat 10-20 % över de externa anbuden, vilket skulle tala för att betydande kostnadsbesparingar uppnåtts.

I flera studier tas också den *kommunala huvudmannens dubbla roller* upp som både finansiär och producent. Ett förhållande som kan leda till att huvudmannen inte är neutral i sitt agerande mellan privata och kommunala utförare. Det finns exempel på där förvaltningschefen i kommunen har det samlade ledningsansvaret för såväl beställar- som utförarsidan. Beslut om bistånd är ett myndighetsansvar som inte kan läggas ut på entreprenad, men det hindrar inte att det faktiskt förekommer. Om den som beslutar om bistånd också är ansvarig för produktionen finns en risk för selektering av vårdtagare. Denna risk har emellertid hittills motverkats av att det geografiska områdesansvaret i praktiken omöjliggjort val av boendeenhet för såväl den enskilde vårdtagaren som för den som beslutar om bistånd.

Institutet för kommunal ekonomi (IKE) har i ett antal rapporter under perioden 1995-97 på uppdrag av Stockholms stad utvärderat det konkurrensprogram som staden beslutade om 1993.

På basis av de kvalitetsstudier som socialdistrikten genomfört såväl före som efter det att konkurrensprogrammet genomfördes har IKE kunnat jämföra anbudsupphandlande enheter med icke anbudsupphandlade och läget före och efter konkurrensprogrammets införande. Dessa studier visar att kvalitén utvecklats på ett likartat sätt före och efter konkurrensprogrammet och att kvalitén utvecklats lika över tiden för sjukhem som anbudsupphandlats och inte anbudsupphandlats. Slutsatsen är alltså att den större kostnadsbesparing som anbudsupphandlingen fört med sig inte har lett till någon motsvarande kvalitetsförsämring. Kvalitetsutvecklingen för servicehus var något splittrad. Här har såväl kvalitetsförsämring som kvalitetsförbättring kunnat konstateras. De s.k. brukarenkäter som socialdistrikten genomfört under perioden

1992-95 visar att kvalitén sammantaget var något högre vid de anbudsupphandlande enheterna. Sammanfattningsvis visar resultaten av genomförda studier enligt IKE att det inte finns något belägg för att äldreomsorgens kvalitet skulle ha försämrats på grund av konkurrensprogrammet. Flertalet chefer för de olika socialdistrikten uppger också att intresset för kvalitetsmätning ökat genom konkurrensprogrammet.

Konkurrensutsättningen inom äldreomsorgen har också lett till sänkta kostnader. Eftersom kvalitén inte har försämrats kan man också säga att konkurrensutsättningen medfört höjd effektivitet.

Den största procentuella kostnadssänkningen (12 %) har åstadkommits genom upphandlingsförfarandet. Men även omförhandling har lett till kostnadssänkningar. Avknopningsfallen visar däremot en högst varierande bild. Vidare konstateras, liksom i flera andra studier, att själva hotet om konkurrensutsättning föranlett aktuella enheter att på olika sätt sänka sina kostnader.

En analys av skillnaderna mellan egenregibud och vinnande entreprenörbud visar att entreprenören i genomsnitt ligger 9,4 % under egenregibudet. En jämförelse mellan egenregibuden och vad det skulle ha kostat utan konkurrensutsättning visar på en skillnad som är 7,4 % lägre. Transaktionskostnaderna ligger i intervallet 0,9-1,4 % per år. Övertalighetskostnaderna beräknas till 0,5-0,9 % av vinnande bud.

Avslutningsvis konstaterar IKE att konkurrensutsättningen bidragit till en ökad satsning på uppföljning och utvärdering av verksamheten. Kostnadsänkningarna har huvudsakligen åstadkommits genom plattare organisation och prestationsanpassade scheman. Den personal som möter vårdtagarna är i stort sett densamma oavsett om verksamheten bedrivs i privat eller offentlig regi.

Primärvård i privat och offentlig regi

Sedan den 1 september 1989 har landstinget i Östergötland avtalat med Läkarservice i Kneippen AB att ansvara för primärvården i ett primärvårdsområde i Norrköping (primärvårdsområde 4, PVO 4). Avtalet innebär bl.a. att den privata entreprenören tilldelats ett befolkningsansvar. I avtalet regleras också att verksamheten skall utvärderas av en utomstående part. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi i Linköping (CMT) har fått i uppdrag att göra en jämförande studie mellan entreprenaden och ett annat primärvårdsområde i centrala Norrköping (PVO 2), där landstinget hela tiden haft det operativa ansvaret. En första del av utvärderingen redovisades i en rapport 1991. Ett antal frågeställningar kvarstod som

berörde konsumenttillfredsställelse och vad som händer i ett längre perspektiv. Vid den första utvärderingen hade entreprenadverksamheten endast pågått i ett år. En uppföljning har genomförts baserad på 1993 års material.

Vid den första utvärderingen framgick att invånarna i PVO 4 inte utnyttjade annan vård i större utsträckning än de bosatta i PVO 2, dvs. några övervältringseffekter från primärvården till andra vårdgivare kunde inte påvisas. Detta stöddes också av det faktum att sjukskrivningsfrekvensen bland invånarna i PVO 4 hade minskat kraftigt sedan Läkarservice tog över. Tidigare studier från andra landsting som varit tidiga med att sluta avtal med privata entreprenörer har i regel visat på en högre produktivitet för privata vårdgivare. I studien från Norrköping kunde man endast notera marginella skillnader i produktivitet. En viktig faktor i sammanhanget var utformningen av kontraktet. I detta stipulerades antalet besök till maximalt 7 500 inom den givna budgetramen. Besök utöver ramen ersattes inte, vilket innebar att produktiviteten mätt som landstingets utgifter per besök i praktiken redan fastställdes i kontraktet. När det gällde personaltillfredsställelse konstaterades att de privatanställda i PVO 4 var något mer positiva till sin verksamhet, även om de båda grupperna var positivt inställda till den driftsform de arbetade i. Vidare konstaterades i den första utvärderingen att det ställdes stora krav på beställarkompetens hos landstinget. Den övergripande slutsatsen var nämligen att det avtal som slutits hade en kraftigt styrande effekt på såväl verksamhetens volym, inriktning och organisation.

Sedan den första utvärderingen 1991 har det skett en såväl utbyggnad av som organisatoriska förändringar inom primärvården. Beslutsfattande och ekonomiskt ansvar har i ökad utsträckning decentraliserats. Samtliga vårdcentraler inom landstinget drivs numera som självständiga enheter och vårdcentralerna har därmed fått ett ökat ansvar för sin ekonomi. Eventuella över- och underskott i förhållande till avtalad budgetram får behållas inom respektive vårdcentral.

Inom såväl PVO 4 som PVO 2 fanns 1994 tre vårdcentraler. Det har inom PVO 4 tillkommit en tredje vårdcentral efter 1991). Läkartätheten är relativt lika. I den mån det varit möjligt har vid jämförelserna befolkningens sammansättning inom de båda primärvårdsområdena beaktats. PVO 2 har en större andel äldre invånare än PVO 4. Detta påverkar vårdkonsumtionen och då främst inom den slutna vården. En studie av slutenvården visar också att utnyttjandet av slutenvård per invånare var större i PVO 2 jämfört med PVO 4. Inom den öppna vården i form av besök på mottagningen vid lasarettet i Norrköping är sambandet mellan ålder och vårdutnyttjande inte lika starkt. Antalet läkarbesök har ökat markant för alla kategorier utom för besök inom

kirurgisk korttidsvård, där antalet besök har minskat. I förhållande till PVO 2 kan emellertid minskningen av besök från PVO 4 förklaras av en utbyggnad av primärvården i PVO 4.

Antalet besök vid den egna vårdcentralen uppgick 1993 för PVO 2 till 801 läkarbesök per 1 000 invånare och 3 104 distriktssköterskebesök per 1 000 invånare. Motsvarande tal för PVO 4 var 670 respektive 1 917.

Kostnaden för den totala vårdkonsumtionen uppgick till 7 004 kr per invånare i PVO 2 och 5 433 kr per invånare i PVO 4. Även med hänsyn till åldersstandardisering var de totala kostnaderna för sjukvård lägre i PVO 4.

Vidare har vårdcentralernas kostnader och produktivitet redovisats för de båda primärvårdsområdena. Kostnaderna har utgått från huvudmannens perspektiv, dvs. kostnaden är lika med ersättning från huvudmannen. Verksamheten i PVO 2 har krävt mer resurser per invånare än den i PVO 4; 1 700 kr per invånare i PVO 2 jämfört med 1 144 kr per invånare i PVO 4. Arbetsproduktiviteten har beräknats som besök per läkartjänst respektive läkartimme. Det visade sig att den var i det närmaste lika i de båda områdena. Vidare har totalproduktivitet, dvs. den totala insatsen av resurser i förhållande till samtliga prestationer. Kostnaden per besök uppgick då till 926 kr för PVO 2 jämfört med 874 kr för PVO 4.

När det gäller frågor som bemötande, tillgänglighet m.m. så finner man att PVO 2 genomgående ökat andelen nöjda patienter jämfört med 1991. Skillanderna mellan de båda primärvårdsområdena har jämnats ut under 1993. Anledningen till att andelen nöjda patienter ökat inom PVO 2 kan vara konkurrensen med det privata PVO 4 och att styrformerna likställts mellan de privata och offentliga vårdcentralerna.

3.4 Offentligt finansierad privat psykoterapi

3.4.1 Bakgrund

Under maj månad 1997 genomförde delegationen en enkätstudie till samtliga sjukvårdshuvudmän. Syftet var att på ett systematiskt sätt beskriva hur offentligt finansierad privat psykoterapeutisk behandling utvecklats under åren 1996 och 1997 samt att redovisa hur långt sjukvårdshuvudmännen kommit med sin planering inför år 1998.

Sedan 1989 års Dagmaröverenskommelse har särskilda ("öronmärkta") medel avsatts för psykoterapeutiska resurser. I överenskommelsen för år 1996 avsattes 65 miljoner för samma ändamål. I 1996 års överenskommelse framgår att dessa medel skall möjliggöra

ökad tillgång för den enskilde. Parterna, dvs. staten och Landstingsförbundet, var överens om att medlen för år 1996 var till för att ytterligare öka tillgången företrädesvis till privat verksamma legitimerade vårdgivare.

Dagmarmedlen avsåg fram till och med den 30 juni 1994 sjukvårdsersättning från den allmänna sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen enligt lagen om allmän försäkring (AFL). Från den 1 juli samma år är medlen ett allmänt bidrag till hälso- och sjukvården. Införandet av Dagmar innebär en övergång från prestationsbundna ersättningar till en samlad ersättning per invånare. Motiven bakom förändringen var kopplade till det övergripande målet som hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ställer upp om en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Den första Dagmaröverenskommelsen kom att gälla för 1985 och 1986.

År 1995 uppgick Dagmarersättningen för psykoterapi till 60 miljoner kronor. Inom ramen för detta belopp tecknades cirka 350-400 vårdavtal. Flertalet av dessa var med enskilda vårdgivare. Dessutom fanns ett antal "paraplyavtal", dvs. avtal med stiftelse, organisation eller liknande där avtalet tecknades med en juridisk person för att därefter gälla för ett antal namngivna psykoterapeuter och psykologer som var medlemmar/anslutna.

År 1996 uppgick ersättningen till 65 miljoner kronor.

I överenskommelsen för år 1997 avsattes inga särskilda medel för psykoterapi. Detta skall ses i perspektivet att vissa Dagmarmedel har haft karaktären av stimulansmedel som endast övergångsvis utgjort finansiellt stöd till vården. Överenskommelserna har under senare år i större utsträckning kommit att lyfta fram policyfrågor och ligger snarare till grund för en för parterna gemensam referensram kring önskvärd utveckling av olika delar av vården. Samtidigt bör framhållas att när tidigare års särskilda medel tagits bort har det i normalfallet förutsatts att uppbyggd verksamhet skall kunna ingå i landstingens normala prioriteringar och finansiering.

1996 fanns det enligt Socialstyrelsen 2 994 legitimerade psykoterapeuter. Yrkesbakgrunden varierar inom ett brett spektrum, men 61 % var legitimerade psykologer, 18 % socionomer, 10 % läkare och 2 % sjuksköterskor.

Om och hur dessa var yrkesverksamma med psykoterapi, exempelvis som anställda eller egenföretagare, framgår inte av denna statistik.

3.4.2 Sammanfattning av resultatet av delegationens enkätundersökning

1996 fanns det 362 avtal med enskilda psykoterapeuter och psykologer och 44 paraplyavtal. Den ekonomiska omfattningen var knappt 75 miljoner kronor. Detta skall jämföras med de särskilda Dagarmedlen om 65 miljoner kronor. Under 1997 finns det 313 avtal med enskilda psykoterapeuter och psykologer och 36 paraplyavtal. Den ekonomiska omfattningen uppskattas till cirka 61 miljoner kronor.

Enligt Socialstyrelsen fanns det år 1996 2 994 legitimerade psykoterapeuter. Drygt 60 % av dessa var dessutom legitimerade psykologer. En uppskattning av de vårdgivare som redovisades i undersökningen ger att psykologerna, i jämförelse med totala antalet psykoterapeuter, i större omfattning är verksamma som privata psykoterapeuter. En förklaring till detta torde vara att Sveriges Psykologförbund aktivt verkat för att medlemmarna skall kunna vara verksamma via enskilda vårdavtal alternativt paraplyavtal. Inte någon sjukvårdshuvudman uppgav att psykoterapeuterna tillika var läkare. Förklaringen till detta torde vara att de läkare som haft önskemål om att vara privat verksamma är detta enligt LOL. Som delegationen tidigare redovisat (Konsekvenserna för de privata vårdgivarna av 65-årsregeln, Rapport nr 3 från Samverkansdelegationen) fanns det 16 psykiatriker som var 65 år eller äldre och som tecknat vårdavtal med sjukvårdshuvudmännen. Dessa vårdgivare redovisades således inte i enkätsvaren.

Vid en jämförelse mellan de två åren kan konstateras att antalet avtal med enskilda psykoterapeuter och psykologer minskat med 49 (13,5 %) och antalet paraplyavtal har minskat med 8 (18 %).

Den ekonomiska omfattningen minskade med cirka 14 miljoner kronor (19 %).

Den enskilt största minskningen skedde i Stockholms läns landsting (minus 8 miljoner kronor). Om Stockholm undantas från jämförelsen var minskningen cirka 9 %. Två sjukvårdshuvudmän (Östergötland och Halland) uppgav att extra medel kunde komma att tillskjutas under året.

Sju sjukvårdshuvudmän (Jönköping, Kristianstad, Malmöhus, Värmland, Örebro, Gotland och Malmö) uppgav att den ekonomiska omfattningen av verksamheten ökade. Fem sjukvårdshuvudmän (Bohus, Älvsborg, Skaraborg, Jämtland och Göteborg) uppgav oförändrad ekonomisk omfattning. Hos resterande sjukvårdshuvudmän uppgavs minskad omfattning.

Tre sjukvårdshuvudmän (Blekinge, Västernorrland och Västerbotten) angav att årets budgeterade medel endast kommer att användas för att avsluta pågående behandlingar.

1997 års ersättningsnivåer, inklusive patientavgift, till psykoterapeutisk behandling varierar mellan 490 kronor (Kalmar) och 810 kronor (Uppsala). Den genomsnittliga ersättningen uppgår till 637 kronor.

Noterbart är att Kalmar och Uppsala är två av de fem landsting där upphandling av verksamheten har skett.

Patientavgifterna varierar mellan 50 och 200 kronor. I genomsnitt är patientavgiften 93 kronor. De lägsta patientavgifterna finns i Stockholm och Östergötland. De högsta finns i Sörmland och Västerbotten. Förklaringen till de stora skillnaderna är att sjukvårdshuvudmännen beslutat att relatera patientavgifterna vid psyko-terapeutisk behandling till besök hos sjukgymnast, allmänläkare eller annan specialistläkare.

Upphandling har genomförts hos fem sjukvårdshuvudmän (Uppsala, Kalmar, Kristianstad (delvis), Bohus och Örebro). Ytterligare fyra planerade upphandling (Stockholm, Blekinge, Dalarna och Gävleborg). Den planerade upphandlingen i Stockholm beräknas omfatta 8 miljoner kronor, vilket skall jämföras med kostnaderna 1996 och 1997 (23 miljoner respektive 15 miljoner kronor.).

Hos 14 sjukvårdshuvudmän pågick planering för verksamheten framöver. Till enkätsvaren bifogades två (Stockholm och Örebro) utvärderingar som kommer att användas som beslutsunderlag för fortsatt verksamhet. Hos 12 sjukvårdshuvudmän genomförs planeringen för år 1998 i samband med årets budgetdiskussioner. Några angav att verksamheten i egen regi kan komma att öka i relation till den privata, vilket i sådana fall skulle gå stick i stäv med 1996 års Dagmaröverenskommelse där parterna var överens om att öka tillgången på företrädesvis privata vårdgivare.

3.5 Utvärdering av olika vårdalternativ inom mödrahälsovården i Östergötland

I november 1993 startade landstinget i Östergötland ett försök med mödravårdspeng. Syftet var att öka de blivande mödrarnas möjlighet att välja mödravårdsprogram. När försöket startade beslutades även att denna försöksverksamhet skulle utvärderas. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi i Linköping (CMT) fick i uppdrag att utvärdera försöksverksamheten med två privata vårdalternativ inom mödrahälsovården i Östergötland. Utvärderingen, som presenteras i det följande, avser en jämförelse av omhändertagandet av gravida kvinnor som sökt kontakt med privat eller offentlig mödrahäslovård. Speciell uppmärksamhet har riktats mot sjukvårdskonsumtion, kostnader och vårdkvalitet.

De privata vårdgivarna bestod av Karolinakliniken i Linköping och Ett Tu Tre i Norrköping. Den offentliga vården representerades av

Kvinnohälsan i Linköping och Citymödravården i Norrköping. Ca 400 kvinnor deltog i studien jämt fördelat mellan de privata och offentligt anställda vårdgivarna.

Sammanfattningen i det följande koncentreras på den upplevda vårdkvalitén bland de kvinnor som besökte de aktuella mottagningarna.

När kvinnorna bedömde vad de ansåg vara viktigt när de sökte mödravård, rankades bemötande och attityder samt kontinuitet i kontakten med barnmorska och läkare som viktigast. Det fanns skillnader mellan grupperna på dessa frågor. Kvinnorna som sökte privat mödravård ansåg i högre utsträckning att det var viktigt med kontinuerlig kontakt med samma barnmorska och läkare, de värderade även en trivsamt miljö och föräldrautbildning i mammagrupper högre. Kvinnor som sökte offentlig mödravård ansåg däremot i högre utsträckning att lättillgänglighet i form av närhet till mottagningen var viktigt.

Det var en större andel av kvinnorna i privat vård som aktivt valt vilken form av mödravård de skulle använda. Det var även en större andel av denna grupp som motiverade sitt val av mödravård. De flesta kvinnor angav kvalitetsaspekter såsom kontinuitet, tillgänglighet och bemötande som viktiga faktorer. De skillnader som fanns var bl.a. att kvinnorna i offentlig vård i högre utsträckning angav att de använde mödravård som låg geografiskt nära, eller som de alltid använt och varit nöjda med. I de båda privata grupperna skilde sig motiven åt något. Karolinaklinikens kvinnor eftersträvande i hög utsträckning kontinuerlig kontakt med den personal de haft kontakt med sedan tidigare, samt en samlad vård. Ett Tu Tre:s kvinnor gav i högre utsträckning uttryck för ett missnöje med tidigare mödravård och sökte ett alternativ, bl.a. avseende miljö och flexibilitet.

De kvinnor som använde privat vård var överlag mer nöjda med olika aspekter av vården. Det som kvinnorna i den offentliga vården var mest missnöjda med var telefontiderna, detta gällde framför allt i Linköping. Även väntetiderna på mottagningen och öppettider ansågs vara bättre hos de privata mottagningarna. Kvinnorna i den offentliga mödravården ansåg även att den kontinuerliga kontakten med samma läkare fungerade dåligt, samma sak gäller för miljön på mottagningarna. Bemötande och attityder var bra på samtliga mottagningar, men de privata ansågs i högre utsträckning ha fungerat mycket bra. Föräldrautbildningen fick överlag ett ganska bra betyg, framför allt den vid de privata mödravårdsmottagningarna. De aspekter på föräldrautbildningen som fick sämst betyg av kvinnorna i offentlig mödravård var tidpunkten på dygnet när utbildningen gavs, samt innehållet i föräldrautbildningen.

De privata mottagningarna ansågs även vara bättre på att avsätta tid för mottagningsbesöken, att informera om prover, undersökningar och

behandlingar samt att förmedla informationen om vården så att den gav hjälp vid beslut om provtagningar etc. som skulle genomföras. De kvinnor som använde privat mödravård avsåg i högre utsträckning att de kunnat påverka vården, samt att de fick sina behov och önskemål tillfredsställda. De ville även påverka vården i större utsträckning och de hade i större omfattning speciella önskemål och behov. När intrycket av mödravården sammanfattades var det en mycket liten andel som var missnöjda. De privata mottagningarna hade dubbelt så hög andel mycket nöjda, men även för de offentliga mottagningarna var andelen nöjda eller mycket nöjda kvinnor över 90 procent. Det var sammanlagt 90 procent av kvinnorna som skulle välja samma mottagning igen om de blev gravida. Trots skillnaderna i betygssättningen var den andelen ungefär lika stor för samtliga mottagningar. Av de som inte skulle välja samma mottagning hade de flesta flyttat. När det gäller förlossnings- och BB-vården var kvinnorna från offentlig mödravård nöjda i högre utsträckning än kvinnorna från privat vård.

De privata mottagningarna tycks ha valts mer aktivt. Karolinaklinikens kvinnor hade i hög utsträckning valt mottagningen före graviditeten och valde att gå kvar även på mödravården på grund av att de kände förtroende för mottagningen och önskade kontinuitet. Ett Tu Tre:s kvinnor verkade i högre utsträckning ha sökt ett alternativ till offentlig mödravård. De förefaller som om de hade ett mer kritiskt förhållnings-sätt till den offentliga vård som erbjuds, bl.a. ansåg de som hade erfarenhet av annan mödravård att denna fungerat dåligt. Dessa kvinnor var även mer missnöjda med BB-vården.

Sammanfattningsvis kan konstateras att kvinnorna från samtliga mottagningar i stort sett var nöjda med den vård de fått. Den privata vården ansågs ha fungerat bättre än den offentliga på ett antal punkter. Kvinnorna ansåg att vårdkvalitén i den privata vården generellt sett var något bättre än i den offentliga vården. Flertalet kvinnor var så pass nöjda med vården att de skulle använda samma mottagning om de blev gravida igen. Det finns ett behov av olika typer av mottagningar. Möjligheten till ett aktivt val bidrar till mer nöjda patienter.

4 Tillämpningen av remissförfarande och dess effekter

4.1 Bakgrund

Ett av Samverkansdelegationens uppdrag är att följa och bedöma tillämpningen av remissförfarandet och dess effekter. Bakgrunden är ändringarna i LOL och LOS från 1 januari 1996. I korthet innebär ändringarna att de remissbestämmelser som gäller för sjukvårdshuvudmannens egna läkare och sjukgymnaster i den öppna vården också skall gälla för de läkare och sjukgymnaster som är verksamma enligt respektive lag.

För de privatpraktiserande sjukgymnasterna förelåg redan före 1996 krav på remiss för att ersättning skulle utgå. I samband med Riksförsäkringsverkets, (RFV:s), och Socialstyrelsens översyn av den behandlingstaxa som gällde före den 1 juli 1994 övervägde man möjligheten att avskaffa remissförfarandet för privatpraktiserande sjukgymnaster. RFV föreslog att kravet på remiss skulle behållas vid behandlingsserier som översteg tio behandlingar. RFV ansåg att sådan remiss skulle gälla högst sex månader från ordinationstillfället. RFV motiverade detta med att kravet på remiss har en begränsande effekt på antalet behandlingar och därmed också gör det möjligt att i viss mån kontrollera kostnaderna. Att slopa remisskravet för ersättning för sjukgymnastik för upp till tio behandlingar av en patient under en sexmånadersperiod ansåg RFV inte skulle komma att innebära någon risk för omotiverat ökat antal behandlingar.

De flesta landsting hade inte före 1996 något krav på remissförfarande när det gällde behandling hos de offentliganställda sjukgymnasterna. Förutsättningarna för att ge sjukgymnastisk vård och behandling var därmed inte desamma, utan skiljde sig åt beroende på verksamhetens driftsform.

I regeringens proposition 1994/95:195 "Primärvård, privata vårdgivare m.m." konstaterades att huvudparten av patienterna åtgärdas inom tio besök och att denna gräns därför skulle kunna vara lämplig. När det gällde kroniska patienter som behandlas under en längre period ansåg regeringen det viktigt att det finns en samverkan mellan sjukgymnast

och läkare. Remissförfarandet skall i grunden tillförsäkra ett samarbete mellan olika vårdinstanser, för att uppnå en så god kvalitet i vården som möjligt. Tills dess alternativa och fungerande kommunikationsvägar byggts upp mellan läkare och sjukgymnaster ansåg regeringen att det kunde finnas anledning att ha kvar remissförfarandet för sjukgymnaster.

Regeringen ansåg dessutom att i princip samma förutsättningar skall gälla för sjukgymnastisk verksamhet oavsett om den drivs i privat offentligfinansierad eller offentlig regi och att det är respektive landsting självt som bäst kan göra avvägningarna mellan de för- respektive nackdelar som finns med ett remissförfarande. De skulle därmed inte vara bundna av en bestämmelse som gällde generellt över landet. Med hänvisning till detta resonemang ändrades 3 § i LOS innebärande att om remiss krävs för sjukgymnastik inom landstingets egen organisation skall samma krav gälla för sjukgymnastisk behandling hos privatpraktiserande sjukgymnast.

LOL innebar fram till utgången av 1995 att landstinget inte kunde kräva remiss för att lämna ersättning till privata läkare. Med ungefär samma resonemang som för sjukgymnasterna avseende producentneutralitet ändrades 3 § i LOL, med innebörden att om remiss krävs för viss vård hos en specialist inom landstinget skall samma krav gälla för ersättning enligt LOL till en privatpraktiserande läkare med samma specialitet. Regeringen framhöll dock att ett eventuellt införande av remissförfarande borde övervägas och behandlas på olika sätt för skilda specialiteter. För vissa, t.ex. gynekologer och psykiatriker, ansåg regeringen att det kunde vara mindre lämpligt att införa ett remissförfarande. Dels kan patienten uppfatta vårdåtgärden som känslig och dels kan det vara uppenbart att det är fråga om en behandling som skall utföras av en viss typ av specialist.

Enligt socialutskottet borde det också övervägas om remissförfarandet i sig är kostnadseffektivt. Ett slentrianmässigt utfärdande av remisser, som ökar antalet besök inom hälso- och sjukvården utan att ge avsedd effekt, kan leda till kostnadsökningar.

Ett remissförfarande ska ej heller innebära att patienten får vänta onödigt länge på vård, då detta kan förorsaka såväl mänskligt lidande som onödiga sjukskrivningar. Vid ett remissförfarande ställs därför stora krav på att läkarna kan hantera remissen som ett instrument för samarbete och informationsutbyte mellan olika vårdgivare.

Utskottet underströk att reglerna om remissförfarande kan behöva övervägas och behandlas på olika sätt för olika läkarspecialiteter och påpekade att det bör övervägas om remissförfarandet i sig är kostnadseffektivt. Ett remissförfarande får inte leda till att vårdkedjan blir ineffektiv. Avslutningsvis utgick utskottet från att regeringen noga följer

utvecklingen och vid behov återkommer till riksdagen. Socialutskottet tillstyrkte regeringens förslag till ändringar i 3 § i LOL respektive LOS.

I regeringens proposition 1996/97:123 "Privata vårdgivare" föreslogs att remisskravet inom gynekologi, psykiatri och barnmedicin skulle tas bort. Dessutom framgår att regeringen har för avsikt att noga följa effekterna av eventuella krav på remiss för övrig specialistvård och sjukgymnastik. Effekterna skall följas såväl vad avser patienternas valfrihet som kostnader och effekter för vård i olika driftsformer. Om remissförfarandet visar sig få omotiverade effekter på utbudet av privat vård och på patienternas möjlighet att välja vårdgivare, avser regeringen att återkomma till riksdagen med ytterligare förslag om att modifiera dessa bestämmelser. I juni 1997 beslöt riksdagen i enlighet med regeringens proposition angående borttagande av remisskravet inom gynekologi, psykiatri och barnmedicin. De nya bestämmelserna träder i kraft den 1 januari 1998.

4.2 Riksavtalet och tillämpningen av remissregler för utomlänspatienter

Riksavtalet är en rekommendation från Landstingsförbundet till de enskilda landstingen om vad som skall gälla när en person får vård utanför sitt hemlandsting. I riksavtalet för 1997 anges att hemlandstingets remissregler skall gälla för vård i annat landsting. I delegationens enkät hösten 1997 till samtliga sjukvårdshuvudmän har erfarenheterna hittills redovisats. Bilden är splittrad. Flera anger att principen är riktig och att avtalet inte medfört några problem. De landsting som redovisar en kritisk inställning är de med många utomlänspatienter och som själva inte har remisskrav till specialistläkarvård. Kritiken gäller det stora informationsbehov som krävs och att varje enskild vårdgivare måste känna till alla remissregler som gäller i hela landet. Ett landsting uppger att hemlandstingen själva inte alltid känner till den verkliga innebörden av sina egna regler. Inte minst de privata vårdgivarna verksamma i landsting utan remisskrav har svårt att förstå att de ska vara skyldiga att följa de olika landstingens remisskrav och att patienterna därmed behandlas olika. Vissa patienter måste avvisas därför att de bor i landsting med remisskrav medan andra har möjlighet att komma direkt utan remiss. I vissa fall anges att det varit problem med faktureringen. Från landsting med remisskrav har det framförts krav på att det på läkarvårdskvittot skall anges läkarens specialitet, i annat fall vägrar man att betala. Detta skall ses mot bakgrund av att landsting med remisskrav har undantagit

barn, gynekologi och psykiatri. I något landsting godkänns inte heller akutbesök hos privata specialister.

4.3 Remissrätt för läkare verksamma utan offentlig finansiering

I delegationens enkät hösten 1997 till samtliga sjukvårdshuvudmän behandlades två förhållanden. Dels de äldre läkare som tidigare varit verksamma med offentlig finansiering, men som på grund av 65-årsregeln ej beviljats vårdavtal och därför fortsätter sin verksamhet med enbart patientavgift som inkomstkälla och dels företagsläkare inom företagshälsovården som numera bedrivs utan offentlig finansiering. Företagsläkarna räknas i de flesta fall in i samma grupp som skolläkare, tandläkare och optiker och jämföras med vårdproducenter på primärvårdsnivå.

För de äldre vårdgivarna gäller det inte bara själva rätten att remittera utan också möjligheten att utan kostnad för patienten kunna remittera till medicinsk service, dvs. röntgen- och laboratorieundersökning. Rätten att remittera till annan specialisläkare eller till sjukgymnastik gäller i nästan samtliga landsting. Däremot tillhör det undantagen att fritt kunna remittera till medicinsk service. I Värmland finns ett gemensamt beslut om denna rätt till 67 års ålder. I Göteborgs stad har en läkare kunnat remittera under en avvecklingsperiod och i Bohuslän har ett fåtal läkare genom avtal beviljats rätten för ett år i taget. I Gävleborgs läns landsting har en läkare kvar remissrätten och i Blekinge kan läkarna remittera till en viss högsta kostnad. På Gotland har tre vårdavtal träffats där remissrätten regleras. I avtalet med en kirurg är remiss till röntgen kostnadsfri och i avtalet med en gynekolog är remiss till laboratorieundersökning kostnadsfri. I avtalet med en psykiatriker ingår att patientavgifterna räknas in i underlaget för frikort under förutsättning att patientavgiften inte överstiger den som gäller för psykiatriker som är verksamma med offentlig finansiering. Dalarna har uppgett att det är så få läkare som bedriver verksamhet med enbart patientavgifter att dessa fritt får remittera till laboratorie- och röntgenundersökningar.

När det gäller företagsläkarna föreligger i flertalet landsting inga begränsningar när det gäller rätten att remittera. I Västernorrland har emellertid företagsläkare enbart haft rätt att remittera till offentligt ställda sjukgymnaster. Frågan är emellertid under omprövning. Frågan om rätten att fritt remittera till laboratorie- och röntgenundersökningar har emellertid fått aktualitet genom att Landstingsförbundet i början av

1997 gick ut med en cirkulärskrivelse till samtliga sjukvårdshuvudmän. I skrivelsen konstateras följande:

"I proposition 1992/93:178 (s.30-31) om vissa socialförsäkringsfrågor framhölls att slopandet av statsbidraget till företagshälsovården "inte påverkar den gällande ordningen i fråga om remisser från företagsläkare till röntgen- och laboratorieundersökningar". Dessa läkare skulle enligt föredragande statsråd "även fortsättningsvis på sjukförsäkringens bekostnad" kunna remittera en patient till sådana undersökningar hos sjukvårdshuvudmännen. Detta uttalande upprepades i regeringens proposition 1993/94:75 (s.57) angående arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.

På "sjukförsäkringens bekostnad" syftar på den ursprungliga Dagmaröverenskommelsen från år 1984. Sedan dess har stora förändringar skett ifråga om hälso- och sjukvårdens finansiering. Den finansieringsförändring som skedde för företagshälsovården år 1993 innebär att verksamheten inte längre omfattas av någon direkt samhällssubvention. Den enda "subvention" som återstår är den indirekta för remisser till sjukvårdshuvudmännens röntgen- och laboratorieenheter. Denna ordning har inte något författningsmässigt stöd utan vilar numera endast på statsrådsuttalanden."

Landstingsförbundets tolkning av rättsläget är att varje sjukvårdshuvudman har rätt att besluta om det remissförfarande som bör gälla för företagshälsovården inom respektive landstingsområde. Samtidigt påpekar Landstingsförbundet att ett eventuellt beslut om ändring i denna del bör fattas med beaktande av den samverkan med andra resurser som HSL påbjuder.

Mot denna bakgrund har de tre Skånesjukvårdshuvudmännen beslutat att införa nya regler fr.o.m. den 1 mars 1998 vad gäller rätten för företagsläkare att avgiftsfritt remittera patienter till röntgen- och laboratorieundersökningar. Ovan nämnda statsrådsuttalande har de tre sjukvårdshuvudmännen i Skåne tolkat så att företagsläkare inom de företagshälsovårdsmottagningar som t.o.m. 1992 uppbar statsbidrag även framgent skulle få utnyttja de "fria nyttigheterna". De företagshälsovårdsmottagningar som t.o.m. 1992 uppbar statsbidrag finns upptagna på en förteckning som sammanställts av Försäkringskassan. Denna förteckning ligger ännu i dag till grund för de tre sjukvårdshuvudmännens bedömning om en patient remitterad från en företagshälsovårdsmottagning skall erhålla röntgen- och eller laboratorieundersökningen kostnadsfritt eller inte. De tre sjukvårdshuvudmännen i Skåne konstaterar i sina beslutsunderlag att förteckningen i dag saknar aktualitet. Många förändringar har skett sedan statsbidraget slopades. Samman-

slagningar har ägt rum och i vissa fall har namnbyte skett. De enheter som bytt namn finns inte med i förteckningen och saknar således nämnda remissrätt. De tre sjukvårdshuvudmännen i Skåne anför vidare i sitt beslutsunderlag att för att företagshälsovården skall kunna fullfölja sina åligganden krävs att det i den medicinska delen finns tillgång till specialistkompetens i företagshälsovård, eftersom innehållet i verksamheten bör utgöras av bl.a. arbetsrelaterad sjukvård. Då specialisten i företagshälsovård har gjort den grundläggande medicinska bedömningen och därigenom avlastar den landstingsfinansierade sjukvården, anser de tre sjukvårdshuvudmännen att tillgång till sjukvårdshuvudmannens röntgenavdelningar och laboratorier skall medges. Det beslut som träder i kraft den 1 mars 1998 innebär att avtal skall kunna träffas mellan respektive sjukvårdsdistrikt i Skåne och företagshälsovårdsenheter om remittering till röntgenavdelningar och laboratorier med anledning av sjukdom. Förutsättningar för att avtal skall kunna träffas är att företagshälsovårdsenheten arbetar med kvalitetssäkring enligt Socialstyrelsens anvisningar "Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården" (SOSFS 1996:24), att enhetens läkare innehar specialistkompetens i företagshälsovård samt att enheten redovisar antal besök, utförda undersökningar samt diagnoser för den medicinska delen i en verksamhetsberättelse, vars riktlinjer fastställs av sjukvårdshuvudmannen.

Landstinget i Värmland har sedan ett par år tillbaka tagit ett bredare grepp för att på ett effektivt sätt utnyttja samhällets samlade resurser genom att initiera en modell för samverkan mellan primärvård, försäkringskassa och företagshälsovård. Det så kallade Värmlandsavtalet innebär bland annat att företagshälsovården får en prestationsersättning från landstinget för utförd hälso- och sjukvård och att det finns ett tak för denna ersättning. Uppskattningsvis utgör ersättningen mellan 10-20 % av respektive företagshälsovårds totala omsättning. Genom detta avtal har man också löst ersättningen till företagshälsovården på ett konkurrensneutralt sätt i den meningen att ingen skillnad föreligger mellan de företagsläkare som också är verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning och övriga företagsläkare. Avtalet täcker hela länet och en kvalitetsgrupp granskar såväl de företagshälsoenheter som omfattas av avtal som de som vill komma in i denna samverkansmodell.

Av delegationens enkätundersökning till landstingen hösten 1997 framgår också att det i Västmanland för närvarande diskuteras rätten att remittera till röntgen- och laboratorieundersökningar och sjukgymnastik. Även i Västerbotten, som genomfört en uppföljning av gällande remissregler under 1997, se kapitel 4.6, har man uppmärksammat företagsläkarnas remisser till sjukgymnastik.

4.4 Samverkansdelegationens remissundersökning 1997 och jämförelse med 1996 års undersökning

4.4.1 Remissundersökningen 1997

1997 års enkät skickades ut till ett slumpmässigt urval av 200 läkare och 200 sjukgymnaster. Dessa 400 vårdgivare var jämnt fördelade mellan offentligt anställda allmänläkare i landsting med och utan remisskrav, privata specialistläkare i landsting med och utan remisskrav (exklusive allmänläkare, gynekologer, barnläkare och psykiatriker) och offentligt anställda sjukgymnaster i primärvården och privata sjukgymnaster i landsting med och utan remisskrav.

Det slumpmässiga urvalet gjordes ur Sveriges läkarförbunds respektive Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbunds medlemsregister. En påminnelse skickades ut.

Sammanlagt inkom 248 svar vilket motsvarar en svarsfrekvens på 62 %. Svaren från läkarna fördelade sig relativt jämnt mellan de olika grupperna, med en viss övervikt för de privata specialistläkarna. Närmare 80 % av de privata sjukgymnasterna besvarade enkäten, jämfört med cirka 50 % av de offentliganställda.

En del av frågorna utformades så att vårdgivarna fick redovisa verksamheten både år 1996 och år 1997. Frågorna ställdes på detta sätt dels för att delegationen önskade kunna utläsa eventuella trender och dels för att kunna göra jämförelser med den remissundersökning delegationen gjorde 1996, se vidare kapitel 4.4.2. Nedan följer en redovisning av svaren.

Allmänläkarnas fördelning av remisser

I landsting utan remisskrav remitterades 10 % av de patienter som gick till allmänläkaren vidare till specialistläkarnivån. Motsvarande siffra i landsting med remisskrav var 9 %.

Av tabell 4.4.1 framgår att fördelningen av dessa i större utsträckning sker till sjukhusens öppenvård i de landsting som har remisskrav. I landsting utan remisskrav sker allmänläkarnas remittering i större utsträckning till privata specialistläkare, vilket också har förstärkts under det senaste året.

Tabell 4.4.1. Allmänläkarnas fördelning av remisser till andra läkare

	i lt utan remisskrav		i lt med remisskrav	
	1996	1997	1996	1997
sjukhusens öppenvård	82%	76%	88%	87%
privat läkare	16%	22%	10%	11%
övriga läkare	2%	2%	2%	2%

I landsting utan remisskrav remitterades 9 % av de patienter som gick till allmänläkaren vidare till sjukgymnaster. Motsvarande siffra i landsting med remisskrav var 7 %.

Av tabell 4.4.2 framgår att fördelningen av dessa i större utsträckning sker till offentliganställda sjukgymnaster i de landsting som har remisskrav. I landsting utan remisskrav sker allmänläkarens remittering i större utsträckning till privata sjukgymnaster.

Tabell 4.4.2. Allmänläkarnas remittering till sjukgymnaster

	i lt utan remisskrav		i lt med remisskrav	
	1996	1997	1996	1997
sjukhusens öppenvård	2%	2%	1%	1%
privata sjukgymnaster	36%	36%	23%	23%
off.anst. primärv.gymn.	62%	62%	76%	76%

De privata läkarnas och sjukgymnasternas uppgifter om varifrån patienterna kommer

Drygt 75 % av patienterna går direkt till de privata specialistläkarna utan remiss där detta är möjligt. I landsting med remisskrav erhåller de privata specialistläkarna fler patienter från privata allmänläkare än från offentliganställda allmänläkare, se tabell 4.4.3.

Tabell 4.4.3. De privata specialistläkarnas svar på varifrån patienterna kommer

	i lt utan remisskrav		lt med remisskrav	
	1996	1997	1996	1997
utan remiss*	80%	77%	-	-
med remiss från:				
privat allmänläkare	5%	5%	36%	36%
off.anst. allm.läkare	3%	4%	29%	29%
privat specialistläkare	6%	6%	8%	9%
sjukhus	2%	3%	11%	10%
företagsläkare	2%	2%	7%	8%
andra vårdgivare**	2%	3%	9%	8%

* patienter som kommit efter muntlig rekommendation eller muntlig hänvisning ingår

** bland "andra vårdgivare" angavs sjukgymnast, skolsköterska, regements-sköterska, tandläkare och optiker.

Av tabell 4.4.4 framgår att 31 % av patienterna går till de offentliganställda sjukgymnasterna utan remiss där det är möjligt. Dessutom kommer en större andel av patienterna direkt via remiss från sjukhus. I landsting med remisskrav kommer 85 % av patienterna från de offentliganställda allmänläkarna.

Tabell 4.4.4. De offentliganställda sjukgymnasternas svar på varifrån patienterna kommer

	i lt utan remisskrav		i lt med remisskrav	
	1996	1997	1996	1997
utan remiss*	21%	31%	-	-
med remiss från:				
privat allmänläkare	1%	1%	5%	4%
off.anst. allmänläkare	51%	41%	83%	85%
privat specialistläkare	2%	1%	2%	1%
sjukhus	20%	21%	7%	7%
företagsläkare	2%	2%	2%	2%
andra vårdgivare**	3%	3%	1%	1%

* patienter som kommit efter muntlig rekommendation eller muntlig hänvisning ingår

** bland "andra vårdgivare" angavs distriktssköterska och barnmorska.

Under 1997 går 56 % av patienterna direkt till privatpraktiserande sjukgymnast där detta är möjligt. Cirka 20 % kommer via allmänläkarna. I landsting med remisskrav kommer två tredjedelar av patienterna efter remiss från allmänläkare och cirka 15% efter remiss från företagsläkare, vilket är betydligt fler än i landsting utan remisskrav, se tabell 4.4.5.

Tabell 4.4.5. De privata sjukgymnasternas svar på varifrån patienterna kommer

	i lt utan remisskrav		i lt med remisskrav	
	1996	1997	1996	1997
utan remiss*	44%	56%	-	-
med remiss från:				
privat allmänläkare	13%	8%	22%	22%
off.anst. allmänläkare	16%	12%	46%	47%
privat specialistläkare	13%	8%	7%	6%
sjukhus	7%	9%	9%	11%
företagsläkare	4%	5%	16%	14%
andra vårdgivare**	3%	2%	-	-

* patienter som kommit efter muntlig rekommendation eller muntlig hänvisning ingår

** bland "andra vårdgivare" angavs sjukgymnaster, kiropraktor, sjuksköterska, psykolog och tandläkare.

Väntetider och vårdproduktion

Väntetid för första besök har kommit att bli något längre hos allmänläkare i landsting med remisskrav. Vad gäller antal besök per månad föreligger ingen egentlig skillnad mellan allmänläkarna i landsting utan respektive med remisskrav. Väntetiden hos de privata specialistläkarna skiljer sig inte beroende på om det föreligger remisskrav eller ej. Vårdproduktionen hos de privata specialistläkarna har minskat hos båda privatläkarkategorierna. Flest antal besök per månad har de privata specialistläkare som är verksamma i landsting med remisskrav, se tabell 4.4.6.

Tabell 4.4.6. Väntetid och antal besök hos läkarna

	Väntetid för första besök		Antal besök per månad	
	1996	1997	1996	1997
Allmänläkare i lt utan remisskrav	8 dagar	9 dagar	203	201
Allmänläkare i lt med remisskrav	8 dagar	11 dagar	205	209
Privatläkare i lt utan remisskrav	12 dagar	13 dagar	242	230
Privatläkare i lt med remisskrav	12 dagar	12 dagar	270	253

Den kortaste väntetiden för att komma till sjukgymnast föreligger hos privata sjukgymnaster i landsting utan remisskrav (7 dagar). Även om väntetiderna har minskat hos offentligt anställda sjukgymnaster i landsting med remisskrav föreligger fortfarande den längsta väntetiden hos dessa (15 dagar år 1997) och antal behandlingar per patient är lägst hos dessa. Mellan de övriga grupperna föreligger inga större skillnader i antalet behandlingar per patient. Antalet patientbesök per månad är störst hos privata sjukgymnaster i landsting med remisskrav, se tabell 4.4.7.

Tabell 4.4.7. Väntetider, antal behandlingar per patient och antal besök per månad hos sjukgymnaster

	Väntetid för första besök (antal dagar)		Antal behandlingar per patient		Antal besök per månad	
	1996	1997	1996	1997	1996	1997
	Off.anställda sj.g i lt utan remisskrav	9	9	11	11	180
Off.anställda sj.g i lt med remisskrav	19	15	8	8	167	164
Privata sj.g i lt utan remisskrav	7	7	13	12	230	228
Privata sj.g i lt med remisskrav	9	10	12	12	236	240

Har patientsammansättning och diagnostyper ändrat karaktär under det senaste året?

Av de allmänläkare som svarat ja på frågan uppges att patienterna är "tyngre", "mera sjuka" och har "allt mer sociala problem". De dominerande förklaringarna uppges vara allmänna ekonomiska restriktioner med krav på att primärvården skall klara av fler patienter och kortare vårdtider på sjukhus och att man hela tiden måste "göra mer för pengarna". Allmänläkarna i de landsting där det föreligger remisskrav anser inte att remisskravet i sig påverkat vårdtyngden i det egna arbetet.

De privata specialistläkarna i landsting utan remisskrav uppges oftast att patienterna är "tyngre", fallen har blivit "mer avancerade" och "allvarliga" och att det blivit "mer renodlade specialistfall". Liksom allmänläkarna uppges man att förändringarna beror på att den öppna vården skall klara av flera patienter.

De privata specialistläkarna i landsting med remisskrav uppges inte i lika stor omfattning som övriga läkare att patientsammansättning och diagnostyper har ändrats. Som skäl till detta anges bland annat att det dröjer för länge innan patienterna kommer till specialistvård och att remisskravet och de ändrade politiska direktiven angående styrning av remisser. Oavsett om dessa läkare svarat ja eller nej på frågan är upprördheten över remisskravet stor.

I tabell 4.4.8 framgår fördelningen av läkarnas svar.

Tabell 4.4.8. Läkarnas svar på om patientsammansättning och diagnostyper har ändrats

	Ja	Nej
Allmänläkare i lt utan remisskrav	50%	50%
Allmänläkare i lt med remisskrav	39%	61%
Privatläkare i lt utan remisskrav	40%	60%
Privatläkare i lt med remisskrav	22%	78%

Samstämmigt uppges sjukgymnasterna att patienterna har "tyngre vårdbehov". Genomgående är också att patienterna har blivit äldre och skrivs ut tidigare från sjukhusen och att primärvården kommit att ta över rehabiliteringar som tidigare utfördes av sjukhusens sjukgymnaster.

Flera av de offentliganställda sjukgymnasterna uppges att hemrehabilitering har ökat, framför allt gäller detta i landsting utan remisskrav.

Bland de privata sjukgymnasterna utan remisskrav uppges flera att patienterna blivit mer aktiva i sitt val av sjukgymnast och att det blivit lättare att komma till sjukgymnast.

De privata sjukgymnasterna i landsting med remisskrav uppger i högre utsträckning än de övriga grupperna att ändrade politiska direktiv angående styrning av remisser är en förklaring till förändringarna. Några anger att antalet helt nya patienter har minskat och att det sker en styrning av patienter till offentliganställda sjukgymnaster, som är till nackdel för patienten och den privata sjukgymnasten. I tabell 4.4.9 framgår fördelningen av sjukgymnasternas svar.

Tabell 4.4.9. Sjukgymnasternas svar på om patientsammansättning och diagnostyper har ändrats

	Ja	Nej
Off.anst. i lt utan remisskrav	55%	45%
Off.anst. i lt med remisskrav	35%	65%
Privat sj.g. i lt utan remisskrav	27%	73%
Privat sj.g. i lt med remisskrav	35%	65%

Finns det skillnad i diagnoser beroende på till vem man remitterar, vem som remitterar och om patienten kommer direkt?

Allmänläkarnas svar:

Av allmänläkarna i landsting utan remisskrav uppger 50 % att det inte föreligger någon skillnad vid remittering till läkare vid sjukhus eller privat specialistläkare. Motsvarande siffra för allmänläkare i landsting med remisskrav är 33 %.

Allmänläkare i landsting utan remisskrav uppger ofta att de remitterar till vissa privata specialistläkare när det föreligger vårdöverenskommelser. Samarbetet mellan primärvård, sjukhusens öppenvård och de privata specialistläkarna i landsting utan remisskrav upplevs generellt sett som bra. Uppfattningen om motsvarande samarbete i landsting med remisskrav är mera splittrad där hälften av allmänläkarna uppger att de har ett bra samarbete och några uppger att de inte har något samarbete alls. I vissa fall anges att det finns önskemål från ledningen att remisser i första hand skall gå till läkare och sjukgymnaster inom landstingsorganisationen.

Flertalet allmänläkare uppger, oavsett om de arbetar i landsting utan eller med remisskrav, att de remitterar till sjukhusens läkare när vårdtyngden är större och att inläggning kan komma att bli aktuell. Remittering till privata specialistläkare sker vid "lättare fall" och för att väntetiderna är kortare. I normalfallet anges specialistläkare eller

mottagning på remissen. Dessutom anges i regel diagnos och förslag till behandling.

Drygt 70 % uppger att det inte föreligger någon skillnad vid remittering till sjukgymnast. De som uppger skillnad hänvisar i regel till de olika sjukgymnasternas kompetens och utrustning, oavsett om de är offentligt anställda inom primärvården, arbetar på sjukhus eller är privata.

Cirka 70 % uppger att de anger sjukgymnast eller mottagning på remissen och i normalfallet anges diagnos och förslag till behandling.

De privata specialistläkarnas svar:

84 % av de privata specialistläkarna i landsting utan remisskrav uppger att det inte föreligger någon skillnad om patienten kommer direkt eller via remiss. Några enstaka uppger att det förekommer att patienter kommer med åkommor som borde ha sökt sig till allmänläkare och att de då hänvisar till denna nivå. Generellt sett upplevs samarbetet med öppenvården och sjukhusens "moderkliniker" som väl fungerande, även om enstaka undantag finns. En avgörande faktor är hur samarbetet har strukturerats. Vårdtriangeln, information och samarbetsmöten leder samstämmigt till bra samarbete.

91 % av de privata specialistläkarna i landsting med remisskrav uppger att det inte föreligger någon skillnad vid remittering från privata allmänläkare, offentliga allmänläkare och övriga specialister. Generellt sett upplevs samarbetet med öppenvården och sjukhusens "moderkliniker" som väl fungerande, även om bilden är något mera splittrad jämfört med svaren från specialistläkarna i landsting utan remisskrav. Strukturen på samarbetet är även här avgörande. I några fall anges att samarbetet är "extremt dåligt" och att "samarbete inte existerar".

I båda grupperna anger nästan samtliga att de eller mottagningen anges på remissen och cirka 90 % uppger att diagnos och specialistbehov är angivet. I princip alla håller kontakt med remittenten.

Sjukgymnaster i landsting utan remisskrav:

60 % av de offentliganställda sjukgymnasterna och 27 % av de privatpraktiserande sjukgymnasterna uppger att det föreligger skillnad beroende på om patienterna kommer direkt, om de kommer från allmänläkare, privata specialistläkare eller sjukhus. De tydligaste skillnaderna är att de patienter som kommer utan remiss gör det med akuta besvär som kan åtgärdas direkt, att patienter från sjukhus ofta är opererade och har klara diagnoser och att de privata specialistläkarnas patienter är klart diagnostiserade. Patienter med remiss har ofta mer komplexa diagnoser och har ofta ett större vårdbehov.

Så gott som samtliga uppger att samarbetet med sjukhusens sjukgymnaster är väl fungerande. Kontakterna har under senare år blivit mer frekventa och informationen har ökat.

Cirka 75 % uppger att samarbetet mellan vårdcentralernas sjukgymnaster och de privata sjukgymnasterna är bra och har blivit bättre under det senaste året, bland annat genom gemensamt informationsutbyte. Cirka 25 % uppger att samarbetet inte fungerar tillfredsställande, att kontakterna är ringa och att ett negativt konkurrensförhållande kvarstår. Många anger att en ökad samverkan måste till, både för patienternas och sjukgymnasternas bästa.

33 % uppger att de eller mottagningen anges på remissen och 60 % uppger att diagnos och förslag till behandling anges. Samtliga tar kontakt med remittenten om något är oklart.

Sjukgymnaster i landsting med remisskrav:

74 % av de offentliganställda sjukgymnasterna och 54 % av de privata sjukgymnasterna uppger att det föreligger skillnad mellan de patienter som kommer via remiss från allmänläkare, privata specialistläkare och sjukhus. Patienter från sjukhus är ofta nyopererade och har klara diagnoser, de privata specialistläkarnas patienter är klart diagnostiserade. Alla typer av diagnoser remitteras från allmänläkarna.

Drygt 60 % uppger att samarbetet är bra, framför allt med sjukhusens sjukgymnaster. Denna samverkan har kommit att utvecklas under senaste året, både informellt (via telefonkontakter) och formellt (gemensamma möten och vårdkedjeprosjekt). Knappt 40 % uppger att samverkan mellan offentligt anställda primärvårdsgymnaster och de privata inte alltid fungerar tillfredsställande. Man upplever sig i viss utsträckning som konkurrenter. Många anger att en ökad samverkan måste till, både för patienternas och sjukgymnasternas bästa. 36 % av

de offentligt anställda sjukgymnasterna och 55 % av de privata sjukgymnasterna uppger att de eller mottagningen anges på remisserna.

70 % uppger att diagnos och förslag till behandling anges på remissen. Nästan alla tar kontakt med remittenten om något är oklart.

Riksavtalet och dess konsekvenser

I det riksavtalet rekommenderas att det är hemlandstingets remissregler som gäller vid vård i annat landsting, se kapitel 4.2. 5 % av allmänläkarna och 51 % av de privata specialistläkarna uppgav att detta påverkat arbetet.

De privata specialistläkarna anför att de tidigare har haft patienter från andra landsting som nu måste avvisas eftersom patienterna inte kommer med remiss. Framför allt uppstår problem i de landsting som har stora patientgrupper som dag- eller veckopendlar och är skrivna i landsting där det föreligger remisskrav. I några fall har de olika remissreglerna lett till att patienterna tvingats att betala hela vårdkostnaden alternativt att läkaren ej erhållit ersättning för utförd vård.

Även det omvända förhållandet har beskrivits av ett antal privata specialistläkare, dvs. när patienter kommer från landsting där det ej föreligger remisskrav. Dessa patienter erhåller "en sorts gräddfil" i jämförelse med patienter från det egna landstinget.

Den allmänna uppfattningen är att landstingens olika remissregler leder till ökad byråkrati och att de olika reglerna är svårbegripliga för patienterna.

Övriga kommentarer angående remisshantering och dess konsekvenser

I bilaga 3 redovisas en sammanställning av inkomna inextensosvar. En kort sammanfattning är att allmänläkarna i liten utsträckning har synpunkter på remissreglerna. De privata läkarna och sjukgymnasternas uppfattning är, med enstaka undantag, samstämmigt negativ till remisskrav. Detta både ur ett patientperspektiv och sett ur förutsättningarna för att kunna bedriva en egen god verksamhet. Remissen som kommunikationsinstrument ifrågasätts inte av någon.

4.4.2 Jämförelse mellan 1996 och 1997 års remissundersökningar

I delegationens delbetänkande "Styrning och samverkan", SOU 1996:175 redovisas den enkätundersökning delegationen lät genomföra hösten 1996. I viss utsträckning ställdes samma frågor som i 1997 års undersökning. Vid en jämförelse mellan resultaten i de båda undersökningarna kan vissa tendenser utläsas.

En generell tendens är att de offentliganställda allmänläkarna i ökande omfattning remitterar till privata specialistläkare sett i relation till allmänläkarnas remittering till sjukhusens öppenvård. Tydligast ses detta i landsting utan remisskrav.

I landsting utan remisskrav går cirka 80 % av patienterna direkt till specialistläkarna, ett förhållande som är konstant under åren.

I landsting där det inte föreligger remisskrav går cirka 30 % av patienterna direkt till de offentliganställda sjukgymnasterna och drygt 50 % direkt till de privatpraktiserande. För den senare kategorin sjukgymnaster har andelen patienter som går direkt ökat. I de landsting där det föreligger remisskrav till sjukgymnastik finns en tendens att de offentliganställda allmänläkarna remitterar alltfler patienter till offentliganställda sjukgymnaster. De privata sjukgymnasterna i dessa landsting får över hälften av sina patienter från privata läkare och företagsläkare. Tendensen är att detta förhållande ökar i omfattning.

Väntetiderna för första besök hos de offentliganställda allmänläkarna har generellt sett ökat några dagar. Antalet besök per månad har inte ändrats under åren. Allmänläkarna tar emot drygt 200 besök varje månad.

Skillnaderna i väntetid för första besök hos de privata specialistläkarna har jämnats ut i landsting utan respektive med remisskrav. Antalet besök har minskat i båda grupperna. Tydligast är detta i landsting utan remisskrav.

Bland sjukgymnasterna föreligger de längsta väntetiderna i landsting med remisskrav. Dessa sjukgymnaster utför också färre antal besök per månad jämfört med övriga sjukgymnaster. Antalet besök per månad har minskat för alla sjukgymnastkategorierna, tydligast är detta för de offentliganställda, oavsett om det föreligger remisskrav eller ej.

Motståndet mot remisskrav är kompakt, och tenderar att öka, hos de privata specialistläkarna och samtliga sjukgymnaster.

4.5 Patienternas syn på remisskraven – redovisning av en enkätundersökning

Samverkansdelegationen och HSU 2000 (Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation) gav under våren 1997 SIFO Research & Consulting AB i uppdrag att genomföra en enkätundersökning angående patienternas syn på remisskrav till delar av den öppna specialistläkarvården och primärvårdens sjukgymnastik.

Syftet med undersökningen var att belysa patienternas inflytande och valmöjlighet mellan olika vårdgivare på samma vårdnivå och val mellan olika behandlingsalternativ, informationen till patienterna och patientens möjlighet att medverka i vården och behandlingen samt att bedöma tillämpningen av remisskrav och dess effekter för privata vårdgivare.

Undersökningen genomfördes i fyra av de landsting där det sedan något år tillbaka föreligger remisskrav till såväl delar av den öppna specialistläkarvården som primärvårdens sjukgymnastik. Undersökningstillfället var när den remitterade patienten kom på nybesök/återbesök till specialistläkaren på landstingets öppenvårdsmottagning, hos den privata specialistläkaren på landstingets öppenvårdsmottagning, hos den privata specialistläkaren, sjukgymnasten på vårdcentralen (motsvarande) och den privata sjukgymnasten. Undersökningen genomfördes så att om det fanns en offentlig specialistläkarmottagning fanns det också en motsvarande privat specialistläkare på samma ort. Samma princip användes för de offentliga och privata sjukgymnasterna. Enkäterna delades ut till de remitterade patienterna när de anmälde sig då de gjorde nybesök alternativt återbesök hos specialistläkarna och sjukgymnasterna.

Nedan följer en kort sammanfattning av resultatet. Resultatet i sin helhet kan läsas i Samverkansdelegationens rapport nr 6, (Remisskrav ur ett patientperspektiv).

Sammanlagt ingick 520 patienter i undersökningen. Eftersom att antalet inkomna enkätsvar skilde sig något mellan de patienter som gick till offentliga respektive privata vårdgivare vägdes datamaterialet så att jämförelser gick att göra.

Vid remittering till specialistläkare förelåg en viss övervikt från offentliga allmänläkare till offentliga specialistläkare jämfört med privat allmänläkare till privat specialistläkare. Dessutom förelåg en viss övervikt i remitteringen från företagsläkare till privat specialistläkare. När det gällde remitteringen från läkare till sjukgymnast fanns det en viss styrning från offentliganställd läkare till offentliganställd sjukgymnast. Styrningen var ännu tydligare när den privatpraktiserande läkaren re-

mitterarade till privat sjukgymnast. Ingen privatläkare remitterade till offentliganställd sjukgymnast. Företagsläkarna remitterade i större utsträckning till de privata sjukgymnasterna. Se tabell 4.5.1.

Tabell 4.5.1. Vem remitterade Dig hit?

	Tot.	Off. Läk.	Priv. Läk.	Off. Sjukg.	Priv. Sjukg.
Offentliganställd allmänläkare	53 %	50 %	40 %	76 %	44 %
Privatpraktiserande allmänläkare	13 %	11 %	25 %	-	17 %
Läkare på sjukhus	14 %	19 %	5 %	19 %	14 %
Företagshälsovårdsläkare	10 %	8 %	12 %	3 %	19 %
Privat specialistläkare annan än privat allmänläkare	3 %	2 %	5 %	-	4 %
Annan remissinstans	6 %	9 %	10 %	2 %	2 %

De patienter som hade egna önskemål om till vem de ville gå gick oftare till de privatpraktiserande vårdgivarna. När remitterande läkare avgjorde till vem patienten skulle gå gick dubbelt så många till den offentliganställda läkaren. Samma mönster, fast inte lika tydligt, kunde ses när det gällde sjukgymnastik. Patienternas val var tydligare vid val av sjukgymnast än vid val av läkare. Se tabell 4.5.2.

Tabell 4.5.2. När Du förstod att Du skulle bli remitterad till specialistläkare/sjukgymnast hade Du då egna önskemål om vem Du skulle gå till/vart Du skulle gå?

	Tot.	Off. Läk.	Priv. Läk.	Off. Sjukg.	Priv. Sjukg.
Ja	44 %	18 %	55 %	42 %	62 %
Nej	52 %	72 %	43 %	57 %	38 %

71 % fick inte information om vilka specialistläkare/sjukgymnaster det fanns att välja mellan. Särskilt tydligt var det (90 %) för de patienter som gick till de offentliganställda läkarna. Mest information (40 %) om valmöjligheten fick de patienter som gick till privatpraktiserande sjukgymnaster. Se tabell 4.5.3.

Tabell 4.5.3. Fick Du någon information om olika specialistläkare/sjukgymnaster som Du kunde välja mellan?

	Tot.	Off. Läk.	Priv. Läk.	Off. Sjukg.	Priv. Sjukg.
Ja	26 %	8 %	29 %	26 %	40 %
Nej	71 %	90 %	66 %	70 %	59 %

Knappt hälften av patienterna fick information om varför de remitterades till en speciell läkare/sjukgymnast. Av de patienter som fick information var 94 % nöjda med denna information. Se tabellerna 4.5.4 och 4.5.5.

Tabell 4.5.4. Fick Du någon information om varför Du remitterades till just den här specialistläkaren/sjukgymnasten?

	Tot.	Off. Läk.	Priv. Läk.	Off. Sjukg.	Priv. Sjukg.
Ja	45 %	38 %	57 %	37 %	49 %
Nej	48 %	55 %	35 %	59 %	43 %

Tabell 4.5.5. Var Du nöjd med den informationen?

Bas: Fick information					
	Tot.	Off. Läk.	Priv. Läk.	Off. Sjukg.	Priv. Sjukg.
Ja	94 %	85 %	99 %	95 %	96 %
Nej	0 %	-	-	-	1 %
Vet ej	3 %	9 %	1 %	3 %	1 %
Ej svar	2 %	6 %	-	3 %	1 %

Om patienten hade egna önskemål om till vem de ville gå (44 % av alla patienter) tog remitterande läkare hänsyn till detta. Ju mer informationsutbyte och kommunikation mellan patient och remitterande läkare desto mer tenderade patienterna att gå till den privata vården.

Om det vore möjligt skulle en majoritet av patienterna gå direkt till specialistläkaren/sjukgymnasten utan remiss (61 %). 83 % av de som gick till den privatpraktiserande läkaren uppgav att de hade önskat att kunna gå direkt utan krav på remiss. Motsvarande siffra för de patienter som gick till den privatpraktiserande sjukgymnasten var 62 %. Patien-

ternas önskemål om att kunna gå direkt till de offentliganställda läkarna och sjukgymnasterna var inte lika tydligt. Se tabell 4.5.6.

Tabell 4.5.6. Om Du hade kunnat gå direkt till en specialistläkare/sjukgymnast utan remiss, hade Du då gjort det eller hade Du gått till en allmänläkare?

	Tot.	Off. Läk.	Priv. Läk.	Off. Sjukg.	Priv. Sjukg.
Ja, jag hade gått direkt till specialistläkare/sjukgymnast	61 %	55 %	83 %	47 %	62 %
Nej, jag hade gått till allmänläkare	22 %	25 %	4 %	39 %	21 %
Tveksam/Vet ej	15 %	17 %	12 %	15 %	17 %

Väntetiderna var generellt sett kortare för att komma till de privata vårdgivarna. Patienterna upplevde också i större utsträckning att väntetiderna var acceptabla när de gick till de privata vårdgivarna än när de gick till de offentliganställda. Se tabellerna 4.5.7 och 4.5.8.

Tabell 4.5.7. Hur länge fick Du vänta innan Du fick komma hit?

	Tot.	Off. Läk.	Priv. Läk.	Off. Sjukg.	Priv. Sjukg.
Fick komma direkt	10 %	5 %	16 %	12 %	8 %
1-7 dagar	31 %	7 %	32 %	36 %	47 %
2-4 veckor	32 %	32 %	32 %	30 %	34 %
1-3 månader	22 %	45 %	16 %	18 %	9 %
4-6 månader	3 %	8 %	1 %	3 %	1 %

Tabell 4.5.8. Är väntetiderna för att komma till just den här specialistläkaren/sjukgymnasten för långa eller är de acceptabla?

	Tot.	Off. Läk.	Priv. Läk.	Off. Sjukg.	Priv. Sjukg.
Väntetiderna är för långa	25 %	50 %	14 %	21 %	14 %
Väntetiderna är acceptabla	68 %	43 %	81 %	68 %	80 %

4.6 Uppföljning och utvärdering av remissreglerna i Västerbotten och Örebro

4.6.1 Uppföljning av remissreglerna i Västerbottens läns landsting

Från 1992 gällde i Västerbottens läns landsting remisskrav från den öppna vården till sjukhusens specialister. De privata specialistläkarna hade inte remisskrav, i enlighet med de nationella regler som gällde. För de offentliganställda sjukgymnasterna i öppen vård förelåg inte remisskrav. De privatpraktiserande sjukgymnasterna följde de dåvarande bestämmelserna i taxeförordningen för sjukgymnaster, dvs. remisskrav förelåg.

Landstingsstyrelsen beslutade i oktober 1995 att införa nya remissregler från och med 1996. Samtidigt beslutades att genomföra en uppföljning av de nya reglerna. Syftet med beslutet om remissreglerna var bland annat att dessa gav landstinget en förbättrad möjlighet till planering över behandlingsvolym och kostnadsutveckling. Dessutom infördes ett instrument för styrning av patienter till rätt vårdnivå, och möjliggjorde viss kostnadsreduktion. Syftet med beslutet om uppföljning var att studera och följa vilka effekter och konsekvenser reglerna medförde för patienterna, att följa patientflödet mellan primärvård och sjukhusvård och att ge ett så allsidigt underlag som möjligt till landstingsstyrelsen för fortsatt ställningstagande.

Följande remissregler kom att gälla från 1996;

- Remiss från primärvård (allmänläkare) till annan specialist än allmänläkare vid eller utanför sjukhus. Tandläkare, företagsläkare, skolläkare och försäkringskasseläkare likställdes med allmänläkare avseende remissrätt. Dessutom gavs optiker remissrätt till allmänläkare och ögonspecialist. Remissen gällde ett år från utfärdandedatum. Vid fortsatt behandling därefter krävdes ny skriftlig remiss. Besök vid akutmottagning föranledda av medicinska katastroftillstånd undantogs från kravet på remiss. Möjlighet till långremiss i fem år skulle finnas för kroniskt sjuka patienter. Möjlighet till vidareremittering mellan specialistklinikerna skulle vara begränsad och skulle förutom beträffande den sjukdom den initiala remissen avsåg ej kunna ske utan samråd med patientens familje- eller husläkare.

Undantagna från remisskravet är;

- patienter vars sjukdomar faller under smittskyddslagen,
- patienter som söker psykiatrisk vård,
- kvinnor med gynekologiska besvär,

- patienter med sexuellt överförbara sjukdomar
- barn under ett år.

Remisskrav kom att gälla till sjukgymnastik i hela landstinget. Remiss utfärdas till namngiven behandlingsenhet eller behandlingsgivare i samråd mellan remitterande läkare, behandlingsgivare och patient. Remiss till sjukgymnast i primärvården, inklusive privatpraktiserande sjukgymnaster, ska huvudsakligen utfärdas av patientens familje- eller husläkare. Remiss från annan specialistläkare inklusive företagsläkare kan undantagsvis utfärdas. Krav ställdes också på innehåll i remisserna;

- patientens diagnos/frågeställning samt viktiga medicinska data,
- uppgift om patienten är sjukskriven och i så fall sjukskrivningsperiod,
- maximalt antal behandlingar,
- generellt krav på remissvar, innehållande beskrivning av sjukgymnastens bedömning, behandling, resultat av behandlingen samt behovsprövning av ytterligare behandling eller förslag till andra åtgärder,
- i förekommande fall krav på behandlingsgivaren att delta i gemensamt samråd kring ett rehabiliteringsärende,
- remissen gäller i sex månader efter utfärdandedatum.

I landstingets uppföljningsrapport framgår att remissflödet från primärvården i Skellefteå sjukvård och Umeå sjukvård till sjukhus ökade från 1995 till 1996 med 2,8 % (från 11,5 % av totala antalet primärvårdsbesök år 1995 till 14,3 % år 1996). I södra Lappland remitterades drygt 10 % vidare från primärvården till sjukhus under 1996. Motsvarande siffra för år 1995 gick ej att få fram. I undersökningen framgår dessutom att antalet patienter som omhändertagits vid sjukhusens mottagningar i cirka 25 % av fallen inte hade remiss, vilket tydligt stred mot landstingets remissregler. Läkarbesöken i primärvården minskade mellan de två åren med 7 %. Som förklaringar till detta angavs att det under 1995 förelåg en omfattande vaccinationsverksamhet, andelen telefonkontakter hade ökat och att andelen mer tidskrävande besök i primärvården hade ökat.

Av de 11 privat verksamma läkarna fanns tre psykiatriker och tre allmänläkare. Dessa var undantagna remissreglerna. Antalet läkarbesök hos privatpraktikerna minskade från 33 900 år 1995 till 27 400 under 1996. En bidragande orsak till detta var att en privatpraktiker slutade med sin verksamhet den 31 december 1995 och en slutade den 31 mars 1996. Några säkra slutsatser om de nya remissreglerna påverkade antalet läkarbesök kunde därför inte göras.

Under vecka 4/97 genomfördes en enkätundersökning till 450 patienter. Enkäten besvarades av 352, dvs. 78 %.

15 % av patienterna svarade ja på frågan om remissreglerna hade försämrat möjligheterna att erhålla specialistvård. Cirka en tredjedel uppgav att de endast besökte primärvården för att erhålla remiss till specialistnivån. 75 % svarade ja (ofta eller ibland) på frågan om man direkt skulle söka specialistläkare om det ej förelåg remisskrav.

Under 1996 genomfördes två stickprovsgranskningar med sex månaders mellanrum av remisserna till privatpraktiserande sjukgymnaster. Den ena omfattade 103 remisser och den andra 219 remisser. Resultatet av den första granskningen påvisade ett antal brister om vilka uppgifter som skulle ingå i remissen. Trots påpekanden till sjukvårdsledningarna uppvisades inte någon nämnvärd förbättring vid det andra uppföljningstillfället. En ökning av namngiven behandlare kunde dock konstateras. Många remitter hade på remissen rekommenderat mellan 15 och 40 behandlingar för den aktuella åkomsten. Andelen remisser från företagsläkare var vid de två tillfällena 14 respektive 11 %.

Antalet behandlingar hos privata sjukgymnaster minskade med 3 % mellan åren 1995 och 1996. Motsvarande uppgifter kunde inte tas fram för antalet behandlingar hos de offentliganställda sjukgymnasterna.

Under 1996 framfördes ett antal synpunkter på remissreglerna. I den lokala samverkansgruppen anförde sjukgymnasterna vid upprepade tillfällen att man helst såg att kravet på remiss till sjukgymnastik upphävdes. Sjukgymnasterna ansåg att behovsbedömningen bäst kunde göras av sjukgymnasterna själva. Även regeln om att på remissen ange behandlare eller behandlande enhet kritiserades. Sjukgymnasterna menade att patienten skulle ges frihet att själv bestämma vilken sjukgymnast som skulle stå för behandlingen. De flesta sjukgymnaster, privata såväl som landstingsanställda, var också kritiska till regeln att remissen skulle innehålla uppgift om maximalt antal behandlingar. Sjukgymnasterna ansåg att behandlande sjukgymnast bäst kunde avgöra när behandlingen skulle avslutas.

Under vecka 4/97 genomfördes en enkätundersökning till 300 patienter. 220, dvs. 73 % besvarade enkäten. Generellt kan konstateras att svaren inte skilde sig åt beroende på om patienten besökt en privat eller offentliganställd sjukgymnast. 80 % av patienterna uppgav att de kom från en allmänläkare. 3 % kom från företagsläkare. Knappt en tredjedel kände inte alls till remissreglerna och dominerande informationskälla var den egna sjukgymnasten. 40 % svarade att man endast besökt läkare för att erhålla remiss till sjukgymnast. De flesta angav att möjligheten att få behandling inte hade förändrats på grund av remissreglerna. Att man skulle kunna få sjukgymnastbehandling utan remiss tyckte 70 % av patienterna.

I landstingets sammanfattande kommentarer till enkätsvaren framgår att en majoritet av patienterna inte anser att det behövs remiss, och

att en stor andel sökt läkare enbart för att erhålla remiss. Dock anser en minoritet att det i realiteten försämrat deras möjligheter att erhålla vård.

Med anledning av undersökningen beslutade landstingsstyrelsen under våren 1997 om vissa modifieringar av remissreglerna. Bland annat beslutades att optikers rätt att remittera skall begränsas till "legitimerad optiker", att patienter som på eget initiativ söker sig till en specialistmottagning vid sjukhus med svårartade, akuta besvär, och där omedelbart omhändertagande av specialist bedöms nödvändig, undantas remisskravet.

Remissreglerna till sjukgymnastik kompletterades bland annat med att långremiss i 1 år vid behov kan utfärdas, remiss efter 10 behandlingar kan förlängas genom telefondialog med remittenten och att det obligatoriska kravet om uppgift på namngiven behandlare upphävs.

I landstingets kommentarer till andelen remisser från företagsläkare anförs att landstinget belastas med kostnader till vilka landstingets remitterande läkare inte medverkat och att en begränsning av företagsläkares rätt att kostnadsfritt remittera bör övervägas. Ett motiv till detta kan vara den ansvarsfördelning som regleras i Arbetsmiljölagen, där arbetsgivaren ansvarar (i förekommande fall med hjälp av företagshälsovårdsenheter) för förebyggande insatser och yrkesinriktade rehabiliteringsinsatser, respektive HSL. Landstingets inställning är därför att framgent konsekvent agera för ett förtydligande av ansvarsområdena för rehabiliteringsinsatser, utifrån vad som regleras i respektive lag, och med beaktande av vad som kan komma att klargöras i den utredning i denna fråga som pågår inom regeringskansliet.

4.6.2 Örebro läns landsting – utvärdering av beslutade remissregler

Den 1 januari 1996 ändrades reglerna i Örebro läns landsting om rätten att söka specialistvård. Besök hos annan specialist än allmänläkare kom att fordra remiss från allmänläkare. Undantag gjordes för akuttillstånd som krävde omedelbart omhändertagande och besök inom psykiatri, gynekologi, barnmedicin samt besök på STD-mottagning. Skälet till införande av remissreglerna gavs i budgetbeslutet för år 1996 och formulerades enligt följande: "För att kunna utnyttja den totala vårdapparat optimalt och dra nytta av primärvården föreslås begreppet valfrihet i Örebro läns landsting innebära en valfrihet att välja vårdgivare inom vårdnivån." Liksom tidigare skulle den geografiska valfriheten att välja läkare inom såväl primärvården som länssjukvården kvarstå.

Under våren 1997 genomförde hälso- och sjukvårdsstaben en utvärdering av effekterna av de införda remisskraven. Ambitionen var att ta fram en bild av utvecklingen av antal besök och antal remisser inom det område där remisskrav gällde och ställa detta i relation till utvecklingen inom de områden där remisskrav inte förelåg. Insamlingen av data togs ur olika register. Dessutom sändes en enkät till samtliga vårdcentraler med syfte att fånga utvecklingen av antal skickade remisser till annan specialist än allmänläkare och intervjuer genomfördes med 24 ansvariga verksamhetschefer (12 inom primärvården och 12 på sjukhusen) fördelade inom hela länet. Inga intervjuer med patienter eller privata vårdgivare genomfördes.

Hälso- och sjukvårdsstaben konstaterar inledningsvis att det var svårt att särskilja effekterna av remisskraven i förhållande till alla övriga åtgärder som inträffat under perioden 1995-96. Den största förändringen är de stora reduceringar som genomförts i hela sjukvårdsorganisationen. Lågkonjunkturen med hög arbetslöshet och sämre betalningsförmåga kan också förväntats spela in på befolkningens sjukvårdskonsumtion.

Under år 1996 var antalet besök 750 786 hos privata och offentliga läkarmottagningar. Detta var cirka 49 000 besök färre än under år 1995. Antalet besök inom de specialiteter där remisskrav förelåg minskade med 42 700. Minskningen fördelade sig med 9 800 besök inom primärvården och 32 900 besök på sjukhusen och var 6,9 %. Inom de specialiteter där remisskrav ej förelåg minskade antalet besök med cirka 6 200 besök vilket motsvarade en minskning med 8,8 %. Under båda åren var antalet besök hos den privata vården 106 000 besök. Slutsatsen var att minskningen var något högre inom området där remisskravet inte gällde och att det var svårt att dra slutsatsen att remisskravet haft någon större styrande effekt.

I en sammanställning redovisas antalet remisser från vårdcentralerna under 1995 och 1996. Antalet remisser ökade från 21 152 till 24 921 vilket var en ökning med 3 769 (17,8 %). Ökningen skall också ställas i relation till den stora reduceringen (49 000 besök) som skedde mellan åren. Andelen skickade remisser av antalet direkta läkarbesök ökade från 10,2 % till 12,3 %. 88 % av de patienter som kom till allmänläkarna behandlades inom denna vårdnivå.

I en sammanfattande analys där också resultatet av intervjuerna med verksamhetsföreträdarna ingår konstateras i korthet följande;

- Inom ramen för redovisningen av antal besök inom öppenvården är det svårt att påvisa att införandet av remisskrav har haft någon direkt påverkan. Den helt avgörande faktorn verkar vara anpassningen till de ekonomiska ramar som de olika verksamheterna stod inför. Reduceringen i produktionen kan antas plana ut under innevarande

år för att sedan stiga något när de nya organisationerna har hittat sina arbetsformer.

- Samtliga verksamhetschefer anser att remisskravet indirekt har haft effekt och samtliga vill att minst nuvarande regelsystem finns kvar. Argument för detta är att remisskravet bekräftar primärvårdens roll i första linjen, där primärvården får fungera som "sluss, spärr, vägledare" för att tillgodose patientens behov. Denna roll har underlättat för specialistsjukvården att hänvisa patienter tillbaka till primärvården.
- Vid bedömningen av utvecklingen av antalet besök inom de specialiteter där det förelåg remisskrav och de specialiteter där det ej förelåg remisskrav måste man komma ihåg att både barnmedicin och gynekologin arbetar nära primärvården med i flera fall gemensamma arbetsfördelningsprogram som i sig själva blir styrande.
- Den troliga utvecklingen är att reduceringen i öppenvårdsbesök i huvudsak varit att "det lättare 3-4 besöket" har utgått, glesats ut eller remitterats till primärvården. Ökningen med 3 769 remisser (17,8%) får betraktas som relativt liten i relation till det stora antal besök som utförs i primärvården och ger inte någon signal om att stora grupper av patienter "gör ett onödigt besök bara för att komma till sjukhusvården".
- Många av verksamhetscheferna har lyft fram att det arbete som nu görs i samverkan mellan sjukhus och primärvård i formulering av arbetsfördelningsprogram, vårdprogram eller liknande som ett mycket viktigt arbete. Vårdprogrammets yttersta syfte är att utveckla kvalitet och effektivitet i vårdkedjan och att kunna erbjuda "lägsta möjliga omhändertagningsnivå". Verkställigheten av dessa vårdprogram blir i sig själva styrande för vilken vårdnivå som patienterna kommer att erbjudas. Samförstånd finns kring att den utveckling som nu sker är riktig. Utvecklingen innebär en tyngdförskjutning till och utveckling av primärvården och en utveckling av specialistsjukvårdsrollen.
- Från intervjuerna har mycket få kommentarer kommit fram som redovisar att patienter eller patientgrupper inte kommer till vård eller kommer till vård på fel vårdnivå.

5 Lagstiftning och nationella taxor – bakgrund och diskussion

5.1 Delegationens uppdrag

I delegationens delrapport, Styrning och samverkan, SOU 1996:175, framgår att de nationella taxorna på sikt skall behandlas i det fortsatta arbetet. Detta inte minst i perspektivet av den särställning som läkare och sjukgymnaster åtnjuter i relation till andra legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.

I det följande redovisas bakgrunden till förordningarna (taxorna) för läkare och sjukgymnaster, med betoning på uppkomsten av dessa taxor. Dessutom redovisas de diskussioner som förts kring införande av taxor för psykologer och psykoterapeuter, för foniatrisk behandling och sjuksköterskor och barnmorskor.

5.2 Taxorna för läkare och sjukgymnaster

5.2.1 Gällande regelsystem till och med år 1974

Sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) bestod av sjukvårdsersättning, sjukpenning och föräldrapenning. Sjukvårdsersättning utgick enligt AFL i form av ersättning för läkarvård, tandvård, sjukhusvård och för vissa särskilda sjukvårdande åtgärder, bland annat sjukgymnastisk och foniatrisk behandling. Sjukvårdsersättning utgick även för resor i samband med vården och läkemedelskostnader. Ersättning för försäkrads utgifter för läkarvård utgick vid sjukdom som enligt läkares bedömning krävde sådan vård liksom vid förlösning och utgick enligt grunder i en av Kungl. Maj:t fastställd läkarvårdstaxa. För rätt till ersättning för vissa särskilda sjukvårdande åtgärder krävdes enligt en särskild kungörelse att behandlingen bland annat varit erforderlig på grund av sjukdom och att den meddelats under tid patienten inte åtnjöt sjukhusvård.

Den 1 januari 1970 genomfördes ett radikalt förenklat ersättnings-system (den så kallade 7-kronorsreformen) inom den allmänna sjukför-

säkringen för den öppna läkarvård som lämnades i samhällets regi. Tidigare gällde för denna vård en återbäringstaxa enligt vilken den försäkrade från sjukförsäkringen erhöll ersättning med tre fjärdedelar av sina utgifter, dock med högst tre fjärdedelar av i taxan angivna belopp. 1970 års system innebar att sjukvårdshuvudmannen erhöll viss ersättning (48 kronor per besök år 1974), direkt från sjukförsäkringen medan den försäkrade betalade en enhetlig patientavgift (12 kronor per besök) till sjukvårdshuvudmannen.

Fram till och med 1974 gällde alltså en återbäringstaxa för den öppna läkarvård som lämnades av privatpraktiserande läkare.

5.2.2 1975 års läkarvårdstaxa

Den 1 januari 1975 infördes nya ersättningsbestämmelser vilka innebar att samhällets inflytande över privatläkarvården ökade bl.a. genom taxekontroll och att försäkringsskyddet för patienterna förstärktes. De till sjukförsäkringen anslutna läkarna fick för varje patientbesök tillgodoräkna sig arvode med högst det belopp som angavs i en av regeringen fastställd läkarvårdstaxa. Därigenom infördes en taxebindning av privatläkarvården.

Patientavgiften, som var oberoende av konsultationens omfattning, var från den 1 januari 1975 högst 25 kronor hos de flesta privatpraktiserande läkarna. Hos läkarhusen var patientavgiften högst 35 kronor. Patienten betalade avgiften till läkaren. Resten av läkararvodet betalades direkt till läkaren av försäkringskassan. Denna taxa hade sex olika grupper varav tre reserverats för läkare med specialistkompetens eller allmänläarkompetens när rådfrågningen påkallade särskilt krävande undersökningar eller behandlingar. Latitudarvoden fanns för alla behandlingsgrupper utom den enklaste. Latitudarvodena bestod av ett normalarvode samt ett lägre och ett högre arvode. Anledningen att frångå arvodet skulle vara att tidsåtgången väsentligt avvek från vad som är normalt. Ökad tidsåtgång kunde bero på fallets svårighetsgrad men också kontaktsvårigheter med t.ex. barn och äldre personer eller vid anamnesupptagning med hjälp av tolk.

I likhet med vad som gällde för den offentliga läkarvården omfattade patientavgiften också laboratorie- och röntgenundersökningar. Om läkaren remitterade patienten till den öppna vård som bedrevs i samhällets regi betalade försäkringskassan hela arvodet för det första besöket, som alltså var avgiftsfritt för patienten.

Läkarnas anslutning till försäkringssystemet var frivilligt och skedde genom anmälan till försäkringskassan. För läkare som var anställda i den offentliga sjukvården, och vid sidan därav bedrev privat-

praktik gällde särskilda anslutningsregler. De fick ansluta sig till försäkringen om de inte bereddes möjlighet att i motsvarande utsträckning, på så kallad särskild arbetstid, tjänstgöra hos den sjukvårdshuvudman de var anställda av. En läkarvårdsdelegation inrättades på Riksförsäkringsverket (RFV) med uppgift att bl.a. svara för de utredningar som behövdes vid fortsatta ställningstaganden till läkarvårdstaxan. I delegationen ingick representanter för RFV, Socialstyrelsen, sjukvårdshuvudmännen och läkarna.

Till grund för 1975 års taxa låg två utredningar. I den första utredningen redovisade RFV tre olika tänkbara lösningar.

Ett av dessa förslag var den arvodestaxa som kom att gälla från den 1 januari 1975.

Det andra förslaget innebar att privatpraktikerna skulle bilda en ekonomisk förening, vilken till medlemmarna hade att utbetala arvoden av medel som föreningen skulle uppbära av den allmänna försäkringen. De anslutna läkarna skulle få stort inflytande över fördelningen av dessa medel, medan det avgörande inflytandet över privatpraktikernas genomsnittsintäkter, alltså över ersättningen från den allmänna försäkringen och patientavgifterna, skulle komma att ligga hos Kungl. Maj:t.

Den tredje lösningen som RFV redovisade byggde på att sjukvårdshuvudmannen skulle träffa avtal med privatpraktiker inom sitt verksamhetsområde (s.k. läkarvårdsavtal). Sjukvårdshuvudmännen skulle därvid åta sig att dels efter omständigheterna ersätta privatpraktikern för hans mottagningskostnader, dels garantera praktikern en viss nettoinkomst för den arbetsinsats man avtalade om. I gengäld skulle privatpraktikern åta sig att tillämpa en maximerad patientavgift. Sjukvårdshuvudmannen skulle i sin tur erhålla ett enhetsbelopp från den allmänna försäkringen för varje besök hos privatpraktikern.

En samlad bedömning av de tre olika alternativen till lösning resulterade i att RFV, med stöd av Socialstyrelsen, fann övervägande skäl för att ersättningen vid privatläkarvård borde ske genom ett system med läkarvårdsavtal.

I remissbehandlingen av RFV:s förslag underströks det både önskvärda och angelägna att principiellt samma system för avgifter och försäkringsersättning tillämpades i offentlig och i privat öppen vård. Remissyttrandena utmynnade i ett uppdrag till RFV och Socialstyrelsen att överarbeta det första förslaget.

Det nya förslaget från RFV och Socialstyrelsen ledde till den taxa som kom att gälla från den 1 januari 1975. I sin utredning betonades att ett av de väsentliga syftena med 1970 års reform av ersättningen inom den offentliga öppna vården var att ge sjukvårdshuvudmännen kraftig stimulans till utbyggnad av denna vård. Vidare framhölls att ett liknande system för privatpraktikervården skulle motverka detta syfte om

man lät systemet omfatta även offentligt anställda läkare som bedrev läkarverksamhet utanför sjukhusen på tid utöver ordinarie arbetstid. Det kunde menade man inte heller vara ett samhällsintresse att den allmänna försäkringen skulle lämna bidrag till två former av öppen vård som konkurrerade. Vidare åberopades att det kunde te sig stötande att vårdbehövande sjuka, för att få kortare väntetid, kunde se sig nödsakade att vända sig till en sjukhusläkare privat. Detta kunde också, med eller utan fog, väcka misstankar om obehörig förtur.

RFV och Socialstyrelsen föreslog på dessa grunder, att den frivilliga anslutningen, inte annat än under en övergångstid på något år, skulle sträckas ut att gälla även offentligt anställda läkare som uppehöll tjänst inom privat verksamhet. Som villkor för anslutningen skulle då gälla att läkaren hos sin arbetsgivare erbjudit sig att tjänstgöra utöver ordinarie arbetstid men att arbetsgivaren avböjt detta. Konsultläkare, som var förordnad att tjänstgöra högst 15 timmar per vecka liksom läkare med deltidstjänst inom rent hälsovårdande verksamhet, dvs. skolhälsovård, förebyggande mödra- och barnhälsovård, föreslogs kunna vara anslutna till försäkringen för sin verksamhet som privatpraktiker.

Vid ikraftträdandet fanns det cirka 1 000 privatpraktiker som hade minst 2 000 patientbesök om året (inom specialiteten psykiska sjukdomar minst 1 000 besök). Cirka 500 privatpraktiker hade mindre omfattande verksamhet än 2 000 patientbesök per år. Dessutom fanns drygt 2 000 sjukhusläkare eller andra offentligt anställda läkare som bedrev privatpraktik vid sidan om sin tjänst.

5.2.3 1977 års taxa för sjukvårdande behandling

Regeringen gav under våren 1975 Riksförsäkringsverket i uppdrag att, i samråd med Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och berörda personalorganisationer, utreda sjukförsäkringens ersättningsregler för sådana behandlingar som utfördes av privatpraktiserande sjukgymnaster med flera och som inte omfattades av de fr.o.m. 1976 gällande nya reglerna för motsvarande offentlig vård. En av målsättningarna för utredningsarbetet var att inordna de privatpraktiserande sjukgymnasterna i ett ersättningssystem liknande det som gällde för offentlig vård och för privatpraktiserande läkare. Detta kunde enligt RFV ske antingen genom att vården reglerades genom avtal mellan sjukvårdshuvudman och vårdgivare, varvid försäkringens ersättningar utgavs till huvudmännen enligt de regler som gällde för den offentliga vården, eller genom att en bindande arvodestaxa, motsvarande den som gällde för privatpraktiserande läkare, konstruerades. RFV ansåg att det förstnämnda alternativet

från flera synpunkter var lämpligt. Med hänsyn till bl.a. den stora vårdvolym, som inom delar av området tillgodosågs av privatpraktiker, fann RFV emellertid det påkallat att en särskild taxekonstruktion utvecklades för en stor del av de privata vårdgivarna.

Till stora delar påminde förslaget till taxa för sjukvårdande behandling om den sedan 1975 gällande läkarvårdstaxan. Även anslutningsreglerna påminde om de som gällde för läkarna. Taxan var dock klart enklare uppbyggd med tre arvodesgrupper, enkelt, normalt och särskilt arvode, med vissa tilläggsarvoden. Oavsett arvodesgrupp föreslogs patientavgiften till 15 kronor. Summa arvode var för respektive arvodesgrupp 20, 40 och 50 kronor. Antalet sjukgymnaster som kom att beröras av förslaget var cirka 2 000. Därutöver fanns cirka 100 läkare som kom att omfattas av förslaget. I allt väsentligt var detta läkare som hade anställda sjuksköterskor som kunde utföra sjukvårdande behandling och därigenom uppbära ersättning enligt den föreslagna taxan.

I förslaget framgår också att ersättning skulle kunna utgå till de sjukgymnaster som hade minst två års erfarenhet från offentlig vård och att krav på remiss från läkare alternativt tandläkare skulle gälla. Taxan för sjukvårdande behandling kom att gälla från den 1 april 1977.

RFV:s läkarvårdsdelegation fick den nya benämningen sjukvårdsdelegationen, där också sjukgymnasterna kom att ingå.

5.3 De nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster efter 1985

Under åren 1985 till 1993 reducerades den statliga ersättningen till landstingen med en summa motsvarande föregående års utbetalningar till privata vårdgivare. I praktiken hade landstingen sålunda redan från år 1985 det egentliga finansieringsansvaret för de privata läkarna och sjukgymnasterna som hade offentlig finansiering. Fri etablering förelåg endast i de så kallade stödområdena.

Sjukvårdshuvudmännen fick det direkta finansieringsansvaret för den privata vården fr.o.m. den 1 januari 1994. Samtidigt lagreglerades de privata läkarnas (LOL) och sjukgymnasternas (LOS) verksamhet. Den under knappt ett år gällande fria etableringen upphörde och avsevärda taxeförändringar genomfördes, bl.a. genom att ekonomiska tak infördes. Sjukvårdshuvudmännen gavs beslutanderätt huruvida nya etableringar skulle komma till och även om etableringar skulle kunna överlåtas.

I proposition 1996/97:123 om privata vårdgivare framhåller regeringen att vårdavtal är den bästa regleringsformen mellan landstinget

och den private vårdgivaren. Möjligheten att verka under det statligt reglerade ersättningsystemet, genom ett samverkansavtal, bör dock finnas kvar.

Vidare anför regeringen att landstingen i dag bland annat har ansvar för att finansiera, planera och organisera merparten av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Landstingen är en stor arbetsgivare som genom Landstingsförbundet förhandlar om anställningsvillkor för de offentligt anställda vårdgivarna. Mot denna bakgrund är det naturligt att taxornas utformning och ersättningsnivåer förhandlas mellan företrädare för landstingen och de privata vårdgivarna, dvs. mellan Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund respektive Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. Utgångspunkten i överläggningarna bör vara att parterna skall presentera ett gemensamt förslag som regeringen kan fastställa. Trots att förhandlingarna bör skötas av parterna kan det enligt regeringens mening fortfarande finnas vissa omständigheter som talar för att regeringen skall fastställa de nationella taxorna.

De privata vårdgivarna kan befinna sig i ett underläge i förhandlingarna med sjukvårdshuvudmännen eftersom de i stort sett är hänvisade till en finansiär, landstinget. Landstinget är dessutom producent av hälso- och sjukvård, vilket innebär att landstinget har konkurrerande verksamhet som man kan vilja gynna. De privata vårdgivarna kan heller inte använda sig av olika typer av konfliktåtgärder i dessa förhandlingar. Nationella taxor kan även vara av betydelse för de landsting som har en relativt liten andel privata vårdgivare och som därmed ännu inte har tillräcklig erfarenhet av att teckna vårdavtal.

I takt med att landstingen utvecklar sin beställarkompetens samt renodlar producentrollen och rollen som finansiär bör behovet av att regeringen skall besluta om taxorna avta. En utveckling mot att landstingen i högre utsträckning ser alternativa driftformer som en resurs och komplement till den offentligt drivna vården bör också minska behovet av detta förfaringssätt.

I propositionen förs inte något resonemang om andra yrkeskategorier än läkare och sjukgymnaster.

5.4 Frågan om nationella taxor för andra yrkeskategorier

5.4.1 Foniatrisk behandling

I Socialdepartementets departementsskrivelse, Ds 1976:2, "Sjukförsäkringens ersättningsregler vid behandling hos privatpraktiserande

sjukgymnaster m.fl." förs även ett resonemang om ett eventuellt införande av nationell taxa för foniatrisk behandling.

Av vad som tidigare redovisats ersattes också den foniatriska behandlingen via AFL. Detta under förutsättning att den meddelats på grund av sjukdom och att den utfördes av vårdgivare till vilken den försäkrade hänvisats av läkare med specialistkompetens inom "röst- och talrubbingar" eller läkare verksam på hörcentral vid allmänt sjukhus. Ersättningen från försäkringen utgick med 3/4 av arvodet, dock högst med 3/4 av ett i en kungörelse angivet belopp på 16 kronor, dvs. med 12 kronor.

Vårdgivare kunde, förutom läkare vara logoped, talpedagog, speciallärare, förskollärare med viss specialutbildning, arbetsterapeut, psykolog m.fl. Antalet utbildade logopeder var cirka 180. Nyttillskottet beräknades till cirka 30. Speciallärarna var cirka 600. Antalet övriga vårdgivare var inte bekant. Inom varje kategori var det emellertid ett fåtal som ägnade sig åt privat sjukvårdande verksamhet. Enligt Riksförsäkringsverkets s.k. kvittoundersökning för år 1975 ersattes 22 943 foniatriska behandlingar av den allmänna försäkringen. Hälften av dessa utfördes av läkare och hälften av andra vårdgivare.

I departementsskrivelsen förs ett resonemang om förutsättningarna för ett ersättningsystem för privatpraktiserande vårdgivare:

"_ _ _ _

Logopederna utgör visserligen en homogen och adekvat utbildad grupp, men de svarar endast för en mycket liten del av den totalt sett blygsamma vårdproduktionen. Detsamma torde gälla talpedagoger med viss utbildning. Svårigheter kan därför föreligga att avgöra vilka personer som skulle ha rätt att ansluta sig till försäkringen.

Verkets kvittoundersökning visar att de personer som meddelar foniatrisk behandling praktiskt taget aldrig ägnar mer än någon mindre del av full arbetstid åt sjukvårdande verksamhet i privat praktik.

_ _ _ _

Detta förhållande gör det svårt och mindre motiverat att inlemma dessa vårdgivare i ett system med fast anslutning till försäkringen.

_ _ _ _

Särskilda ersättningsbestämmelser i en taxa för en så liten vårdproduktion torde inte vara motiverade. Så länge knapphet på logopeder råder, skulle en sådan taxa också kunna motverka att i första hand den offentliga sektorn tillförs nyttillskottet av examinerade logopeder.

_ _ _ _

För patienten kan tillgång till privat vård i vissa fall resultera i kortare resvägar, vilket kan vara av särskild betydelse, eftersom behandlingsserierna vanligen omfattar ett flertal behandlingar och det

geografiska avståndet till foniatrisk klinik inom den offentliga öppenvården kan vara stort.

De vårdgivare (ffa logoped) som för närvarande anlitas utgör en mycket heterogen grupp och de är inte medicinalpersonal och står alltså inte under offentlig sjukvårdsmyndighets tillsyn."

Avslutningsvis konstaterades att det enda tänkbara alternativet för reglering av försäkringens ersättning är att avtal tecknas mellan sjukvårdshuvudmannen och den privatpraktiserande vårdgivaren. Därigenom räknades behandlingen i ersättningshänseende som behandling hos sjukvårdshuvudmannen och att denne utgav ersättning till den privata vårdgivaren. Vissa övergångsbestämmelser kom att gälla. I läkarvårds-
taxan infördes möjlighet för vissa läkare att erhålla ersättning för foniatrisk behandling, dvs. logoped gavs inte denna möjlighet.

5.4.2 Diskussionen kring nationella taxor för psykologer och psykoterapeuter

I en skrivelse daterad 1997-03-07 till statsrådet och chefen för Socialdepartementet, framförde Sveriges Psykologförbund bland annat att det snarast bör fattas beslut om att psykologisk diagnostik, utredning, rådgivning och behandling inklusive psykoterapi skall ersättas via ett av samhället finansierat system, och att ett sådant system skall vara reglerat via lag och förordning och i sina huvuddrag likna vad som idag gäller för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. För att åskådliggöra detta bifogade förbundet förslag till lag- och förordningstexter.

Av skrivelsen framgår också att Sveriges Psykologförbund sedan 50-talet har drivit frågan om att psykologisk diagnostik, utredning, rådgivning och behandling inklusive psykoterapi som bedrivs av legitimerade psykologer och senare av legitimerade psykologer, som tillika är legitimerade psykoterapeuter, måste ersättas via ett av samhället finansierat ersättningssystem. Frågan om ersättning för psykologisk utredning och behandling har behandlats i flera riksdagsmotioner ända sedan 1940-talet. Den var länge kopplad till frågan om legitimering av psykologer. Följande utdrag ur en motion 1975/76 belyser detta: "En annan också väsentlig fråga är att försäkringskassan inte ger ersättning för psykologbehandling eller ger reseersättning i samband med dylik, om denna sker hos icke-sjukhusanställd psykolog. Om psykoterapi lämnas av läkare med specialutbildning ges ersättning. En psykolog måste för att klara sig ekonomiskt ta minst 70 kronor per behandlings-

tillfälle. Detta får klienten betala själv eftersom ingen legitimation finns".

Riksdagen hade en positiv inställning till en utvidgning av ersättningsreglerna för psykologisk behandling men ansåg att ansvarsförhållanden och möjlighet till offentlig kontroll först måste bli tillfredsställande klarlagda.

Legitimation för psykologer infördes år 1978. I samband med detta och även åren efteråt motionerades om att ersättning för behandling skulle utgå med hänvisning till legitimeringen och därmed bortfallandet av tidigare avslagsmotivering. I december 1982 uppvaktade förbundet RFV och socialministern. Ur svarsskrivelsen framgår: "I samband med behandlingen av hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande och införandet av den nya hälso- och sjukvårdslagen har frågan om en ökad schablonisering av sjukförsäkringens ersättning till sjukvårdshuvudmännen aktualiserats. Detta förhållande samt det rådande ekonomiska läget medverkar ytterligare till att någon utvidgning av sjukförsäkringens ersättningsregler till att gälla nya grupper av privatpraktiserande vårdgivare i vart fall tills vidare inte är aktuell. Den framkomstväg som synes ligga närmast till är att psykologbehandlingarna utvecklas inom ramen för de offentliga sjukvårdshuvudmännens verksamhet, antingen av landstingsanställda psykologer eller av privatpraktiserande som träffar vårdavtal med vederbörande landsting."

Socialdepartementet visade här på möjligheterna att träffa vårdavtal. Formerna för detta tog fastare form under 1984 och förbundet och Landstingsförbundet inledde hösten 1984 överläggningar i syfte att undersöka förutsättningarna för att via ett centralt ramavtal reglera formerna för samverkan, ersättningsprinciper m.m. för de privatpraktiserande psykologernas anknytning till den offentliga hälso- och sjukvården.

Landstingsförbundets ekonomiberedning behandlade under våren 1995 frågan om ett centralt avtal. Beredningen fann därvid att det för närvarande ej förelåg behov av ett sådant avtal.

Mot bakgrund av att Landstingsförbundets beslut endast avsåg avtalsreglering på central nivå tillskrev Psykologförbundet senare under året några av sjukvårdshuvudmännen och hemställde att vårdavtalsfrågan skulle upptas till överläggningar mellan förbundet och respektive kommun eller landsting. Det första vårdavtalet träffades mellan Psykologförbundet och Stockholms läns landsting sommaren 1985. Under hösten 1985 tecknades ett andra avtal mellan förbundet och Uppsala läns landsting. Därefter har många sjukvårdshuvudmän följt efter. År 1989 fick modellen extra fart genom att man i Dagmaröverenskommelsen avsatte särskilda medel för psykologisk behandling inklusive psykoterapi, vilka kom att kvarstå till och med 1996, se vidare kapitel 3.4.

Borttagandet av de särskilda medlen ur Dagmaröverenskommelsen var enligt Psykologförbundet en allvarlig missbedömning. Enligt förbundet är risken uppenbar att denna typ av vårdbehov hamnar i stryk-klass när sjukvårdshuvudmännen fördelar sina resurser. Ingångna vård-avtal sägs upp och patienterna lämnas vind för våg. Vårdbehovet inom detta behandlingsområde måste, enligt Psykologförbundet, säkras via ett stabilt system. Förbundet menar avslutningsvis att tecknande av vårdavtal mellan sjukvårdshuvudmännen och privatpraktikerna innebär ett alltför instabilt system.

I Konkurrensverkets beslut 1995-12-19, "Olikformiga ersättningsvillkor för privata vårdgivare – psykoterapi", aktualiseras frågan om statens rätt att utforma möjligheterna för anslutning till det offentliga ersättningssystemet för hälso- och sjukvård. Bakgrunden var att Yrkesföreningen för psykologer som är privatpraktiserande leg. psykoterapeuter och/eller psykoanalytiker inom Sveriges Psykologförbund till Konkurrensverket påtalat att det råder olika ekonomiska förutsättningar för privatpraktiserande psykoterapeuter beroende på vilken grundutbildning dessa har. Yrkesföreningen ansåg att detta var konkurrensbegränsande och ville att Konkurrensverket skulle åtgärda detta. Ur Konkurrensverkets bedömning framgår bland annat att verket skall verka för en effektiv konkurrens i privat och offentlig verksamhet till nytta för konsumenterna. Det sker bland annat att med stöd av konkurrens-lagen, KL, pröva företags konkurrensbegränsande beteenden.

Den fråga som aktualiseras i detta fall är statens sätt att utforma möjligheterna till anslutning till det offentliga ersättningssystemet för hälso- och sjukvård. Det föreligger alltså inget konkurrensbegränsande beteende av något företag, varför KL inte är tillämplig i detta fall.

Vid sidan av tillämpningen av KL skall verket enligt instruktionen (SFS 1992:820) bl.a.

- lämna förslag till förändringar av regleringar som hämmar konkurrensen,
- uppmärksamma hinder mot en effektiv konkurrens i offentlig verksamhet samt
- allmänt främja ett konkurrensinriktat synsätt i samhället.

Mot bakgrund av detta framförde Konkurrensverket att konkurrens är ett medel för att uppnå effektivitet på en marknad. En förutsättning för att konkurrensens positiva effekter skall uppnås är att de aktörer som är verksamma på marknaden i fråga i möjligaste mån ges möjlighet att verka under så lika villkor som möjligt.

För att öka förutsättningarna för konkurrensneutralitet mellan privatpraktiserande vårdgivare är det enligt verket väsentligt att yrkeskategorier med samma kompetens behandlas på ett likartat sätt utifrån ersättningssynpunkt. Förutom att förbättra konkurrensförutsättningarna

för de privata psykoterapeuterna som inte är läkare skulle en sådan åtgärd även öka valfriheten för patienterna. I Psykiatriutredningens slutbetänkande Valfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda (SOU 1992:73) föreslås att möjligheten för legitimerade psykoterapeuter att efter ansökan förtecknas hos försäkringskassan som enskild vårdgivare bör utvidgas till att omfatta terapeuter som inte är legitimerade läkare.

Konkurrensverket tillstyrkte förslaget om att det borde finnas möjligheter för legitimerade psykoterapeuter att anslutas till det offentliga ersättningssystemet oavsett om dessa är läkare eller inte.

5.4.3 Diskussionen kring nationella taxor för sjuksköterskor och barnmorskor m.fl.

I lag (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvårdsområdet framgår bland annat att kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal. Tidigare har detta krav funnits endast för läkare och tandläkare. Dessutom framgår av lagen att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina uppgifter, vilket betyder att var och en har fullt ansvar för sina åtgärder. Klandervärt handlande kan således inte skyllas på någon annan, t.ex. överordnad person. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) om kvalitetsystem i hälso- och sjukvården och (SOSFS 1993:17) om omvårdnad inom hälso- och sjukvården gäller all hälso- och sjukvård oberoende om den drivs i offentlig eller privat regi. I förordning (1994:1290) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvårdsområdet sägs bland annat att den som avser att enskilt utöva yrket genom vård, behandling eller undersökning av patienter senast inom två veckor efter det att verksamheten påbörjats skriftligen skall anmäla detta till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen gör inte någon prövning av verksamheten inför etablering. Skälet till att den skall anmälas är att tillsynsmyndigheten skall få kännedom om all verksamhet som bedrivs för att kunna utöva tillsyn.

Distriktsköterskor kan efter kompletterande utbildning erhålla rätt att förskriva vissa läkemedel, (SOSFS 1994:1994:11). Vilka läkemedel som omfattas bestäms av Läkemedelsverket. Förteckningen upptar cirka 230 preparat, varav cirka 1/3 är receptbelagda. Vid årsskiftet 1996/97 hade 5 000 distriktsköterskor fått förskrivningsrätt. Ytterligare 1 000 har under 1997 ansökt om sådan rätt. I den nya distriktsköterskeutbildningen ingår utbildning i förskrivningsrätt.

Barnmorskor kan efter viss fortbildning och inskolning få rätt att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte, (SOSFS 1996:21). Barnmorskor kunde tidigare få rätt att förskriva sådana läkemedel efter delegering av läkare, men har sedan 1996 således självständig förskrivningsrätt. Även i den nya barnmorskeutbildningen ingår förskrivningsrätt.

Distriktssköterskor och/eller sjuksköterskor med särskild utbildning kan få rätt att förskriva förbrukningsartiklar avseende diabetes, stomi eller inkontinens, (SOSFS 1994:22).

Socialstyrelsen har i allmänna råd (1995:5) redovisat kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor där tretton speciallistområden behandlas. Specialistnivån för sjuksköterskor är i dag inte formaliserad, men förslag därom har lagts fram av Behörighetsutredningen hösten 1996.

I en särskild promemoria, "Privat verksamhet", ställd till delegationen den 3 oktober 1997 utvecklar Vårdförbundet hur sjuksköterskor, barnmorskor m.fl. skulle kunna vara verksamma i privat regi. Vårdförbundet konstaterar bl.a. att privat verksamhet på hälso- och sjukvårdens område bedrivs i huvudsak av läkare och sjukgymnaster. Andra yrkeskategorier skulle i högre grad än för närvarande kunna göra viktiga insatser på motsvarande sätt. Trots att det inte föreligger några hinder att upprätta avtal med olika yrkeskategorier genomsyrar den formella olikheten i nuvarande regelverk den praktiska tillämpningen. Således träffas fortfarande nästan uteslutande avtal med läkare och sjukgymnaster. För att möjligheten skall få en bredare tillämpning borde därför regleringen ändras så att den blir likvärdig för de yrkesgrupper som är aktuella.

Sjuksköterskor i öppen vård arbetar i huvudsak i nära anslutning till läkare. Distriktssköterskans roll är dock mycket självständig. Generellt sett skulle sjuksköterskor i mycket högre grad än för närvarande kunna arbeta självständigt på egna mottagningar. Barnmorskans specialområde är obstetrisk och gynekologisk vård och hon eller han svarar självständigt för normala graviditeter och förlossningar. Mödrahälsovården sköts till övervägande delen helt av barnmorskor. Några vanliga uppgifter är frågor som sammanhänger med normal graviditet och förlossning, preventivmedelsrådgivning, förskrivning och utprovning av läkemedel i födelsekontrollerande syfte, viss provtagning och klimakterierådgivning.

Vårdförbundet konstaterar också att det finns ett intresse från till exempel distriktssköterskor att etablera privata vårdalternativ. Barnmorskor bedriver redan i viss utsträckning mödrahälsovård i egen regi, men skulle kunna göra detta i större utsträckning och även vidga verksamheten till preventivmedelsrådgivning och gynekologiska

hälsokontroller med viss provtagning. Detta är vanliga uppgifter inom landstingens mödrahälsovård.

I flera andra länder svarar barnmorskor självständigt för normalförlossningar både i offentlig och enskild regi. I t.ex. Norge är förlossningsvården indelad i tre nivåer, där barnmorskor svarar för vården på både nivå 1 och 2. Läkare anlitas bara vid behov. I England finns mottagningar där barnmorskor arbetar i team och svarar för mödrahälsovård, förlossningsvård och eftervård. De samarbetar med närliggande sjukhus och har avtal om läkarmedverkan vid behov. Även i Holland svarar barnmorskor för normala graviditeter och förlossningar. Där väljer 30 % hemförlossning med assistans av barnmorska.

Annan verksamhet som skulle lämpa sig för privat verksamhet är distriktssköterskevård, barnhälsovård, skelningsbehandling och viss fysiologisk behandling. Även kontroll av patienter med vissa diagnoser som t.ex. diabetes och högt blodtryck skulle kunna bedrivas i privat regi med sjuksköterskor med särskild utbildning för uppgiften.

Delegationen kan vidare konstatera att sjuksköterskornas möjligheter att verka i alternativa driftformer även har uppmärksammats internationellt. 1994 tog International Council of Nurses, ICN, fram en policy- och informationsskrift, "Guidelines on the nurse entrepreneur providing nursing service". Bakgrunden var att allt fler sjuksköterskor runt om i världen var missnöjda med sjuksköterskerollen i de nuvarande hälso- och sjukvårdssystemen. Fram till andra världskriget var flertalet sjuksköterskor i världen egna företagare. Efter kriget skedde en världsomfattande institutionalisering av sjuksköterskornas arbete. Som en konsekvens av detta ändrades rollen och utbildningen. Försöken att centralisera och kontrollera sjuksköterskorna uppmuntrade anställningar, både inom sjukhusen och inom den öppna vården. Detta mönster blev sedermera norm i hela världen. Under senare år har återskapandet av sjuksköterskeentreprenörer tagit fart. Några av skälen till detta är;

- ekonomiska kriser vilket lett till krav på decentralisering och kostnadsminskningar, bland annat genom entreprenörskap
- global fokus på privatisering
- bättre grundutbildning och större utbud av vidareutbildning
- konsumenten ställer större krav och är mer medveten om sina rättigheter,
- kvinnors större delaktighet i samhällsutvecklingen och större diversifiering i kvinnors roller i samhället
- kronisk missnöje bland sjuksköterskorna, bland annat beroende på dåliga arbetsförhållanden, dåligt inflytande, dåliga karriärvägar och dåligt nyttjande av sjuksköterskornas kompetens,
- ökad arbetslöshet

Genom att sjuksköterskor återupptar eget företagande framhåller ICN att en utökning av den kliniska rollen sker och detta innebär att det erbjuds en mängd olika typer av service, med betoning på hälsofrämjande arbete, behandling av sjukdomar, rehabilitering och olika typer av stödjande serviceverksamhet. Olika typer av undersökningar bekräftar att dessa sjuksköterskor erbjuder kvalitativ och effektiv omvårdnad.

Enligt ICN medför en systematisk eller organisatorisk förändring med återinförande av sjuksköterskeentreprenörer ett noggrant förbättringsarbete för praktikern. Dessutom medför det nödvändiga legala, socio-ekonomiska, professionella och personliga stödstrukturer. De nationella sjuksköterskeorganisationerna har en viktig funktion att fylla vad gäller utvecklingen för sjuksköterskeentreprenörer, bland annat vad gäller att utvärdera resultat i patientfördelar och sjuksköterskornas professionella välmående.

Standards bör upprättas för utbildning och praktik och lagstiftning skall medföra att det finns en rättighet att vara privat verksam. Allt för att visa att sjuksköterskor inte alltid måste vara anställda.

6 Vård- och samverkansavtal

6.1 Bakgrund och utvecklingen under 1996

Ett av delegationens uppdrag har varit att följa och bedöma utformningen av vård- och samverkansavtal mellan sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna.

Under 1996 redovisades att 205 vård- och samverkansavtal med läkare hade tecknats. Driftform angavs för 152. Aktiebolagsformen var den klart dominerande och svarade för knappt 65 % av samtliga avtal. Av dessa var cirka 1/3 träffade med Praktikertjänst AB. Den näst största driftformen var enskild firma, som svarade för cirka 1/3 av samtliga avtal.

Bland sjukgymnaster där driftform för 76 avtal redovisades (av sammanlagt 91 vård- och samverkansavtal) var enskild firma den klart vanligaste och svarade för 59 % av samtliga avtal. Den näst största driftformen var aktiebolag, som svarade för 32 % av samtliga avtal. Avtal med Praktikertjänst AB var inte lika vanligt som när det gällde läkare.

Eftersom de flesta vård- och samverkansavtal som redovisades hade träffats före 1996 innebar det också att lagarna om ersättning till läkare och sjukgymnaster fortfarande utgjorde basen för innehållet i träffade avtal. Därmed utgick ersättning vad avser arvode och medicinsk service enligt den nationella taxans bestämmelser i flertalet fall. Det var egentligen bara i de tre största storstadsregionerna samt Västmanland och Gävleborg där man i större omfattning träffat överenskommelser som avvek från den nationella taxans bestämmelser.

Den viktigaste frågan att reglera i avtalsform syntes i stället vara kvalitetsaspekten inklusive krav på verksamhetsuppföljning. I de fall sjukvårdshuvudmannen fastställt en kvalitetspolicy omfattade den även de privata vårdgivarna.

Ibland refererades i avtalen till den av Privatläkarföreningen själva framtagna "Kvalprak". Samverkan med "moderklinik" och primärvård var en annan fråga som vanligen var avtalsreglerad, i syfte att åstadkomma vård på rätt vårdnivå. I detta sammanhang omnämndes också möjligheten för de privata vårdgivarna att delta i den fortbildning som erbjöds övriga anställda. Tillgång till datorutrustning för bl.a. fakture-

ring och övrigt rapportunderlag återfanns också oftast som ett krav i avtalen. Krav på tillgänglighet inklusive frågor om semester och övrig ledighet fanns också med i flertalet avtal. Krav på jourmedverkan var däremot ovanligt.

Övriga frågor som alltid reglerades i avtalen var verksamhetens inriktning och omfattning samt gilitighetstid liksom rätten att återgå till nationella taxan om avtalet skulle komma att upphöra.

Eftersom så få vård- och samverkansavtal träffades under 1996 förelåg det följaktligen inga större skillnader mellan dessa två avtalsformer och begreppen användes olika bland olika sjukvårdshuvudmän.

Några sjukvårdshuvudmän, bl.a. Stockholm och Göteborg har tagit fram skriftliga dokument som anger hur man ser på samverkan med privatläkarna. Dessa policydokument, som redovisas i sin helhet i bilagorna 2 och 3 i delegationens delbetänkande "Styrning och samverkan", SOU 1996:175, utgjorde utgångspunkt för överläggningar i samband med att vård- och samverkansavtal träffades.

I policydokumentet från såväl Stockholm som Göteborg betonas att de privata vårdgivarna ses som en resurs i det totala sjukvårdsutbudet och att det föreligger en strävan från båda parter att utöka samarbetet. Vidare betonas vikten av att sjukvårdshuvudmannen skall kunna påverka de privata vårdgivarnas geografiska placering, så att de styrs till områden där de bäst behövs. Vidare slås fast att avtal i första hand skall träffas med vårdgivare verksamma i gruppomfattningar om inte särskilda skäl talar för enläkarmottagningar; såväl effektivitets-, kvalitets- som kontinuitetsaspekten talar för detta.

I policydokumentet från Stockholm återfinns följande figur:

I dokumenten framhålls att de privata specialisterna har en plats i vårdkedjan mellan primärvården och den vård som kräver sjukhusens resurser och att samverkan mellan dessa tre "nivåer" förutsätts ske i form av vårdkedjor i syfte att skapa effektivitet och kontinuitet i patientarbetet. Eftersom en gemensam målsättning är att patienterna ska tas omhand på lägsta effektiva omhändertagandenivå bör primärvården i större utsträckning remittera till privata specialister då sjukhusvård ej är erforderlig. På motsvarande sätt kan sjukhusköerna minskas genom utremittering av vissa patienter till privata specialistläkare och att specialistläkarna frigör resurser genom att remittera fall till primärvården som inte kräver specialistläkarnas särskilda kompetens.

31 % av vårdavtalen hade en giltighetstid på mer än 1 år men högst 3 år och en lika stor andel hade en giltighetstid på mer än 3 år. I 26 % av avtalen gällde dessa tillsvidare med en viss angiven ömsesidig uppsägningstid. I 12 % hade vårdavtalen en kortare giltighetstid än 1 år.

De flesta sjukvårdshuvudmän hade avvecklat sina avtal med fritidspraktiker. Endast åtta uppgav att avtal förelåg och av dessa skulle två avveckla samtliga avtal i och med utgången av 1996 och ytterligare en kom att avveckla avtalen efter 1997. I resterande fall var omfattningen, med ett par undantag, av marginell omfattning.

En majoritet av landstingen hade avtal även med andra vårdgivar-kategorier än läkare och sjukgymnaster. Dessa avtal var ofta av mindre omfattning än heltid. Ofta bedrev vårdgivarna denna verksamhet vid sidan av anställning och även verksamhet där patienterna själva fick stå för stor del av kostnaderna. I avtalen reglerades den vård som landstinget, helt eller delvis finansierade.

Avtal med psykologer och psykoterapeuter fanns i alla landsting, se vidare kapitel 3.4 "Privat offentligt finansierad psykoterapi". Avtal med barnmorskor fanns bland annat i landstingen i Stockholm, Kronoberg, Kristianstad och Halland. Avtal med legitimerade naprapater fanns bland annat i landstingen i Sörmland och Gävleborg. Avtal med legitimerade kiropraktorer fanns bland annat i landstingen i Västerbotten, Sörmland, Kristianstad, Östergötland, Stockholm och Värmland.

6.2 Utvecklingen under 1997

I delegationens enkätundersökning september 1997 till samtliga sjukvårdshuvudmän redovisas att det då fanns 406 specialistläkare, exklusive allmänläkare som träffat vårdavtal. Av dessa har 155 tillkommit under 1997. Under resten av året bedöms ytterligare 33 vårdavtal träffas.

I september 1997 fanns det 510 vårdavtal allmänläkare som träffat vårdavtal, varav 20 tillkommit under 1997. Under resten av året bedöms ingen förändring ske.

I september 1997 fanns det 256 sjukgymnaster med vårdavtal, varav 107 tillkommit under 1997. Under resten av året bedöms ytterligare 55 vårdavtal träffas.

Cirka hälften av sjukvårdshuvudmännen anger att det i september fanns gemensamt fastställda policydokument för hur samverkan med de privata vårdgivarna skall ske. Malmöhus läns landsting har lämnat ett exempel på skriftlig samverkanspolicy mellan Helsingborgs sjukvårdsdistrikt, Helsingborgs stads primärvård och Helsingborgs privatläkarförening i vilken bland annat uttalas att de privata specialistläkarna skall svara för specialistvård som inte kräver den särskilda kompetens och resurser som finns på sjukhusens mottagningar. Det innebär att mottagningarna på sjukhusen skall avlastas genom samarbete med primärvården och de privata specialisterna angående remissflöden och att primärvården genom samarbete med de privata specialistläkarna skall remittera till dessa och att privatläkarna skall återföra patienter till primärvården som kan klaras där.

11 sjukvårdshuvudmän anger att det via vårdavtal förekom ett formaliserat samarbete mellan den privata vårdgivaren och "moderkliniken" respektive primärvården, till exempel angående principer för arbetsfördelning och remissflöden. Exempel på sådant samarbete kan vara att specialistmottagningen skall ta emot remisser från sjukhuset och allmänläkaren och att patienten så snart det är möjligt skall återremitteras till allmänläkaren.

Sex landsting anger att man har krav på lokalisering för att teckna vårdavtal. Stockholms läns landsting ger exempel på en medveten strävan att flytta etableringar utanför innerstaden. Exempel är före detta innerstadsetableringar som numera återfinns i Täby och vid Dalens närsjukhus (Enskede). I Göteborg stad anges lokalisering som krav för att teckna vårdavtal med sjukgymnaster och allmänläkare, dock inte för övriga specialistläkare. Några landsting anger att man inte hittills ställt krav på lokalisering, men att det kan komma att bli aktuellt i framtiden.

Fördelarna med att teckna vårdavtal jämfört med samverkansavtal anges till att det ger bättre möjligheter att bestämma lokalisering och vårdinnehåll, att ersättningen kan differentieras och att det blir enklare att följa upp och utvärdera verksamheten. Flera landsting menar också att vårdavtalen skapar en plattform för goda kontakter, bättre samarbete och ökat förtroende. Det blir också lättare att beakta det privata resursutbudet som en integrerad del i vårdutbudet och att det finns möjlighet att ge ersättning för prestationer som inte regleras i taxan.

Den vanligaste kommentaren från sjukvårdshuvudmännens sida kring varför det är svårt att teckna vårdavtal är att den nationella taxan blivit ett "golv" i förhandlingarna. Med bristande ekonomiska resurser finns det därmed inga incitament för de privata vårdgivarna som är verksamma enligt LOL och LOS att träffa vårdavtal. LOU nämns också som ett hinder. En majoritet anser att vårdavtal med privata specialistläkare och sjukgymnaster bör undantas från kravet på upphandling.

Ett landsting framhåller att det viktigaste är att komma fram till en daglig professionell samverkan och att detta kräver att fördomar måste bort, vilket kan ta tid. Det gäller att hitta ersättningsformer som stödjer samverkan och en hög effektivitet.

Ett annat landsting pekar på svårigheten att teckna vårdavtal med vårdgivare som vill lämna sin anställning på en klinik för att vara privat verksam. Kliniken kan då få problem med att klara jour och bemaning. Den anställde måste ersättas och då ökar kostnaderna.

Få landsting har erfarenhet av att teckna vårdavtal med läkare och sjukgymnaster som inte har rätt att vara verksamma enligt LOL och LOS. Några anger att korta vårdavtalstider gör att de presumtiva vårdgivarna inte vågar lämna en fast anställning.

Enligt flera sjukvårdshuvudmän blir det attraktivare för båda parter att teckna vårdavtal om den nationella taxan försvinner och att upphandlingsreglerna görs enklare. Några anger också att det gäller att skapa en "win-win"-situation genom att till exempel erbjuda bättre ersättning för särskilda åtgärder och att beställaren får ut mer och rätt vård för pengarna. Ett landsting lämnar förslag om att ersättningssystemet för sjukhusens öppenvårdsverksamhet och det som regleras i vårdavtal kan vara gemensamt.

I de få fall där ersättningsetablering varit aktuell är det normalt att efterträdande vårdgivare kommit att vara verksam inom samma specialitet. Endast i två fall har specialitetsbyte skett, från invärtes medicin till dermatologi och från öron, näsa, hals till gynekologi.

När ansökningar om vårdavtal och samverkansavtal kommer landstinget tillhanda fattas i normalfallet beslut antingen av landstingsstyrelsen eller, där det är aktuellt, av den särskilda nämnden för hälso- och sjukvårdspolitiska frågor. I de landsting där man har en mera långtgående decentralisering fattas besluten i lokala nämnder för primärvården när det gäller allmänläkare och sjukgymnaster och för andra specialistläkare i sjukhusnämnderna. I samtliga fall sker besluten på politisk nivå. Det är inte ovanligt att primärvården eller verksamhetschefen inom moderkliniken, som ett led i tjänstemannaberedningen, får ärendet på remiss för yttrande. I normalfallet undertecknas vårdavtalen av en cheftjänsteman hos sjukvårdshuvudmannen. I några fall under-

tecknas avtalen av såväl chefstjänstemannen och ordföranden i politisk nämnd.

För specialistläkare, exklusive allmänläkare, är det lika vanligt att ekonomiska medel för de privata läkarna finns centralt som på de lokala beställarnämnderna. Hos några sjukvårdshuvudmän är medlen fördelade till länssjukvården och i något enstaka fall är medlen fördelade till kliniknivå. För de privata sjukgymnasterna är det vanligaste att medlen är utlagda centralt inom primärvården eller på respektive primärvårdsnämnd.

Inte något landsting anger att man har någon erfarenhet av ett urvalsförfarande om flera vårdgivare visar intresse för att överta en verksamhet från en vårdgivare som kommer att upphöra med sin verksamhet.

Hälften av sjukvårdshuvudmännen anger att en vårdgivare som ansökt och fått avslag på sin ansökan om vårdavtal kan begära omprövning. Omprövningen sker i samma instans som fattat det första beslutet.

Sju sjukvårdshuvudmän uppger att man under 1997 genomfört upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster. Tre uppger att man upphandlat psykoterapeutisk verksamhet och tre uppger att man upphandlat fototerapeutverksamhet. Övriga upphandlingar rör utlandsvård, röntgen, laboratorietjänster, hemsjukvård, sjukgymnastik och mödravård. I Göteborgs kommun pågår en stor gemensam upphandling avseende ortopedi, ögon, urologi, gråstarr och röntgen. En sjukvårdshuvudman har upphandlat en specialistakut och en annan sjukvårdshuvudman har upphandlat en ögonläkare.

Delegationen har under 1997 tagit del av ett stort antal av de vårdavtal som tecknats under året. Jämfört med de avtal som delegationen tog del av under 1996 har de avtal som tecknats under 1997 utvecklats. Sammanfattningsvis innebär de nytecknade avtalen en klar tendens till att samarbetet utvecklas med de privata specialistläkarna och sjukgymnasterna utifrån deras särskilda kompetenser. I de flesta avtal regleras att vårdgivarna i första hand skall ägna sig åt att arbeta med särskilda patient- och diagnosgrupper. Lokalisering och kvalitetsutveckling betonas i de flesta avtal.

Fortfarande gäller att normala åtgärder och behandlingar ersätts enligt den nationella taxan.

I Stockholms läns landsting ses en tydlig utveckling mot att särskilda åtgärder ersätts med högre belopp än vad som regleras i taxan. I viss utsträckning utgår också högre sammanlagd ersättning under ett år än vad motsvarande ersättning ger via taxan.

I princip alla avtal framhåller vårdkedjetanken och att patienten skall tas om hand på rätt vårdnivå. Ofta hänvisas till framtagna riktlinjer för samverkan mellan sjukhusklinik, primärvård och privat specialist. I en

del avtal regleras dessutom gemensamma utbildningsinsatser för offentliganställda och privata vårdgivare och att de privata vårdgivarna skall ta emot studerande.

Fortfarande är Stockholms läns landsting den sjukvårdshuvudman som tecknat flest vårdavtal. En markant ökning av avtal har dessutom skett i Malmö stad och Göteborgs kommun.

6.3 Vårdavtalets innehåll

I regeringens proposition 1996/97:123 "Privata vårdgivare" framhålls att det är angeläget att ett ökat antal vårdavtal sluts mellan privata vårdgivare och sjukvårdshuvudmännen.

Enligt direktiven skall delegationen bland annat skall söka former för att underlätta samverkan mellan offentlig och privat vård och söka undanröja eventuella hinder för en sådan samverkan. Enligt delegationen kunde ett sätt att underlätta samverkan vara att sprida kunskap om hur sjukvårdshuvudmän och privata vårdgivare hade reglerat sin samverkan via vårdavtal och redovisa och kommentera de väsentliga punkterna i vårdavtal. Delegationen gav därför under våren 1997 ut delrapporten "Samverkan via vårdavtal".

I rapporten redovisas delegationens direktiv angående vårdavtal och delegationens erfarenheter av de vårdavtal som tecknats, huvudsakligen under 1996. I det följande görs en sammanfattning av rapporten.

Av rapporten framgår att både landsting och redan etablerade vårdgivare ser olika typer av hinder för att teckna vårdavtal. Landstingen anger de nationella taxornas utformning, taxornas vara eller icke vara på lång sikt, att incitament för att teckna vårdavtal för de privata vårdgivarna saknas, kulturskillnader och krångliga upphandlingsregler. De privata vårdgivarna framhåller ofta den osäkerhet som tidsbegränsade avtal medför och de därav följande svårigheterna att planera på lång sikt. Av de läkare och sjukgymnaster som är verksamma enligt LOL och LOS anser många att de erbjudits vårdavtal som inte möjliggör en utveckling av verksamheten. Snarare upplever de att förslagen till vårdavtal skulle medföra en sämre verksamhet än fortsatt verksamhet enligt lag och taxa.

I rapporten framhåller delegationen att de flesta "hinder" bör vara av övergående karaktär, även om det är en kultur- och attitydfråga som det kan ta tid att få genomslag för. Vårdavtalens längd kan dock även fortsättningsvis vara en hämmande faktor. Tidsmässigt korta avtal, alternativt korta uppsägningstider, leder antagligen till att få vårdgivare kan teckna avtal. Risktagandet är för stort. Detta gäller framför allt de vårdgivare som inte kan fortsätta med verksamhet enligt lag och taxa.

I rapporten framhåller delegationen vidare att oavsett om vårdgivarna har en lagreglerad rätt att vara verksam med offentlig finansiering eller inte, kan det finnas skäl att teckna vårdavtal. Exempel på sådana skäl är att nyttja befintliga resurser på bästa sätt, tillvarata de drivkrafter det innebär för många att kunna vara verksam inom ramen för egen verksamhet och eget ansvar, att få tillgång till jämförande kostnadsanalyser och att samarbetet mellan offentlig och privat vård utvecklas där vårdgivarnas roll i vårdkedjan fastställs. En förutsättning för att bra avtal skall kunna tecknas är att beställaren/finansiären har klart för sig vad som skall köpas och hur reglering av detta skall ske.

I rapporten refereras till den uppfattning som framfördes i "Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer", SOU 1996:91, s. 159, och som delegationen ställer sig bakom.

"Förutsättningarna för att tillmötesgå önskemålet om särskilda avtal mellan vårdgivare och sjukvårdshuvudman har prövats. Vi har funnit att vårdavtal är den bästa formen. Eftersom denna möjlighet redan finns och inte kräver några förändringar i nu gällande regler kan vi hänvisa till de goda exempel som finns. – – – Vår slutsats är att parterna uppmanas att utarbeta förslag till standardiserade vårdavtal i vilka t.ex. vårdgivarnas möjlighet att gå tillbaka till den nationella taxan vid avtalstidens slut med samverkansavtal finns angiven. Vi bedömer att den administrativa tungroddhet som är förbunden med vårdavtal borde kunna vara av övergående natur."

I regeringens proposition 1996/97:123 "Privata vårdgivare" framgår följande:

"Att det finns olika driftformer inom hälso- och sjukvården har även positiva effekter för personalen. Det är viktigt att det finns alternativ för de vårdgivare som vill arbeta i mindre enheter och som eftersträvar större självständighet, vilket troligtvis i högre utsträckning kan möjliggöras inom ramen för ett personalkooperativ eller som privat vårdgivare. Medelåldern vad gäller de privat verksamma specialisterna är i dag emellertid relativt hög. Det är därför eftersträvansvärt att även öppna möjligheten för yngre läkare med erforderlig kompetens att teckna vårdavtal eller samverkansavtal. Genom detta skulle en jämnare åldersfördelning i privatläkarkåren erhållas och yngre människor ges möjlighet att arbeta i denna driftform.

Ett centralt mål för reformsträvandena i den svenska hälso- och sjukvården under senare år har också varit att stärka patientens och medborgarens ställning bl.a. genom att ge individen ökade möjligheter att välja vårdgivare inom primärvård och olika typer av specialistvård liksom att välja sjukhus vid slutenvård. Den ökade valfriheten har enligt regeringens mening i sin tur bidragit till att förbättra

bemötandet inom hälso- och sjukvården. Tillgången till privata verksamheter har bidragit till att öka valfriheten och förbättra kontinuitet och tillgänglighet.

För att i möjligaste mån också garantera patienterna en likvärdig behandling, oavsett driftformen, är det enligt regeringens mening viktigt att kraven på utbildning och fortbildning, möjligheterna att utöva tillsyn och att erhålla redovisningar om vårdens innehåll och kvalitet så långt det är möjligt likställs mellan offentliga och privata vårdgivare."

I bilaga 4 följer en genomgång av och korta kommentarer till de punkter som kan regleras i ett vårdavtal, och som presenterades i delegationsens rapport om vårdavtal. Listan är omfattande och alla punkter behöver sannolikt inte regleras i vårdavtal. Däremot bör de bli föremål för diskussion innan avtal träffas. Listan kan därför användas som en mall för vad som kan ingå i ett upphandlingsunderlag.

Allmänt framhålls i rapporten att de lagar, förordningar och föreskrifter som gäller all hälso- och sjukvårdspersonal inte behöver skrivas in i avtalen. Dessa gäller oavsett vad som avtalas, i den mån de inte är dispositiva. Om inte uppdraget i sig är tydligt avgränsat kan alltför detaljerade avtal, exempelvis vad gäller behandlingsmetoder och verksamhetens organisation, verka hämmande på den privata vårdgivarens möjligheter att konstruktivt utveckla verksamheten. I rapporten betonas vidare att vårdavtal bygger på ett konstruktivt samspel mellan den privat verksamme vårdgivaren och sjukvårdshuvudmannen. I syfte att ge den privata vårdgivaren trygghet i verksamheten och garantera en god kontinuitet kan vissa grundläggande förutsättningar för verksamheten regleras långsiktigt medan andra delar i avtalet kan ha ett mera kortsiktigt perspektiv.

7 Sjukvårdshuvudmännens behov av tillgång på information och vårdgivarens tystnadsplikt

7.1 Inledning

Varje landsting skall enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälso- och sjukvård hos hela befolkningen. Vården skall ges till alla på lika villkor. En viktig förutsättning för att landstinget skall kunna skapa likvärdiga villkor i fråga om att upprätthålla en god tillgång till och kvalitet i hälso- och sjukvården är att landstinget kan fördela resurserna efter befolkningens vårdbehov och lokala förutsättningar. Det sagda innebär inte att landstingen själva måste bedriva all hälso- och sjukvårdsverksamhet. Av tredje stycket i tidigare nämnda paragraf framgår nämligen att landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstingen ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen. Stadgandet innebär emellertid inte att landstingen avsäger sig allt ansvar för verksamheten. Det följer nämligen av 6 kap. 7 § kommunallagen (1991:900) att de kommunala nämnderna ansvarar för en verksamhet som lagts ut på entreprenad för att utföras av utomstående på uppdrag av kommun eller landsting. Enligt prop. 1993/94:188 sid 41 avses med ansvar inte ansvaret för den dagliga verksamhetens utförande utan det övergripande politiska ansvaret.

Sjukvårdshuvudmännens övergripande ansvar för hälso- och sjukvården och behovet av kontroll av framställda kostnadsanspråk i de fall landstingen skall bekosta vård som den enskilde erhåller hos privat vårdgivare är ett i detta sammanhang särskilt problem. Landstingen måste således i egenskap av finansiär, inte minst i belysning av de senaste årens besparingskrav, anses ha ett berättigat behov av att kunna följa upp kostnaderna för den privata vården. Å andra sidan är det av stor betydelse att patienten vågar att anförtro sig åt hälso- och sjukvårdspersonal och inte undanhåller uppgifter som kan ha betydelse för vården. Bestämmelserna om sekretess inom hälso- och sjukvården har

därför en stor betydelse för patientsäkerheten. Frågan är vilka krav på uppföljning och kontroll landstingen kan ställa utan att riskera att de privata vårdgivarnas sekretess bryts, vilket i sin tur leder till ett allt för stort intrång i enskilda patienters integritet.

Nedan följer först en beskrivning över gällande lagstiftning vad avser verksamhetsuppföljning och planering, varpå följer en kortare redogörelse för gällande sekretesslagstiftning. Därefter lämnas en redogörelse över vad som framkommit vid kontakter med företrädare för berörda parter (Sveriges Läkarförbund, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, Praktikertjänst, Landstingsförbundet och diverse landsting). Kontakt har även ägt rum med Socialstyrelsen.

7.2 Verksamhetsuppföljning och planering

Landstingen skall enligt 7 § hälso- och sjukvårdslagen planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen av hälso- och sjukvården skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare. I 26 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och 25 § lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik stadgas att en privatpraktiserande vårdgivare som begär ersättning från det allmänna skall medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Vårdgivarna åläggs en skyldighet att årligen till Socialstyrelsen och landstinget lämna en redovisning med uppgifter om i huvudsak antalet patientbesök och vård- respektive behandlingsåtgärder.

Bestämmelser om offentlig finansiering av vård som tillhandahålls av privatpraktiserande vårdgivare finns i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik, båda lagar med vidhängande förordningar. Ersättning för vård lämnas enligt 5 § i respektive lag till läkare eller sjukgymnast som har samverkansavtal med landstinget rörande sin verksamhet.

Sjukvårdshuvudmännen behöver, för att kunna fullgöra sitt planeringsansvar för all vård, inhämta uppgifter om innehållet i den privata vården. I dag stadgas i 16 § förordning (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik och i 17 § förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning att sjukgymnaster respektive läkare som erhåller sjukgymnastikersättning eller läkarvårdsersättning är skyldiga att i fråga om all behandling visa räkning och redovisa arbetstid, antalet vidtagna åtgärder samt uppgifter om patientens bosättningsort. Läkarvårdsersättning och sjukgymnastikersättning kan innehållas i avvaktan på att vårdgivaren redovisar uppgifterna.

Vilka krav på uppgifter om enskilda patienter kan då landstingen i vårdavtal och samverkansavtal ställa på de privatpraktiserande vårdgivarna utan att dessa hamnar i konflikt med gällande sekretesslagstiftning? Frågan är således om nuvarande lagstiftning förhindrar privata vårdgivare från att till landstingen för administrativa ändamål lämna uppgifter som röjer enskilda patienters identitet. Redan i detta sammanhang bör påpekas att landstingen, om man misstänker enskild vårdgivare för oseriös vård eller för att framställa oriktiga krav på ersättning, har möjlighet att begära Socialstyrelsens kontroll av den privat bedrivna verksamheten. Hälso- och sjukvården och dess personal står nämligen enligt 1 § lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården under Socialstyrelsens tillsyn.

7.3 Sekretess inom hälso- och sjukvården

All hälso- och sjukvårdspersonal i allmän tjänst är underkastad tystnadsplikt enligt bestämmelser i sekretesslagen. Enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen gäller med vissa undantag sekretess inom den offentliga sjukvården för uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om det inte står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Sekretessen på detta område avgränsas alltså med ett s.k. omvänt skaderekvisit. Presumtionen är för sekretess. Uppgifterna får lämnas ut endast om man är övertygad om att detta inte länder till men. Det är utan betydelse om uppgiften förekommer i en handling eller endast framförs muntligen. Det är uppgiften som sådan som är sekretessbelagd. Begreppet men har i sekretesslagen en mycket vidsträckt innebörd och tar framför allt sikte på olika kränkningar av den personliga integriteten som kan uppstå om uppgifterna lämnas ut (jfr. prop. 1979/80:2, del A, sid 83). Med men avses sådant som att någon blir utsatt för andras missaktning om hans personliga förhållanden blir kända. Redan den omständigheten att vissa personer känner till en för någon enskild ömtålig uppgift kan i många fall anses vara tillräckligt för att medföra men. Utgångspunkten för bedömning av om men föreligger är den enskildes egen upplevelse. Av femte stycket 7 kap. 1 § sekretesslagen framgår att en landstingskommunal eller kommunal myndighet som bedriver medicinsk verksamhet får lämna uppgift till en annan sådan myndighet för forskning eller framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet, om det inte kan antas att den enskilde eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs.

För hälso- och sjukvårdspersonal i enskild tjänst är tystnadsplikt föreskriven i 8 - 10 § § lagen (1994:953) om åliggande för personal inom

hälso- och sjukvården (nedan åliggandelagen). Någon motsvarighet till femte stycket i sekretesslagen finns inte i åliggandelagen.

Enligt 8 § åliggandelagen får den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården inte obehörigen röja vad som han eller hon i sin verksamhet fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

Varken lag och förordning om läkarvårdsersättning eller lag och förordning om ersättning för sjukgymnastik innehåller bestämmelser om uppgiftsskyldighet för de privata vårdgivarna vad avser utlämnande av uppgifter innehållande enskilda patienters identitet. Med hänsyn till utformningen av bestämmelsen i åliggandelagen torde man med visst fog kunna hävda att nuvarande integritetsbestämmelser hindrar de privata vårdgivarna från att till landstingen för administrativa ändamål lämna uppgifter av vilka enskilda patienters identitet framgår. Å den andra sidan har regeringen i proposition uttalat att "vid tolkningen av obehörighetsrekvisitet ter det sig naturligt att söka viss ledning i det skaderekvisitet som finns i sekretesslagens motsvarande bestämmelser". Sålunda föreligger i praktiken en nära överensstämmelse mellan tystnadsplikten för offentligt anställda och tystnadsplikten för vårdpersonal i enskild tjänst (jfr. prop. 1980/81:28 sid 23 och prop. 1981/82:186 sid 26). Frågan blir då om man med hänvisande till uttalandena i propositionerna och den till synes eftersträfvade överensstämmelsen mellan tystnadsplikten för offentligt anställda och tystnadsplikten för vårdpersonal i enskild tjänst skulle kunna hävda att enskilda vårdgivare i likhet med offentliga vårdgivare har rätt att till landstingen för administration på verksamhetsområdet lämna ut uppgifter om det inte kan antas att den enskilde eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs (jfr. 7 kap. 1 § 5 st sekretesslagen).

Här bör erinras om vilka regler som gäller för den händelse sekretessbelagda uppgifter lämnas ut utan att stöd finns för det i någon bestämmelse. Den som röjer en uppgift som vederbörande är skyldig att hemlighålla, kan enligt 20 kap. 3 § brottsbalken dömas för brott mot tystnadsplikt. Straffet är böter eller fängelse i högst ett år. Oaktsamt röjande bestraffas med böter. I ringa fall skall dock inte dömas till ansvar. Det är härvid även tänkbart, om den aktuella uppgiften röjs av en vårdgivare, att disciplinåtgärder enligt tjänstelagar kan komma i fråga.

7.4 Tidigare överväganden och förslag

Den behandlande problematiken angående enskilda patienters integritetsskydd har varit föremål för regeringens övervägande i prop. 1994/95:195 och socialutskottets betänkande 1994/95 SoU 24.

I propositionen föreslog regeringen vissa ändringar i hälso- och sjukvårdslagen bland annat i syfte att stärka patientens ställning. Sålunda uttalade regeringen att man ansåg det vara viktigt att de privata vårdgivarna integrerades i landstingens planerings- och finansieringsansvar. Vidare föreslogs förändringar i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik med hänsyn till landstingens möjligheter till kostnadskontroll. Det föreslogs även att administrationen av ersättningarna till privatpraktikerna fördes över från försäkringskassorna till landstingen.

Specialisttaxeutredningen förordade i sitt betänkande Arvode för vård hos privat praktiserande läkare (SOU 1992:118) att försäkringskassorna skulle ges författningsenlig rätt att ta del av en ansluten läkares patientjournal. Konstruktionen med ett normalarvode per patientbesök för den huvudsakliga delen av en läkares verksamhet medförde, menade man, krav på bättre möjligheter att följa upp läkarnas ersättningsanspråk. Regeringen ansåg i ovan nämnda proposition att landstingen, sedan administrationen av ersättningsutbetalningar förts över dit, i egenskap av finansiär har ett berättigat behov av att kunna följa upp kostnaderna för den privata vården. Däremot menade man att sjukvårdshuvudmannen inte borde ges rätt till att granska privata vårdgivares patientjournaler, eftersom detta skulle innebära att de privata vårdgivarnas sekretess bröts, vilket i sin tur skulle leda till ett allt för stort intrång i enskilda patienters integritet. Regeringen menade emellertid att landstingen även fortsättningsvis vid misstanke om att en läkare eller sjukgymnast begär ut för höga ersättningar skulle ha möjlighet att sätta ned den begärda samlade ersättningen till visst skäligt belopp till dess ersättningsanspråken blivit styrkta. Sammanfattningsvis föreslog sålunda regeringen i propositionen att det i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik skulle införas en ny bestämmelse, 19 a §, där privatpraktikerna ålades en uppgiftsskyldighet för att landstingen skulle kunna bedöma ersättningskravet. Av integritetsskäl föreslogs även att det av paragrafen skulle framgå att landstinget inte med stöd av bestämmelsen hade rätt att få del av uppgifter som kan visa enskilda patienters identitet.

Socialutskottet ställde sig, i sitt av riksdagen bifallna betänkande, bakom övervägande delen av de i propositionen föreslagna författningsändringarna. Dock ansåg utskottet vad avsåg frågan om vårdgivarens uppgiftsskyldighet att gällande bestämmelser var tillräckliga för

att trygga patientens integritet, varför utskottet förordade att riksdagen skulle avslå den av regeringen föreslagna paragraf 19 a. Utskottet påtalade emellertid att inget hinder enligt utskottets mening förelåg för att det vid en kommande omarbetning av verkställighetsföreskrifterna (ersättningsförordningarna, vår anm) görs markering av liknande innehåll som den som föreslogs i 19 a § i ersättningslagarna.

I betänkandet Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer (SOU 1996:91) har frågeställningen återigen tagits upp. Med tanke på att den privata vårdgivaren för många patienter kan utgöra ett vårdalternativ som man aktivt valt i stället för den landstingsdrivna vården, vore det enligt utredningen, olämpligt att landstingen skulle ha rutinmässigt tillgång till journalinformation i enskilda fall. Utredningen föreslog i stället en skärpning av andra metoder för kvalitetssäkring och tillsyn, vilket fordrar ett fördjupat samarbete mellan Socialstyrelsen, privata vårdgivare och landstingen. Vidare påtalade utredningen att landstingen redan i dag borde, på basis av samlad information om respektive vårdgivare, ha tillräckliga förutsättningar att analysera produktionsmönster och ta initiativ till fördjupade utredningar när sådana anses påkallade.

Betänkandet behandlades i regeringens proposition 1996/97:123 Privata vårdgivare, men regeringen behandlade inte problematiken.

7.5 Inhämtade uppgifter vid kontakt med företrädare för parterna

Flertalet av berörda parter har inför delegationen påtalat att landstingens behov av kontroll av framställda kostnadsanspråk upplevs som ett problem. Landstingen vill ha ett så detaljerat underlag som möjligt för att kunna utföra sin kontroll av framställda ersättningsanspråk. Landstingens behov kommer därvid ofta i konflikt med vårdgivarens krav på sekretess och skyddandet av patientens identitet och integritet.

Ett ytterligare problem som anförts är det så kallade riksavtalet där betalningsansvaret åläggs landstinget där patienten är mantalsskriven. Ofta vill det betalningsansvariga landstinget ha detaljerade uppgifter om enskilda patienters identitet för att till annat landsting erlægga betalning för vård som givits där. Detta huvudsakligen för att kontrollera att patienten verkligen är mantalsskriven i landstinget.

Ett flertal landsting har uppgett att man som räkningunderlag begär att få in remiss. Av remissen framgår patientens namn och personnummer. Således har uppgifter om diagnos utgått. Emellertid framgår av räkningunderlaget privatpraktikerns specialitet. Räkningunderlaget

förvaras sedan hos landstinget i ett låst arkiv. Ett landsting har uppgett att den administrativa personal som behandlar räkningsunderlaget får delta i informationsmöte angående innehållet i sekretesslagen, åliggandelagen och patientjournalagen.

Ett annat landsting har uppgett att landstinget använder datasystemet ARV. Informationen i systemet är krypterat. Enskilda patienters identitet går inte att framläsa ur registret. Möjlighet finns däremot, av i huvudsak statistiska skäl, att få vetskap om enskilda patienters kön och ålder. Uppgifterna bearbetas sedan mot befolkningsregistret. På detta sätt får landstingen vetskap om patientens mantalsskrivningsort och således även information om vilket landsting som skall stå för finansieringen av vården. Företrädare för det landsting där ARV-systemet tillämpas har emellertid uppgett att inte alla landsting godtar denna information utan kräver mer detaljerade uppgifter om patienten för att utbetala ersättning för vården.

Någon vårdgivare har uppgett att han ingått ett vårdavtal fullt medveten om att förpliktelserna enligt avtalet kan strida mot den lagstadgade tystnadsplikten enligt åliggandelagen. Vårdgivaren har till delegationen uppgett att han inte avser att fullfölja alla klausuler i avtalet, om så skulle krävas och därvid hänvisa till åliggandelagen. Om landstinget kräver att avtalet till fullo efterlevs bör saken, enligt vårdgivaren, avgöras av domstol.

Vid genomgång av diverse vårdavtal och samverkansavtal har delegationen hittat ett flertal exempel på hur landstingen försöker fullgöra sin kontroll. Här redovisas enbart de klausuler som delegationen funnit intresse att påtala.

I ett flertal avtal har vårdgivaren förbundit sig att till landstinget inge patienternas fullständiga remiss. Många landsting kräver dock remisser där patientens diagnos borttagits. Emellertid önskar landstingen då vetskap om, förutom patientens namn och personnummer, även uppgift om vilken specialitet privatpraktikern är verksam inom.

I något avtal har vårdgivaren förbundit sig att medverka i en av huvudmannen initierad årlig medicinsk revision. Formerna för den medicinska revisionen, t.ex. vem som skall utföra revisionen, skall parterna, enligt avtalet, överenskomma.

Det finns avtal där landstingets ADB-chef har tillskrivits rätten att utöva tillsyn (datainspektion) över ADB-baserade personregister. Med tillsynen avses en granskning av att vårdgivarens användning av datorstöd sker i enlighet med datalagen och av datainspektionen meddelade föreskrifter. Enligt företrädare för landstinget innebär denna klausul i princip inte att ADB-chefen kommer åt uppgifter om enskilda patienters identitet eller diagnos. Syftet med bestämmelsen är enligt lands-

tinget enbart att kontrollera att vårdgivaren följer datalagen och datainspektionens meddelade föreskrifter.

8 Internationell utblick

8.1 Bakgrund

I delegationens delbetänkande presenterades en studie angående finansiering, styrning och organisation av öppenvård i andra länder. De länder som ingick i studien var England, Danmark, Finland, Kanada, Tyskland, Nederländerna och USA.

I den sammanfattning av studien som följer nedan utesluts USA då finansieringssystemet väsentligt avviker från såväl de övriga länderna i studien som Sverige.

I detta kapitel lämnas också en redovisning av delegationens besök i England, Danmark och Norge.

8.2 Delegationens jämförande studie

8.2.1 Grunddragen i den öppna vården

Den öppna vården produceras i flertalet länder i privat regi. Skillnaden mellan offentlig och privat produktion är inte alla gånger särskilt stor; engelska general practitioners (GPs) är exempelvis oberoende vårdgivare, men betraktas sällan som privata eftersom de är inordnade i ett offentligt nationellt system.

Finansieringen är emellertid till större delen offentlig, varför frågor som kostnadskontroll, anpassning av vårdutbud till behov, samordning mellan öppenvård och slutenvård respektive allmänläkarvård och övrig specialistvård är frågor som är aktuella i samtliga länder.

Nationella hälso- och sjukvårdssystem karaktäriseras av att vara skattefinansierade. Finansiering och produktion sker i ett integrerat system, där politiker på nationell och lokal nivå har det yttersta ansvaret för finansiering, tillhandahållande och drift av verksamheten. Det kanadensiska systemet klassificeras som ett offentligt försäkringssystem, men finansieras i praktiken med skatter. Tyskland och Nederländerna har allmänna och obligatoriska försäkringar där avgiften står i relation till inkomsten och inte till riskerna. De övergripande spelreg-

lerna fastställs av staten men finansieringsansvaret åligger försäkringsgivaren.

Det finns skillnader mellan hur stor del av den öppna vården som sker vid och utanför sjukhus. I Tyskland sker nästan all öppenvård utanför sjukhusen, medan den specialiserade vården i Nederländerna nästan helt är koncentrerad till sjukhus, men utförs av privata specialläkare som har kontrakt med sjukhusen. Den öppna vården utanför sjukhus är i sin tur uppbyggd på olika sätt. I flera länder har husläkaren traditionellt en stark ställning, exempelvis i England, Danmark och Nederländerna. I andra länder är öppenvården baserad på andra specialister än allmänläkare.

Jämfört med andra länder byggde Sverige under efterkrigstiden ut hälso- och sjukvården med utgångspunkt i institutionen och sjukhuset. Det ledde till att en stor del av den öppna vården förlades till sjukhus. Fram till för ett par år sedan utfördes mer än hälften av den öppna vården vid sjukhus.

8.2.2 Aktuella reformer

Motiven för reformer liknar varandra i alla OECD-länder. Kostnaderna ses som ett grundläggande problem eller snarare möjligheterna att styra i vissa system. Möjligheterna att prioritera har varit särskilt små i fee-for-service-system utan kostnadstak. Ett annat motiv för reformer är bristande effektivitet i de länder där det ekonomiska styrsystemet inte belönat produktivitet. Individens möjligheter att påverka är ytterligare ett motiv.

Ökade patientavgifter är fortfarande en väg som endast beträds med tveksamhet. Det finns dock exempel på nya eller ökade patientavgifter i ett par länder (Tyskland, Finland) medan andra länder, som exempelvis Kanada med avgiftsfri vård, starkt värnar den principen.

En del inslag i reformerna syftar till en begränsning av patienternas konsumtion och producenternas utbud. Detta genom olika former av reglering, exempelvis minskad valfrihet och etableringskontroll. Andra inslag vill främja effektiviteten genom olika former av marknadsliknande mekanismer och några är främst inriktade på att ge patienten ett större inflytande. Regleringar av utbudet har fortfarande en nyckelroll. Genom att olika former av kontraktsstyrning används i flera länder begränsas patienternas val och producenternas frihet. Förändringar av ersättningen till vårdproducenterna ingår som ett led i reformerna, både för att klara totalkostnadskontroll och för att främja produktivitet. För allmänläkarna är tendensen att allt fler länder introducerar blandningar av kapitations- och prestationsersättningar. De organisatoriska refor-

merna innefattar bl.a. att producenterna på en del håll får en självständigare ställning. I Finland och Tyskland innebär reformeringen att allmänläkarnas ställning stärks. I England har dessutom GPs i viss utsträckning getts budgetansvar för köp av övrig vård. Kontraktstyrning har en framträdande plats för att uppnå såväl kostnadskontroll som höjning av produktivitet och effektivitet. Större inslag av marknad och konkurrens finns också som element i flertalet av de studerade reformerna. Tendenser till ökad decentralisering och/eller minskad statlig styrning finns i Finland, Kanada och i viss mån även i Nederländerna. Mer statlig styrning kan skönjas i Danmark och Tyskland.

8.2.3 Reglering av utbudet

I princip finns två olika vägar att reglera utbudet. För det första kan man sätta upp direkta gränser för t.ex. antalet läkare som får ansluta sig till systemet och/eller hur stor volym som får produceras, exempelvis genom att antalet läkarbesök begränsas. För det andra kan man utforma ersättningssystemet så att utbudet håller sig inom en given ram. I Tyskland finns såväl ett tak för antalet tillåtna etableringar som ett ersättningssystem som innebär att ersättningen per besök minskar om det totala antalet besök ökar. Begränsning av etablering finns i flertalet av de länder som ingår i studien. I England innebär etableringskontrollen att nya läkare tillåts etablera sig först när någon annan slutar eller när befolkningen ökar. I Danmark bestäms på nationell nivå det totala antalet husläkare och deras fördelning över landet, vilket innebär att det i stort sett endast är möjligt att etablera sig genom att köpa en praktik när någon går i pension eller att etablera sig i ett område som har brist på läkare. Begränsningar av ersättningar, dvs. tak för kostnaderna har införts i allt fler länder under senare år. När man studerar vilka aktörerna i regleringsprocessen är finns det inget klart mönster när det gäller ansvarsfördelningen centraltlokalt. Med en viss generalisering skulle man kunna se en tendens till, även om möjligheterna till lokala anpassningar ökar, att staten strävar efter ett centralt grepp om verksamheternas totala omfattning och kostnader.

8.2.4 Patientens valfrihet

I de engelska och danska husläkarsystemen har patienterna rätt att välja husläkare. I Danmark är detta begränsat till att gälla läkare inom tio kilometer från hemmet. Man får dessutom inte byta husläkare mer än var sjätte månad. I England får patienten numera byta så ofta han/hon

vill. I England krävs normalt remiss från husläkarna för att få vård av specialist vid eller utanför sjukhus. Även i Danmark förutsätter vård hos öppenvårdsspecialist remiss från husläkaren. Det gäller även andra vårdgivare anslutna till den allmänna försäkringen t.ex. sjukgymnaster. Undantag finns dock; vård hos ögon- och öronläkare samt hos kiropraktor kan ske utan remiss. En liten del av befolkningen (2,5 %) är s.k. grupp 2-försäkrade. De får fritt välja specialist utan remiss, men får i gengäld betala en del av kostnaderna själva. I det tredje landet med husläkarsystem, Nederländerna, kan man fritt välja husläkare. För behandling av specialist, som i regel finns vid sjukhus, krävs remiss.

Det tyska systemet ger patienten rätt att gå till den privatpraktiserande läkare denna vill möta. För vård vid sjukhus krävs remiss utom vid akutfall. I Finland kan patienterna inte välja vårdgivare i någon större omfattning inom den offentliga vården. Den relativt stora andelen privatpraktiserande läkare ger dock en viss valfrihet. För behandling vid sjukhus krävs remiss från allmänläkare eller privatpraktiserande läkare. I Kanada har de flesta medborgarna en fast läkarkontakt; oftast en allmänläkare, gynekolog eller barnläkare. Man är fri att gå till den man önskar. Något formellt remisskrav för att söka specialistvård finns inte. I praktiken kräver specialisterna ofta att patienterna har en remiss från allmänläkare eftersom taxan är konstruerad så att man får en högre ersättning för patienter som har en remiss.

En sammanfattning av de olika ländernas sjukvårdssystem vad gäller öppenvård återfinns i bilaga 5.

8.3 Delegationens studiebesök i Danmark, Norge och England

8.3.1 Danmark

Finansiering och produktion av hälso- och sjukvård är ett system, dvs. någon form av köp- och säljsystem finns inte. All öppenvård vad avser allmänläkarverksamhet sköts av privatpraktiker, som måste ha avtal med respektive amtskommun.

Utöver sjukgymnaster har även kiropraktorer, fotvårdare och psykologer avtal och arbetar inom ramen för försäkringssystemet. Normalt krävs remiss till specialistläkare i öppenvård. Undantag från remisskravet gäller för ögon- och öronläkare samt tandläkare och kiropraktorer.

Den enskilde har rätt att välja sin husläkare. Även rätten att välja sjukhus föreligger, men kräver remiss. Besök hos husläkare är avgiftsfri. Patientavgifter tas ut för besök hos tandläkare, sjukgymnastik, psy-

kologer och foterapeuter. Villkor för husläkare fastställs på nationell nivå i förhandlingar.

De som väljer familjeläkare har gratis sjukvård och tillhör s.k. grupp 1-försäkrade. Man är bunden till sin familjeläkare i 6 månader, sedan kan man byta om man inte är nöjd. 2 % av befolkningen är s.k. grupp 2-försäkrade och de väljer inte en husläkare utan kan i det enskilda fallet välja vem man skall gå till.

Det föreligger inte någon generell åldersgräns för hur länge man kan vara verksam som privat vårdgivare (med undantag för psykologer där åldersgränsen är satt till 70 år).

Det är i lag fastställt att avtal skall träffas på nationell nivå. Socialministern kan överpröva träffat avtal. De nationella avtalen kan kompletteras med lokala överenskommelser, vilka måste godkännas av parterna på riksnivå. Avtalen är inte tidsbegränsade utan gäller tills vidare.

Sygesikringens Förhandlingsutvalg (SFU) är en institution som skall finnas enligt lagen om allmän försäkring. Ledamöterna som uppgår till 11 utses av Amtsrådsföreningens (AFR:s) styrelse (6), Huvudstadens sjukhusförbund (1), Finans- och Sundhetsministeriet (2) och Kommunerna (2). Sundhetsministeriet skall godkänna de avtal som SFU ingår.

När det gäller antalet specialistläkare bestäms detta av resp. amt, som också bestämmer fördelningen mellan sjukhus och övrig öppenvård. Vissa amt vill ha öppenvården på sjukhus i större utsträckning än andra amt.

Läkare

Riksavtal träffas mellan Praktiserande Laegers Organisation och Sygesikringens Förhandlingsudvalg. Det senaste avtalet reviderades 1995. I avtalet anges vilka kompetenskrav som gäller för att få etablera sig som husläkare samt reglerna för etablering. I princip tillämpas husläkararvodet lika i hela landet, men möjligheten till lokala variationer föreligger. Överenskommelsen omfattar allmänpraktiker i amten samt i Köpenhamns och Fredriksbergs kommuner. Avtal utöver riksavtalet får endast träffas under förutsättning att parterna på riksnivå godkänner detta. Överenskommelsen omfattar även andra personer i den omfattning som fastställs i särskild ordning.

Varje amt har ett samarbetsutskott på 6-8 medlemmar. Hälften av medlemmarna utses av amtsrådet och hälften av respektive praktikerutskott. Samarbetsutskottet sammanträder 2 gånger om året och i övrigt när minst hälften av medlemmarna begär det. Samarbetsutskottet kan endast träffa uppgörelser om samtliga medlemmar är eniga. I annat fall hänskjuts frågan till samarbetsutskottet på riksnivå.

Samarbetsutskottet anger tolkning och riktlinjer av riksavtalet. Samarbetsutskottet behandlar klagomål angående läkarbehandling. Frågor av principiell natur skall hänskjutas till utskottet. Samarbetsutskottet kan också utdela varningar, böter eller uteslutning om överenskommen inte följs.

Samarbetsutskottet på riksnivå består av 4 medlemmar från Sygesrikringens Förhandlingsudvalg och 4 medlemmar från Praktiserande Läkares organisation. Utskottet sammanträder 4 gånger per år och i övrigt när minst 4 medlemmar kräver det. Samarbetsutskottet kommer överens om antalet allmänläkare i varje enskilt amt, liksom riktlinjer för hur den geografiska fördelningen skall vara. Parterna kan utse en oberoende förlikningsman om man inte kommer överens i en enskild fråga. Kan inte parterna enas utses förlikningsmannen av socialministern.

Vidare finns ett centralt partsammansatt kvalitetsutvecklingsutskott liksom att det i varje amt finns ett kvalitetsutvecklingsutskott. Arbetet finansieras av medel som varje enskilt amt avsätter för lokala kvalitetsutvecklingsprojekt.

Varje amt klassificerar respektive praktikerområde som öppet eller stängt. Som öppna områden klassificeras områden där antalet grupp 1-försäkrade överstiger antalet läkare gånger 1 325 (ca 1 700 invånare per praktiker) eller det antal som fastställs i särskild ordning. Om området är öppet skall det informeras om hur många läkare som kan etablera sig inom området innan det blir stängt. Ett område är stängt om en nyetablering skulle medföra att det genomsnittliga antalet grupp 1-försäkrade underskrider 1 109. Klassificering sker den 1 oktober varje år. Senast före utgången av november månad skall samarbetsutskott och samarbetsutskottet på riksnivå informera om vilka områden som medger nyetablering. Samarbetsutskottet kan medge att en läkare, som p.g.a. ålder eller sjukdom behöver avlastning, kan få förstärkning av en medarbetare. Normalt får då inte ytterligare en läkare etablera sig när den läkare som fått förstärkning lämnar sin praktik. Om den läkare som fått förstärkning fyllt 60 år skall han lämna sin praktik senast när denne fyller 70 år. En läkare som har mer än 2 096 försäkrade anslutna till sig får säga nej till ytterligare patienter under förutsättning att det fria läkaravtalet inte blir orimligt begränsat.

Praktiken kan utformas som enmanspraktik, kompanjonsskapspraktik eller aktiebolag. Med kompanjonsskapspraktik avses praktik som drivs av 2 eller flera läkare med gemensam patientkrets, ekonomi, personal och lokal. Samtliga dessa olika former av praktik kan fungera som samarbetspraktik där varje läkare har sin patientkrets men där visst samarbete sker vad gäller lokal och personal.

Den ekonomiska ersättningen till allmänläkarna regleras i detalj på central nivå.

Även vad som gäller vid övertagande av praktik eller om praktiken upphör är reglerat i centralt avtal. Storleken av praktikens good-will regleras och baseras på nettoersättningen.

Motsvarande avtal finns för specialistläkare även om dessa inte är lika detaljreglerade. Särskilda avtal finns för öronläkare och ögonläkare. Övriga specialistläkare har ett gemensamt avtal. För att kunna vara verksam som specialist inom försäkringens ram krävs godkännande av respektive amt.

Sjukgymnaster

Riksavtal träffas mellan Danske Fysioterapeuter och Sygesikringens Förhandlingsudvalg. Det senaste avtalet reviderades 1995. Överenskommelsen omfattar legitimerade fysioterapeuter som efter remiss från läkare behandlar patienter som ett led i den av läkaren beslutade sjukdomsbehandlingen.

I varje amt/kommun finns ett samarbetsutskott bestående av 4-6 medlemmar. Hälften utses av amtsrådet eller motsvarande. Minst 2 av de medlemmar som företräder fysioterapeuterna skall ha verksamhet i amtet. Utskottet skall sammanträda minst en gång per år och när minst hälften av medlemmarna kräver det. Utskottet behandlar frågor som rör avtalets praktiska hantering och är vägledande för tolkning av avtalet. Planering av etableringar, eventuella minskningar och flyttningar av etableringar, ändrade arbetsförhållanden samt överklaganden är frågor som behandlas av utskottet.

Frågor av principiell natur skall behandlas av det nationella samarbetsutskottet. Vid oenighet i de regionala samarbetsutskotten behandlas dessa frågor i det nationella samarbetsorganet. Det består av 3 medlemmar från Sygesikringens Förhandlingsudvalg och 3 medlemmar från Fysioterapeuterna som dess förbund utser. Om det nationella samarbetsorganet är oenigt i några frågor skall en opartisk ordförande utses.

Amtskommunen skall utarbeta en plan för det samlade behovet av praktiserande fysioterapeuter. Därvid skall det totala utbudet av fysioterapeuter beaktas och samordning av de totala resurserna samordnas.

Avslag på en ansökan om etablering kan överklagas till det nationella samverkansorganet.

Begränsning av antalet praktiker kan ske vid naturlig avgång. Vid en neddragning av antalet etableringar betalar amtet en ersättning som

är fastställd till 55 % av den genomsnittliga omsättningen de tre senaste åren.

Flyttning av praktik kräver medgivande av amtskommunen. Verksamheten kan bedrivas som enmanspraktik, gruppraktik eller i bolagsform.

Riksavtalet reglerar också regler för överklagande, vikariatsregler, remissregler liksom det fria valet av fysioterapeut för patienten. Dessutom regleras ersättningssystemet i dess helhet.

Varje Amtskommun avsätter årligen en summa pengar för vidareutbildning, forskning och information till fysioterapeuterna.

Patienterna svarar för 60 % av kostnaderna för fysioterapi. Amtet svarar för 40 %. För handikappade är behandlingarna avgiftsfria. Villkoren för detta regleras i ett separat avtal.

Psykologer

Riksavtal träffas mellan Dansk Psykolog Forening och Sygesikringens Förhandlingsutvalg. Det senaste avtalet reviderades 1997.

I avtalet specificeras vilka orsaker som berättigar till psykologhjälp. Ett samarbetsutskott på riksnivå finns som består av 3 medlemmar från vardera parten. Utskottet träffas vid behov.

I avtalet regleras hur många psykologer som kan vara anslutna till avtalet. För 1997 gäller 575. Antalet beräknas med utgångspunkt i avsatta medel plus patientavgifter dividerat med 120 000. För 1997 har avsatts 41,4 miljoner Dkr till psykologhjälp.

I vissa amt råder brist på psykologer som uppfyller angivna krav, varför man är medveten om att det antal som får vara verksamma enligt överenskommelsen inte alltid kan uppnås. 1995 fanns det 299 psykologer med avtal. Paterna är vidare överens om att om väntetiderna för patienterna blir orimligt höga kan samarbetsutskottet medge att antalet psykologer i det enskilda amtet får utökas.

Åldersgränsen är 70 år men dispens kan medges. Remisskrav gäller för psykologhjälp. Remissrätt har i första hand patientens husläkare. Patienten har rätt att välja psykolog och har också rätt att byta psykolog under behandlingstiden. I avtalet anges också längden på konsultationerna liksom att antalet konsultationer per behandlingstillfälle är begränsat till 12. Även arvodets storlek är centralt reglerat liksom patientavgiftens storlek.

De medel som avsatts för psykologhjälp har ökat under senare år. 1993 var beloppet 15 miljoner Dkr, 1995 25 miljoner Dkr och 1997 41 miljoner Dkr. Dessa medel fördelas helt efter invånarantal. Pengarna förbrukas emellertid inte i västra Danmark. Medel får dock inte föras

över till ett annat amt. Ca 40 % av det totala arvodet utgörs av patientavgifter. 30 % av samtliga som söker psykolog gör det 1-2 gånger.

Från Dansk Psykolog Forenings sida önskar man att remissens giltighetstid skall öka från 6 månader till 12 månader. Vidare önskar man se över de psykiatriska diagnoserna liksom ledighetsregler och möjligheten att behandla patienter utanför klinik.

8.3.2 Norge

Ny husläkarlag

Allmänläkarna regleras i dag på olika sätt, har mer eller mindre anknytning till kommunerna och har därmed olika ersättningssystem och patientavgifter. Systemet skapar enligt departementet dåliga förutsättningar för samarbete och det är svårt att styra utbudet och att utöva en god kostnadskontroll. Det föreligger också olika regler i kommunerna vad avser remisskrav till specialister. Vidare är ordinarie verksamhet och jourverksamhet dåligt samordnad varför jourverksamheten belastas för verksamhet som skulle kunna bedrivas på dagtid.

Efter en treårig försöksverksamhet förelås nu att ett husläkarsystem införs enligt bl.a. följande riktlinjer:

- fritt läkarval, möjlighet att stå utanför systemet, men då blir det dyrare att gå till läkare
- listning av patienter får variera mellan 500-2 300
- 50 % av intäkterna utgörs av per capita ersättning (fast ersättning)
- speciella regler i glesbygdskommuner
- lagen träder i kraft vid årsskiftet 1998/99.

Proposition ang. privata vårdgivare (läkare, psykologer och sjukgymnaster) utan avtal

Under våren 1997 har det beslutats att offentlig finansiering till privata vårdgivare utan avtal skall upphöra. De som berörs är de som var etablerade före 10 oktober 1992 eftersom denna möjlighet inte funnits för de som etablerat sig efter detta datum. Nuvarande regelsystem innebär en långsam avveckling av avtalslösa praktiker, men regering och riksdag har nu önskat påskynda utvecklingen. De nya bestämmelserna träder i kraft 1 juli 1998. De medel som frigörs skall, utöver att träffa avtal med dem som i dag saknar detta, användas för att förstärka den

offentliga sjukvården. Den största andelen avtalslösa läkare utgörs av läkare med deltids- eller fritidspraktik. Övergångsregler gäller för äldre vårdgivare; de som är mellan 63-70 år berörs inte. Inte heller berörs allmänläkare eftersom dessa förutsätts integreras i husläkarsystemet. Staten avsätter öronmärkta pengar för reformen under 2,5 år, sammanlagt 15 mkr till framför allt kvalitetssäkring.

Kommunerna har haft huvudansvaret för allmänläkare sedan 1984. I dag kan allmänläkare vara anställda, ha avtal eller enbart vara taxeanslutna. Ca 2/3 av allmänläkarna är privata. Patientavgifterna uppgår till 83 kronor.

För dem som är anslutna till taxan (läkare, sjukgymnaster och psykologer) gäller att ersättningsnivåerna förhandlas fram mellan parterna där även staten, genom statens förhandlingsorganisation, medverkar. Fri etablering gällde fram till 1992. Livslång etablering gäller såväl för taxeanslutna som avtalsbundna. När husläkarreformen genomförs kommer det att finnas ett system som omfattar alla allmänläkare och på sikt kommer alla allmänläkare att vara privata.

Gällande regler för allmänläkare och övriga specialistläkare

Ersättningssystemet fastställs av Helse- och Socialministeriet. Övriga villkor fastställs i avtal mellan Kommunernas centralförbund och Norska läkarförbundet. Bl.a. gäller enligt detta avtal att nya och lediga etableringar skall ledigförklaras i Läkarförbundets tidskrift minst 3 veckor före ansökningstidens utgång. Vid överlåtelse av praktik ersätts inventarier och utrustning enligt taxa. För läkare som drivit praktik i mer än 3 år kan också ersättning utgå för att praktiken upparbetats beräknat på upp till 17 % av den genomsnittliga omsättningen de senaste 3 åren. När en praktik är ledig skall kommunen göra en bedömning av antalet läkartjänster i förhållande till det totala utbudet och av kommunen fastställd hälsoplan. Om kommunen vill dra in en praktik förpliktar sig kommunen att täcka den förlust som ägaren gör. Någon "goodwill" för läkare som etablerat sig efter 1984 betalas emellertid inte ut. Om indragningen gäller en praktik i en grupp-mottagning är kommunen skyldig att diskutera frågan med övriga läkare i praktiken. Kommunen skall ha en fastställd hälsoplan. Om kommunen vill öka antalet anställda allmänläkare utöver plan skall en privatpraktiserande erbjudas anställning i kommunen. Kommunen skall i sin planering av övrig specialistläkarvård samordna den med sjukhusens poliklinik-verksamhet. Önskar kommunen inrätta en ny tjänst utöver plan vid en poliklinik är kommunen skyldig att erbjuda en privatpraktiker en överläkartjänst vid polikliniken. Samtliga avtal med läkarna gäller tillsvi-

dare. Rätten att driva praktik upphör när läkaren fyller 70 år. Avtalen revideras årligen.

8.3.3 England

Allmänt

Den nya labourregeringen fortsätter att föra samma strama budgetpolitik som den konservativa regeringen förde. En årlig ökning av de statliga utgifterna accepteras upp till en nivå av 0,5 %. Under senare år har flera statliga bolag privatiserats. En engångsskatt har i år tagits ut från dessa bolag, med hänvisning till de stora vinster bolagen gjort. Engångsbeskattningen skall bidra till att finansiera insatser inom bland annat skola och hälso- och sjukvård.

Den konservativa regeringen inledde en diskussion om "public partnership", dvs. att privat kapital kan föras in i hälso- och sjukvårdssystemet genom en privatisering av sjukvårdens byggnader och utrustning. Labour har anammat detta synsätt och är också redo att släppa in det privata kapitalet i hälso- och sjukvården på detta sätt. Köp- och säljsystemet är inte ifrågasatt av labour, under förutsättning att administrationskostnaderna kan minskas.

National Health System (NHS) har funnits sedan 1948 och omfattar cirka 6 % av BNP. Cirka 760 000 är anställda inom NHS. Finansieringen av NHS är 95 % via statskatt och 5 % via patientavgifter (avgifter för medicin och vid behandling/undersökning hos tandläkare och optiker).

NHS anses vara underkapitaliserat, vilket bland annat visats genom att köerna till sjukhusen vuxit under senare år. Ett av labours vallöften var "cut NHS waiting lists by treating an extra 100 000 patients, as a first step by releasing 100 million pounds from NHS red tape (administration)".

Kostnaderna för hälso- och sjukvården fördelar sig på cirka 20 % inom primärvården, vilken också utför cirka 90 % av alla behandlingar, och 80 % på sjukhusen. En utvecklingstendens är att sjukhusen allt oftare driver "outpatient clinics", dvs. sjukhusens specialistläkare bedriver specialistvård utanför sjukhusens lokaler.

Läkare

Av de cirka 100 000 yrkesverksamma läkarna i Storbritannien är 36 % general practitioners (GPs), 24 % övriga specialister i allt väsentligt arbetar de på sjukhusen och cirka 40 % är sk "junior doctors".

De allra flesta läkare arbetar inom NHS. Alla GPs är offentligt finansierade och anställda i sina egna bolag, "self-employed". 1997 finns det cirka 27 000 GPs.

En GP fungerar som grindvakt till sjukhusvården. Endast akuta fall och vård vid venerisk sjukdom är undantagna remisskrav. Det finns två typer av GPs (cirka hälften av varje); fundholders som har delar av sjukvårdsbudgeten för sina listade patienter och non fundholders vars budget administreras av respektive Local Health Authority (LHA). GP fundholders och LHA är att betrakta som beställare (köpare) av all hälso- och sjukvård från sjukhusen. Detta system innebär att sjukhusen konkurrensutsätts i samband med upphandlingen från GP fundholders och LHA.

Efter förhandlingar mellan NHS och British Medical Association (BMA) utfärdas nationella överenskommelser som reglerar villkoren för GPs verksamhet. Etableringskontrollen fungerar genom att ersättare utses om någon slutar eller att nya GPs kommer till om befolkningsunderlaget ökar. I genomsnitt har en GP 2 000 listade patienter. Om underlaget är färre än 1 700 patienter är det stopp för nyetablering, om underlaget är mellan 1 700 och 2 100 patienter skall diskussion föras om behovet och om underlaget är fler än 2 100 patienter föreligger fri etablering.

Cirka 60 % av är kapiteringsersättning och cirka 40 % är prestationsersättning.

De två olika systemen med fundholders och non-fundholders har kommit att innebära att patientens situation delvis är olika beroende på hos vilken GP man är listad. En GP som är fundholder tecknar avtal med sjukhusen. Avtalen kan innehålla krav på sjukhusen, exempelvis vad gäller återrapportering och väntetider. Det har visat sig att berörda patienter har kortare väntetider och återrapporteringen till GP är snabbare. Ett problem med fundholdingsystemet är en snabbt ökande byråkrati. Det tar tid och resurser att upphandla och förhandla.

För att GP fundholding kunna fungera effektivt bör en GP eller samverkande GPs ha över 5 000 patienter. Medlen erhålls direkt från Department of Health efter det att avtal, antingen med enskilda eller samverkande GPs, upprättats. En tendens är antalet gruppläkarmottagningar ökar och att organisationer för gemensam administrativ hjälp bildas liknande svenska Praktikertjänst AB.

Effekterna av de två systemen har kritiserats hårt och ministeriet har bland annat beslutat att det framöver bara skall finnas en gemensam väntelista på sjukhusen, dvs. det skall inte för patienten vara mindre

fördelaktigt att vara listad hos en non-fundholder. Det har också beslutats att inte tillstyrka att fler GPs får vara verksamma som fundholders. I framtiden planeras bland annat att minska byråkratin, sjukhusen skall anställa GPs som samordnare av verksamhet och att samverkande GPs skall utöka sin verksamhet med öppen kirurgi ("GP supersurgeries").

GPs förskrivningsmönster av läkemedel har noga kartlagts; på enskild läkarnivå, på lokal nivå och på nationell nivå. Med jämna mellanrum redovisas dessa uppgifter och varje enskild läkare kan härigenom jämföra sitt eget förskrivningsmönster med läkarkåren som helhet.

Cirka 80 % av GPs arbetar i grupp-mottagningar. Helt privata läkare finns endast i storstäderna och framför allt i London.

De sjukhusanställda läkarna kan endast i viss utsträckning arbeta privat utan offentlig finansiering. 50 % av sjukhusläkarna är anställda på heltid och är förbjudna att arbeta privat. Resterande sjukhusläkare arbetar antingen "maximum part time" eller "half time". Den första kategorin av dessa deltidsanställda slipper ett arbetspass i månaden mot ett löneavdrag motsvarande 10 %. Den andra kategorin har halvtidslön (90 % av dessa läkare finns i London) och arbetar i stor omfattning privat, utan offentlig finansiering, vid sidan av sin anställning.

Sjukgymnaster

Ca 60 % av sjukgymnasterna är anställda inom ramen för NHS. 11 % är privata utan offentlig finansiering, vilket också innebär att de kan sätta vilka patientavgifter de vill. 29 % arbetar inom andra områden, exempelvis inom forskning, utbildning och åt olika idrottsföreningar.

De allra flesta privatpraktikerna arbetar utan offentlig finansiering. Enstaka privata sjukgymnaster arbetar med kontrakt med GPs, inom ramen för NHS.

Sjuksköterskor

Cirka 75 % av sjuksköterskorna är anställda inom NHS (på sjukhus) och cirka 25 % är privatanställda utanför NHS, inkluderande de som arbetar som anställda hos GPs, på fängelser, i välgörenhetsorganisationer, hos privata patienter, i sjuksköterskehem och privata sjukhus. Cirka 2 000 sjuksköterskor är egna företagare. Ingen nationell reglering omfattar sjukskötersornas möjligheter att bli sin egen, trots detta blir allt fler sjuksköterskor egna företagare. De sjuksköterskor som idag arbetar som egna företagare finns bland helt privata barnmorskor och inom äldreomsorgen.

9 Övriga frågor

9.1 De regionala samverkansorganen

Delegationen har i sina båda enkätundersökningar till landstingen 1996 och 1997 ställt frågor om samverkansorganens sammansättning, arbetsuppgifter och allmänna betydelse.

Samtliga sjukvårdshuvudmän har inrättat regionala samverkansorgan med de privata vårdgivarna. Endast i undantagsfall är de privata vårdgivarna representerade av andra än läkare och sjukgymnaster. I Uppsala finns företrädare för privata sjukhus (Elisabeth sjukhuset) och laboratorieverksamhet (Medilab) med. I Värmland finns en kiropraktor representerad och i Västmanland har beslut fattats om att psykoterapeuterna skall vara representerade i samverkansorganet. Landstinget i Örebro skiljer sig på så sätt att man har stormöten till vilka alla privata vårdgivare inbjuds. Inga större skillnader i sammansättningen har ägt rum sedan tillkomsten av samverkansorganen i början av 1996. En utveckling är emellertid påtaglig, nämligen att samverkansorganen tenderar att delas upp i en för läkare och en för sjukgymnaster. En utveckling som initierats av de privata vårdgivarna.

Sjukvårdshuvudmännen representeras oftast av chefstjänstemän från den centrala ledningen, primärvård och länssjukvård. De flesta samverkansorganen saknar politikerföreträdare. En viss ökning av representanter för de offentligt anställda vårdgivarna kan också konstateras. I Uppsala som har en mycket bred representation i samverkansorganet kommer detta att kompletteras med verksamhetsuppdelade grupper, i vilka politkerna inte skall delta. Ansvar för dessa grupper kommer att ligga på den nämnd eller styrelse som har rätt att träffa avtal. I de tre Skånelandstingen kommer de nuvarande samverkansorganen att ersättas med ett gemensamt organ.

Särskilt under 1996 diskuterades vårdavtal, 65-årsgränsen, ersättningsetableringar, remissfrågan, kvalitetspolicy, upphandlingsfrågor, vikariatsregler, vårdköer och utarbetande av samverkanspolicy. Dessa frågor har också funnits på dagordningen under 1997 men samverkansfrågor och vårdkedjetänkande som viktiga förutsättningar för vårdavtalsdiskussioner har kommit mer i fokus. I de landsting som infört remisskrav till specialistläkarvård liksom generellt remisskraven till

sjukgymnastik har remissfrågan också varit en stående punkt på dagordningen.

Det allmänna omdömet om samverkansorganens betydelse är generellt sett entydigt positivt. Jämfört med när samma fråga ställdes för ett år sedan är omdömet än mer positivt. Samverkansorganet anses vara ett värdefullt diskussions- och informationsforum och som bidragit till en ökad ömsesidig förståelse och ett värdefullt erfarenhetsutbyte.

9.2 Utvecklingen av primärvårdens organisation m.m.

Delegationen har också i sina båda enkätundersökningar till landstingen 1996 och 1997 ställt frågor om primärvårdens organisation efter det att husläkarlagrarna upphört.

Det generella omdömet är att några påtagliga förändringar inte har ägt rum. Flertalet sjukvårdshuvudmän har återinfört områdesansvaret samtidigt som patientens fria val gäller. Några landsting införde aldrig husläkarsystemet och ett par har kvar husläkarsystemet. Flertalet landsting har kvar listningssystemet, som omfattar mellan 3 000 till 2 000 invånare per läkare. I vissa fall har den centrala listningen upphört och den är frivillig på lokal nivå. Den passiva listningen är i princip borta och i några fall har kapitationsersättningen upphört.

Den vanligaste ersättningsformen inom primärvården är att varje vårdcentral får en fast kapiteringsersättning och ersättning per besök. Ersättningen per besök kan vara bara patientavgift eller en större summa beroende på hur relationen mellan den fasta och rörliga ersättningen ser ut. I vissa fall utgår bara kapiteringsersättning och i vissa fall får vårdcentralen bara ersättning per besök. Hur ersättningen till vårdcentraler ser ut får också konsekvenser för huruvida fria nyttigheter i form av utnyttjande av laboratorie- och röntgenundersökningar ingår eller om dessa kostnader belastar vårdcentralens budget. I de flesta fall (60 %) utgör dessa tjänster en fri nyttighet. I övriga fall ingår kostnaderna för dessa tjänster i vårdcentralens budget. Däremot utgör dessa tjänster oftast en fri nyttighet för de privata vårdgivarna antingen genom att den nationella taxans regler följs eller att förhållandena regleras i avtal. Beträffande ersättning för lokaler är det vanligast att särskild kompensation utgår genom att lokalkostnaderna är "öronmärkta" i vårdcentralens budget.

I de flesta fall anger sjukvårdshuvudmannen att de offentligt anställda och de privata allmänläkarna med vårdavtal har samma arbetsuppgifter, vad avser själva grundåtagandet. De privata allmänläkarna saknar där-

emot ofta tilläggsåtaganden i form av jour/beredskap, mödravårdscentraler och barnavårdscentraler. De allmänläkare som erhåller ersättning enligt den nationella taxan driver oftast enbart läkarmottagning utan några av de särskilda åtaganden som ingår i primärvården i övrigt.

Några större organisatoriska förändringar av primärvårdens organisation har inte ägt rum under 1997. Inför övergången till det nya Skånelandstinget och landstinget Västra Götaland pågår emellertid förberedelser som kommer att leda till en ny organisation av primärvården och som också kommer att påverka de privata vårdgivarnas förutsättningar att bedriva sin verksamhet. Malmö kommun har fr.o.m. den 1 september 1997 slopat husläkarsystemet och har tecknat vårdavtal med samtliga f.d. husläkare. Gotland nämner att taxehöjningar och ändrade regler för frikort medfört ökade kostnader, varför de ekonomiska resurserna räcker till färre privata vårdgivare. Landstinget i Gävle påpekar att införandet av remisskrav till privata specialister påverkat den verksamheten.

13 landsting uppger att de har lagt ut någon del av primärvården på entreprenad. Det vanligaste är att vårdcentraler lagts ut på entreprenad. I Östergötland t.ex. drivs 4 vårdcentraler på entreprenad. Det är heller inte ovanligt att delar av primärvårdsverksamhet lagts ut på entreprenad som mvc, bvc, distriktssköterskeverksamhet och hemtjänstjour. I Uppsala drivs en asylmedicinsk mottagning på entreprenad.

Det bör noteras att det råder en viss begreppsförvirring om vad som skall räknas som entreprenad jämfört med när enskilda allmänläkare med vårdavtal driver hela eller delar av en vårdcentral på uppdrag av sjukvårdshuvudmannen. 18 landsting har uppgivit att de har vårdavtal med privata allmänläkare. De flesta anger att basåtagandet är identiskt men att tilläggsåtagandena varierar. De flesta har ej mvc, bvc, områdesansvar eller jour.

Endast 2 landsting har uppgivit att man inte tar hänsyn till omfattningen av privata allmänläkare och sjukgymnaster när dimensioneringen av primärvården avgörs. Ett av dessa landsting uppger emellertid att så kommer att ske i årets budgetprocess och det andra landstinget uppger att man på sikt kommer att ta hänsyn till detta i sin planering.

10 Överväganden och förslag

Uttalanden av regering och riksdag som utgjort utgångspunkter för delegationens överväganden och förslag

- Sjukvårdshuvudmännen bör ge ökat utrymme för alternativa driftformer och andelen privata vårdgivare bör öka.
- Sjukvårdshuvudmännen skall ha det totala planerings- och finansieringsansvaret.
- Samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna bör regleras genom att vårdavtal träffas.
- I takt med att landstingen utvecklar sin beställarkompetens samt renodlar producentrollen och rollen som finansiär bör behovet av att regeringen skall besluta om taxorna avta.
- Återväxten av privata vårdgivare måste tryggas genom att möjligheter öppnas för yngre vårdgivare att träffa vårdavtal.
- Patienternas ställning skall stärkas, bl.a. genom en reell möjlighet till valfrihet.

10.1 Generella utgångspunkter och värderingar

Delegationen skall enligt direktiven kartlägga och följa utvecklingen av vårdutbudet beträffande läkare och sjukgymnaster. Delegationen skall också följa utvecklingen av primärvårdens verksamhetsinriktning och driftformer med särskild uppmärksamhet på utvecklingen av privata allmänläkare efter husläkarlagens upphörande. Delegationen skall vidare följa i vilken omfattning läkare och sjukgymnaster bedriver verksamhet med offentlig finansiering efter det att vårdgivarna uppnått allmän pensionsålder samt belysa de praktiska och ekonomiska förutsättningarna för privatpraktiserande läkare utan offentlig finansiering att remittera patienter till laboratorie- och röntgenundersökningar. Delegationen skall också följa och bedöma tillämpningen av remissförfarandet och dess effekter för berörda privata vårdgivare. Delegationen skall vidare följa och bedöma utvecklingen av kostnaderna för olika tjänster inom specialistläkar- och sjukgymnastvården i offentlig regi respektive

ersättningarna för motsvarande tjänster hos de privata vårdgivarna med offentlig finansiering. Slutligen skall delegationen följa och bedöma utformningen av vårdavtal och därvid särskilt beakta frågan om producentneutralitet.

Delegationens uppdrag har utöver vad som framgår av direktiven utökats genom att Socialdepartementet överlämnat dels en skrivelse angående offentlig upphandling och dess tillämpning när vårdavtal träffas med läkare och sjukgymnaster, dels en skrivelse om Vidarklinikens framtid. Skrivelsen angående offentlig upphandling har, inom ramen för gällande lagstiftning, behandlats i delegationens delbetänkande "Styrning och samverkan" (SOU 1996:175). Skrivelsen angående Vidarkliniken har föranlett delegationen att, utöver Vidarkliniken, besöka ett antal privata sjukhus och sjukhem för att därigenom få en allsidigare belysning av den verksamhet som bedrivs och de villkor som råder för dessa.

Mot den här bakgrunden finns det anledning att betona att delegationens uppdrag har ett producent- och vårdgivarperspektiv. Regeringens uttalande om att det är önskvärt med en ökad mångfald i det samlade vårdutbudet har av delegationen, utöver att de resurserna kan utnyttjas effektivare, också tolkats som att patienternas önskemål om ökade valmöjligheter skall tillgodoses. Som stöd för denna uppfattning återges följande uttalande som återfinns i direktiven: "Regeringen betonar också att det är en fördel om det i varje landstingsområde finns alternativ till den offentligt producerade hälso- och sjukvården. Verksamhetens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet bör sättas i förgrunden vid val av driftform. Dessutom bidrar skilda driftformer till att öka enskilda människors valmöjligheter." Delegationen har därför valt att tydligare än vad som framgår av direktiven anlägga ett patientperspektiv. Ett exempel på detta är den studie som delegationen låtit genomföra, tillsammans med kommittén HSU 2000, om patienternas syn på remisskravet för tillgång till viss specialistläkarvård och sjukgymnastik.

Slutligen har delegationen i sina överväganden och förslag beaktat de förslag och allmänna uttalanden som regering och riksdag gett uttryck för vid olika tillfällen under den tid delegationen varit verksam, senast i regeringens proposition 1996/97:123 om privata vårdgivare.

En sammanfattande tolkning av dessa uttalanden ger stöd för uppfattningen att sjukvårdshuvudmännen bör ge ökat utrymme för alternativa driftformer och att andelen privata vårdgivare bör öka. En utveckling mot ökad reell valfrihet bidrar till att patientens ställning stärks. Särskilt har betonats att återväxten av privata vårdgivare bör tryggas genom att möjligheter öppnas för yngre vårdgivare att träffa vårdavtal. Samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna

bör regleras i vårdavtal samtidigt som det statliga ersättningssystemet bör finnas kvar i avvaktan på att sjukvårdshuvudmännen utvecklar sin beställarkompetens och renodlar sin producentroll och roll som finansiar. En utveckling mot att landstingen i högre utsträckning ser alternativa driftformer som en resurs och komplement till den offentligt drivna vården bör också, enligt regeringen, minska behovet av att regeringen skall fastställa de nationella taxorna.

En sammanfattning av den kartläggning av vårdutbud och tillämpning av gällande regelsystem som delegationen genomfört i enlighet med direktiven visar följande:

- Sammanlagt har antalet privatpraktiserande läkare minskat med 404 eller 14 % sedan den 1 januari 1996. Motsvarande tal för sjukgymnaster är 182 eller 7,5 %. Den kraftiga minskningen ägde rum vid årsskiftet 1996/97 då 300 läkare upphörde med verksamheten (exkl. allmänläkare med vårdavtal). För sjukgymnasterna, som har en betydligt yngre ålderssammansättning, var minskningen vid årsskiftet 1996/97 inte lika omfattande; 97 sjukgymnaster upphörde med verksamheten vid årsskiftet. De privata allmänläkarna minskade med 25 % på grund av husläkarlagens upphörande.
- Ytterst få läkare och i princip inga sjukgymnaster har lyckats få till stånd vårdavtal för fortsatt verksamhet i och med att 65-årsregeln trädde i kraft. I den mån vårdavtal har träffats med läkare har dessa huvudsakligen tecknats på ett år eller kortare tid för att möjliggöra en avveckling av verksamheten.
- De praktiska möjligheterna att efter uppnådd pensionsålder driva verksamheten vidare med enbart patientavgifter är ytterst begränsade. Mycket få särskilda vårdavtal har träffats, som medger kostnadsfri remittering till laboratorie- och röntgenundersökning.
- Kravet på remiss till specialistläkarvård och sjukgymnastik har lett till en ökad styrning av patienterna till den offentliga vårdproduktionen.
- De vårdavtal som har träffats har nästan uteslutande kommit till stånd med tidigare taxanslutna läkare och sjukgymnaster. I vårdavtalen har då funnits en garanti om återgång till verksamhet enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning till sjukgymnastik om avtalen skulle komma att sägas upp. Etablering av nya vårdgivare som inte haft sin förankring i det statliga regleringssystemet har varit mycket begränsad.
- De privata vårdgivarna har en lägre kostnadsnivå jämfört med motsvarande tjänster inom offentlig vårdproduktion. Det gäller i synnerhet de privata specialistläkarna. För de privata sjukgymnasterna är bilden mera splittrad. Kostnaden per vårdtillfälle är generellt sett lägre samtidigt som ett antal undersökningar som delegationen kun-

nat ta del av visar att antalet behandlingar per patient oftast är fler. Å andra sidan ger inte delegationens remissundersökning stöd för att så skulle vara fallet. Någon entydig slutsats av kostnaderna per färdigbehandlad patient kan därför inte dras.

Delegationen har tolkat direktiven på sådant sätt att den skall föreslå konkreta lösningar och förändringar i gällande regelsystem om utvecklingen och tillämpningen inte ligger i linje med vad som uttalats av regering och riksdag. Den sammanfattning som redovisats ovan har därmed utgjort grunden för delegationens överväganden och förslag.

10.2 Sjukvårdshuvudmännens olika roller och organisationsstruktur

Delegationens bedömning

- Sjukvårdshuvudmännens beställar- och finansieringsansvar måste tydligt separeras, och ges en mer självständig ställning, gentemot den egna produktionen och det arbetsgivaransvar som följer med detta.
- Sjukvårdshuvudmännen har ett stort ansvar när det gäller att ange tydliga spelregler och sina förväntningar på hur samverkan med och inom olika verksamheter skall förverkligas och genomsyra hela sjukvårdsorganisationen. Dessa spelregler och förväntningar skall gälla oberoende av vilken driftform som föreligger.
- Den öppna specialistläkarvården bör i större utsträckning, oberoende av driftform, förläggas utanför akutsjukhusen. Denna verksamhet utvecklas allt mer mot att bilda en egen vårdnivå i vårdkedjan mellan primärvård och läns- och regionsjukvård.

En förutsättning för att en positiv utveckling av alternativa driftformer skall komma till stånd under producentneutrala förhållanden är att sjukvårdshuvudmännens beställar- och finansieringsansvar tydligt separeras från den egna produktionen av hälso- och sjukvård och arbetsgivaransvaret för denna verksamhet. Att nuvarande förhållanden kan uppfattas som ett problem av grundläggande natur kommer också till uttryck i regeringens senaste proposition om privata vårdgivare i samband med att behovet av ett statlig reglerat ersättningssystem kommenteras. Sjukvårdshuvudmännen bör i egenskap av beställare tydligt fastställa långsiktiga och stabila villkor för producenterna, oberoende om produktionen sker i offentlig eller privat regi, och koncentrera sin verksamhet på att genom uppföljning förvissa sig om att fastställda villkor verkligen efterlevs. Genom vårdavtal kan tydliga rättigheter och

skyldigheter preciseras. På samma sätt som sjukvårdshuvudmännen måste beakta kravet på långsiktighet och tydliga spelregler för producenterna, oberoende av om dessa är offentliga eller privata, måste producenterna respektera sjukvårdshuvudmännens ansvar för kostnadsutvecklingen och att de som yttersta företrädare för medborgarna har ansvaret för att tillgängliga resurser med fastställda kvalitetskriterier utnyttjas så effektivt som möjligt. Resurserna måste fördelas på sådant sätt att medborgarnas behov, av att utbudet av hälso- och sjukvård kan erbjudas på lika villkor, kan tillgodoses.

Ett exempel på hur sjukvårdshuvudmännens olika roller kan sammanblandas är när sjukhusens verksamhetschefer får ett avgörande inflytande över huruvida privata specialitetsläkare inom motsvarande specialiteter skall medges etablering eller inte. Det förekommer vidare att verksamhetschefer och primärvårdschefer är privatpraktikernas motparter när vårdavtal träffas. Snarlika förhållanden på den primärkommunala sidan har kritiserats av Konkurrensverket. Kommunförbundet tar i sin bok "Kommunalt handlingsprogram för konkurrens" upp frågan om jäv som skulle kunna vara tillämplig i dessa situationer. Kommunförbundet betonar därför vikten av att hålla isär rollerna som "köpare" och "säljare" när den egna verksamheten ges möjlighet att lämna bud i konkurrens med externa anbudsgivare. Som exempel framhålls att det är helt oacceptabelt att samma personer som svarar för utformningen av ett internt bud även svarar för utformning av förfrågningsunderlaget och deltar i anbudsprövningen.

Mot den här bakgrunden anser delegationen att verksamhetschefer inom den offentliga vårdproduktionen inte bör ges ett avgörande inflytande över huruvida en privat etablering skall medges eller inte. Verksamhetschefer bör heller inte uppträda som köpare av privat vård. Delegationen är medveten om att det kan föreligga en viss konfliktsituation mellan en strikt uppdelning mellan olika produktionsformer som i sig rymmer ett visst mått av konkurrens och den samverkan som krävs mellan såväl samma som olika specialiteter inom olika driftformer för att tillförsäkra att befintliga resurser utnyttjas så effektivt som möjligt. Delegationen har också noterat att det finns en tydlig strävan bland sjukvårdshuvudmännen att tona ned själva konkurrensaspekten och i stället lyfta fram behovet av samverkan. Det är en strävan som delegationen helt ställer sig bakom. Hälso- och sjukvården kan, enligt delegationens uppfattning, inte tillåtas utvecklas i en riktning där marknadens villkor fullt ut får genomslag. Delegationen anser att sjukvårdshuvudmännen har det yttersta ansvaret för att ange hur samspelet mellan olika vårdgivare och driftformer skall fungera så att varje aktör finner sin roll i det samspelet. Om politikerna anger tydliga spelregler och förväntningar på hur samverkan bör ske kommer vårdgivarna att

organisera sin verksamhet efter detta. Delegationen har kunnat konstatera att där en gemensam samverkanspolicy utarbetats om hur samspelet skall fungera har man också i praktiken kommit längst i arbetet med vårdkedjor vilket medfört att patienterna erhåller vård på adekvat vårdnivå. Den nu beskrivna utvecklingen med tydliga roller och en väl fungerande samverkan är den utveckling som delegationen anser bör stimuleras på olika sätt. En sådan utveckling leder till mångfald, ett effektivt utnyttjande av resurserna och att patienternas val blir avgörande för hur beställarna skall styra sina resurser. Delegationen har tyvärr på vissa håll sett hur kortsiktiga besparingsmål, på grund av att rollerna sammanblandas, lett till att det är lättare att dra in på den externa produktionen än den "egna".

En annan fråga som är av organisatorisk karaktär är i vilken utsträckning som den öppna specialistläkarvården skall vara en integrerad del av den vård som ges vid sjukhusen. De jämförande studier mellan specialistläkarvård vid sjukhusens öppenvårdsmottagningar och privata specialistmottagningar, vars resultat sammanfattningsvis presenteras i kapitel 3 i detta betänkande, visar bl.a. på den splittrade verksamhet som läkarna vid sjukhusens öppenvårdsmottagningar bedriver. Dessutom tyngs verksamheten av sjukhusens stora overheadkostnader. De privata specialistläkarna kan däremot helt ägna sig åt kärnverksamheten, vilket innebär att en stor del av den tillgängliga tiden kan ägnas åt patientarbete. Den privata öppenvårdsverksamheten kännetecknas därför av ett effektivt patientomhändertagande. Mycket talar följaktligen för att den öppna vården, oberoende av om den drivs i offentlig eller privat regi, skulle kunna bli effektivare om den tydligt skildes från slutenvård och akutsjukvård. Verksamheten i privat regi med ett ökat personligt engagemang visar dessutom på ett ökat kostnadsmedvetande med mindre lokalytor och färre "kringpersonal" som följd, vilket leder till att kostnaderna för att bedriva verksamheten blir lägre. Den privata specialistläkarvården bildar också på vissa håll en ny vårdnivå – mellan primärvård och läns- och regionsjukvård. Vårdkedjetänkande och överenskommelser om patientflöden mellan vårdnivåerna bidrar till detta. Mycket talar följaktligen för att den öppna specialistläkarvården är lämplig att bedrivas i alternativa driftformer. Delegationen anser därför att öppenvården vid sjukhusen bör begränsas till att omfatta patienter som kräver sjukhusets samlade resurser, unika spetskompetens eller återbesök efter tidigare sjukhusvistelse.

Ytterligare en fråga av organisatorisk karaktär är de styrmodeller som ofta tillämpas inom den offentligt bedrivna vården och som leder till att de anställda anser sig ha små möjligheter att påverka sin egen arbetssituation. Inte minst i tider av förändringar och nedskärningar leder ett sådant förhållande till att personalen lätt kan känna sig ut-

bränd. Önskan att kunna påverka sin egen arbetssituation och att få verka i en organisation med korta beslutsvägar är motiv som nästan alltid återkommer i de studier där jämförelser har gjorts mellan verksamheter som drivs i offentlig respektive privat regi. Även när spelreglerna är i det närmaste identiska, som exempelvis studien om familjeläkarverksamheten i Västmanland visar (kap. 3), framkommer dessa skillnader. Den jämförande studien mellan två vårdcentraler i Norrköping (kap. 3) är särskilt intressant i detta avseende eftersom den belyser situationen vid två olika tidpunkter. Efter den första mätperioden fick den landstingsdrivna enheten förutsättningar som var mer jämförbara med den entreprenaddrivna. Detta gav direkta utslag vid nästa mätperiod. Såväl ökad patient- och personaltillfredsställelse som en ökad kostnadseffektivitet kunde noteras. Utan tvekan finns det en stor potential för sjukvårdshuvudmännen att inom den landstingsdrivna verksamheten stimulera till organisationsförändringar som möjliggör ett ökat inflytande för olika personalkategorier över den egna arbetssituationen.

10.3 Producentneutralitet, konkurrenslagen och lagen om offentlig upphandling

Delegationens bedömning

- Vid ingående av s.k. avropsavtal måste det beaktas att vårdgivarna ges förutsättningar att åstadkomma en rimlig dimensionering av vårdutbudets kapacitet.
- Patientens valfrihet måste även omfatta val av olika rehabiliteringsalternativ.
- Sjukvårdshuvudmännen måste genom omfördelning av befintliga resurser kunna styra dessa till den verksamhet som patienterna efterfrågar.
- Delegationen bejakar konkurrens som ett viktigt inslag inom hälso- och sjukvården. Marknadslösningar får dock inte medföra att lägsta pris tillåts vara den enda utslagsgivande faktorn. Andra faktorer måste ges en ökad tyngd, inte minst de kvalitativa.
- Delegationen anser att en viss modifiering av lagen om offentlig upphandling bör övervägas när det gäller icke vinstdrivande verksamhet av hälso- och sjukvårdstjänster.

De problem med bristande producentneutralitet som delegationen noterat under sitt arbete har sin grund i sjukvårdshuvudmännens olika roller som beställare och finansär å ena sidan och som producent och

arbetsgivare å den andra. Utöver att detta förhållande kan leda till att tillgängliga resurser inte utnyttjas på effektivast möjliga sätt, utgör också ett hot mot den enskilde patientens valfrihet. Vid de besök som delegationen gjort på ett antal enskilda sjukhus och sjukhem och specialistkliniker har dessa frågor aktualiserats på ett mycket påtagligt sätt. Ett sådant exempel är när, trots att ansvariga läkare på olika sjukhuskliniker i samråd med patienterna har skrivit remisser till aktuella sjukhem med vilka sjukvårdshuvudmännen har avtal, remisserna "överprövas" av administrativa enheter och patienterna i stället "styr" över till de egna vårdalternativen, mot patientens vilja.

De sjukhus och sjukhem som delegationen har besökt är huvudsakligen inriktade på eftervård, olika rehabiliteringsinsatser och i vissa fall s.k. hospicevård. Dessa verksamheter är följaktligen inriktade på att erbjuda patienterna fortsatt vård efter det att dessa inte längre behöver vårdas på akutsjukhusens kliniker. Syftet med dessa vårdavtal är således att få en väl fungerande vårdkedja mellan akutsjukvård och rehabilitering. För samtliga institutioner, som delegationen besökt, föreligger vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen. Avtalen kan till sitt materiella innehåll delas upp i två grupper. Den ena gruppen har formen av avropsavtal, i vilka anges den ersättning som vårdgivaren får om patienterna remitteras till det aktuella sjukhuset eller sjukhemmet. Någon garanti för att ett visst antal patienter kommer att remitteras föreligger inte. Den andra gruppen av avtal innehåller antingen en garanterad volym och/eller en vårdvolym som är maximerad. Delegationen anser emellertid att, oberoende av avtalens utformning, själva det faktum att ett vårdavtal har träffats måste innebära att verksamheten uppfyller av sjukvårdshuvudmannen ställda krav och att intentionerna är att de tjänster som vårdgivaren erbjuder skall tas i anspråk.

Delegationen har emellertid funnit att patientens valfrihet inte är lika tydligt uttalad och förankrad i sjukvårdsorganisationen när det gäller val av olika rehabiliteringstjänster, som när det gäller val av vårdgivare inom primärvården eller val av sjukhus. Delegationen har funnit exempel där den chefläkare som beslutar om remisserna vid rehabilitering samtidigt är chef för motsvarande verksamhet inom den offentliga produktionen. Denne torde därmed ha ett eget intresse av hur remisserna fördelas. Delegationen kan konstatera att de ytterst ansvariga politikerna hävdar att patienternas valfrihet skall gälla även i dessa fall. Det är, enligt delegationens mening, uppenbart att det inom sjukvårdsadministrationen utformas egna regelverk och att de politiska besluten inte alltid tillräckligt genomsyrar organisationen.

En effekt av den uppkomna situationen är att det i dag finns tomma vårdplatser som sjukvårdshuvudmannen betalar för utan att någon vård ges samtidigt som patienterna efterfrågar denna vård. Det är enligt de-

legationens mening ett resursslöseri som inte kan försvaras. En annan effekt är att vissa vårdinrättnings existens står på spel eftersom man planerat sin verksamhet med hänsyn till ingångna avtal och att befintliga resurser skulle komma att utnyttjas. Delegationen kan vidare konstatera att den inte funnit att vårdplatserna hos de nu aktuella vårdgivarna skulle vara dyrare än vad motsvarande verksamhet är inom den offentligt bedrivna vården. Delegationen är medveten om att det finns vissa förklaringar till den uppkomna situationen. Rehabiliteringstiderna har förkortats avsevärt och hemsjukvården, som ett nytt alternativ, har byggts ut kraftigt. Delegationen anser att det ytterst handlar om patientens fria val. Väljer patienten andra vårdgivare, som sjukvårdshuvudmannen har träffat vårdavtal med, måste det ligga i sjukvårdshuvudmannens åtagande att genom omfördelning av befintliga resurser styra dessa till den verksamhet som patienterna efterfrågar.

Delegationen har vidare besökt en psykiatrimottagning med vilken sjukvårdshuvudmannen träffat vårdavtal. Vårdavtalet har karaktären av ett avropsavtal. Det förutsätts att en verksamhetschef inom den offentligt bedrivna psykiatrin remitterar patienten till den privata kliniken. Av de 182 patienter som mottagningen haft under perioden januari-augusti 1997 har endast 9 patienter remitterats. Övriga patienter har således själva fått stå för hela kostnaden. Detta är enligt delegationens uppfattning ytterligare ett exempel på där verksamhetschefen inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården har ett avgörande inflytande över huruvida patienterna skall medges rätt att söka sig till alternativa vårdformer.

Delegationen har också besökt ett par privata sjukhus, som har vårdavtal med respektive sjukvårdshuvudman. Delegationen vill framhålla dessa som goda exempel på hur en väl fungerande samverkan med såväl sjukvårdshuvudman som primärvård och akutsjukvård kan se ut. Båda sjukhusen bedriver huvudsakligen öppen specialistläkarvård inklusive dagkirurgi och fungerar i första hand som "närsjukhus". Några formella remisskrav föreligger inte och framgången hos båda dessa sjukhus styrs ytterst av patienternas valmöjligheter och att dessa är nöjda med den sjukvård som erbjuds.

Delegationen har uppdragit till Konkurrensverket att göra en sammanställning av inkomna klagomål inom hälso- och sjukvårdsområdet under de senaste två åren. Sammanställningen visar i vilken beroendeställning som den privata vårdgivaren befinner sig i förhållande till sjukvårdshuvudmannen. Etableringsregler och landstingens finansiella monopol medför att landstingen själva avgör i vilken utsträckning de egna vårdtjänsterna skall bli föremål för offentlig upphandling. Flera ärenden belyser de problem som beror på kommunens dubbla roller som finansiär och producent. Genomgången av ärendena visar att det är

svårt att tillämpa konkurrenslagen på dessa områden. Själva beslutet att en verksamhet skall upphandlas är ett myndighetsbeslut som i sin tur bygger på politiska beslut. I dessa beslut är konkurrenslagen inte tillämplig. Sammanfattningsvis visar Konkurrensverkets sammanställning klart vilket trubbigt instrument konkurrenslagen är när det gäller att komma till rätta med bristande producentneutralitet inom stat och kommun.

Delegationen anser att det är olyckligt att konkurrenslagen inte kan fungera som ett stöd för att utvecklingen av alternativa driftformer stimuleras. Det är delegationens bestämda uppfattning att det kan leda till en effektivare vårdproduktion. Inom ramen för nu gällande lagstiftning är det än mer angeläget att kommuner och landsting själva tar ansvar för att producentneutrala villkor föreligger och som möjliggör alternativa aktörer. Delegationen noterar mot denna bakgrund med tillfredsställelse att regeringen nyligen tillsatt ett råd för konkurrens på lika villkor mellan offentlig och privat sektor. Alternativa driftformer kan också skapa en ökad och önskvärd valfrihet för patienten. Delegationen vill emellertid fästa uppmärksamhet på att erfarenheterna hittills pekar mot en utveckling som snarare begränsar än ökar valfriheten. Geografiska avgränsningar när det gäller vårdens tillgänglighet och införandet av remisskrav för rätten att få tillgång till vissa vårdgivare är exempel på detta.

En sammanfattning av de effekter som påvisats i de studier som hittills gjorts inom äldreomsorgen visar entydigt på de positiva effekter som upphandling och entreprenadlösningar haft på kostnadsnivån. Detta gäller även för den offentligt bedrivna produktionen. Själva förekomsten av alternativa driftformer i sig har också skapat möjligheter till jämförelser och därmed stimulerat den verksamhet som bedrivs i offentlig regi till nytänkande. Ett förhållande som ger anledning till eftertanke och diskussion är att valfriheten för den enskilde inte ökat. Strikta geografiskt utformade upptagningsområden måste kunna kombineras med en ökad valfrihet för den enskilde. Det finns studier som visar att 80 % av befolkningen vill ha större möjligheter att påverka den vård man får som patient. Detta gäller i stigande grad den yngre generationen medan den äldre mer värdesätter kontinuitet i läkarkontakten. Valfriheten som ett egenvärde i sig kommer därför att öka i betydelse och det krävs att detta förhållande i större utsträckning beaktas när tillgängligheten till olika vårdformer utformas.

Delegationen vill betona vikten av att det skapas en väl avvägd balans mellan konkurrens och samverkan och där samtidigt samspelet mellan olika vårdgivare måste fungera. Konkurrens inom hälso- och sjukvården innebär att olika vårdgivare konkurrerar om ett kontrakt med offentlig finansiering. Ofta handlar det om konkurrens om en

marknad snarare än konkurrens på en marknad. Olika typer av entreprenader inom äldreomsorg och vårdcentraler är exempel på detta, där geografiska upptagningsområden begränsar patientens valfrihet. Delegationen anser att det måste vara möjligt att kombinera olika former av områdesansvar med en ökad valfrihet för patienten. Delegationen anser dock att marknadslösningar inte får medföra att lägsta pris tillåts vara den enda utslagsgivande faktorn. Upphandlingen ställer stora krav på kompetens hos anbudsgivarna och andra aspekter, inte minst de kvalitativa, måste ges stort utrymme. När hela eller delar av verksamheten läggs ut på entreprenad och/eller drivs av kommersiella företag skall verksamheten bli föremål för offentlig upphandling. Samma sak gäller vårdhem, sjukhus och olika typer av medicinsk service. Delegationen vill emellertid fästa uppmärksamheten på att många privata sjukhus och sjukhem är ideella stiftelser som drivs utan vinstmotiv. Dessa har ofta en lång tradition av samverkan med den offentligt bedrivna vården. Ofta betraktas dessa som en integrerad del av den samlade sjukvårdsproduktionen från sjukvårdshuvudmännens sida. Det handlar i dessa fall inte om entreprenader i vanlig mening, dvs. att den entreprenör som fått kontrakt, övertar en redan befintlig verksamhet, som ofta tidigare bedrivits i landstingets egen regi. Dessa ideella stiftelser driver i enlighet med sina stadgar sjukvård sedan årtionden, ibland mer än hundra år tillbaka, och äger sina fastigheter. De har också successivt utvecklat och anpassat sin verksamhet i nära samverkan med sjukvårdshuvudmännens behov. Ett uteblivet kontrakt, efter en offentlig upphandling innebär, om inte verksamheten skall drivas vidare utan offentlig finansiering, att stiftelserna måste upplösas och upphöra med sin verksamhet samt att fastigheterna måste avyttras. En förutsättning för dessa institutioners överlevnad är att långsiktiga och stabila spelregler gäller. Delegationen anser att en modifiering i tillämpningen av lagen om offentlig upphandling bör övervägas för dessa verksamheter. Delegationen hälsar därför regeringens och riksdagens beslut med tillfredsställelse att lagen om offentlig upphandling skall ses över när det gäller dess tillämpning på hälso- och sjukvårdstjänster. Samtidigt anser delegationen att det bör utvecklas ett system som avser enskilda vårdgivare och där ett ansökningsförfarande fungerar som urvalsprocess. Den vårdgivare som väljs får därmed en personlig etablering där villkoren redan huvudsakligen är fastställda enligt lag eller genom nationella riktlinjer som utformats gemensamt av sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarnas företrädare. Dessa personliga etableringar anser delegationen inte bör bli föremål för offentlig upphandling. Delegationen utvecklar detta förslag närmare i avsnitt 10.6. Delegationen anser således att det bör finnas två parallella system för alternativa driftformer inom hälso- och sjukvården.

10.4 Statlig styrning och decentralisering

Delegationens bedömning

- Hälso- och sjukvård är en nationell angelägenhet, vilket bl.a. kommer till uttryck i HSL:s portalparagraf om medborgarnas tillgång till hälso- och sjukvård på lika villkor. Olikheter i remisskrav och patientavgifter på samma vårdnivå samt olikheter i spelregler mellan privata och offentliga vårdgivare mellan olika landsting påverkar tillgängligheten och valfriheten till hälso- och sjukvård. Avvägningen mellan grundläggande demokratiska principer om lokalt självstyre och medborgarnas tillgång till hälso- och sjukvård på lika villkor sätts därmed i fokus.

Statens förhållande till kommuner och landsting och den utveckling mot en ökad decentralisering som ägt rum har utförligt belysts i kommunala förnyelsekommitténs slutbetänkande (SOU 1996:169). Denna utveckling kännetecknas av att staten skall koncentrera sig på att formulera nationella mål, stifta ramlagar och bevilja generella finansiella resurser. I efterhand skall staten genom uppföljning, utvärdering och tillsyn säkerställa att kommuner och landsting lever upp till de nationella målen. Avsikten har inte varit att försvaga den statliga styrningen utan att koncentrera den till de aspekter av verksamheten där nationella värden skall garanteras medborgare oavsett var i landet de är bosatta. Statens uppmärksamhet skall alltså riktas mot vad som produceras medan kommuner och landsting skall ges en större frihet hur produktionen skall ske och hur resultaten skall uppnås. Inom ramen för den kommunala självstyrelsen skall verksamheterna anpassas efter olika lokala och regionala förhållanden samtidigt som medborgarna erhåller en service som är förenlig med regeringens och riksdagens intentioner. Förnyelsekommittén konstaterar emellertid att den nationella uppföljningen och utvärderingen brottas med stora svårigheter på grund av stora lokala variationer som försvårar jämförelser på nationell nivå, men också på grund av att staten inte förmått ange tydliga och uppföljningsbara mål. Även delegationen kan konstatera att det föreligger svårigheter att göra uppföljningar och jämförelser på nationell nivå, inte minst när det gäller statistiska redovisningar, på grund av att landstingen själva kan ha olika definitioner för jämförbara förhållanden. Myndigheter och organisationer på nationell nivå har ofta inte heller kunnat enats om gemensamma definitioner. SPRI arbetar med att ta fram en gemensam s.k. termkatalog i vilken man förutom befintliga klassifikationer, lagt in administrativa termer som man enats kring. På sikt kommer denna

termkatalog att kunna lösa en del av de problem som delegationen uppmärksammat.

För delegationen har det bedömts som angeläget att utifrån ett patientperspektiv beakta Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om tillgången till sjukvård på lika villkor för hela befolkningen. Med den som utgångspunkt kan man diskutera hurvida den är förenlig med olika remisskrav i olika landsting, olikheter i tillämpningen av remisskrav mellan privata och offentliga vårdgivare eller hur stora variationerna i patientavgifter på samma vårdnivå kan vara mellan olika landsting. Dessa olikheter påverkar naturligtvis tillgängligheten till en skattefinansierad verksamhet för vilken medborgarna i stort sett betalar samma skatt. Remisskrav till privata specialistläkare föreligger i åtta landsting, medan remissfrihet till sjukgymnastik bara gäller i fem landsting.

Patientavgifterna till allmänläkare varierar i dag mellan 60-140 kronor och till specialistläkare mellan 120-260 kronor. Till psykoterapi varierar patientavgifterna från 50 till 200 kronor och till sjukgymnastik från 50 till 120 kronor. Olika patientavgifter påverkar samtidigt hur snabbt man kommer upp till gränsen för frikort varför ytterligare en ekonomisk dimension kan läggas på detta förhållande. Med höga patientavgifter nås frikortsnivån naturligtvis snabbare än om patientavgifterna är låga.

Ett annat exempel är vårdgivarnas möjlighet att vara verksamma med offentlig finansiering efter fyllda 65 år, liksom möjligheten att träffa särskilda vårdavtal om tillgång till fria laboratorie- och röntgenundersökningar för de vårdgivare som fyllt 65 år och som är verksamma med enbart patientavgifter som finansieringskälla. Ytterligare ett exempel är hur olika sjukvårdshuvudmännen tillämpat möjligheten att bevilja privata allmänläkare fortsatt verksamhet efter husläkarlagens upphörande. Avsaknaden av fastställda kriterier för hur enskilda bedömningar i enskilda fall ska gå till leder enligt delegationens uppfattning till att den enskilde vårdgivaren lätt kan känna sig utlämnad till sjukvårdshuvudmannens godtycke och att den enskilde därmed upplever en brist på rättssäkerhet.

Delegationen är medveten om att de nu påtalade skillnaderna mellan olika landsting ytterst berör frågor om grundläggande demokratiska principer om lokalt självstyre och om ansvarsfördelningen mellan nationell och regional eller lokal nivå och den kommunala självbestämmanderättens omfattning och inriktning. Därmed inställer sig frågan om hur stora skillnader i avgifter, omfattning och tillgänglighet som det kan anses vara rimligt att medborgarna kan acceptera när det gäller en skattefinansierad verksamhet som hälso- och sjukvård. Delegationen

anser att mycket talar för att medborgarna betonar vikten av nationell likhet när det gäller hälso- och sjukvård.

10.5 Styrning och samverkan genom vårdavtal m.m.

Delegationens bedömning

- Svensk hälso- och sjukvård skall vara skattefinansierad och demokratiskt styrd. Produktionen kan däremot ske i olika former.
- Förhållandena mellan sjukvårdshuvudman och enskild vårdgivare skall regleras i vårdavtal. Den uppdelning på vårdavtal och samverkansavtal som föreligger är inte ändamålsenlig.
- Återväxten av enskilda vårdgivare måste tryggas. Långsiktiga vårdavtal och möjligheten att överlåta en etablering är i detta sammanhang av avgörande betydelse.

Sverige har i likhet med övriga västeuropeiska länder ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem. De nationella systemen kännetecknas av att de är skattefinansierade eller utgörs av allmänna försäkringssystem som i praktiken kan jämföras med en skattefinansiering. Finansiering och produktion sker i olika former, där politiker på nationell och lokal eller regional nivå har det yttersta ansvaret för finansiering, tillhandahållande och drift av verksamheten. Därmed är frågor som kostnadskontroll, styrning av vårdutbud och behovet av att samordna befintliga resurser aktuella i samtliga dessa länder. Produktionen kan däremot ske i olika former. I flertalet länder produceras den öppna vården i privat regi, samtidigt som begreppet "privat" får betraktas som mer eller mindre inadekvat eftersom dessa vårdgivare är inordnade i olika former av nationella system. I England exempelvis används begreppet "selfemployed" och i Tyskland används benämningen "Kontraktsartz". Nationella system utesluter emellertid inte i sig att parterna har ett stort inflytande över villkoren för verksamheterna. I samtliga länder finns det mer eller mindre reglerande ramlagar, som styr förutsättningarna för parternas arbete. Avtal mellan parterna på nationell och lokal eller regional nivå är inte en ovanlig metod för att reglera förhållandena mellan vårdgivare och det organ som ansvarar för att befolkningen erbjuds ett utbud av hälso- och sjukvårdstjänster. Dessa förhållanden gäller också i Sverige. Hälso- och sjukvården är starkt reglerad i olika former av lagstiftning. Socialstyrelsen har det samlade tillsynsansvaret. Verksamheten är skattefinansierad och ytterst styrd av politiska beslut på såväl central som regional nivå. Sjukvårdshuvudmannen har det

samlade planerings- och finansieringsansvaret. En övervägande politisk majoritet ifrågasätter inte dessa grundläggande förutsättningar för svensk hälso- och sjukvård.

Regering och riksdag har uttalat att vårdavtal bör vara det normala tillvägagångssättet för att reglera förhållanden mellan sjukvårdshuvudman och privat vårdgivare. Lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning till sjukgymnastik (LOS) är alltså dispositiva till sin karaktär liksom att de av regeringen fastställda förordningarna om nationellt gällande taxor kan frångås i vårdavtal. Samverkansavtal kan betraktas som ett etableringstillstånd där lag och nationell taxa reglerar villkoren. Även samverkansavtalet kan tidsbegränsas, vilket innebär att det tidigare i princip livslånga etableringstillståndet inte längre existerar.

Delegationen anser inte att det är ändamålsenligt med den uppdelning på vårdavtal och samverkansavtal som nu föreligger. Den har skapat mer förvirring än klarhet. Inte minst har den tolkning av gällande regelsystem som Nämnden för offentlig upphandling (NOU) gjort bidragit till detta. Nämnden har kommit fram till helt olika uppfattningar angående kravet på upphandling beträffande samverkansavtal jämfört med vårdavtal. Samverkansavtal behöver enligt nämnden inte upphandlas därför att lag och nationell taxa följs medan vårdavtal däremot (om det inte träffas med vårdgivare som redan är anslutna till den nationella taxan) skall upphandlas. Grunden för nämndens ställningstagande är att ersättningsnivåerna kan konkurrensutsättas med vårdavtal. Delegationen har redan i sin delrapport ställt sig frågande till detta motiv, dels därför att "tillträdet till marknaden" är den egentliga konkurrenssituationen, dels att man från sjukvårdshuvudmannens sida från början inte har anledning att binda upp sig för om man skall göra avsteg från en nationell reglering eller inte. Huruvida detta skall ske eller inte är något som förhandlas fram med den enskilde vårdgivaren. Faktum är att flertalet vårdavtal följer den nationella taxan, men att man för ersättning för enskilda diagnoser kan frångå denna. Likaså förekommer att man kommer överens om vissa tilläggsåtaganden som inte regleras av den nationella taxan. Det är heller inte ovanligt att mer kvalificerade åtgärder ersätts med högre belopp än vad den nationella taxan stipulerar. En annan konsekvens av nämndens beslut torde vara att om sjukvårdshuvudmannen först träffar ett samverkansavtal med vårdgivaren och därefter tar upp diskussioner om ett vårdavtal, så uppkommer ingen skyldighet att följa upphandlingsbestämmelserna.

Samtidigt torde NOU:s slutsatser vara principiellt riktiga om att lagen om offentlig upphandling skall tillämpas om vårdavtalen utformas på ett sådant sätt att den offentligrättsliga kopplingen saknas och avtalen träffas på 2-3 år. Därmed skulle hälso- och sjukvårdstjänster i alla

former, utom den offentligt producerade, betraktas som vilken annan tjänst som helst. Delegationen ställer sig av flera skäl avvisande till den "marknadifiering" som en sådan utveckling skulle leda till när det gäller avtal med enskilda vårdgivare.

Sverige har ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem som är reglerat genom lagar och förordningar. Någon "marknad" existerar egentligen inte eftersom det bara finns en köpare av hälso- och sjukvårdstjänster. Verksamheten är skattefinansierad och ytterst styrd av politiska beslut på såväl central som regional nivå. Delegationen ifrågasätter såväl det väsentliga som riktiga i att det finns en möjlighet att priskonkurrera med enskilda vårdgivare och träffa vårdavtal på 2-3 år för att sedan återigen gå ut i en offentlig upphandling. I de kontakter som delegationen haft med samtliga sjukvårdshuvudmän har det inte framkommit önskemål om ett sådant system. Flertalet har gjort den bedömningen att det behövs ett nationellt regelsystem som däremot inte behöver lagregleras. Istället har den allmänna uppfattningen varit att det bör överlåtas till de centrala parterna att utforma gemensamma riktlinjer inom vilka respektive sjukvårdshuvudman kan träffa vårdavtal. I dessa kan hänsyn tas till såväl sjukvårdshuvudmannens vårdbehov som den enskilde vårdgivarens inriktning, arbets sätt och uppgift i vårdkedjan. Delegationen vill betona att det nu förda resonemanget bygger på vårdavtal med enskilda vårdgivare som har personliga etableringar. När hela eller delar av verksamheten läggs ut på entreprenad och/eller drivs av kommersiella företag typ Bure, Parterna Care, ISS, Medihem m.fl. ifrågasätter delegationen inte att lagen om offentlig upphandling skall tillämpas.

I de kontakter som delegationen haft med sjukvårdshuvudmännen betonas ofta att den uppfattning som riksdag och regering givit uttryck för om vårdavtal är riktig. Många menar att det är en förutsättning för att de samlade resurserna skall utnyttjas så effektivt som möjligt. Vidare framhålls att vårdavtal bidrar till att den privata vården på ett naturligt sätt ingår i sjukvårdshuvudmännens totalplanering. Att det hittills varit förhållandevis trögt att få till stånd vårdavtal sägs delvis bero på den nationella taxans generösa utformning. Det finns, menar man, få incitament för båda parter att träffa vårdavtal då de av regeringen fastställda taxorna bildar "golv" för den ekonomiska ersättningen. Kritik riktas också mot läkarvårdstaxans konstruktion. Den anses stimulera läkare till att ta emot "enklare fall" som kan klaras av primärvården, istället för att koncentrera sig på de fall som verkligen kräver specialisternas särskilda kompetens. Även om sjukvårdshuvudmännen samfällt anser att beslutet att inordna de särskilda åtgärderna under det s.k. taket är principiellt riktigt kan det leda till att nuvarande förhållande förstärks. Det är en allmän uppfattning att för få kvalificerade åtgärder

är prissatta och att de är för lågt prissatta medan de enklare åtgärderna ger en för generös ersättning. Det beslut som nämnden fattat om offentlig upphandling nämns i sammanhanget också som ett hinder för att träffa vårdavtal.

Även om det i flertalet landsting hittills har gått trögt i utvecklingen mot fler vårdavtal har det i storstäderna, inte minst i Stockholm, träffats ett inte oväsentligt antal nya vårdavtal. I flertalet fall, när det rör sig om avtal med enskilda vårdgivare, har det rört sig om vårdgivare som tidigare varit anslutna till den nationella taxan, varför frågan om offentlig upphandling inte varit aktuell i någon större omfattning.

När delegationen gått igenom de vårdavtal som träffats under 1997 har det kunnat konstateras att den nationella taxan utgör basen i den ekonomiska ersättningen. Det finns emellertid en tydlig utveckling mot att styra till mer kvalificerade åtgärder för att därmed avlasta sjukhusens öppenvårdsmottagningar. Det förhållandet att de särskilda åtgärderna har inkluderats under det så kallade taket har också visat sig vara ett incitament för att träffa vårdavtal för att möjliggöra en utveckling mot fler kvalificerade åtgärder. En sådan utveckling tillfredsställer såväl sjukvårdshuvudmännens som vårdgivarnas önskemål. Det blir också alltmer vanligt att vårdkedjetänkandet kommer till uttryck i vårdavtalen genom överenskommelser om patientflöden. I dessa etablerar de privata vårdgivarna en ny vårdnivå mellan sjukhusens specialistmottagningar och primärvården. Den otrygghet som de tidsbegränsade avtalen medför uppvägs av att vårdgivarna ges rätt att återgå till den nationella taxan om vårdavtalen skulle upphöra. Den positiva bild av utvecklingen som nu redovisas är således begränsad till de läkare och sjukgymnaster som i dag är verksamma med en etablering fram till pensionsåldern att falla tillbaka på. När det gäller dessa grupper är delegationen inte oroad över att utvecklingen går mot fler vårdavtal och att färre därigenom blir verksamma enligt den nationella taxan.

Det stora problemet med gällande regelsystem är att ytterst få enskilda vårdgivare, utanför kretsen av vårdgivare som omfattas av LOL och LOS, vågar träffa vårdavtal på 2-3 års sikt utan någon garanti om förlängning. Detta innebär att det inte sker något nytillskott av enskilda vårdgivare. Efter den mycket kraftiga minskningen av antalet vårdgivare vid årsskiftet 1996/97, då den samlade effekten av den s.k. 65-årsregeln slog igenom, har minskningen fortsatt även om den hittills under 1997 varit av marginell omfattning bland läkarna. Bland sjukgymnasterna har minskningen däremot fortsatt i samma omfattning som under 1996. Delegationen ser det därför som ytterst angeläget att finna en lösning på hur återväxten av enskilda vårdgivare skall kunna garanteras. I annat fall går vi mot en utveckling där ett fåtal stora privata aktö-

rer med möjlighet att ta ekonomiska risker dominerar och där flertalet vårdgivare kommer att vara anställda i dessa större vårdbolag. Att diskutera strukturen på framtidens alternativa driftsformer är därför nödvändigt. Att vi går mot en utveckling där allt fler gruppomtagningar etableras är alldeles klart. Delegationen ser positivt på en sådan utveckling av såväl sårbarhets- som kvalitetsskäl. Men det är en väsentlig skillnad om ett antal specialiteter samlas "under ett tak" med personliga etableringar eller om ett storföretag köper upp en gruppomtagning där de som är verksamma i mottagningen övergår till att bli anställda. Praktikertjänst AB är en mellanform som kan beskrivas som ett producentkooperativ där samtliga vårdutövare är anställda i bolaget, äger aktierna och arbetar med stöd av traditionella etableringar eller vårdavtal. Delegationen välkomnar att nya, seriösa och långsiktiga aktörer kommer in och verkar inom hälso- och sjukvården. Däremot vill delegationen värna om en utveckling där det också i framtiden ges utrymme och möjlighet att verka som enskild vårdgivare. En annan utveckling skulle i ett internationellt perspektiv vara unik.

Andra problem som delegationen kunnat notera i ett vårdgivarperspektiv är att den enskilde vårdgivaren har en svag ställning gentemot sjukvårdshuvudmannen. Avtal måste bygga på ömsesidig respekt och ömsesidigt förtroende och villkoren får inte dikteras ensidigt. Den enskilde saknar i dag i praktiken möjlighet att få sin sak prövad och kan därför vid ett negativt besked lätt känna sig vara utsatt för godtycke. Dessa aspekter kommer delegationen att beakta när det gäller utformningen av de förslag som presenteras. Regeringsrättens dom den 25 november 1997 (mål nr 219-1997) vilken berörs något utförligare längre fram i avsnitt 10.6 i anslutning till att förslaget om ett råd för vårdavtalsfrågor behandlas, kan eventuellt komma att innebära en förändring när det gäller den enskildes rätt att få sin sak prövad.

Frågan om möjligheten att överlåta sin etablering är ett annat problem som måste få sin lösning. Att garantera återväxten av privata vårdgivare är det viktigaste målet i sammanhanget. Men det är också en fråga om rättssäkerhet. Att av olika skäl tvingas avveckla sin verksamhet i vilken betydande investeringar kan ha gjorts utan möjlighet till ekonomisk kompensation rimmar illa med svenskt rättsmedvetande. Delegationen anser därför att rätten att kunna överlåta en etablering skall utgöra grunden för att bibehålla antalet privata vårdgivare. Delegationen vill erinra om att den rätten fanns före 1994, dvs. innan rätten till fri etablering infördes. När den fria etableringen avskaffades 1995 var frågan inte föremål för överväganden i den aktuella propositionen. Rätten att överlåta sin etablering är också det normala sett i ett internationellt perspektiv. För gruppomtagningar har sjukvårdshuvudmannen ett särskilt ansvar för att bevilja att etableringar kan överlåtas eftersom

de gemensamma kostnaderna förutsätter att det är ett visst antal vårdgivare som kan bära dessa. Rätten att överlåta sin etablering kan emellertid inte ges samma innebörd som gällde före 1994. Landstingens planerings- och finansieringsansvar omfattade inte de läkare och sjukgymnaster som då var verksamma i ett statligt reglerat system. Sjukvårdshuvudmännen är avtalslutande part även när en etablering överlåts och har därmed ett berättigat intresse av att påverka valet av efterträdare.

10.6 Lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal m.m.

Delegationens förslag

- Lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för sjukgymnastik (LOS) avskaffas och ersätts med en lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal som bl.a. fastställer vilka vårdgivare som kan komma ifråga och vilka krav som ställs för att dessa skall kunna omfattas av lagen.
- Remisskrav som en förutsättning för att ersättning skall utgå till enskilda vårdgivare skall inte gälla. Kravet på remiss för att patienter skall få tillgång till privat specialistvård eller sjukgymnastik föreslås därför slopas.
- Inom ramen för sjukvårdshuvudmannens planeringsansvar förutsätts att det samlade behovet av de resurser som krävs inom öppenvården anges. Likaså skall anges i vilka lämpliga driftformer som produktionen bör ske för att tillgängliga resurser skall utnyttjas så effektivt som möjligt.
- Etableringstillståndet för de enskilda vårdgivare som omfattas av lagen skall gälla tills vidare och rätten att överlåta sin etablering skall fastställas. Sakliga skäl skall föreligga för att etableringstillstånd skall kunna sägas upp eller för att en etablering inte skall få överlåtas. Kostnader, som vårdgivaren åsamkas vid en uppsägning liksom uppkomna förluster om en överlåtelse inte tillåts, skall ersättas av sjukvårdshuvudmannen.
- En överenskommelse, för att stimulera en ökning av alternativa driftformer, bör träffas mellan regeringen och Landstingsförbundet om att som en målsättning minst 25 % av all öppenvård inom respektive landsting och vårdgivarekategori skall bedrivas som personliga etableringar enligt fastställda avtal eller bli föremål för offentlig upphandling.
- Gemensamma riktlinjer skall utarbetas av parterna i vissa frågor för att undvika en onödigt detaljerad lagreglering. Huvudansvaret för

att komma överens om vilka frågor som kräver gemensamma riktlinjer läggs på sjukvårdshuvudmännen och företrädarna för de enskilda vårdgivarna.

- Regering och riksdag gör ett uttalande om behovet av att nationella riktlinjer utformas av parterna till stöd för såväl de privata vårdgivarna som de enskilda sjukvårdshuvudmännen.
- Regeringen tillsätter ett råd för vårdavtalsfrågor. Rådet skall följa och bedöma tillämpningen av den föreslagna lagen och de avtal som det förutsätts att parterna träffar. Vidare skall rådet följa utvecklingen av den föreslagna överenskommelsen om målsättningen att 25 % av all öppenvård antingen bör bedrivas som personliga etableringar eller bli föremål för upphandling. Slutligen skall den enskilde vårdgivaren kunna få sin sak prövad av rådet, liksom att såväl sjukvårdshuvudmännen som de enskilda vårdgivarna kan överlämna tolkningsfrågor av principiell natur till rådet för bedömning.
- Övervägande skäl talar för att lagen om offentlig upphandling inte skall vara tillämplig för den verksamhet som avses bedrivas enligt den föreslagna lagen om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal.
- Regeringen fastställer i förordning att regeringen, om parterna inte kan komma överens, utser en förlikningsman, som ges mandat att fatta beslut i de frågor som parterna är oeniga om.

Dagens nationella system med lagstiftning och ett ersättningssystem som fastställs av regeringen har utan tvekan bidragit till att de vårdgivare som omfattas av detta fått en stark ställning. Systemet innebär också en signal från centralt håll till sjukvårdshuvudmännen att det skall finnas enskilda läkare och sjukgymnaster med egen praktik. Men det har också bidragit till att konservera en situation där andra legitimerade vårdgivare inte har samma möjligheter att bedriva verksamhet i alternativa driftformer. Det är uppenbart att t.ex. sjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter inte har samma möjligheter att träffa vårdavtal. Orsakerna härtill är naturligtvis många, men det går inte att bortse från att en viktig faktor i sammanhanget är att man inte har något nationellt system att luta sig mot. Ett talande exempel är villkoren för psykoterapeuter som i dag helt skiljer sig åt beroende på vilken utbildningsbakgrund psykoterapeuten har. En läkare kan ha sin ersättning som psykoterapeut reglerad i den nationella taxan, medan en psykolog har en helt annan ersättningsnivå. Detta förhållande har för övrigt kritiserats av Konkurrensverket eftersom olika spelregler gäller för en och samma yrkesgrupp. Ytterligare ett exempel på psykoterapeuternas svagare ställning är vad som har hänt när de öronmärkta Dagmarpengarna för psykoterapi slopades fr.o.m. 1997 (kap. 3). Det finns

anledning att betona att det i första hand inte är psykoterapeuterna som drabbas utan de patienter som är i behov av vård och som p.g.a. neddragningar kan få betala hela kostnaden själv. Dessa kostnader inkluderas inte i högkostnadsskyddet även om läkare remitterat patienten till psykoterapeutisk behandling. Delegationen har vidare kunnat notera att vissa landsting har beslutat att i stället bygga ut verksamheten i offentlig regi trots att det visat sig att det alternativet snarare blir dyrare.

Samtliga legitimerade vårdgivare måste ges möjlighet att bedriva verksamhet som enskild vårdgivare på jämbördiga villkor

Delegationen anser att det är viktigt att även andra vårdgivargrupper än läkare och sjukgymnaster ges möjlighet att bedriva verksamhet som enskild vårdgivare med finansiering av landstinget. Detta är viktigt för såväl vårdgivare som patienter. Vårdgivarna kan bedriva sin verksamhet i andra former än som anställda hos i princip en enda arbetsgivare och för patienten innebär det en ökad valfrihet. Det behövs klara spelregler för att detta skall komma till stånd. Att på nationell nivå markera att sjuksköterskor kan bedriva verksamhet som egna företagare inom exempelvis mödrahälsovård, barnhälsovård och distriktssköterskevård och att psykoterapeuter med annan utbildningsbakgrund ges samma villkor som läkarutbildade psykoterapeuter kan också, med hänsyn till hur könsfördelningen ser ut bland dessa yrkeskategorier, betraktas som en jämställdhetsfråga. Med hänsyn till de uttalanden som regering och riksdag redovisat angående sin framtida roll när det gäller ersättning och övriga villkor till de privata vårdgivarna och parternas ansvar anser delegationen inte att det skulle vara en framkomlig väg att föreslå nya nationella ersättningssystem för de aktuella vårdgivargrupperna som skulle fastställas och beslutas av regering och riksdag.

Förslag till lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal

Regeringen har gett uttryck för att den på sikt önskar att parterna skall komma överens om ersättning och övriga villkor för de privata vårdgivarna och att regering och riksdag därmed inte skall behöva reglera dessa förhållanden i förordningar och lagar. Regeringen säger i sin senaste proposition (1996/97:123) om privata vårdgivare "I takt med att landstingen utvecklar sin beställarkompetens samt renodlar producentrollen och rollen som finansiär bör behovet av att regeringen skall be-

sluta om taxorna avta. En utveckling mot att landstingen i högre utsträckning ser alternativa driftformer som en resurs och komplement till den offentligt drivna vården bör också minska behovet av detta förfaringsätt". Det problem som regeringen beskriver anser delegationen vara av grundläggande natur. Delegationen konstaterar i avsnitt 10.2 att en föruttsättning, för att en positiv utveckling av alternativa driftformer skall komma till stånd under producentneutrala förhållanden, är att sjukvårdshuvudmännens beställar- och finansieringsansvar tydligt separeras från den egna produktionen av hälso- och sjukvård och arbetsgivaransvaret för denna verksamhet. Delegationen kan samtidigt konstatera att det på flera håll, inte minst under 1997, skett en påtagligt ökad medvetenhet hos sjukvårdshuvudmännen om vikten av att hålla isär sina olika roller. Inte minst har detta kommit till uttryck i de olika samverkansdokument, som tagits fram gemensamt av sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna. Förekomsten av de regionala samverkansorganen har också bidragit till denna utveckling.

Även om de av regeringen redovisade problemen fortfarande kvarstår, har delegationen gjort den bedömningen att det inte är en framkomlig väg att för ytterligare legitimerade vårdgivare föreslå av regering och riksdag fastställda nationella ersättningssystem.

Delegationen föreslår därför en lösning som innebär att andra legitimerade vårdgivare än läkare och sjukgymnaster omfattas av samma grundläggande villkor. Förslaget innebär att nu gällande detaljerade lagstiftning rörande villkoren för läkare och sjukgymnaster upphävs. Beslut om taxornas utformning och ersättningsnivåer överlåtes till berörda parter att besluta om. Mot den här bakgrunden föreslår delegationen att lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för sjukgymnastik (LOS) avskaffas och ersätts med en lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal. Motivet för att föreslå en lag är att hälso- och sjukvården är en nationell angelägenhet. Därför anser delegationen att de grundläggande förutsättningarna för de privata vårdgivarna bör vara lika över hela landet. I lagen för privata vårdgivare skall i första hand anges vilka vårdgivare som avses och vilka krav som ställs för att dessa ska kunna omfattas av lagen.

Delegationen har övervägt om det i lagen borde ställas krav på kompetens utöver legitimation för samtliga grupper. Motivet för ett sådant krav skulle kunna vara de särskilda krav som måste ställas på den enskilt verksamme legitimerad yrkesutövaren som bedriver verksamhet med offentlig finansiering. Delegationen har emellertid funnit att det enbart är läkare som har en i lag fastslagen specialistbehörighet, andra yrkesgrupper har vidareutbildningar eller genom yrkesorganisationen reglerade specialistordningar. Dessa kan enligt delegationen inte läggas som grund för ett lagligt krav för att ingå vårdavtal. I praktiken

torde det heller inte komma att bli aktuellt för något landsting att ingå vårdavtal med legitimerad yrkesutövare som inte har särskilda kvalifikationer såsom t.ex. vidareutbildning som sjuksköterska eller motsvarande kompetens. När det gäller läkarna anser delegationen att det finns skäl att föra in en bestämmelse om specialistkompetens i lagen som krav för att kunna ingå vårdavtal. Delegationen har övervägt om, på det sätt som görs i LOL, läkare med vissa i lagen uppräknade specialiteter skall vara uteslutna från möjlighet att teckna vårdavtal. Även om delegationen funnit att det inte är realistiskt att tänka sig att alla de specialiteter som räknas upp kommer i fråga för avtal bör en sådan begränsning inte göras i lag.

I den föreslagna lagen anges också att den del av vårdavtal som avser själva etableringstillståndet skall gälla tills vidare. Rätten att överlåta en etablering fastställs i lagen. Sakliga skäl skall föreligga för att sjukvårdshuvudmannen skall kunna säga upp gällande etableringstillstånd eller motsätta sig att etableringen kan överlåtas till en annan vårdgivare. Sakliga skäl för att säga upp gällande etableringstillstånd föreligger naturligtvis om vårdgivaren inte uppfyller de krav som framgår av träffat vårdavtal. Sådana exempel är att vårdgivaren inte uppfyller fastställda kvalitetskriterier eller att det brister i samverkan med andra vårdgivare. Delegationen har övervägt men inte funnit tillräckligt vägande skäl för att i lagen ange att vårdavtal skall innehålla överenskommelser om ömsesidig uppsägningstid. Det faller sig naturligt att frågan regleras i avtal liksom att överenskomna uppsägningstider är så långa att parterna ges en rimlig möjlighet att planera sin respektive verksamhet. Det får anses ligga inom ramen för sjukvårdshuvudmannens planeringsansvar, såsom det kommer till uttryck i HSL, att kunna ange det samlade behov av resurser som krävs inom öppenvården och i vilka lämpliga driftformer som produktionen kan ske för att tillgängliga resurser skall kunna utnyttjas så effektivt som möjligt. Om utbudet är större än fastställda behov är detta ett annat exempel på sakligt skäl för att kunna säga upp etableringstillståndet eller avvisa en ersättningsetablering. Det förutsätts att ett sådant beslut har föregåtts av olika försök att finna alternativa lösningar exempelvis genom en geografisk omlokalisering av etableringen. De kostnader som vårdgivaren åsamkas vid en uppsägning liksom uppkomna förluster, om en överlåtelse inte är möjlig, skall ersättas av sjukvårdshuvudmannen.

I lagen skall anges att remisskrav som en förutsättning för att ersättning skall utgå till privata vårdgivare inte skall förekomma. Delegationen har funnit att samspelet mellan olika vårdgivare och vårdnivåer fungerar bäst när vårdgivarna själva, tillsammans med sjukvårdshuvudmännen, kommer överens om hur vårdkedjor och patientflöden skall fungera. Den typen av samverkan bör fastställas i vårdavtal. Frå-

gan om remisskrav till specialistläkarvård och sjukgymnastik behandlas utförligare i avsnitt 10.9. Slutligen bör det i lagen anges att sjukvårdshuvudmännen skall ledigförklara vakanta eller nya etableringar och att intresserade genom ett ansökningsförfarande får anmäla sitt intresse. Med hänvisning till att en lagstiftning reglerar de grundläggande villkoren, att etableringarna föreslås gälla tillsvidare, att dessa beviljas genom ett ansökningsförfarande samt att nationella riktlinjer om ersättningsystem och ersättningsnivåer föreslås utarbetas av parterna talar, enligt delegationens bedömning, övervägande skäl för att lagen om offentlig upphandling (LOU) inte skall vara tillämplig för den verksamhet som förutsätts bedrivas av enskilda vårdgivare och som skall vara verksamma enligt den föreslagna lagen. Frågan bör prövas ytterligare av den översyn av LOU och dess tillämpning på hälso- och sjukvårdstjänster som regeringen aviserat.

Råd för vårdavtalsfrågor

Delegationen föreslår att regeringen tillsätter ett råd för vårdavtalsfrågor. Rådet skall följa och bedöma tillämpningen av den föreslagna lagen samt följa och bedöma utvecklingen av de frågor som det förutsätts att parterna skall träffa avtal om. Vidare bör rådet följa utvecklingen av den överenskommelse, som delegationen föreslår skall träffas mellan regeringen och Landstingsförbundet, om att 25 % av all öppenvårdsverksamhet skall bedrivas antingen som personliga etableringar enligt den föreslagna lagen eller bli föremål för upphandling (se sid 214). Slutligen bör den enskilde vårdgivarens ställning och rättssäkerhet stärkas genom att denne ges rätt att få sin sak prövad av rådet. Såväl sjukvårdshuvudmännen som de enskilda vårdgivarna skall kunna överlämna tolkningsfrågor av principiell natur till rådet för bedömning. Rådets uttalanden skall vara vägledande för de vårdgivare och sjukvårdshuvudmän som berörs. Sjukvårdshuvudmännen och företrädare för vårdgivarna skall vara representerade i rådet och ledas av en ordförande som är fristående från partsintressen. När det gäller vårdgivarnas ställning och rättssäkerhet vill delegationen fästa uppmärksamhet på Regeringsrättens dom den 25 november 1997 (mål nr 219-1997). I målet har i visst fall prövats om myndighetsbeslut är överklagbart. Prövningen har bl.a. skett mot bakgrund av innehållet i artikel 6 i den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Av nämnda artikel framgår bl.a. att "Envar skall, när det gäller att pröva hans civila rättigheter och skyldigheter vara berättigad till opartisk och offentlig rättegång inom skälig tid och inför en oavhängig och opartisk domstol som upprättas enligt

lag". Regeringsrätten fann i nämnda dom att det i målet aktuella beslutet gav den berörde rätt att få sin ansökan prövad av domstol. Delegationen har inom ramen för sitt arbete inte haft utrymme för att analysera om några slutsatser skall dras av Regeringsrättens dom med avseende på de beslut av landsting som följer av den av delegationen föreslagna lagen. Delegationen förutsätter att en sådan analys med anledning av delegationens förslag kommer att göras i det fortsatta beredningsarbetet.

Regeringen kan meddela verkställighetsföreskrifter

Delegationen har övervägt huruvida ytterligare ett par frågor lämpligen skulle kunna regleras i den föreslagna lagen. Den ena frågan, och som i dag regleras i LOL och LOS, gäller om det även i den föreslagna lagen skall slås fast att ersättning skall lämnas med ett belopp som utgör skälig ersättning för vårdgivarnas arbete och kostnader. Delegationen har emellertid funnit att detta är en fråga som naturligt bör överenskommas av parternas centralt i form av riktlinjer och rekommendationer för att slutgiltigt fastställas i avtal mellan sjukvårdshuvudmannen och den enskilda vårdgivaren. I ett samhällsekonomiskt perspektiv kan det emellertid finnas skäl för regeringen att vilja precisera vilka faktorer som skall beaktas. Det kan exempelvis gälla löneutvecklingen i relation till den som gäller för motsvarande anställda yrkesutövare, på vilket sätt utvecklingen av praktikkostnaderna skall kompenseras eller vilka krav på rationaliseringar som kan ställas. Delegationen vill därför peka på att det i lagförslagets sista paragraf slås fast att regeringen får meddela verkställighetsföreskrifter. Regeringen kan därmed, om den så finner lämpligt, ge till känna sådana krav i form av en förordning. Den andra frågan avser en situation där exempelvis sjukvårdshuvudmännen och de enskilda vårdgivarna har uppdragit till de centrala företrädarna att utarbeta ett gemensamt förslag till riktlinjer och det visar sig att dessa inte kan komma överens. I dag ligger ansvaret på regeringen genom att den fastställer de nationella taxorna och ersättningsnivåerna. Eftersom delegationen funnit att det varken är möjligt eller lämpligt att i lag fastställa en förhandlingsordning som reglerar vad parterna centralt skall komma överens om, bör den nu beskrivna situationen inte heller lagregleras. Samtidigt är det uppenbart att det måste finnas en bestämmelse som reglerar vad som skall ske i ett sådant läge. Delegationen anser att detta är en fråga som lämpligen bör regleras med stöd av regeringens rätt att utfärda verkställighetsföreskrifter. Delegationen föreslår att regeringen utser en förlikningsman som ges mandat att fatta beslut i den fråga som parterna är oeniga om.

Lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2000. Det förutsätts att samtliga läkare och sjukgymnaster, som i dag är verksamma enligt LOL och LOS eller har vårdavtal, kommer att erbjudas vårdavtal enligt det föreslagna regelsystemet. Delegationen har bedömt att det inte är möjligt med ett tidigare ikraftträdande av lagen med hänsyn till att erforderlig tid måste avsättas för att parterna skall utforma och komma överens om de avtal som också måste gälla fr.o.m. den tidpunkt som lagen träder i kraft. Delegationen förutsätter vidare att övriga legitimerade yrkesutövare som i dag har vårdavtal och som uppfyller kraven i lagen successivt erbjuds att vara verksamma enligt det föreslagna regelsystemet.

Behovet av nationella riktlinjer och ett nationellt ersättningssystem

Efter de kontakter som delegationen haft med såväl sjukvårdshuvudmännen som vårdgivarna gör delegationen den bedömningen att det behövs nationella riktlinjer eller ett nationellt ersättningssystem som stöd och vägledning för fortsatta regionala förhandlingar på regional nivå. Delegationen anser därför att vissa frågor som i dag regleras i LOL och LOS om ersättningssystemet och ersättningsnivåerna är sådana frågor som det bör kunna träffas överenskommelser om på central nivå utan att därför lagregleras. I LOL och LOS ställs krav på heltidstjänstgöring liksom ett förbud mot att vårdersättning lämnas till den som är anställd inom den landstingsdrivna hälso- och sjukvården. Delegationen menar att frågor av detta slag inte bör regleras i lag, utan avtalas om mellan sjukvårdshuvudman och vårdgivare. Delegationen har övervägt olika alternativ för att fastställa parternas ansvar. Ett alternativ som delegationen har övervägt skulle vara att i den föreslagna lagen för privata vårdgivare ange en förhandlingsordning där parternas ansvar på central och regional nivå skulle anges. Delegationen har emellertid funnit att det varken är möjligt eller lämpligt att i en lag fastställa en sådan förhandlingsordning.

Delegationen anser därför att de frågor som delegationen betraktar som en nationell angelägenhet huvudsakligen skall lagregleras och att därutöver regering och riksdag i ett uttalande ger tillkänna vikten av att nationella riktlinjer vad avser ersättningssystem och ersättningsnivåer förhandlas mellan företrädare för landstingen och de privata vårdgivarna. Huvudansvaret ligger därmed på de enskilda sjukvårdshuvudmännen och de enskilda vårdgivarnas företrädare att besluta och komma överens om i vilka frågor som de centrala företrädarna bör utarbeta riktlinjer eller mera detaljerade förslag. Delegationen är övertygad om att såväl sjukvårdshuvudmännen som de enskilda vårdgivarna

genom sina företrädare kommer att efterlysa nationella riktlinjer i ett antal frågor, exempelvis vissa av de frågor som i dag regleras i LOL och LOS och framför allt när det gäller ersättningssystem och ersättningsnivåer. Inget hindrar exempelvis Landstingsförbundet att på samma sätt som hittills komma överens med vårdgivarnas centrala företrädare om ersättningssystem alternativt ersättningsmodeller som kan tjäna som stöd och vägledning för sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna i de enskilda avtalsförhandlingarna. En annan sådan fråga är att ta fram standardiserade vårdavtal. Eftersom dessa riktlinjer har karaktären av rekommendationer är sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna oförhindrade att träffa uppgörelser som avviker från dessa rekommendationer.

Delegationens förslag om att regering och riksdag gör ett uttalande om behovet av nationella riktlinjer och att sjukvårdshuvudmännen själva liksom de enskilda vårdgivarnas företrädare, enligt delegationens bedömning, kommer att vilja verka för att nationella riktlinjer utformas, kommer enligt delegationens uppfattning att leda till att dessa riktlinjer kommer att utgöra grunden för de avtal som träffas på regional nivå mellan sjukvårdshuvudmannen och den enskilde vårdgivaren. Anpassningar till olika regionala förutsättningar liksom hänsyn till den enskilde sjukvårdshuvudmannens och vårdgivarens speciella önskemål och förutsättningar skall naturligtvis kunna tillgodoses i de enskilda avtalen.

Gemensam målsättning att inom den öppna vården öka den andel som bedrivs i alternativa driftformer

Delegationen anser att det är inte tillräckligt att det utformas ett regelsystem som gör det attraktivt för vårdgivare att välja etablering som enskilda vårdgivare för att uppnå en önskvärd mångfald i vårdutbudet. Det krävs också att sjukvårdshuvudmännen efterfrågar alternativ till den offentligt bedrivna vården. Delegationen anser vidare förslaget inte är tillräckligt för de nya grupper som föreslås omfattas av den nya lagen, främst psykologer, psykoterapeuter, sjuksköterskor och barnmorskor. Dessa grupper har inte samma förankring som enskilda vårdgivare för att en önskvärd mångfald skulle utvecklas av sig själv. Delegationen anser därför att det krävs särskilda stimulansåtgärder för att uppnå en önskvärd nivå inom rimlig tid. Mot den bakgrunden föreslår delegationen att det träffas en överenskommelse mellan regeringen och Landstingsförbundet om en målsättning att minst 25 % av all öppen-vård inom respektive landsting och vårdgivarkategori bör bedrivas som personliga etableringar enligt vårdavtal eller bli föremål för upphand-

ling för att stimulera till uppkomsten av alternativa driftformer. Delegationen anser att en lämplig beräkningsgrund är att utgå från antalet besök i den öppna vården. En sådan överenskommelse skulle också påskynda utvecklingen av sjukvårdshuvudmännens roll som beställare av hälso- och sjukvård. Mot bakgrund av att det kan finnas skilda förutsättningar i olika landsting bör målsättningen vara att andelen har uppnåtts av samtliga sjukvårdshuvudmän inom en treårsperiod. Delegationen vill betona att det är sjukvårdshuvudmännen själva som avgör avvägningen av omfattningen mellan enskilda vårdgivare och entreprenadlösningar där den landstingsdrivna verksamheten kan vara en bland flera anbudsgivare.

Delegationen anser att det nu presenterade förslaget huvudsakligen löser de problem som beskrivits i avsnitt 10.5. Rätten att överlåta sin etablering och en etableringsrätt som gäller tills vidare kommer att leda till att attraktionskraften ökar för att övergå att verka som enskild vårdgivare med personlig etablering. Därmed anser delegationen att återväxten av de vårdgivare som i dag är verksamma med offentlig finansiering enligt lag och taxa alternativt vårdavtal tryggas. Förslaget innebär vidare att nuvarande detaljerade lagar avskaffas och att regeringens ansvar för att fastställa den nationella taxans utformning försvinner. Ett betydligt ökat ansvar läggs på parterna, vilket ligger i linje med regeringens och riksdagens uttalade intentioner. Slutligen anser delegationen att förslaget förstärker, förtydligar och påskyndar utvecklingen av sjukvårdshuvudmännens roll som beställare av hälso- och sjukvård.

I ett internationellt perspektiv skulle därmed de enskilda privata vårdgivarna i Sverige ges förutsättningar som är mer jämförbara än i dag med vad som gäller i våra nordiska grannländer Norge och Danmark. I Danmark godkänner visserligen regeringen avtalen och den kan också överpröva träffade avtal, vilket såvitt delegationen vet, aldrig hänt. I Norge fastställer regeringen ersättningssystemet medan övriga villkor fastställs av parterna i avtal. I Danmark gäller avtalen tills dess vårdgivaren upphör med sin verksamhet, varför en begräsning av utbudet endast kan ske genom naturlig avgång. I Norge föreligger det större möjligheter att säga upp gällande avtal. Frågan om ekonomisk ersättning vid överlåtelse av praktik är reglerad i både Danmark och Norge. I Norge är också reglerat vilken ersättning som skall utgå om ett avtal sägs upp. Ersättningssystem, remisskrav och, i den mån patientavgifter föreligger, fastställs på nationell nivå och är lika i hela landet i de båda länderna.

De regionala samverkansorganen, som har funnits i knappt två år, har enligt delegationens uppfattning på de allra flesta håll, spelat en betydande roll för att skapa ökad förståelse och ömsesidig respekt för

respektive parts situation. Detta gäller inte bara mellan sjukvårdshuvudmannen och de privata vårdgivarna utan också förhållandet mellan de offentligt anställda och de privata vårdgivarna. Båda dessa aspekter är viktiga förutsättningar för samverkan och ett effektivt utnyttjande av samtliga resurser. Delegationen anser att de regionala samverkansorganen har en viktig funktion att spela även framgent, även om dess sammansättning och arbetsuppgifter kommer att behöva ses över med hänsyn till den föreslagna lagen. De regionala samverkansorganen kan t.ex. komma att utgöra ett viktigt forum för att lösa uppkomna tvister och tolkningsfrågor av principiell natur.

Sammanfattande motiv för delegationens förslag

Delegationen har, som framgår på flera håll i detta betänkande, tagit fasta på regeringens uttalande om att, i takt med att landstingen utvecklar sin beställarkompetens och renodlar sin producentroll och rollen som finansör, behovet av att regeringen beslutar om taxorna bör avta. Detta uttalande har, tillsammans med en önskvärd utveckling att antalet vårdavtal skall öka, utgjort några av hörnpelarna i delegationens överväganden och förslag. Samtidigt har regeringen, utöver ovan nämnda uttalanden, redovisat ytterligare ett par motiv för att man till vidare anser det nödvändigt att, efter förslag från de centrala parterna, fastställa taxornas utformning och ersättningsnivåer. Dessa motiv är att landstinget är den enda finansören och att det saknas konflikträtt för privata vårdgivare (prop. 1996/97:123, sid 29). Delegationen kan bekräfta att samtliga dessa omständigheter kvarstår och beträffande de två sistnämnda motiven får dessa betraktas vara av bestående natur. Det är bl.a. dessa förhållanden som, enligt delegationens mening, motiverar att särskilda regler bör omgärda enskilda vårdgivare jämfört med andra yrkeskategorier som bedriver verksamhet i egen regi inom andra branscher. När det gäller sjukvårdshuvudmannens dubbla roller har delegationen påpekat att detta är ett problem av grundläggande natur som måste få sin lösning i en eller annan form. Samtidigt kan delegationen konstatera att det under den period som delegationen varit verksam, skett en påtaglig förbättring på de flesta håll när det gäller attityder och förhållningssätt och att detta också kan avläsas i såväl hur vårdavtalens utformning utvecklats som i de policydokument för samverkan som successivt kommit till stånd.

Delegationen anser att det är mest angeläget att få till stånd förhållanden som stimulerar yngre vårdgivare att träffa vårdavtal för att på detta sätt garantera återväxten av enskilda vårdgivare. En sådan utveckling påverkas inte av om regeringen fastställer de nationella tax-

orna och ersättningsnivåerna eller inte. Att i stort sett inga nya enskilda vårdgivare tillkommit efter 1994 beror enligt delegationens uppfattning endast i marginell omfattning på att sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna inte kunnat komma överens om den ekonomiska ersättningen. Den avgörande faktorn är i stället bristen på långsiktighet, som blir följderna av att vårdavtal träffas för korta perioder om 2-3 år och utan någon form av garanti om fortsättningen i ett längre perspektiv. Delegationen kan samtidigt konstatera att de vårdavtal som hittills träffats i stor utsträckning följer de nationella taxornas utformning. De avsteg som görs tillgodoser bättre såväl sjukvårdshuvudmännens som de enskilda vårdgivarnas önskemål om verksamhetens inriktning. Delegationen är därför övertygad om att gemensamma riktlinjer och ersättnings-system kommer att tas fram på central nivå på uppdrag av sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarnas företrädare. Delegationen vill särskilt framhålla att det förslag som nu presenteras gör det möjligt för fler legitimerade vårdgivargrupper att omfattas av ett regelverk som i dag exklusivt är förbehållet läkare och sjukgymnaster. Med delegationens förslag kommer det att bli attraktivare att vara verksam som enskild vårdgivare. Förslaget bidrar dessutom till en mångfald i vårdutbudet till gagn för patienterna som får möjlighet att i ökad utsträckning kunna välja vårdgivare.

Slutligen vill delegationen starkt betona att de olika förslag som redovisas i detta avsnitt skall ses som en helhet. Att regeringen inte längre föreslår fastställa det nationella ersättningssystemet förutsätter att rådet för vårdavtalsfrågor inrättas, att en överenskommelse träffas mellan regeringen och Landstingsförbundet om att som en målsättning minst 25 % av all öppenvård inom respektive landsting och vårdgivar-kategori skall bedrivas som personliga etableringar med vårdavtal eller bli föremål för offentlig upphandling, att regering och riksdag uttalar behovet av nationella riktlinjer samt att regeringen i förordning beslutar om förlikningsman om parterna inte kan komma överens.

10.7 65-årsreglen

Delegationens bedömning

- Delegationen föreslår ingen ändring av 65-årsregeln, men anser att sjukvårdshuvudmännen bör tillämpa en generösare prövning vid önskemål om fortsatt verksamhet än vad som sker för närvarande. En saklig prövning, som bl.a. innebär en konsekvensbeskrivning av tillgången och tillgängligheten inom aktuell specialitet, bör ligga till grund för beslut om medgivande eller avslag.

Av den studie, som delegationen genomfört angående tillämpningen av den 65-årsregel som i dag återfinns i LOL och LOS och som sammanfattningsvis redovisas i kapitel 3, kan delegationen konstatera att de problem som noterats i första hand är att betrakta som en tillämpningsfråga från sjukvårdshuvudmännens sida av gällande lagstiftning. Sjukvårdshuvudmännen har utgått ifrån att "normalfallet" skulle vara att inte bevilja fortsatt verksamhet efter 65 år. Sjukvårdshuvudmännen har därmed, enligt delegationens uppfattning, varit alldeles för restriktiva när det gäller att träffa vårdavtal. Detta gäller i synnerhet avtal med sjukgymnasterna. Delegationen är samtidigt medveten om att, när det gäller sjukgymnastik, det på vissa håll kan ha uppstått en överetablering i samband med den fria etableringen, eftersom motsvarande minskning inte genomfördes inom den offentliga vårdproduktionen. Därmed har det uppstått en situation där det från sjukvårdshuvudmännens sida bedömts som angeläget att minska det samlade utbudet av sjukgymnastisk vård. De vårdavtal som har träffats med 65-åringar och äldre har nästan uteslutande varit på ett år eller kortare tid. Vårdavtalen kan i stor utsträckning betecknas som avvecklingsavtal med endat syfte att ge möjlighet att avsluta pågående behandlingar av "gamla patienter". Sjukvårdshuvudmännens agerande ligger enligt delegationens uppfattning inte i linje med de uttalanden som regering och riksdag gjorde i samband med att gällande regelsystem beslutades. Riktlinjer som anger att om en verksamhet skall få fortsätta eller ej bör grundas på en saklig prövning och med beaktande av de offentliganställdas möjligheter till fortsatt anställning om huvudmannen lämnar sitt godkännande till detta.

Delegationen anser inte att det föreligger någon anledning att ändra 65-årsgränsen såsom den i dag kommer till uttryck i LOL och LOS även om en 70-årsgräns sannolikt hade varit lättare att acceptera för berörda vårdgivare. Istället vill delegationen betona behovet av att sjukvårdshuvudmännen tillämpar en generösare, saklig och individuell prövning. Delegationen vill erinra om den principiella inställning som riksdagen tagit i fråga om rätten att kvarstå i arbete efter 65 år. Regeringen har meddelat att den i första hand ser att parterna kommer överens i denna fråga och att den först i andra hand är beredd att ta till lagstiftning. Regeringen har vidare aviserat att om parterna inte enats före november månads utgång 1997 kan lagstiftning komma att tillgripas. Delegationen förutsätter att dessa generella förändringar också kommer att påverka åldersgränsen för läkare och sjukgymnaster.

Eftersom delegationen föreslår att LOL och LOS skall avskaffas och ersättas med en lagstiftning för alla legitimerade privata vårdgivare samt att parterna skall förhandla om flertalet av de frågor som i dag

regleras i dessa lagar förutsätter delegationen att en åldersgräns för privata vårdgivare är en sådan fråga som parterna kommer att komma överens om.

10.8 Primärvården

Delegationens bedömning och förslag

- De allmänläkare som i dag är verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning (LOL) kommer med delegationens förslag till lag för enskilda vårdgivare att ingå i sjukvårdshuvudmännens primärvårdsorganisation.
- Spelreglerna för de offentligt anställda och de privata allmänläkarna, vad gäller olika åtaganden inom primärvården, bör vara lika.
- Primärvårdsorganisationen bör utformas på ett sådant sätt att den för alla legitimerade vårdgivare möjliggör verksamhet i alternativa driftformer. Därmed underlättas patientens fria val.
- I kommuner, där den på regional nivå fastställda målsättningen om antal invånare per allmänläkare inte uppnåtts, bör allmänläkare efter ansökan medges rätt att etablera sig under förutsättning att de villkor som sjukvårdshuvudmannen ställer på allmänläkarna i sin primärvårdsorganisation är uppfyllda.

Regering och riksdag har sedan lång tid tillbaka framhållit att primärvården skall vara basen för den svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Senast kom detta till uttryck i regeringens proposition om primärvård (prop. 1994/95:195). I propositionen betonas att varje landsting har rätt att organisera primärvården efter lokala förutsättningar. Vidare sägs att patientens valfrihet ökar om det finns möjligheter att välja mellan primärvårdsenheter med skilda driftformer. Samtidigt lagreglerades rätten att välja en fast läkarkontakt genom att denna rätt infördes i HSL. I propositionen betecknar begreppet primärvård en vårdnivå. Primärvården är således inte ett organisatoriskt begrepp. Därmed omfattas numera även de privata vårdgivare som har den inriktning på sin verksamhet som betecknas som primärvård i primärvårdsbegreppet. I propositionen anges också som riktmärke för läkarbemanningen i primärvården i landet som helhet en heltidsarbetande läkare per 2 000 invånare.

Socialstyrelsen har som ett led i sitt arbete med uppföljning och utvärdering av primärvården presenterat tillgången på allmänläkare i primärvården hösten 1996 och med utgångspunkt i det ovan nämnda riktmärket om en heltidsarbetande läkare per 2 000 invånare gjort en

bedömning av bristen på allmänläkare (Meddelandeblad nr. 1/97). Av redovisningen framgår att för riket som helhet finns det en heltidsarbetande läkare per 2 370 invånare. Skillnaderna är emellertid betydande och varierar bland huvudmännen mellan 2 085-3 108. I dessa tal inkluderas inte de taxanslagna allmänläkarna. Även om dessa inkluderas bedömer Socialstyrelsen bristen på allmänläkare till 500 heltidsanställda eller med hänsyn till rådande tjänstgöringsgrad 540. Socialstyrelsen anser att, med hänsyn till pågående strukturförändringar inom hälso- och sjukvården och de större krav som läggs på primärvården, normen 2 000 invånare per allmänläkare kan visa sig vara lågt räknat. Som en jämförelse kan nämnas att i Danmark gäller att om antalet invånare är fler än 1 700 per husläkare tillåts ny etablering. I England är motsvarande tal 2 100.

I delegationens uppdrag ingår att följa utvecklingen vad gäller antalet privata allmänläkare inom primärvården efter det att husläkarlagen upphört att gälla. Utvecklingen visar att ett stort antal husläkare inte träffade vårdavtal utan övergick till den nationella taxan. Mot bakgrund av detta har delegationen genomfört en enkätundersökning, som riktats till samtliga som varit verksamma som husläkare, för att få belyst vilka orsaker som ligger bakom denna utveckling. En sammanfattning av rapporten återfinns i kapitel 3. Ca 40 % hade lämnat verksamheten redan före husläkarlagens upphörande huvudsakligen på grund av att man inte nått upp till tillräckligt antal listade patienter eller att kombinationen husläkare och företagsläkare visade sig vara för arbetsam. Men även motivet att man kände sig motarbetad av sjukvårdshuvudmannen angavs som skäl. De övriga, 60 %, som lämnade i anslutning till att husläkarlagens upphörde, gav en mycket entydig bild av orsaken; nämligen ett allmän ointresse eller en direkt negativ inställning till privat verksamhet inom primärvården.

Inte minst med hänsyn till den brist på allmänläkare som föreligger, om målet 2000 invånare per läkare skall kunna uppnås, finner delegationen det förvånandsvårt att sjukvårdshuvudmännen inte bättre tagit tillvara möjligheten att knyta fler allmänläkare till sin primärvårdsorganisation för att på det sättet uppnå ett optimalt resursutnyttjande. Det finns anledning att erinra om att regeringen, i samband med husläkarlagens upphörande, förutsatte att avtal skulle träffas med de privata husläkarna med hänsyn till behovet av allmänläkare inom primärvården. Även om delegationen kunnat konstatera att antalet allmänläkare ökat inom primärvården sedan hösten 1996 och att därmed bristen inte skulle vara lika allvarlig som den bedömdes för ett år sedan finns det fortfarande anledning att uppmärksamma bristen på allmänläkare. Antalet utbildningstjänster som specialister s.k. ST-anställningar inte minst inom allmänmedicin har minskat. Dessutom är medelåldern

bland nu aktiva allmänläkare hög. Regeringen har uppmärksammat den beskrivna situationen och hösten 1997 överlämnat en proposition om läkarnas vidareutbildning till riksdagen. Enligt delegationens uppfattning borde samtliga i dag verksamma taxeanslutna allmänläkare ingå i sjukvårdshuvudmannens primärvårdsorganisation. Ett ytterligare motiv för denna uppfattning är att i det samspel mellan olika vårdnivåer som pågående vårdkedjearbete innebär övriga specialistläkare i öppenvård utanför sjukhusen betraktas som en särskild vårdnivå mellan primärvård och läns- och regionsjukvård. Därmed riskerar de taxeanslutna allmänläkarna att lämnas utanför pågående utvecklingsarbete med risk för isolering. Det är därför med tillfredsställelse som delegationen kan konstatera att antalet privata allmänläkare med vårdavtal inte längre minskar. En viss marginell ökning har istället kunnat konstateras i delegationens undersökning för hösten 1997.

Som tidigare nämnts har regering och riksdag uttalat att skilda driftformer inom primärvården ökar patientens valfrihet. För att denna valfrihet inte bara skall vara formell utan även reell krävs, enligt delegationens mening, att spelreglerna är lika mellan de offentligt anställda och de privata allmänläkarna. Delegationens enkätundersökning till sjukvårdshuvudmännen visar att det s.k. basåtagandet oftast är lika. Däremot har de privata allmänläkarna med vårdavtal inte områdesansvar och endast i undantagsfall barnhälsovård och mödravård. Inte heller omfattas de privata allmänläkarna i allmänhet av jourtjänstgöring. Delegationen menar att dessa skillnader begränsar patienternas reella möjlighet. Skillnaderna kan också leda till onödiga motsättningar mellan de privata och offentligt anställda allmänläkare.

Delegationen har i en särskild rapport presenterat familjeläkarkonceptet i Västmanland i vilken en jämförelse gjorts mellan de offentligt anställda och de privata vårdgivarna. En sammanfattning av rapporten återfinns i kapitel 3. Familjeläkarkonceptet kännetecknas av i stort sett samma spelregler för vårdgivarna oavsett driftform. Det har lett till att det finns en samsyn bland familjeläkarna och att samverkan fungerar bra såväl mellan de privata och offentliga familjeläkarna, som mellan familjeläkarna och övriga specialistläkare. Samma spelregler innebär också att skillnaderna mellan de offentliga och privata vårdgivarna är marginella när det gäller patientsammansättning och det sätt på vilket arbetet bedrivs. Familjeläkarkonceptet har också medverkat till att man endast har ett fåtal taxeanslutna allmänläkare.

Delegationen har vidare uppmärksammat en intressant utveckling av primärvården i Skåne. Primärvården i Nordvästra Skåne kommer att fr.o.m. den 1 januari 1998 få en ny organisation och som sannolikt kommer att stå som modell för hela Skåne-regionen. Den nya organisationen kännetecknas i korthet av följande utgångspunkter. Befolk-

ningen skall kunna välja vårdgivare utan hänsynstagande till driftform. Samma åtaganden och villkor skall gälla oavsett driftform. Därmed skapas en reell valmöjlighet för patienten. Verksamheten skall bygga på att samverkansformer mellan de olika driftformerna utvecklas. Långa avtalstider skall eftersträvas, eventuellt tills vidare, samtidigt som årsvisa omförhandlingar kring verksamhet och ersättning skall äga rum. Ersättningsetableringar bör beviljas efter ansökan om befolkningsunderlaget uppgår till lägst 1 500 invånare per en allmänläkare och ersättaren uppfyller de krav som huvudmannen ställer.

HSU 2000 framhåller i sitt betänkande "Patienten har rätt" (SOU 1997:154) att patientens val av läkare inte får begränsa valmöjligheterna när det gäller val av andra vårdgivare, exempelvis distriktssköterska eller sjukgymnast. En uppfattning som delegationen helt ställer sig bakom. Delegationen vill betona vikten av att primärvårdsorganisation utformas på ett sådant sätt att det fria valet underlättas. Distriktsköterskevård, barnavård, mödravård, arbetsterapi och psykologverksamhet kan organiseras på olika sätt, antingen som anställda på vårdcentraler eller också som självständiga enheter. Samarbetsavtal kan vid behov träffas som t.ex. innebär att läkarna engageras som konsulter. Den senare modellen skulle också kunna skapa förutsättningar för nämnda yrkeskategorier att bedriva verksamhet i egen regi. Denna verksamhet skulle därmed också bli mera lik sjukgymnasternas, som i dag antingen är anställda på vårdcentraler eller bedriver verksamhet i egen regi.

Den utvärdering som Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT) vid Linköpings universitet har genomfört av olika vårdalternativ inom mödrhälsovården i Östergötland och som i korthet presenteras i kapitel 3, visar att det finns ett behov av olika typer av mottagningar och att möjligheten till ett aktivt val resulterar i nöjda patienter. Studien visar att de kvinnor som använde privat vård överlag var mer nöjda, och att de i högre utsträckning kunnat påverka vården och fick sina behov och önskemål tillfredsställda.

Delegationens förslag till lag om etablering för enskilda vårdgivare leder till att det kommer att finnas två allmänläkarkategorier, anställda eller privata allmänläkare med vårdavtal. De i dag taxeanslutna allmänläkarna integreras därmed i sjukvårdshuvudmannens primärvårdsorganisation. Förslaget innebär, enligt delegationens uppfattning, att de samlade resurserna på primärvårdsnivå kommer att utnyttjas effektivare än i dag. Förslaget kan därmed bidra till att något dämpa den brist på allmänläkare som i dag föreligger. Förslaget möjliggör också en mångfald av driftformer inom andra verksamhetsområden på primärvårdsnivå som i dag saknas. Det ökar såväl patienternas valmöjligheter som möjligheterna för de vårdgivargrupper, som i dag nästan uteslutande är

hänvisade till en arbetsgivare, att finna andra former för att utöva sin verksamhet.

Delegationen förutsätter att sjukvårdshuvudmännen inom ramen för sitt planeringsansvar fastställer ett regionalt anpassat mål med utgångspunkt i den nationella målsättningen om en läkare per 2 000 invånare. För att ytterligare stimulera tillgången på allmänläkare föreslår delegationen att allmänläkare efter ansökan medges rätt att etablera sig i kommuner, där den på regional nivå fastställda målsättningen inte har uppnåtts. Detta under förutsättning att de villkor som sjukvårdshuvudmannen ställer på allmänläkarna i sin primärvårdsorganisation är uppfyllda. Delegationen vill i det här sammanhanget erinra om att det före år 1994 inom vissa stödområden fanns en rätt att fritt etablera sig. Delegationens förslag innebär emellertid inte någon sådan ensidig rätt utan de av sjukvårdshuvudmannen fastställda kraven skall vara uppfyllda.

10.9 Remisskrav till specialistläkarvård och sjukgymnastik

Delegationens förslag

- En återgång till att privata specialistläkare kan verka med offentlig finansiering utan krav på remiss bör ske snarast. Detta bör samtidigt gälla för privata sjukgymnaster. Delegationen föreslår därför att kraven på remiss såsom de kommer till uttryck i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik upphör fr.o.m. den 1 juli 1998.

Riksdagen har uttryckt viss tveksamhet till remisskravet som styrinstrument och begärt att regeringen noggrant skall följa utvecklingen och särskilt belysa hur remisskravet påverkar patienternas valfrihet, möjlighet till adekvat vård utan onödig väntan samt huruvida remisskravet är en kostnadseffektiv metod för att vård skall ges på rätt vårdnivå. Som särskilt motiv för att ha kvar remisskrav till sjukgymnastik har riksdagen anfört att tills dess alternativa fungerande kommunikationsvägar byggts upp mellan läkare och sjukgymnaster kan det finnas skäl att ha kvar remisskravet till sjukgymnastik. Vid sidan av dessa frågor skall delegationen enligt sina direktiv undersöka tillämpningen av remissförfarandet och dess effekter för berörda vårdgivare.

Enligt LOL och LOS gäller i dag att samma regler angående remisser skall gälla inom offentlig och privat vård, dvs. om remiss till specialistläkarvård eller sjukgymnastik krävs skall detta krav gälla obero-

ende av om verksamheten bedrivs i offentlig eller privat regi. I dag har åtta landsting remisskrav till specialistläkarvård. Endast fem landsting har remissfrihet till sjukgymnastik. (Värmland slopade remisskravet för sjukgymnastik fr.o.m. årsskiftet 1996/97). Vissa landsting har också infört begränsningar i antalet behandlingar till sjukgymnastik, vanligen högst 10 behandlingar, varefter patienten åter skall uppsöka sin läkare för förnyad bedömning.

Delegationen har i en särskild studie undersökt vilka tillämpningsföreskrifter som gäller för de åtta landsting som infört remisskrav till specialistläkarvård. Av dessa landsting har fyra särskilda regler för långremisser för patienter med kronisk sjukdom. Västerbotten och Jämtland har långremisser som är giltiga i fem år medan långremisserna i Gävleborg och Halland är giltiga i ett år. I de övriga fyra landstingen (Dalarna, Örebro, Sörmland och Älvsborg) finns inga särskilda regler utan vården på specialistnivå får ta så lång tid som krävs för att uppdraget skall fullföljas. Trots att samma regler angående krav på remiss skall gälla inom offentlig och privat vård har delegationen kunnat konstatera att det föreligger skillnader som medför olika villkor beroende på om man är offentlig eller privat vårdgivare. I ett landsting gäller att remiss till regionsjukvård får göras av specialistläkare på klinik, men för privata specialistläkare krävs prövning av verksamhetschef på kliniken. I ett par landsting har offentligt anställda allmänläkare rätt att remittera till länssjukvård utanför det egna länet vilket privata allmänläkare utan vårdavtal inte har. I ett landsting där remisskrav till specialistläkarvård föreligger har detta i ett fall "avtalats bort" i vårdavtal. I ett landsting tillåts inte företagsläkare remittera till privata sjukgymnaster utan endast till sjukgymnaster anställda på vårdcentral. Dessa exempel visar att förutsättningarna att bedriva vård på lika villkor saknas. Detta ligger inte i linje med regeringens och riksdagens uttalade ambition att förutsättningarna skall vara så lika som möjligt. Vidare begränsas patientens valfrihet av ovan nämnda restriktioner. I delegationens remissundersökning hösten 1997 framhålls av många privata läkare och sjukgymnaster att några sanktioner inte finns när den offentliga vården tar emot patienter utan remiss och att det inte är ovanligt att undantag från remisskravet görs på de offentliga vårdinrättningarna. Detta förhållande stöds också av den uppföljning av gällande remissregler som Västerbotten genomfört (kap. 3). Om däremot en privat vårdgivare skulle ta emot en patient utan remiss utgår ingen ersättning till den privata vårdgivaren. Delegationens undersökning visar vidare att motståndet mot kravet på remiss är kompakt bland de privata specialistläkarna och bland såväl offentligt anställda som privata sjukgymnaster. En klar majoritet av dessa anser att remisskravet lett till

sämre möjligheter för patienterna att erhålla god och tidig vård på rätt vårdnivå.

Landstingens motiv för att införa remisskrav till specialistläkarvård är att man härigenom får möjlighet att "styra över" onödiga specialistläkarbesök till primärvårdsnivån och att därmed betona primärvårdens roll som första vårdnivå. Remisskrav till sjukgymnastik baseras på uppfattningen att en medicinsk bedömning bör föregås av sjukgymnastikbehandling. HSU 2000 framhåller i sitt betänkande "Patienten har rätt" (SOU 1997:154) att ett system som bygger på att primärvården har en "grindvaktsfunktion" är främmande för det svenska sjukvårdssystemet och har enligt kommitténs bedömning inte legitimitet hos stora delar av befolkningen. Kommittén menar att sådana system riskerar att direkt motverka strävandena att få befolkningen att acceptera primärvården som ett förstahandsval vid basala sjukvårdsbehov. Primärvården måste enligt kommitténs bedömning skapa förtroende för sin verksamhet på egna meriter. Delegationen delar helt denna uppfattning.

Landstingsförbundets statistik för 1996 (kap. 2), delegationens egna remissundersökningar och den undersökning som Örebro läns landsting genomfört (kapitel 4) ger inte stöd för att privata specialistläkare eller sjukgymnaster verksamma i landsting med remisskrav skulle utföra färre behandlingar eller ta emot färre patienter jämfört med vad som sker i landsting utan remisskrav. Bilden är emellertid inte entydig. Västmanland uppger att antalet behandlingar till sjukgymnastik minskat. En sannolik förklaring till detta är det budgetsysteem som råder och som innebär att familjeläkarna har budgeten för all rehabilitering på primärvårdsnivå. Det innebär att familjeläkarna har ett ekonomiskt incitament till att hålla nere antalet behandlingar till sjukgymnastik. Från Gävle rapporteras att de privata specialisterna fått färre patienter sedan remisskravet infördes, varför den garanti om miniersättning som infördes i vårdavtalen i samband med att remisskravet infördes, i samtliga fall har lösts ut.

I de enkätundersökningar som delegationen genomfört hösten 1996 och hösten 1997 kan konstateras att remisskraven i sig styr patienterna till den offentliga vårdproduktionen. Detta beror i sin tur på att majoriteten av allmänläkare är offentligt anställda och att remisserna tenderar att "hålla sig inom familjen" oberoende av om det är privata eller offentligt anställda läkare som remitterar. Av den SIFO-undersökning som Delegationen och HSU 2000 låtit genomföra framgår dels att den helt övervägande delen av de intervjuade i första hand vänder sig till en offentlig anställd eller privatpraktiserande allmänläkare, dels att en klar majoritet av de som fått remiss skulle ha gått direkt till specialistläkare resp. sjukgymnast om man haft möjlighet till detta. Undersökningen visar alltså att allmänheten inte vänder sig till "fel" vårdnivå i onödan

och att missnöjet med krav på remiss är påfallande. Vikten av att själv kunna välja läkare bekräftas av den undersökning Landstingsförbundet och landstinget i Skaraborg lät SIFO genomföra under september 1997. Av kvinnorna ansåg 88 % att det är viktigt att få välja läkare och sjukhus. Motsvarande tal för männen var 74 %. I Västerbottens läns landsting har en stor undersökning om remisskravets effekter genomförts (kap. 4). Denna undersökning visar att en stor grupp som besöker allmänläkaren gör detta endast för att få en remiss till specialistläkare eller sjukgymnast. Flertalet patienter anser detta vara onödigt krångligt, men säger samtidigt att man fått den vård som man bedömt nödvändig. De offentliganställda sjukgymnasterna, som tidigare inte haft remisskrav, anser att det dröjer onödigt länge innan patienten får erforderlig behandling. Av SIFO-undersökningen framgår vidare att drygt 70 % inte fick information om vilka specialistläkare eller sjukgymnaster som det fanns att välja mellan. Särskilt tydligt var detta för de patienter som fick remiss från de offentligt anställda läkarna. Omkring hälften fick inte information om varför de remitterades till den angivna specialistläkaren eller sjukgymnasten. I den tidigare refererade undersökningen som SIFO genomfört på uppdrag av Landstingsförbundet och landstinget i Skaraborg ansåg 60 % av patienterna att de inte fått information om alternativa behandlingsformer.

Delegationen vill betona att remissen i sig är ett viktigt kommunikationsinstrument mellan olika vårdgivare. Som sådant behöver det utvecklas. Det finns också anledning att betona primärvårdens roll som "första instans". I den mån det finns behov av styrinstrument torde dock, utöver information, differentierade patientavgifter sannolikt vara ett lämpligare styrinstrument. Delegationen är emellertid kritisk till att remissen i sig skall vara ett instrument som avgör om offentlig finansiering skall medges eller ej.

Det finns också anledning att överväga om riksdagens beslut för två år sedan om krav på likställighet avseende remisskrav mellan den sjukhusanknutna specialistläkarvården och privat specialistvård var riktig. För att utnyttja tillgängliga resurser så effektivt som möjligt har flera landsting fastställt en policy om hur samverkan bör ske mellan primärvård, öppen sjukhusvård och privat specialistvård. Som ett led i denna samverkan ger man uttryck för att en patient som behöver specialistvård, men inte kräver sjukhusets samlade kvalificerade resurser, i första hand bör utnyttja den privata specialistvården. Detta talar för att den privata specialistvården bör vara mer lättillgänglig än sjukhusens öppenvårdsmottagningar. Detta synsätt stämmer också väl överens med vad som gäller i Finland, Tyskland och Holland. I dessa länder har man remisskrav till sjukhus men inte till privata specialister. Ett sådant syn-

sätt skulle också kunna medverka till att den privata (och offentliga) öppna specialistläkaryrden utanför sjukhusen utökades och att den öppna specialistyrden vid sjukhusen begränsades till att omfatta patienter som tidigare varit slutenvårdspatienter eller som är verkligt behov av högspecialiserad sjukvård.

Detta synsätt kommer också till uttryck i betänkandet "Patienten har rätt" från HSU 2000 (SOU 1997:154). Kommittén föreslår därför att det bör vara möjligt att införa remisskrav till sjukhusens specialistmottagningar utan att tillämpa remisskrav till motsvarande offentliga och privata specialistmottagningar utanför sjukhusen. Därmed skulle enligt kommittén patienterna kunna tillförsäkras rätt att välja specialistvård utanför sjukhusen utan remiss vilket ökar tillgången till specialistvård och möjligheterna att välja mellan offentliga och privata mottagningar. Delegationen har inte funnit att det finns några belägg för att system som bygger på generella remisskrav är kostnadseffektiva. Snarare är risken uppenbar att antalet läkarbesök totalt sett ökar och därmed också kostnaderna. Delegationen vill också erinra om det faktum att i de landsting som inte har remisskrav en majoritet av patienterna remiss har ändå från en allmänläkare för vård hos specialistläkare eller sjukgymnast. Delegationens olika undersökningar visar också att samarbetet mellan olika vårdnivåer fungerar bäst där dessa själva, genom vårdkedjeprosjekt och vårdprogram, kommit överens om hur patientflödena skall fungera. I de policyprogram som hittills tagits fram om hur samverkan mellan privat och offentlig hälso- och sjukvård skall bedrivas tas ofta upp hur vårdkedjan mellan primärvård, öppen specialistvård och sjukhusvård skall fungera och där den öppna specialistyrden utanför sjukhusen tenderar att bli en egen vårdnivå mellan primärvård och sjukhusvård. I de vårdavtal som träffas med detta synsätt som utgångspunkt, framgår tydligt att den privata specialistläkaren skall remittera patienten till primärvården för bl.a. efterkontroll när specialistläkarens behandling är avslutad. Vidare framgår av avtalen att den privata specialistläkaren skall remittera patienten vidare till primärvården om den kompetens som finns inom primärvården bedöms som tillräcklig. Delegationen kan vidare konstatera att man kommit längst i vårdkedjetänkande i de landsting som inte har infört remisskrav. Administrativa beslut om remisskrav som inte bygger på en genomtänkt strategi för hur samverkan skall fungera tenderar, enligt delegationens uppfattning, snarare att leda till revirtänkande och ökad byråkrati med fördröjda behandlingar av patienter som följd. Samverkan snarare försvåras än underlättas. Mot den här bakgrunden ser delegationen inga motiv för att ha kvar möjligheten att införa remisskrav till privat specialistvård. Samtidigt vill delegationen betona vikten av att arbetet med vårdkedjor tillsammans med berörda vårdgivare intensifieras.

Mot bakgrund av vad som ovan anförts föreslår delegationen att remisskrav till privat specialistvård slopas.

När det gäller sjukgymnastik är förhållandet något annorlunda eftersom det här handlar om vård på samma vårdnivå, primärvårdsnivå. Remisskravet har alltså här andra motiv. Delegationen vill erinra om att det t.o.m. år 1995 inte förelåg krav på remiss till offentligt anställda sjukgymnaster. Detta infördes i samtliga landsting, utom fem, fr.o.m. år 1996 när kravet på samma remissregler för offentligt anställda och privata sjukgymnaster lagreglerades. Motståndet mot remisskravet har därför tydligast kommit till uttryck från de offentligt anställda sjukgymnasterna. Remisskravet upplevs av många patienter och sjukgymnaster som ett hot mot valfriheten och en onödig omväg via allmänläkaren om patienten ändå vet vilken typ av behandling som erfordras. Även i de landsting som har remissfrihet har en majoritet av patienterna remiss från en läkare vid det första sjukgymnastbesöket. För vård hos andra vårdgivarkategorier inom primärvården, exempelvis distriktssköterskor, barnmorskor och arbetsterapeuter föreligger inget remisskrav. Dessa, liksom allmänläkarna, arbetar inom ramen för sitt yrkesansvar inom primärvården. Samma förhållande bör rimligen också gälla för sjukgymnasterna. Det har för delegationen påpekats att teamsamverkan ofta fördröjs genom remisskravet till sjukgymnaster. Exempelvis kan inte en barnmorska hänvisa patienten direkt till en sjukgymnast utan omvägen via allmänläkaren. Samverkan snarare försvåras än underlättas och fördröjer omhändertagandet. Samma synpunkter har också de offentligt anställda sjukgymnasterna gett uttryck för.

Delegationen har vidare funnit att, på samma sätt som när det gäller arbetet med vårdkedjor bland läkarna på olika nivåer, det är i de landsting där remisskrav till sjukgymnastik inte föreligger som arbetet med gemensamma vårdprogram och kvalitetskriterier kommit längst genom en dialog inom professionen. Landstinget i Uppsala är ett sådant exempel. De skillnader i antalet behandlingar per patient som tidigare förelåg mellan offentligt anställda och privata sjukgymnaster föreligger inte längre sedan man kommit överens om gemensamma behandlingsrutiner för olika diagnoser. Delegationen ser därför inga motiv till varför det skall föreligga krav på remiss för att kunna få sjukgymnastisk vård. Däremot behöver remissen som kommunikationsinstrument utvecklas inte minst genom att läkarna därigenom erhåller ökad kunskap om den kompetens som sjukgymnasterna besitter. Delegationen är övertygad om att detta arbete utvecklas i önskvärd riktning utan formella krav på remiss.

Även om ett enskilt landsting skulle välja en primärvårdsmodell där allmänläkarna ges medel för all verksamhet på primärvårdsnivå innebär detta enligt delegationens uppfattning inte att remisskrav är en förut-

sättning för att modellen skall fungera. I ett sådant system väljer allmänläkaren att antingen anställa medarbetare eller också köps resurserna från fristående psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster, distriktssköterskor, barnmorskor och arbetsterapeuter med vilka allmänläkaren träffar samarbetsavtal. Delegationen vill betona att det vid dimensioneringen av anställda vårdgivare måste beaktas att patientens valfrihet inte försvåras.

Mot bakgrund av vad som ovan anförts föreslår delegationen att kravet på remiss till privata sjukgymnaster för att få ersättning från sjukvårdshuvudmannen slopas. Delegationen är övertygad om att samtliga landsting, som i dag har remisskrav till sjukgymnastik också kommer att slopa detta för de offentliganställda.

Att delegationen föreslår förändringar i LOL och LOS samtidigt som det på annat håll föreslås att dessa lagar skall upphöra och ersättas med en lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal, skall tolkas som att slopandet av remisskrav bedöms så angeläget att det bör beslutas snarast möjligt för att möjliggöra ett ikraftträdande den 1 juli 1998 och inte anstå till år 2000 då den nya lagen föreslås träda i kraft.

10.10 Vårdprogram, en viktig förutsättning för samverkan mellan privata och offentligt anställda vårdgivare

Delegationens bedömning

- Genom nationella, lokala och regionala vårdprogram stärks kunskapsunderlaget, skapas förutsättningar för att minska skillnader i medicinsk praxis samt ökar förutsättningarna för att patienterna erhåller en god vård på lika villkor. De lokala samverkansorganen tillsammans med berörda yrkeskategorier bör ges ett tydligt uppdrag att påskynda arbetet och medverka i denna utveckling.

Socialstyrelsen bedriver sedan en tid tillbaka, tillsammans med den medicinska professionen och övriga berörda parter, ett omfattande arbete med att utveckla nationella riktlinjer, vårdprogram, för ett antal olika sjukdomar. Det första färdiga vårdprogrammet avsåg diabetes. Genom nationella vårdprogram stärks kunskapsunderlaget, skapas förutsättningar för att minska skillnader i medicinsk praxis samt ökar förutsättningarna för att patienterna erhåller en god vård på lika villkor. Utöver de nationella vårdprogrammen har det också inom enskilda landsting, ofta med den medicinska professionen som drivkraft, utvecklats vårdprogram som en viktig del i vårdkedjearbetet.

Förekomsten av vårdprogram bidrar vidare till att underlätta samverkan mellan privata och offentligt anställda vårdgivare. Många av de "goda exempel" som delegationen kunnat ta del av bygger på att exempelvis en sjukhusklinik utformat ett vårdprogram, som också tillämpas av motsvarande specialitet inom den privat bedrivna vården. Därmed underlättas remissflöden från såväl primärvård som sjukhus och till privata specialisterna.

Inom sjukgymnastiken har man inte hunnit lika långt i detta arbete, även om det inom flera landsting, i vilka ett antal enskilda sjukgymnaster fungerat som starka drivkrafter, tagits fram vårdprogram. Bristen på av professionen gemensamt utarbetade riktlinjer beträffande normer och behandlingspraxis har lett till misstankar från sjukvårdshuvudmännens sida om s.k. "överbehandling". Sådana misstankar har ofta inte minst riktats mot de privatpraktiserande sjukgymnasterna. På flera håll har därför fattats administrativa beslut om maximalt antal behandlingar per remiss med huvudsakligt syfte att minska kostnaderna för sjukgymnastik. Detta är naturligtvis ett trubbigt instrument som varken sätter patientens behov i centrum eller ökar tilltron till den professionella kompetensen.

Som framgår av delegationens remissundersökning under hösten 1997 finns det inga belägg för att utvecklingen lett till lägre kostnader. Inga påvisbara skillnader föreligger i antalet behandlingar per patient eller i antal besök per månad beroende på om det föreligger remisskrav eller inte.

Där vårdprogram för olika diagnoser införts och som utarbetats gemensamt av professionen kan man konstatera att tidigare noterade skillnader i antalet behandlingar per patient mellan privata och offentligt anställda sjukgymnaster upphört. Förtroendet mellan profession och sjukvårdshuvudman har ökat liksom samverkan mellan privata och offentligt anställda sjukgymnaster. Socialstyrelsens fortsatta arbete med nationella vårdprogram, inte minst när det gäller kroniska sjukdomar, kommer att leda till att gemensamma riktlinjer för exempelvis behandling kommer att föreligga för ett antal diagnoser. Delegationen vill vidare peka på det angelägna att också arbetet med att utveckla regionala och lokala vårdprogram intensifieras. Förslagsvis kan de lokala samverkansorganen vara ett lämpligt forum för att tillsammans med sjukgymnasterna påskynda och medverka i detta arbete.

10.11 Ersättning för medicinsk service m.m. vid besök hos läkare som inte har offentlig finansiering

Delegationens förslag

Regering och riksdag uttalar att:

- Sjukvårdshuvudmannen bör träffa särskilda vårdavtal angående laboratorie- och röntgenundersökningar med pensionerade läkare mellan 65-70 år och som i övrigt är verksamma utan offentlig finansiering.
- De patientavgifter som pensionerade läkare och sjukgymnaster mellan 65-70 år erhåller, under förutsättning att de inte överstiger vad som läkare och sjukgymnaster med offentlig finansiering erhåller, bör inkluderas i högkostnadsskyddet.
- Sjukvårdshuvudmännen bör träffa särskilda vårdavtal angående laboratorie- och röntgenundersökningar med de företagshälsovårdsenheter som uppfyller ställda kvalitetskrav och har läkare som besitter specialistkompetens i företagshälsovård.

Helt privat finansierad och producerad hälso- och sjukvård är i Sverige en marginell företeelse. Det är också en förhållandevis ny företeelse som kom igång först under slutet av 1980-talet. Verksamheten finansieras antingen av privata försäkringar som tecknats av företag och enskilda personer, eller helt av patienterna själva. Den totala marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar uppskattas till ca 300 miljoner och omfattar ca 40 000 försäkringstagare. Patienternas egna köp av privata sjukvårdstjänster inom framför allt elektiv kirurgi har sin bakgrund i 1980-talets långa väntetider. Företeelsen skall ses som dels en reaktion på brister i den offentliga vården, dels som en följd av en mycket snabb utveckling inom den s.k. dagkirurgin, som drastiskt sänkte kostnaderna. Utvecklingen av köp av helt privata sjukvårdstjänster är mycket beroende av hur väl den offentligt finansierade vården fungerar. En snabbt växande marknad är den så kallade estetiska plastikkirurgin. Denna verksamhet betraktas inte som egentlig sjukvård. Den bedrivs dock av sjukvårdspersonal. I dag utförs årligen ca 10 000 plastikoperationer i Sverige inom den helt privatfinansierade sektorn. Med en genomsnittlig kostnad på 15 000 kronor per operation innebär det en årsomsättning på ca 1,5 miljarder kronor. Beloppet motsvarar mer än hälften av kostnaden för hela den av privata läkare med offentlig finansiering bedrivna vården.

Delegationens bedömningar och förslag begränsar sig till att omfatta dels läkare som p.g.a. 65-årsregeln inte längre kan bedriva verksamhet

med offentlig finansiering, dels företagsläkare. Övrig verksamhet, som bedrivs helt utan offentlig finansiering, antingen genom att patienten betalar hela sjukvårdskostnaden själv eller genom att verksamheten finansieras via olika försäkringslösningar, anser delegationen inte att det finns anledning att ta upp i detta sammanhang.

Läkare och sjukgymnaster verksamma utan offentlig finansiering har under senare år varit en marginell företeelse. Fr.o.m. 1997 har emellertid en markant ökning skett p.g.a. att 65-åringar och äldre som inte beviljats vårdavtal fortsätter att vara verksamma med enbart patientavgifter som finansieringskälla. Ett förhållande som inte uppmärksammas tillräckligt är att nästan samtliga landsting beslutat att inte finansiera de laboratorie- och röntgenkostnader som dessa läkare remitterar till. Dessa kostnader drabbar följaktligen patienterna, som får betala kostnader för detta fullt ut utöver patientavgiften. En kostnad som lätt kommer upp i tusentals kronor. Dessutom utgör patientavgifterna, som erläggs till vårdgivare utan offentlig finansiering, inte underlag för den summa som berättigar till frikort. Flertalet patienter har alltså inte råd att fortsätta gå till den läkare eller sjukgymnast med vilken man kan ha haft mångåriga relationer om sjukvårdshuvudmannen inte beviljar denne fortsatt verksamhet efter 65 år. Värmlands läns landsting har emellertid beslutat att för vårdgivare mellan 65-67 år i nämnda avseenden ge patienter samma villkor som de som går till offentlig finansierade läkare. Även i Dalarna medges dessa läkare att fritt kunna remittera patienter. Även på Gotland har särskilda avtal träffats. I övrigt är det ett fåtal landsting som träffat enstaka avtal som ger ersättning för laboratorie- och röntgenundersökning.

Med hänsyn till patienterna anser delegationen att sjukvårdshuvudmännen bör träffa vårdavtal angående laboratorie- och röntgenundersökning med pensionerade läkare mellan 65-70 år som inte beviljats vårdavtal men som önskar fortsätta sin verksamhet med en gradvis avveckling av sina patienter. Delegationen anser vidare med hänsyn till patienterna att sjukvårdshuvudmännen bör besluta att patientavgiften skall inkluderas i den summa som berättigar till högkostnadsskydd. En förutsättning för detta bör enligt delegationens uppfattning vara att läkaren eller sjukgymnasten inte tar ut högre patientavgift än vad som gäller för de läkare som är verksamma med offentlig finansiering.

Som framgår av kapitel 4 föreligger det i dag i princip inga begränsningar för företagsläkare när det gäller rätten att remittera. Frågan har emellertid fått ökad aktualitet bl.a. genom Landstingsförbundets cirkulärskrivelse till samtliga sjukvårdshuvudmän i februari 1997. I denna skrivelse konstateras det bl.a. att varje sjukvårdshuvudman har rätt att besluta om det remissförfarande som man anser bör gälla för företagshälsovården. I likhet med vad de tre sjukvårdshuvudmännen i

Skåne anfört som motiv till sina ställningstaganden angående företagsläkares remissrätt till laboratorie- och röntgenundersökningar (kap. 4), anser delegationen att det skall krävas tillgång till specialistkompetens i företagshälsovård för att företagshälsovården skall kunna fullfölja sina åligganden i de delar av verksamheten som avser arbetsrelaterad sjukvård. Den medicinska bedömning som företagsläkaren gör i dessa fall avlastar därmed den landstingsfinansierade sjukvården. Delegationen anser att det är såväl kostnadseffektivt som smidigt för patienten att företagsläkarna även framgent bör kunna remittera till såväl röntgen- och laboratorieundersökningar som sjukgymnastik om remitteringen föranleds av sjukdom. Om denna möjlighet skulle begränsas för företagsläkarna skulle det enligt delegationens uppfattning innebära att företagsläkarna inte kunde fullfölja sitt åtagande i den medicinska del som företagshälsovården omfattar. Delegationen föreslår därför att sjukvårdshuvudmännen träffar avtal med de företagshälsovårdsenheter som uppfyller de kvalitetskriterier som anges i Socialstyrelsens "Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården" (SOSFS 1996:24) och som har läkare som besitter specialistkompetens i företagshälsovård.

De förslag som delegationen redovisar i detta avsnitt föreslås inte regleras i lag. Delegationen förutsätter därför att regeringen i proposition gör ett uttalande i enlighet med delegationens förslag.

En annan fråga som har uppmärksammats inom företagshälsovården, dels i utredningen "Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer" (SOU 1996:91), dels i Statskontorets utredning "Företagshälsovården i dag" (1997:2) är de gränsdragningsproblem som kan uppstå när företagsläkarna också är verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning och den brist på konkurrensneutralitet som föreligger mellan dessa läkare och företagsläkare som inte på samma sätt har rätt till ersättning för sjukvård. Denna fråga bereds för närvarande inom regeringskansliet, gemensamt av Arbetsmarknads- och Socialdepartementen. I de kontakter, som delegationen haft med sjukvårdshuvudmännen, har framkommit att den allmänna uppfattningen är att de beskrivna problemen bör kunna lösas genom att vårdavtal träffas. Delegationen vill inte föregripa det arbete som f.n. bedrivs inom regeringskansliet, men vill som en konstruktiv lösning framhålla den avtalsmodell som utvecklats i Värmland (kap. 4) och som inte bara löser ovan nämnda problem utan också på ett konstruktivt sätt genom den samverkan som sker mellan primärvård, försäkringskassa och företagshälsovård utnyttjar befintliga resurser på ett effektivt sätt.

10.12 Sjukvårdshuvudmännens behov av tillgång på information och vårdgivarens tystnadsplikt

Delegationens bedömning

- Ett klagörande måste ske av vilka rättigheter landstingen har eller bör ges att från privatpraktiserande vårdgivare erhålla uppgifter som kan avslöja enskilda patienters identitet. Om regeringen anser att vårdgivaren bör vara förhindrad att för administrativa ändamål lämna uppgifter till sjukvårdshuvudmännen som röjer patienternas identitet, kan ett förtydligande ske genom ett klart uttalande i proposition. Om regeringen å andra sidan anser att vårdgivaren, bland annat för att underlätta landstingens kontroll, har rätt att lämna ut sådana uppgifter, bör detta framgå genom en ändring i 8 § åliggandelagen.
- Enligt delegationens uppfattning bör regering och riksdag, med hänsyn till enskilda patienters integritet, uttala att privatpraktiserande vårdgivare är förhindrade att till landstingen för administrativa ändamål utlämna uppgifter som kan avslöja enskilda patienters identitet.

Landstingen har i dag ansvar bl.a. för att finansiera, planera och organisera merparten av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. De har också ansvar för att hälso- och sjukvården utvecklas inom den resursram som samhällsekonomin tillåter. Kravet på sjukvårdshuvudmännen att vara kostnadseffektiva blir också allt tydligare, vilket innebär att olika åtgärder måste avvägas mot varandra för att största möjliga nytta med tillgängliga resurser skall uppnås. Till följd härav har landstingen ett utökat och naturligtvis berättigat behov av information för att kunna kontrollera framställda krav på ersättning från läkare och sjukgymnaster. Det måste krävas att vårdgivaren för att utfå ersättning kan styrka sin rätt här till. Vårdgivarens skyldighet att i fråga om all behandling visa räkning, redovisa arbetstid och antalet vidtagna åtgärder samt lämna uppgifter om patientens bosättningsort bör därför alltjämt, enligt delegationens uppfattning, kvarstå.

Landstingens behov av information för att kontrollera framställda kostnadsanspråk kan emellertid, vilket redogjorts för i kapitel 7 komma i konflikt med vårdgivarens krav på sekretess och skyddandet av patienternas identitet och integritet.

Enligt delegationens uppfattning måste åliggandelagen tolkas efter dess faktiska ordalydelse. Till följd av att inte någon författning föreskriver att den private vårdgivaren för administrativa ändamål har rätt

att lämna ut uppgifter som avslöjar enskilda patienters identitet torde det enligt delegationens mening vara en överträdelse av den föreskrivna tystnadsplikten om ett sådant utlämnande sker. Denna uppfattning har bland andra även Socialstyrelsen uttalat i remissvar till Socialdepartementet angående utredningen *Den privata vårdens omfattning och framtida arbetsformer* (SOU 1996:91). Styrelsen påtalade därvid att man inte heller ansåg att möjligheten att få lämna ut individuppgifter för sjukvårdshuvudmännens kontroll skulle finnas.

Som framgått bland annat vid genomgång av vårdavtal och samverkansavtal menar landstingen och Landstingsförbundet, med utgångspunkt från regeringsuttalande i prop. 1980/81:28 och i prop. 1981/82:186, att det så kallade obehörighetsrekvisitet i åliggandelagen bör tolkas genom sekretesslagens regler om men i 7 kap 1 §. Såvitt kan förstås har man också menat, med hänvisning till 7 kap 1 § 5 st sekretesslagen, att privata vårdgivare till landstingen även har rätt att utlämna uppgifter om enskilda patienter för administrativa ändamål. Dessutom har Landstingsförbundet hävdad att landstingen, med hänsyn till bokföringslagens bestämmelser, måste ha vetskap om vad landstingens olika transaktioner avser för att rätt kunna bokföra dessa.

Det finns enligt delegationens mening anledning att befara, eftersom landstingen vid tecknande av avtal med privata vårdgivare ofta är den starkare förhandlingsparten, att privatpraktikerna kan känna sig tvingade att göra avkall på sin i detta avseende eventuella tystnadsplikt enligt 8 § åliggandelagen och bland annat i sina räkningsunderlag avslöja patientens identitet. Det bör även i detta sammanhang särskilt poängteras att det är privatpraktikern som står risken för att göra sig skyldig till brott mot åliggandelagen och således kan riskera åtal för att obehörigen ha röjt uppgift om enskildas hälsotillstånd. Det kan nämligen inte bortses i fråga om att en enskild person upplever det som ett stort intrång i den personliga integriteten om det kommer till landstingets kännedom att han eller hon varit på behandling hos en läkare med en viss specialitet och därför anmäler till åklagare att vårdgivaren gjort sig skyldig till brott mot tystnadsplikten. Det ankommer därefter på domstol att tolka lagreglerna och avgöra huruvida privatpraktikern gjort sig skyldig till något tystnadspliktsbrott. Privatpraktikern kan inte freda sig genom att åberopa ett ingånget avtal med landstinget eftersom bestämmelsen om tystnadsplikt i åliggandelagen inte kan avtalas bort.

Enligt delegationens uppfattning är det mycket otillfredsställande att det uppenbarligen råder denna osäkerhet om åliggandelagens tolkning bland aktörerna inom hälso- och sjukvården. Ett klargörande uttalande från regering och riksdag måste därför ske. Regeringen måste därvid besluta om man ur integritetssynpunkt bör värna den enskilda patienten eller om man med hänvisning till det ofta kanske helt obetydliga

intrånget i den personliga integriteten i stället bör tillerkänna landstingen, som finansär, möjlighet till kontroll av framställda kostnadsanspråk.

Vid en sådan avvägning måste man, om man väljer att prioritera landstingens kontrollbehov, vara medveten om att man då bland annat kan löpa risken att det kommer att finnas enskilda patienter som inte vågar att anförtro sig åt hälso- och sjukvårdspersonal och därvid kommer att undanhålla uppgifter som kan ha betydelse för vården. Eventuella ändringar i åliggandelagen måste därför naturligtvis ske i överensstämmelse med motsvarande bestämmelse i sekretesslagen. Till följd härav kommer sålunda patientens integritet att värnas såtillvida att uppgifter för administrativa ändamål endast får utlämnas till landstingen om det inte kan antas att den enskilde eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs.

Om regeringen i stället finner att möjligheten för privatpraktiker att lämna ut individuppgifter för sjukvårdshuvudmännens kontroll, det vill säga att därvid bland annat redovisa identifierbara uppgifter angående patienter, inte rutinmässigt bör föreligga, måste man vara medveten om att landstingens möjligheter att till exempel efterleva riksavtalet försvåras. Med hänsyn till dagens datateknik framstår emellertid inte detta som ett allt för oöverstigligt problem. Möjlighet finns även att ålägga privatpraktikerna att till sjukvårdshuvudmannen redovisa patientens mantalsskrivningsort.

Det vore enligt delegationens uppfattning olämpligt om landstingen skulle ha rutinmässig tillgång till journalinformation. Redan den omständigheten att någon på landstinget får vetskap om en för en person ömtålig uppgift, t.ex. att vederbörande varit patient hos en privat vårdgivare med viss specialitet, kan upplevas som en integritetskränkning. Enligt delegationens uppfattning bör därför regering och riksdag, med hänsyn till den enskilde patientens integritet, uttala att privatpraktiserande vårdgivare är förhindrade att för administrativa ändamål utlämna uppgifter som avslöjar enskilda patienters identitet.

10.13 Krav på bättre uppföljningssystem

Delegationens bedömning

- SPRI bör tillsammans med sjukvårdshuvudmännen, vårdgivarna och Socialstyrelsen avsätta resurser för att på nationell nivå utveckla gemensamma beskrivnings- och klassificeringssystem.

- Socialstyrelsen och Landstingsförbundet bör tillsammans med företrädare för de enskilda sjukvårdshuvudmännen inleda en dialog om behovet av jämförande statistik på nationell nivå.

10.13.1 Beskrivnings- och klassificeringssystem inom den öppna vården

Avvägningen mellan privat och offentlig vård bör, som delegationen redan framhållit, ha sin utgångspunkt i effektiviteten inom respektive verksamhet, så att resurserna utnyttjas så effektivt som möjligt. Avsaknaden av ett instrument som på ett konkret sätt kan jämföra vårdgivarna med varandra vad avser kostnader, prestationer och vårdkvalitet anser Delegationen vara en avgörande orsak till att det idag kan vara svårt att föra objektiva diskussioner om relationen mellan privat och offentlig vård. Delegationen påpekade dessa brister redan i sin delrapport. I Dagmaröverenskommelsen för 1997 har särskilda medel avsatts för att stimulera utvecklingen av uppföljningssystem. Av Delegationens enkät hösten 1997 till samtliga sjukvårdshuvudmän har 11 landsting uppgett att det pågår eller att det föreligger planer på att utveckla uppföljningssystem, som är gemensamma för offentlig och privat hälso- och sjukvård. Ofta ingår endast de privata vårdgivare som har vårdavtal i dessa projekt. De taxeanslutna vårdgivarna följs upp separat. Delegationen kan följaktligen notera att det pågår ett ambitiöst utvecklingsarbete på flera håll men att det sker utan samordning, vilket försvårar adekvata jämförelser på nationell nivå. Delegationen vill särskilt framhålla att det förslag till minskad statlig styrning av privata vårdgivare, som delegationen föreslår, och som medför större möjligheter att träffa regionalt och individuellt anpassade avtal mellan sjukvårdshuvudmannen och den enskilde vårdgivaren, medför att det blir än mer angeläget att utveckla gemensamma och accepterade beskrivnings- och klassificeringssystem. SPRI, som har regeringens uppdrag att initiera den här typen av utvecklingsarbete, bör tillsammans med sjukvårdshuvudmännen, vårdgivarna och Socialstyrelsen avsätta resurser för att på nationell nivå utveckla gemensamma riktlinjer.

10.13.2 Behovet av vårdstatistik på nationell nivå

Såväl myndigheter som vårdgivare och sjukvårdshuvudmän är beroende av att tillförlitlig statistik av hög kvalitet finns tillgänglig. En i och för sig önskvärd decentralisering har samtidigt lett till ökade svårigheter att på nationell nivå få fram jämförbart material. Även en

önskvärd flexibilitet för att kunna fånga upp vad som är intressant ett visst år medför samtidigt att definitioner och frågeställningar varierar år från år. Därmed försvaras högst avsevärt historiska jämförelser. Socialstyrelsen, Landstings- och Kommunförbunden är samtliga stora producenter av statistiskt material. Men den samordning som i vissa fall är nödvändig är bristfällig. I det följande ges ett antal konkreta exempel som delegationen uppmärksammat under sitt arbete.

Mycket av den statistik som tas fram angående privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster är fortfarande kopplat till LOL och LOS. Dvs. för de taxeanslutna vårdgivarna är statistiken av förhållandevis god kvalitet. Men i och med att allt fler vårdavtal träffas har inte denna utveckling uppmärksamats när det gäller att finna former och definitioner för hur detta ska följas upp på nationell nivå. Tillgänglig statistik för vårdgivare med vårdavtal är därför av bristfällig kvalitet. Ett annat exempel är Socialstyrelsens verksamhetsuppföljning som idag endast är fastställt för de taxeanslutna vårdgivarna. För vårdgivare med vårdavtal finns inte med automatik samma krav på regelbunden verksamhetsuppföljning. Även om det i de enskilda vårdavtalen ofta ställs stora krav på uppföljning är det inte säkert att dessa följer Socialstyrelsens anvisningar för verksamhetsuppföljning. Uppföljning på nationell nivå försvaras därmed. Det finns i dag inte heller några krav på att vårdgivare med vårdavtal är rapporteringsskyldiga till Socialstyrelsen i detta avseende. I delegationens förslag till ny lag för enskilda vårdgivare med vårdavtal regleras emellertid denna skyldighet. Ytterligare ett exempel är redovisningen av specialistläkare i allmänmedicin. De taxeanslutna allmänläkarna redovisas regelbundet tillsammans med övriga taxeanslutna specialistläkare till Landstingsförbundet. De privata allmänläkarna med vårdavtal redovisas tillsammans med de offentligt anställda allmänläkarna i Socialstyrelsens primärvårdsstatistik. När Socialstyrelsen redovisar de samlade resurserna av allmänläkare inom primärvården saknas därför de taxeansluna allmänläkarna. Vidare är de privata allmänläkarna normalt redovisade som antal anställda, som är liktydigt med antalet fysiska personer. De offentligt anställda redovisas oftast som budgeterade helårstjänster. Det har visat sig vara förenat med stora svårigheter att erhålla uppgifter om hur många tjänster som faktiskt är besatta och hur många anställda detta avser motsvarar liksom hur många av dessa som är specialistläkare i allmänmedicin. I redovisningen till Landstingsförbundet redovisas inte alltid allmänläkarna med vårdavtal, och de definitioner som används är inte jämförbara med Socialstyrelsens. Delegationen har också funnit att sjukvårdshuvudmännen inte alltid upplever sig ha någon nytta av de begärda uppgifterna i sin egen verksamhet, vilket ytterligare bidrar till att kvalitén på de redovisade uppgifterna blir bristfällig. Delegationen

ser allvarligt på de nu redovisade bristerna i statistikredovisningen. Dessa uppgifter utgör exempelvis underlag för politiska beslut om framtida dimensioneringar av vårdutbudet, varför ett korrekt beslutsunderlag är nödvändigt. Delegationen anser därför att det är angeläget att Socialstyrelsen och Landstingsförbundet tillsammans med företrädare för de enskilda sjukvårdshuvudmännen inleder en dialog om behovet av jämförande statistik på nationell nivå för att på detta sätt uppnå consensus om vilka uppgifter som bör redovisas och vilka definitioner och begrepp som skall användas för dessa uppgifter.

10.14 Klara spelregler

Långsiktiga spelregler krävs för att andelen privata vårdgivare inte bara skall kunna bibehållas utan också öka i omfattning. Den minskade statliga styrningen och decentraliseringen av beslutsrätten till enskilda landsting har lett till att det inom flera områden saknas gemensamma riktlinjer för sjukvårdshuvudmän och vårdgivare. Detta har medfört att det skapats ett stort antal olika system som ger olika förutsättningar för befolkningens tillgång till vård.

I ett patientperspektiv kan det diskuteras hur stora skillnaderna kan och bör vara mellan olika landsting med hänsyn till vad HSL anger beträffande patientens rätt till adekvat sjukvård på lika villkor och till kommunallagens likabehandlingsprincip. Det kan ifrågasättas om det är rimligt att det i vissa landsting genom remisskrav föreligger en helt annan tillgänglighet till specialistläkarvård och sjukgymnastik än i landsting utan remisskrav. Remisskravet har också i flera fall i praktiken visat sig utgöra ett hinder för patientens rätt att välja vårdgivare. På samma sätt kan man fråga sig om det är rimligt att patientavgifterna för vård på samma vårdnivå väsentligt skiljer sig mellan olika landsting. Varje enskilt landsting avsätter också betydande resurser för att utforma egna regelsystem och egna vårdavtal. Detta skulle kunna underlättas om det fanns nationella riktlinjer att utgå ifrån och standardiserade vårdavtal med möjlighet till regionala och lokala avvikelser. För den enskilde vårdgivaren är det också en fråga om rättssäkerhet att det finns klara spelregler för etablering och avtal eftersom den enskilde vårdgivaren ofta är den svagare förhandlingsparten.

När nu delegationen föreslår en fortsatt minskad statlig detaljreglering genom dels en mindre detaljerad lagstiftning för enskilda vårdgivare, dels att regeringen inte fortsättningsvis skall fastställa de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster, skall detta ses mot bakgrund av landstingens planerings- och finansieringsansvar och att vårdavtal är den form i vilket förhållandet mellan sjukvårdshuvudmannen

som beställare och den enskilde vårdgivaren skall regleras. En minskad statlig detaljreglering och en ökad decentralisering av beslutanderätten ställer samtidigt ökade krav på uppföljning, utvärdering och tillsyn för att säkerställa att landstingen lever upp till de av regering och riksdag fastställda målen och intentionerna i övrigt. Delegationens förslag ställer följaktligen behoven av nationella riktlinjer och uppföljningssystem än mer i fokus än tidigare. Delegationens förslag i dessa avseenden förutsätter därför att regering och riksdag samtidigt uttalar vikten av att nationella riktlinjer vad avser ersättningsystem och ersättningsnivåer kommer till stånd, att regeringen tillsätter ett råd för vårdavtalsfrågor, att regeringen beslutar om förlikningsman om företrädarna för sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna på central nivå inte kan komma överens samt att en överenskommelse träffas mellan regeringen och Landstingsförbundet om att som en målsättning minst 25 % av all öppenvård inom respektive landsting och vårdgivarkategori skall bedrivas som personliga etableringar med vårdavtal eller bli föremål för offentlig upphandling.

Med delegationens förslag läggs ett ökat ansvar på sjukvårdshuvudmännen och företrädarna för de enskilda vårdgivarna att komma överens om nationella riktlinjer och rekommendationer. Ett sådant ökat ansvar förstärker och förtydligar sjukvårdshuvudmännens roll som beställare och finansiär av hälso- och sjukvård.

11 Ekonomiska konsekvenser m.m.

För delegationens arbete gäller de allmänna direktiven till samtliga kommittéer och särskilda utredare om att pröva offentliga åtaganden samt att redovisa regional- och jämställdhetspolitiska konsekvenser. Vidare skall enligt direktiven särskilt beaktas regeringens strävan att minska den statliga regleringen av kommunal verksamhet i syfte att underlätta besparingar. Prövningen av offentliga åtaganden innebär att för förslag som medför utgiftsökningar skall det redovisas hur dessa skall finansieras.

Delegationens bedömning är att de redovisade förslagen inte kommer att medföra några kostnadsökningar. Tvärtom, anser delegationen att förslagen generellt sett snarare medför att befintliga resurser kommer att kunna utnyttjas på ett effektivare sätt. Delegationens förslag, om att en större andel av den öppna specialistläkarvården skall förläggas utanför sjukhusen, liksom förslaget att patientens rätt till valfrihet även skall beaktas när olika rehabiliteringsalternativ finns tillgängliga, kommer att leda till lägre kostnader. Detta resonemang gäller under förutsättning att motsvarande resurser inom den landstingsdrivna vården styrs till den verksamhet, som patienterna efterfrågar. Att resurserna bör följa patientens val av olika alternativ är en förutsättning för att kostnaderna inte skall öka. De studier som delegationen genomfört eller i övrigt tagit del av, visar också att en ökad mångfald i sig leder till lägre kostnader. Flera vårdavtal och ett ökat upphandlingsförfarande medför ett ökat arbete för sjukvårdshuvudmännen. Flera undersökningar har emellertid visat att lägre driftskostnader mer än väl överväger de s.k. transaktionskostnaderna. Merarbetet med vårdavtal bör också kunna begränsas genom att standardiserade vårdavtal och nationella riktlinjer i övrigt utarbetas på central nivå. Förslaget att slopa remisskrav till specialistläkarvård och sjukgymnastik kommer också att medföra lägre kostnader genom att onödiga läkarbesök kan undvikas och att patienten snabbare erhåller adekvat vård. Detta kan i sin tur medföra lägre behandlingkostnader.

De läkare som tidigare varit verksamma med offentlig finansiering och som fr.o.m. 65 års ålder fortsätter att vara verksamma utan offentlig finansiering, föreslås få träffa särskilda vårdavtal som ger vårdgiva-

ren rätt att, utan kostnader för patienten, remittera till laboratorie- och röntgenundersökningar. Förslaget kan uppfattas som en kostnadsökning för sjukvårdshuvudmännen. Delegationen menar emellertid att detta förslag i praktiken inte kommer att leda till några kostnadsökningar. I dag remitterar antingen den pensionerade läkaren patienten till en läkare som, kostnadsfritt för patienten, kan remittera till laboratorie- eller röntgenundersökningar eller också kringgås gällande regelsystem genom att den pensionerade läkare, med hänsyn till patientens ekonomi, låter en yngre kollega skriva under remissen. I båda fallen uppkommer kostnader för dessa undersökningar i alla fall och i det första alternativet uppkommer dessutom ett onödigt läkarbesök. Förslaget att låta patienter, som besöker nämnda läkare liksom sjukgymnaster i samma situation, få räkna in patientavgifterna i underlaget för högkostnads-skydd, medför marginella kostnadsökningar för sjukvårdshuvudmännen. Delegationen betraktar emellertid denna möjlighet som en viktig valfrihetsfråga för de patienter som har en mångårig relation till sin läkare eller sjukgymnast. Delegationen betraktar vidare förslaget som en nödvändig åtgärd om dessa legitimerade vårdgivare skall ha en praktisk möjlighet att kunna bibehålla flertalet av sina patienter och kunna vara verksamma utan offentlig finansiering i övrigt.

Delegationens förslag om att avskaffa LOL och LOS och ersätta dessa lagar med en betydligt mindre detaljerad lagstiftning tillgodoser regeringens uttalade ambition att minska den statliga styrningen av kommunal verksamhet.

De jämställdhetspolitiska konsekvenserna av delegationens förslag kan betraktas ur två aspekter, patientens och vårdgivarens. Olika studier har visat att kvinnor i större utsträckning än män är angelägna om att få påverka såväl innehållet i vården som olika behandlingsalternativ. Vidare anser kvinnor i större utsträckning än män att det är väsentligt att kunna påverka valet av vårdgivare. Av den patientundersökning som delegationen låtit genomföra framkommer också att kvinnor i större utsträckning än män framför egna önskemål om val av vårdgivare i samband med remiss till specialistläkare eller sjukgymnast. Vidare framgår av undersökningen att kvinnor i något större utsträckning än män anlitar privata vårdgivare. Att delegationen framhåller betydelsen av patientens fria val och delegationens förslag om att slopa remisskraven till specialistläkarvård och sjukgymnastik kan därför betraktas som en jämställdhetsfråga. Delegationens förslag om att övriga legitimerade vårdgivargrupper skall kunna omfattas av den föreslagna lagen för enskilda vårdgivare och att delegationen föreslår att en överenskommelse träffas om att minst 25 % av all öppenvård skall kunna bedrivas som personliga etableringar eller bli föremål för offentlig upphandling, kan också betraktas som en jämställdhetsfråga. Förslagen

medför att vårdgivargrupper, där kvinnor är i klar majoritet, får större möjlighet att utöva yrket i andra verksamhetsformer än som anställda, i flertalet fall med landstinget som enda arbetsgivare.

Delegationens förslag om att stimulera till en ökad mångfald i vårdutbudet kan också bidra till en jämnare regional fördelning. I dag saknar vissa landsting en sådan tradition. Vidare innebär förslaget om ökade möjligheter att etablera sig som allmänläkare i kommuner där en bristsituation råder, en stimulans för allmänläkare att söka sig till i detta avseende eftersatta områden.

12 Författningskommentarer

12.1 Förslag till Lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården

1 § I den inledande paragrafen anges lagens huvudsakliga innehåll. Begreppet vårdgivare definieras i lagens 5 § andra stycke. Med uttrycket enskilda avses enskilda fysiska personer som är legitimerade yrkesutövare. Lagens bestämmelser gäller enbart för öppen hälso- och sjukvård. Med sådan vård avses, i överensstämmelse med hur begreppet definieras i 5 HSL, vård som inte ges under intagning på sjukhus.

2 § I paragrafen anges en av de övergripande målsättningarna med lagen. Landstinget bör således bereda möjlighet för enskilda yrkesutövare från de yrkeskategorier som räknas upp i 8 §, att som vårdgivare genom vårdavtal, bedriva hälso- och sjukvård finansierad av landstinget. I betänkandets avsnitt 10.5 "Gemensam målsättning att inom den öppna vården öka den andel som bedrivs i alternativa driftformer" har angivits en önskvärd målsättning när det gäller andelen vård som bör bedrivas i alternativ driftform, med vilket här avses i annat än offentlig regi, och andelen av varje vårdgivarkategori som bör vara verksam i sådan verksamhet.

3§ I paragrafen ställs i första stycket övergripande krav på landstings beslutsunderlag när det gäller beslut om driftform för hälso- och sjukvårdsverksamhet med viss inriktning. Avgörande för landstingets beslut i fråga om driftform skall vara vilka förutsättningarna är för att kraven på kvalitet, tillgänglighet och kostnadseffektivitet kan uppfyllas. Bestämmelsen kompletterar de paragrafer i HSL 2 §, 2 a - d §§ samt 3 §, vilka anger mål för hälso- och sjukvården, krav på denna, samt landstingens ansvar.

Andra stycket anger att landstinget vid beslut som avses i första stycket skall beakta den rätt som patienten har till ett fritt val av vårdgivare. Patienten skall som en konsekvens av landstingets beslut garanteras en verklig möjlighet att utöva denna sin rätt.

4 § Paragrafen motsvarar 2 §§ LOL och LOS. Jämfört med dessa bestämmelser har den ändringen gjorts att ordet *vård* i LOL och *orden sjukgymnastik och sjukgymnastisk behandling* i LOS bytts ut mot begreppet *hälso- och sjukvård*. Motivet för ändringarna är att paragrafen härigenom får en generell giltighet och omfattar hälso- och sjukvårdsåtgärder av alla vårdgivarkategorier som anges lagens i 8 §. De medför dessutom att definitionen stämmer överens med den definition av begreppet som görs 1 § första meningen HSL, vilken ordagrant förts in i den föreslagna lagens 5 §.

En nödvändig språklig ändring i förhållande till lydelseerna i LOL och LOS är att uttrycken *vård* av i LOL och motsvarande uttryck i LOS har ersatts med *meddelande av hälso- och sjukvård till*.

Den personkrets som kan vara mottagare av hälso- och sjukvård för att lagen skall gälla, överensstämmer med vad som gäller enligt LOL och LOS för dessa lagars tillämplighet. Personkretsen omfattar således dem som är bosatta i Sverige, om inte något annat är föreskrivet.

I vissa fall kan även hälso- och sjukvårds åtgärder i förhållande till den som inte är bosatt i Sverige omfattas av lagen. I andra stycket anges att detta är fallet när det gäller personer som har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av förordningen (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen.

Med bosatta likställs sådana personer som enligt lagen (1992:1776) om samordning av systemen för social trygghet när personer flyttar inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES), omfattas av svensk lagstiftning såvitt gäller hälso- och sjukvård och annan social trygghet samt sådana personer som enligt nämnda lag, utan att omfattas av svensk lagstiftning, har rätt till i första hand akut sjukvård på samma ekonomiska villkor som gäller personer som är bosatta i Sverige. I sistnämnda grupp ingår t.ex. turister från ett annat EES-land.

5 § Begreppet vårdavtal definieras i paragrafen som ett avtal bestående av två delar. Det utgörs dels av ett avtal om etablering för meddelande av hälso- och sjukvård, dels av ett avtal om vårdersättning. Med vårdersättning avses den ersättning landstinget enligt avtalet erlägger till vårdgivaren för meddelad hälso- och sjukvård.

Begreppet vårdgivare definieras i andra stycket som en legitimerad yrkesutövare som anges i lagens 8 § och som har ingått ett vårdavtal med ett landsting.

6 § Paragrafens första stycke motsvarar 4 §§ LOL och LOS. Jämfört med dessa lagar omfattar, som framgår av 8 §, den föreslagna lagen fler kategorier av legitimerade yrkesutövare. Av detta skäl har det generella begreppet vårdgivare förts in.

De vårdgivare som kommer att få ersättning enligt vårdavtal med stöd av denna lag torde i inte oväsentlig utsträckning komma att ta emot patienter från ett större område än enbart det landsting inom vars område vårdgivaren har sin mottagning. I lagen avses dock, om inte annat sägs, med landsting, det landsting inom vars område vårdgivaren bedriver eller avser att bedriva sin verksamhet, oavsett i vilket landsting patienten är bosatt.

Andra stycket motsvarar 1 §§ andra styckena LOL och LOS. I specialmotiveringen till dessa paragrafer sägs i prop. 1993/94:75 såvitt här är av intresse följande:

I paragrafens andra stycke anges att vad som sägs om landsting även gäller kommuner som inte ingår i ett landsting. Av hälso- och sjukvårdslagen följer att det är landstingen och de kommuner som står utanför ett landsting (Gotlands, Göteborgs och Malmö kommuner) som har det grundläggande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt alla. Vid försöksverksamhet med stöd av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård kan en kommun inom ett landsting ta över ansvaret för den del av hälso- och sjukvården som benämns primärvården. I försöksområdena skall landstinget stå för kostnaden för de privatpraktiserande specialisterna om inte annat överenskommit.

7 § I paragrafen definieras vad som i lagen avses med begreppet hälso- och sjukvård. Enligt 4 § gäller lagens bestämmelser enbart åtgärder som omfattas av detta begrepp. Det är således enbart sådana åtgärder som faller inom begreppet hälso- och sjukvård, så som det här definieras, som medför rätt till vårdersättning enligt ett vårdavtal. Den definition av begreppet hälso- och sjukvård som ges i den föreslagna lagen, överensstämmer med definitionen i 1 § första meningen HSL.

Lagen omfattar åtgärder som vidtas av de yrkeskategorier som anges i 4 §. Uttrycket "medicinsk" har i HSL såvitt avser det förebyggande arbetet använts för att klart skilja den preventiva verksamhet som avses i den lagen från den som regleras i socialtjänstlagen. Motsvarande förtydligande är avsett här.

Enligt förarbetena till HSL skall hälso- och sjukvård som begrepp dock inte ges en alltför vid tolkning. Hälso- och sjukvård skall omfatta sådan verksamhet som bedöms kräva medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samarbete med annan personal. Detsamma är avsett att

gälla här. De yrkesgrupper som enligt 8 § kan ingå vårdavtal är sådan medicinskt utbildad personal som åsyftas.

8 § Lag (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. anger att följande yrkeskategorier efter i lagen närmare angiven utbildning och, avseende vissa i lagen närmare angivna kategorier, praktisk tjänstgöring, kan erhålla legitimation för visst yrke. För närvarande gäller detta barnmorska, logoped, naprapat, läkare, optiker, psykolog, psykoterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare. Därutöver har kiropraktor med viss utländsk utbildning rätt att få legitimation. Paragrafens första stycke anger med vilka av dessa yrkeskategorier landstinget enligt denna lag kan ingå vårdavtal. Dessa yrkesgrupper omfattas, när vårdavtal ingåtts, av begreppet vårdgivare enligt lagens 5 § andra stycke. De legitimerade yrkesgrupper som inte räknas upp, optiker, tandläkare och tandhygienister, kan således inte vara part i vårdavtal enligt denna lag.

Paragrafens andra stycke motsvarar 7 § första, och med viss redaktionell ändring, tredje, styckena LOL. Någon förändring jämfört med vad som gällt enligt dessa stycken är inte avsedd. För läkare som part i vårdavtal enligt denna lag ställs krav på att läkaren innehar specialistkompetens. Vad som avses med specialistkompetens regleras i lag (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. och den till lagen anslutande förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. Specialistkompetens kan fås i sammanlagt 60 specialiteter indelade i 16 grupper. Läkare med kompetens som allmänpraktiserande läkare (Europaläkare) jämställs i den föreslagna lagen med specialistkompetent läkare.

Som förutsättning för vårdavtal med läkare anges därutöver att denne skall driva mottagningsverksamhet inom sin specialitet eller, såvitt avser Europaläkare, som allmänpraktiserande läkare. Ordet *motsvarande* hänsyftar på den verksamhet en Europaläkare bedriver inom sin kompetens. Att verksamheten skall avse öppen hälso- och sjukvård framgår av lagens inledande paragraf.

9 § Paragrafen anger en skyldighet för landsting att tillkännage sin avsikt att ingå vårdavtal avseende viss hälso- och sjukvårdsverksamhet. Skyldigheten uppstår såväl då sådant avtal skall ingås första gången för verksamheten i fråga som då en vårdgivare, på grund av att vårdavtal sagts upp eller att vårdgivare avslutar sin verksamhet vid uppnådd pensionsålder, skall ersättas.

10 § I första stycket regleras omfattningen av en vårdgivares rätt att påverka landstinget att ingå avtal med en ersättande vårdgivare. Den

angivna rätten tillkommer i samma omfattning alla vårdgivare vars vårdavtal upphör. Huvudregeln är att landstinget bör ingå ett nytt avtal på vårdgivares begäran. Motiven för detta har redovisats i betänkandet under kapitel 10.5 och 10.6. Undantag från skyldigheten att träffa ersättningsavtal kan göras endast i de fall då särskilda skäl föreligger. Sådana särskilda skäl kan föreligga då det inte längre föreligger ett behov av vårdgivare av ifrågavarande kategori.

Vid ersättningsetablering av det slag som berörs i första stycket har landstinget, enligt andra stycket, en skyldighet att samråda med den vårdgivare som skall ersättas. Detta samråd skall avse valet av ersättare. Landstinget skall vid sitt beslut tillmäta vad som kommit fram vid sådant samråd en väsentlig betydelse. En förutsättning för detta är att den föreslagna ersättaren uppfyller lagens krav och motsvarar de kvalitetskrav m.m. som landstinget ställer upp vid sin bedömning enligt 11 §. Landstinget måste kunna åberopa tungt vägande skäl för ett beslut som innebär att man inte följer vårdgivarens förslag om ersättare. I 18 § finns bestämmelser om ersättning för uppkommen ekonomisk skada i de fall landstingets beslut enligt denna paragraf medför sådan för vårdgivaren.

11 § Paragrafen slår fast landstingets övergripande ansvar vid upprättande av ett vårdavtal. Ansvaret innebär att landstinget skall utreda och göra en bedömning av den tilltänkte vårdgivarens förutsättningar att arbeta mot det generella mål som enligt 2 § HSL gäller för all hälso- och sjukvård och för att han eller hon kan och kommer att kunna uppfylla de grundläggande kraven som ställs i 2 a - d §§ HSL.

Prövningen skall avse förutsättningarna vid den tidpunkt då avtalet ingås och, såvitt då kan bedömas, vilka framtida förutsättningar som vårdgivaren kommer att ha i nämnda avseenden.

Ansvaret, då vårdavtal ingås, för att vårdgivaren har förutsättningar att uppfylla angivna krav, ligger i sista hand på landstinget. Sedan vårdavtal ingåtts och verksamheten inletts ligger ett huvudansvar för att kraven, i första hand HSLs och åliggandelagens krav, uppfylls, primärt på vårdgivaren. I den verksamhetsuppföljning som enligt 16 § skall ske fastslås vårdgivarens skyldighet att medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Socialstyrelsen har som tillsynsmyndighet ett särskilt ansvar i detta sammanhang. Ett visst ansvar ligger dock kvar på landstinget. Om Socialstyrelsens tillsyn visar att verksamhetens kvalitet inte uppfyller de krav som kan ställas på en sådan, ligger det i landstingets ansvar, att med iakttagande av 17 § överväga den fortsatta giltigheten av avtalet. Möjligheten att i vissa fall häva avtal bör nämnas i sammanhanget. Vid slutlig återkallelse av vårdgivares legitimation och i andra fall då vårdgivares förutsättningar

att uppfylla vårdavtalet helt har fallit bort, bör denna möjlighet kunna övervägas.

12 § Paragrafen innehåller en bestämmelse om vårdavtals giltighetstid. Huvudregeln är att den del av vårdavtalet som avser avtal om etablering skall gälla till vårdgivaren fyllt 65 år. Paragrafen ger utrymme för avtal såväl med kortare giltighetstid som för avtal som sträcker sig längre än till vårdgivarens 65-årsdag. Frågan om överenskommelse om uppsägningstid och dess längd berörs i betänkandet under kapitel 10.6.

13 § Paragrafen innebär att en överenskommelse i ett vårdavtal inte är giltig, om den innebär att vårdersättning utbetalas till vårdgivare endast under förutsättning att denne behandlat patient efter en remiss från en viss annan vårdgivare. Giltigheten av avtalet i övrigt påverkas inte av en sådan överenskommelse. Paragrafens innehåll utgör i sig inget hinder mot att vårdavtal innehåller allmänna överenskommelser om remiss. Däremot får i enlighet med vad som sagts, sådana inte kopplas till vårdgivarens rätt till vårdersättning för utförda åtgärder.

14 § Paragrafen är avsedd som en påminnelse till framförallt vårdgivare om vad som gäller beträffande skyldigheten att anmäla verksamhet m.m., enligt 7 - 9 §§ lag (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården, för den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av Socialstyrelsens tillsyn.

15 § Enligt paragrafen som motsvarar 14 §§ LOL och LOS skall den som är verksam med vårdavtal enligt denna lag samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet. Den som är vårdgivare enligt vårdavtal torde ofta vara, i högre eller lägre grad, specialiserad inom ett visst område. Detta är naturligt då det gäller läkare eftersom det för denna yrkeskategori, enligt 8 § andra stycket, krävs specialistkompetens eller motsvarande, för att vårdavtal enligt denna lag skall kunna komma i fråga.

Ingen av de andra yrkeskategorierna har eller kommer, såvitt nu kan bedömas, inom de närmaste åren, att få en motsvarande författningsreglerad specialistordning. Trots detta torde man i praktiken kunna utgå ifrån att även vårdgivare som representerar dessa grupper kommer att vara specialiserade. Redan idag förekommer vidareutbildningar samt dessutom specialistkompetenser sanktionerade genom t.ex. respektive yrkesorganisation. En följd av detta torde oftast vara att den enskilda vårdgivaren, oavsett vilken yrkeskategori han eller hon tillhör, mera sällan kommer att ha ett samlat ansvar för den enskilde patientens totala hälsotillstånd. Detta samlade ansvar och uppgiften att se till att

patientens behov av kontakter med andra vårdgivare blir tillgodosedda kommer i stället vanligen att åvila någon annan vårdgivare. För att vård- och behandlingsinsatser, både för patientens och samhällets bästa, skall leda till så goda resultat som möjligt krävs en samverkan mellan olika vård- och rehabiliteringsorgan. En sådan samverkansskyldighet för vårdgivare med vårdavtal föreskrivs därför. Vilka former och i vilken utsträckning samverkan skall eller kan ske får avgöras i det enskilda fallet. Frågan bör regleras i vårdavtal.

16 § I paragrafen finns grundläggande bestämmelser om vårdgivares skyldighet att medverka i uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. Vårdgivaren skall bl.a. årligen lämna en verksamhetsredovisning till Socialstyrelsen och landstinget med vilket vårdavtal träffats. Paragrafen motsvarar 26 § LOL respektive 25 § LOS. Jämfört med dessa bestämmelser inträder vårdgivarens skyldigheter härvidlag enligt den föreslagna lagen i ett tidigare skede. Läkarens respektive sjukgymnastens skyldigheter enligt LOL och LOS trädde in först då ersättning begärdes. I den föreslagna lagen uppkommer motsvarande skyldighet redan då ett vårdavtal ingås.

Landstinget har som finansär ett befogat intresse av att kontrollera verksamhetens kvalitet och innehåll. Bestämmelser om kvalitetssystem vilka alla vårdgivare har att följa ges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem, 1996:24. Dessa föreskrifter och allmänna råd kompletterar bestämmelsen i 31 § HSL som anger att kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras. När det gäller landstingets ansvar i sammanhanget är det dock i huvudsak enbart i samband med att avtal ingås som en medicinsk kvalitetsbedömning måste göras. Uppgiften att utöva sådan tillsyn ligger i övrigt inom Socialstyrelsens ansvarsområde.

Den redovisning som enligt första stycket lämnas skall innehålla uppgifter om mottagningens medicintekniska utrustning, antalet patientbesök och vårdåtgärderna.

I paragrafens andra stycke erinras om den i detta sammanhang betydelsefulla bestämmelse om tystnadsplikt omfattande enskild hälso- och sjukvård som finns i 8 § lagen (1994:953) om åligganden för personalen inom hälso- och sjukvården. Denna bestämmelse innebär att uppgifter utöver de som vårdgivare är skyldiga att lämna, enligt här kommenterad paragrafs första stycke, inte kan lämnas från vårdgivare till landsting. Verksamhetsredovisningen får således inte innehålla uppgifter som medför att enskilda patienter kan identifieras. Landstingets verksamhetsuppföljning innebär inte heller en rätt för landstingets företrädare att ta del av enskildas patientjournaler.

17 § Ett avtal om etablering för att meddela hälso- och sjukvård finansierad av landsting skall, enligt 12 §, gälla till vårdgivare fyllt 65 år. Paragrafen är dispositiv. Såväl kortare som längre avtal kan således träffas. Uppsägning, med iakttagande av överenskommen uppsägningstid, kan oavsett skälen härför alltid göras av vårdgivare. För uppsägning från landstings sida fordras enligt paragrafen att landstinget kan ange sakliga skäl för en sådan. Bestämmelsen är avsedd att skydda vårdgivare från obefogade uppsägningar. Landsting bör kunna ange starka skäl för ett beslut om uppsägning.

18 § Enligt 17 § har ett landsting rätt att säga upp ett vårdavtal om man har sakliga skäl för en sådan åtgärd. En uppsägning bygger inte på sakliga skäl om det är skäligt att kräva att landstinget står fast vid det vårdavtal som har ingåtts. Vad som kan utgöra sakliga skäl berörs i betänkandet under kapitel 10.6. Om en uppsägning skulle medföra ekonomisk skada för vårdgivaren skall denne ha rätt till ersättning från landstinget. Ersättningen kan t.ex. avse kostnad för utrustning som vårdgivaren inte fått möjlighet att avyttra. Därvid kan ett belopp som motsvarar utrustningens bokföringsmässiga värde vara utgångspunkten vid beräkning av ersättningens storlek. Vidare kan den avse ersättning motsvarande beräknade uteblivna intäkter för en viss tid.

Andra stycket anger att enligt första stycket utgående ersättning kan jämkas under vissa förutsättningar. Om vårdgivare genom egna åtgärder eller på annat sätt medverkat till att det uppkommit skäl för det av landstinget fattade beslutet, kan jämkning ske. En avvägning skall ske i vilken mån vårdgivaren bidragit till beslutet. Jämkning kan innebära att ersättning inte skall utgå.

19 § Paragrafen motsvarar i huvudsak 22 §§ samt 6 §§ första meningen LOL och LOS. Orden *läkare* och *sjukgymnast* samt *läkarvårdersättning* respektive *sjukgymnastikersättning* och *sjukgymnastiken* har bytts ut begreppet *vårdgivare* respektive mot *vårdersättning* för att den skall få en generell giltighet och omfattning på det sätt som är avsett i lagen.

Patientavgift får enligt paragrafens första stycke avkrävas patienten.

Av andra stycket framgår att landstinget skall svara för den vårdersättning som inte täcks av patientavgift. Detta innebär att landstinget skall betala ett belopp motsvarande utebliven patientavgift till vårdgivaren. Ansvaret i dessa hänseenden skall framgå av vårdavtal. I betalningsansvaret ligger att landstinget skall administrera ersättningsystemet.

I överensstämmelse med vad som hittills gällt får patientavgift enligt tredje stycket inte tas ut för rådgivning i födelsekontrollerande

syfte eller angående abort eller sterilisering. Patientavgift får inte heller tas ut om detta framgår av särskilda föreskrifter. Sådan föreskrift finns t.ex. i smittskyddslagen (1988:1472). Avsikten är att de bestämmelser om avgiftsfri vård som finns skall gälla även i fortsättningen. Bestämmelsen om kostnadsfri rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller angående abort eller sterilisering kommer emellertid att bli tillämplig även när sådan rådgivning ges av t.ex. en barnmorska.

Av fjärde stycket framgår genom hänvisning till paragrafens andra stycke att landstinget skall svara för den vårdersättning som inte täcks av patientavgift. Detta innebär att landstinget ersätter vårdgivare för utebliven patientavgift. Därutöver framgår genom hänvisningen till 21 § att patientens hemlandsting skall svara för kostnad för patientavgift som inte får tas ut av patienten. Vårdgivaren skall dock då det gäller krav på ersättning m.m. alltid vända sig till det landsting med vilket han eller hon har vårdavtal.

20 § Paragrafen motsvarar 23 §§ LOL och LOS. Orden läkare och sjukgymnast har bytts ut mot begreppet vårdgivare för att den skall få generell giltighet och omfatta alla vårdgivarkategorier som anges i lagen. I paragrafen anges högsta tillåtna nivån på patientavgiften. Patientavgift får således inte tas ut med högre belopp än som skulle ha gällt för motsvarande vård inom det landsting med vilket vårdgivaren träffat vårdavtal. Patientavgiften får inte vara högre än vårdavgiften enligt 26 § HSL skulle ha varit.

Något hinder mot att en vårdgivare tar ut lägre patientavgift än landstinget bestämt föreligger inte. Om detta sker skall det enligt andra stycket inte föranleda att landstingets del av vårdersättningen höjs i motsvarande mån.

21 § Paragrafen motsvarar 6 §§ i LOL och LOS förutom dessa paragrafers första respektive meningar som istället förts in som ett andra stycke i den föreslagna lagens 19 §. Orden *vård*, *läkarvårdersättning* respektive *sjukgymnastikersättning* och *sjukgymnastiken* har bytts ut mot *meddelad hälso- och sjukvård* och *vårdersättning* för att bestämmelsen skall få generell giltighet vad avser de vårdgivarkategorier som omfattas av lagen.

Med landstinget avses enligt 6 § det landsting inom vars område vårdgivaren bedriver sin verksamhet. En vårdgivare som uppbär vårdersättning skall alltid vända sig till det landsting inom vars område han eller hon är verksam och med vilket han eller hon har vårdavtal. Det är detta landsting som gentemot vårdgivaren ansvarar för utbetalningen av vårdersättningen oberoende från vilket landsting patienten kommer. Om vården har avsett en patient som är bosatt i ett annat landstings om-

råde , skall dock patientens hemlandsting , i enlighet med de grundläggande bestämmelserna om ansvaret för att erbjuda vård i HSL, svara för den utbetalda ersättningen. Hur den ekonomiska regleringen mellan landstingen skall hanteras får landstingen själva bestämma. Detta har skett genom "Riksavtalet för utomlänsvård", vilket godkänns av Landstingsförbundets styrelse. Avtalet träder in i den mån inget annat överenskommit mellan landsting.

22 § Paragrafen motsvarar 24 § LOL respektive 23 § LOS. Genom 26 a § HSL regleras det s.k. högkostnadsskyddet för patienter. Nuvarande bestämmelse infördes den 1 januari 1997. Skyddet gäller enligt 26 a § HSL första stycket vårdavgifter som erlagts i öppen vård i andra fall än som avses i 18 § första stycket HSL. Detta innebär att det inte gäller i den kommunala hälso- och sjukvården för dem som bor i visst särskilt boende enligt 20 § andra stycket , 21 § tredje stycket eller 69 § första stycket 2 SoL eller som deltar i dagverksamhet som avses i 10 § SoL. För dem tillämpas i stället bestämmelsen i 26 § tredje stycket HSL. Skyddet gäller inte heller för förbrukningsartiklar som avses i 3 b § HSL. För dessa gäller särskilda bestämmelser.

Paragrafen som kommenteras här slår fast att en patient som för en viss tid har uppnått kostnadsbefrielse enligt 26 a § HSL, under samma tid även är befriad från att betala patientavgifter enligt denna lag.

23 § Paragrafen motsvarar i huvudsak 25 § LOL resp. 24 § LOS. Orden *läkar- och sjukgymnastbesök* har bytts ut mot ordet *besök* för att den skall bli generellt giltig och omfatta alla vårdgivarkategorier som omfattas av lagen. En saklig ändring jämfört med lydelsena i LOL och LOS är att rätten för en vårdgivare att ta ut patientavgift inte skall vara avhängig av om det uppkommit en kostnad. Ett uteblivet patientbesök innebär i sig en utebliven intäkt för vårdgivaren motsvarande patientavgiften. Därutöver medför det en utebliven intäkt motsvarande den vårdersättning som skulle ha betalats ut från landstinget. Redan den omständigheten att patienten uteblir från ett avtalat besök utgör därför grund för att avkräva patienten avgift. En förutsättning för att detta skall få ske är att patienten, på ett sätt som inte kan missförstås, på förhand har upplysts om vad som gäller om han uteblir från avtalat besök. Patienten måste dessutom ha haft en rimlig möjlighet att meddela att han kommer att utebli. Uttaget av patientavgift enligt denna paragraf är inte obligatoriskt, vilket har markerats med ordet *får*. Det finns givetvis situationer då det skulle framstå som oskäligt att utkräva en patientavgift.

Av andra stycket framgår att en patient som omfattas av högkostnadsskyddet, enligt 22 §, inte enbart av denna anledning befrias från patientavgift vid uteblivande från avtalat besök hos vårdgivare.

24 § Genom denna paragraf ges regeringen rätt att för en begränsad tid tillsätta ett råd för vårdavtalsfrågor. Rådet bör förslagsvis i första hand tillsättas för en tid av tre år.

25 § I paragrafen anges rådets uppgifter. Rådet skall ha de övergripande uppgifter som anges i 1. samt även enligt 2. vara en instans till vilken vårdgivare och landsting som är parter i vårdavtal kan vända sig för bedömningar i enskilda fall.

26 § Paragrafen anger att de uttalanden rådet gör beträffande enskilda fall skall vara vägledande för de berörda parterna dvs. i första hand den vårdgivare eller det landsting som hänskjutit en fråga till rådet och dennes motpart i avtalet eller avtalssituationen.

27 § Paragrafen innehåller en bestämmelse om hur rådet skall vara sammansatt. Antalet ledamöter får avgöras vid tidpunkten för lagens ikraftträdande, beroende på vilka kategorier legitimerade yrkesutövare som vid detta tillfälle har rätt att ingå vårdavtal enligt lagen. Alla berörda yrkeskategorier bör genom egen representant eller på annat sätt vara representerade i rådet. Likaså bör landstingen vara representerade. Något hinder till följd av lagens bestämmelser mot att de representeras av Landstingsförbundet föreligger inte.

28 § Genom denna paragraf ges regeringen bemyndigande att meddela ytterligare verkställighetsföreskrifter till denna lag. I den mån sådana överenskommelser, som förutsatts i betänkandets kapitel 10 inte kommer till stånd, skall regeringen ha rätt att tillsätta en förlikningsman med uppgift att medla mellan parterna.

12.2 Förslag till Lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Den föreslagna ändringen är en konsekvens av att lagarna (1993:1651) om läkarvårdsersättning och (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik upphävs. Sekretessen som gällt hos allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket och domstol i ärenden om bl.a. ersättningar enligt nämnda lagar skall gälla på motsvarande sätt då det gäller ärenden om vårdsättning enligt den föreslagna lagen om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården.

12.3 Förslag till ändring i gränssjukvårdsförordningen (1962:390)

Den föreslagna ändringen är en konsekvens av att lagarna (1993:1651) om läkarvårdsersättning och (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik upphävs. Orden läkarvård och sjukgymnastik har bytts ut mot hälso- och sjukvård. Hänvisningen till de upphävda lagarna har ersatts med en hänvisning till lagen om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården. Förordningen kommer därmed att omfatta hälso- och sjukvård meddelad av de vårdgivarkategorier som avses i denna lag.

12.4 Förslag till Lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472)

10 § Den föreslagna ändringen är en konsekvens av att lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning upphävs. Hänvisning sker i stället till den föreslagna lagen om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården. Någon saklig ändring beträffande läkares undersöknings- och behandlingsskyldighet så som den anges i paragrafen är inte avsedd.

63 § Den föreslagna ändringen är en konsekvens av att lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning upphävs. Hänvisning sker i stället till den föreslagna lagen om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården. Någon saklig ändring beträffande patients rätt till kostnadsfri undersökning under de i paragrafen angivna förutsättningarna är inte avsedd.

12.5 Förslag till ändring i smittskydds- förordningen (1989:301)

Den föreslagna ändringen är en konsekvens av att lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning upphävs. Hänvisning sker i stället till den föreslagna lagen om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården. Ordet ersättning har bytts ut mot vårdersättning i överensstämmelse med lydelsen i den föreslagna lagen. Någon saklig ändring beträffande statens ansvar i de avseenden som regleras i paragrafen är inte avsedd.

12.6 Förslag till Lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor

Den föreslagna ändringen är en konsekvens av att lagarna (1993:1651) om läkarvårdsersättning och (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik upphävs. Hänvisning sker i stället till den föreslagna lagen om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården. Ordet vård har bytts ut mot hälso- och sjukvård i överensstämmelse med lydelsen i den föreslagna lagen. Ändringen innebär att sjukvårdshuvudmännen får en skyldighet att lämna ersättning för resekostnader vid hälso- och sjukvård utsträcks till att omfatta sådan vård meddelad av alla vårdgivarkategorierna med vårdavtal enligt lagen. Någon saklig ändring beträffande sjukvårdshuvudmännens i övrigt är inte avsedd.

12.7 Förslag till Lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

Ändringen innebär att andra stycket upphävs. Motiven för detta framgår i kapitel 10.9 i betänkandet.

12.8 Förslag till Lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik

Ändringen innebär att andra stycket upphävs. Motiven för detta framgår i kapitel 10.9 i betänkandet.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av Åsa Holmstrand och Göran Medén-Britth

Delegationen har på ett mycket förtjänstfullt sätt kartlagt och beskrivit flertalet av de problem som idag finns i samspelet mellan den offentliga och den privata vårdsektorn. De slutsatser som delegationen kommit fram till har också utmynnat i förslag som i vissa delar överensstämmer med de intentioner som i dessa sammanhang kommit till uttryck från regeringens sida.

En utgångspunkt för delegationens överväganden och förslag har dock varit att; "Det statligt reglerade ersättningssystemet skall finnas kvar, men i takt med att landstingen utvecklar sin beställarkompetens samt renodlar sin producentroll och rollen som finansiär bör behovet av att regeringen skall besluta om taxorna avta". Detta innebär att den nationella taxan skall finnas kvar så länge som beställar- och finansieringsansvaret inte är tydligt avskilt från den offentliga vårdproduktionen. Delegationen har vidare framhållit att det krävs långsiktiga och klara spelregler för att inte bara vidmakthålla andelen privata vårdgivare utan också för att se till att dessa ökar i omfattning. Den minskade statliga styrningen framhåller delegationen som ett skäl till att det saknas gemensamma riktlinjer vilket i sin tur lett till en flora av olika system med olika förutsättningar för tillgång till vård.

Med detta perspektiv och med dessa utgångspunkter anser vi det olyckligt att delegationen nu föreslår ett avskaffande av de statligt fastställda vårdtaxorna. Grunden för delegationens ställningstagande i denna del är att inte alla vårdgivarkategorier idag har tillgång till sådana taxesystem som finns för sjukgymnaster och läkare.

LSR och Läkarförbundet har under de senaste åren förhandlat med Landstingsförbundet om sina respektive taxor. Detta har lett till överenskommelser som också fastställts av regeringen. Denna förhandlingsordning har fungerat på ett mycket tillfredsställande sätt. Parterna har dock varit medvetna om regeringens förväntningar på en gemensam

överenskommelse samtidigt som man från de privata vårdgivarnas sida känt en trygghet i att ha ett ersättningsystem som inte endast är en till intet förpliktande rekommendation ut till de enskilda sjukvårdshuvudmännen. Denna trygghet som är nödvändig för den privata vårdsektorns fortbestånd kan för närvarande i praktiken endast uppnås genom nationella taxor som fastställs av regeringen.

Delegationen har i olika sammanhang just påtalat bristerna i rättssäkerheten för de privata vårdgivarna och då framhållit att dessa brister är en följd av en minskad statlig reglering. En överenskommelse mellan parterna som endast kan leda till en rekommendation för sjukvårdshuvudmännen är uppenbarligen inte något som stärker vårdgivarnas ställning i detta avseende utan det kommer istället att ytterligare öka osäkerheten för såväl patienter som vårdgivare.

Undertecknade vårdförbund hemställer således att de nationella vårdtaxorna även i fortsättningen skall fastställas av regeringen.

Särskilt yttrande av Lena Sandström och Kerstin Sjöberg

Delegationens uppgift har varit att följa utvecklingen när det gäller samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård och att underlätta samverkan mellan vård i olika driftformer. De förslag som presenteras i betänkandet går därmed långt utöver direktiven. Om syftet hade varit att lägga fram förslag som fastlägger nya sjukvårdspolitiska principer och ändrar de grundläggande förutsättningarna och ansvarsförhållandena, borde detta ha beretts av en parlamentariskt sammansatt kommitté. I betänkandet ges ingen klar bild av de förändringar som föreslås och en analys av konsekvenserna saknas, både när det gäller förhållandet till övrig lagstiftning som gäller hälso- och sjukvården och när det gäller förslaget ekonomiska konsekvenser. Om man överväger förslag av så genomgripande karaktär måste också detta beaktas. Vår grunduppfattning är att landstingen själva skall bestämma sin organisation och hur det samlade vårdutbudet skall utformas.

Kommittédirektiv

Beslut vid regeringssammanträde den 13 juli 1995

Sammanfattning av uppdraget

En delegation tillsätts för att bedöma vårdutbudet vad gäller specialistläkare och sjukgymnaster i öppenvård i förhållande till resurser och vårdbehov. Genom sin verksamhet skall delegationen söka underlätta samverkan mellan vård i olika driftformer.

Delegationen skall

- kartlägga det samlade vårdutbudet inom respektive landstingsområde i relation till uppskattat vårdbehov hos befolkningen,
- följa utvecklingen av primärvårdens verksamhetsinriktning, driftformer och kostnader,
- följa de lokala samverkansorganens utveckling och utvärdera deras funktion,
- söka former för att underlätta samverkan mellan privat och offentligt bedriven vård och söka undanröja eventuella hinder för en sådan samverkan,
- följa och bedöma utformningen av samverkans- och vårdavtal mellan sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna,
- följa och redovisa omfattningen och utvecklingen av alternativ till den offentligt bedrivna vården.

I delegationens uppdrag ingår att redovisa utvecklingen vad gäller privatpraktiserande läkare inom primärvården (husläkare) i samband med att lagen (1993:588) om husläkare upphör att gälla vid utgången av år 1995 (SFS 1995:836).

Delegationen skall i form av delrapporter fortlöpande informera regeringen om utvecklingen i nämnda avseenden. Delegationen skall även lämna förslag till åtgärder om de obalanser i vårdutbudet, som redovisas av vissa sjukvårdshuvudmän, inte kan utjämnas med stöd av de ändringar i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik som gäller sedan den 1 januari 1995 (SFS 1994:750 och SFS 1994:751) och de ändringar i

samma lagar som kommer att träda i kraft den 1 januari 1996 resp. den 1 januari 1997 (SFS 1995:837 och SFS 1995:838).

Den öppna vården

Den öppenvård, som i dag bedrivs, sker till största delen i offentlig regi vid vårdcentraler men i viss utsträckning även vid de öppna mottagningarna vid vissa sjukhuskliniker. Den privata öppenvården bedrivs även den huvudsakligen med offentlig finansiering antingen med stöd av lagen om läkarvårdsersättning eller med stöd av lagen om ersättning för sjukgymnastik eller genom att vårdgivaren har träffat vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen.

Under de senaste tjugo åren har det rått stor politisk enighet i Sverige om att primärvården skall utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet. Som en del av den öppna vården svarar primärvården – utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper – för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. I jämförelse med andra västeuropeiska länder har vi dock i vårt land en relativt stor andel av de samlade resurserna inom hälso- och sjukvården knuten till den sjukhusbaserade verksamheten. Primärvården behöver utvecklas ytterligare dels för att alla människor skall få lättillgänglig medicinsk service, dels för att de begränsade medel som står till hälso- och sjukvårdssektorns förfogande skall användas på ett mer kostnadseffektivt sätt.

Förutsättningar för privata vårdgivares verksamhet under år 1994

För att vidareutveckla den öppna vården såväl i offentlig som privat regi föreslog den dåvarande regeringen bl.a. att de etableringsbegränsningar för anslutning till det offentligt finansierade ersättningssystemet som fanns för läkare och sjukgymnaster före den 1 januari 1994 skulle avskaffas (prop. 1993/94:75). Riksdagen biföll förslaget (bet. 1993/94:SoU14, rskr. 1993/94:118). En effekt av detta blev bl.a. att de läkare och sjukgymnaster, som uppfyllde angivna behörighets- och kompetenskrav och som var beredda att vara verksamma i enlighet med lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik, kunde etablera sig som privatpraktiker med offentlig finansiering utan att sjukvårdshuvudmannen behövde lämna sitt medgivande till detta. Sjukvårdshuvudmännen kunde därmed inte påverka vare sig

inriktning eller lokalisering av de nyetablerade privata vårdgivarnas verksamhet.

Under 1980-talet hade antalet heltidsverksamma privatpraktiserande läkare stagnerat och uppgick år 1985 till knappt 600. Därefter ökade antalet för att vid årsskiftet 1993/94 uppgå till cirka 800 heltidsverksamma av sammanlagt närmare 2 000 privatpraktiserande läkare berättigade till offentlig finansiering enligt lagen om läkarvårdsersättning. Under år 1994 tillkom ytterligare 381 samtidigt som 293 specialister i allmänmedicin övergick till husläkarverksamhet.

Antalet privatpraktiserande sjukgymnaster ökade under år 1994 med 621 till sammanlagt 2 350, dvs. en 36-procentig ökning under detta år. Inom den öppna vården finns det därmed fler privatpraktiserande sjukgymnaster än offentligt anställda. Totalt sett är dock fler bland de yrkesverksamma sjukgymnasterna offentligt anställda än privatpraktiserande.

Våren 1993 beslutade riksdagen att ett husläkarsystem, enligt vissa nationella grundprinciper, successivt skulle införas i landet fr.o.m. den 1 januari 1994 för att vara fullt utbyggt vid utgången av år 1995. Detta innebar radikalt ändrade förutsättningar för privatpraktiserande specialistläkare i allmänmedicin. Husläkarna skulle verka på samma villkor och med samma verksamhetsinnehåll inom ett givet geografiskt område oberoende av om de var anställda av landstinget eller om de var privatpraktiker.

I slutet av år 1994 fanns det 668 privatpraktiserande husläkare. Detta motsvarade 16 procent av samtliga husläkare. Det var dock stora lokala skillnader vad gällde privatpraktiker. I Västmanlands läns landsting var cirka 40 procent privatpraktiserande, medan det i andra landsting inte fanns någon som drev privat husläkarmottagning.

Ändrade förutsättningar sedan årsskiftet 1994/95

I enlighet med regeringens förslag (prop. 1994/95:109) beslutade riksdagen (bet. 1994/95:SoU10, rskr. 1994/95:133) att den s.k. fria etableringen skulle upphöra att gälla fr.o.m. den 1 januari 1995. Den som vill etablera sig som privatpraktiserande vårdgivare med stöd av lagen om läkarvårdsersättning eller lagen om ersättning för sjukgymnast måste numera träffa ett samverkansavtal eller vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen för att få tillgång till offentlig finansiering.

På motsvarande sätt ändrades även etableringsbestämmelserna i husläkarlagen. Den som under år 1995 vill etablera sig som privatpraktiserande husläkare kan bara göra det om ett samverkansavtal med landstinget upprättas.

Genom förändringarna har landstingen dels möjligheter att påverka lokaliseringen av de privatpraktiserande läkarnas och sjukgymnasternas mottagningar till de områden inom landstinget där behoven är störst, dels ökade möjligheter att kontrollera kostnaderna. Därigenom förbättras också deras möjligheter att uppfylla målet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

I propositionen 1994/95:195 om primärvård, privata vårdgivare m.m. föreslog regeringen ytterligare förändringar i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik bl.a i syfte att stärka sjukvårdshuvudmännens förutsättningar att uppfylla målen i hälso- och sjukvårdslagen med bibehållen kostnadskontroll.

Landstingen är såväl hälso- och sjukvårdens finansiärer som de helt dominerande producenterna av hälso- och sjukvårdstjänster. Ett sådant s.k. integrerat system har, som regeringen framhåller i nämnda proposition, många fördelar och är en förutsättning för att vård av god kvalitet skall finnas tillgänglig i hela landet till rimliga kostnader. Men regeringen betonar också att det är en fördel om det i varje landstingsområde finns alternativ till den offentligt producerade hälso- och sjukvården. Verksamhetens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet bör sättas i förgrunden vid val av driftform. Dessutom bidrar skilda driftformer till att öka enskilda människors valmöjligheter.

I propositionen föreslår regeringen att vissa krav skall vara uppfyllda och vissa förutsättningar föreligga för att de privata vårdgivarna skall få rätt till offentlig ersättning i de fall inte vårdavtal tecknats mellan parterna. För att få ersättning med stöd av lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik får privatpraktiserande specialistläkare och sjukgymnaster inte samtidigt vara anställda av något landsting. Om remiss krävs för behandling hos offentligt anställd sjukgymnast skall motsvarande förfaringssätt tillämpas för sjukgymnastisk behandling som ges av privatpraktiserande sjukgymnast. Motsvarande bestämmelser om remissförfarande skall gälla läkare.

Vidare föreslås att en åldersgräns motsvarande allmän pensionsålder skall införas för rätt till ersättning om inte annan överenskommelse träffas med landstinget. Dessutom skall för de privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster, som inte bedriver verksamhet på heltid, en reducerad åsersättning och ett reducerat ersättningstak införas. De åtgärder som berättigar till särskilt arvode och som för närvarande inte är inordnade under de åsersättningstak som finns angivna, föreslås dessutom att fr.o.m. den 1 januari 1997 rymmas inom dessa tak.

Vad gäller privatpraktiserande husläkare menar regeringen att de som redan är verksamma inom primärvården kommer att behövas inom denna vårdnivå även i framtiden. Deras verksamhet och den ersättning som lämnas skall enligt regeringens förslag regleras i vårdavtal mellan

parterna. Om överenskommelse om vårdavtal inte uppnås skall de privatpraktiserande läkare, som nu är verksamma som husläkare, ha rätt till ersättning enligt den av regeringen fastställda nationella läkarvårdstaxan.

Vid sin behandling av propositionen biföll riksdagen i nämnda delar regeringens förslag och överväganden (bet. 1994/95: SoU24, rskr. 1994/95:383).

Överenskommelse om att inrätta lokala samverkansorgan

Förhållandet mellan offentliga och privata vårdgivare är på de flesta håll i landet gott. Men det kan och bör förbättras bl.a. för att tillgängliga resurser inom hälso- och sjukvården skall kunna utnyttjas på ett så bra och effektivt sätt som möjligt i strävandena efter att ge befolkningen en god och varierad hälso- och sjukvårdsservice. Produktionsförutsättningarna för skilda driftformer bör också ses över och omotiverade skillnader utjämnas. Regeringen menar att de privata vårdgivarnas arbete måste integreras i landstingens planerings- och finansieringsansvar. I propositionen 1994/95:195 föreslogs också vissa lagändringar för att stimulera och underlätta en sådan utveckling.

Staten och Landstingsförbundet har träffat en överenskommelse om att det senast den 1 januari 1996 skall inrättas samverkansorgan inom varje landstingsområde med representanter för landstinget och företrädare för de privata vårdgivarna. Syftet är att så långt möjligt stimulera en samverkan och ett varierat vårdutbud inom landstingen och överbrygga de motsättningar som kan finnas mellan offentligt och privat driven hälso- och sjukvård. Samverkansorganet skall bl.a. analysera landstingets behov av olika specialister och sjukgymnaster i öppenvård och bereda ansökningar om vård- eller samverkansavtal inför landstingets beslut.

Uppdraget

En delegation tillsätts för att följa vårdutbudet vad gäller specialistläkare och sjukgymnaster i öppenvård i förhållande till resurser och vårdbehov. Delegationen skall bedöma vårdutbudet vad gäller privatpraktiserande specialistläkare och sjukgymnaster i öppenvård i förhållande till resp. sjukvårdshuvudmans resurser och befolkningens vårdbehov. Delegationen skall uppmärksamma möjligheterna för landstingen att uppnå balans i vårdutbudet.

Delegationen skall också följa de lokala samverkansorganens utveckling och utvärdera deras funktion, söka former för att underlätta samverkan mellan privat och offentligt bedriven hälso- och sjukvård och, om så behövs, föreslå åtgärder för att undanröja eventuella hinder för en sådan samverkan.

Delegationen skall även följa utvecklingen av primärvårdens verksamhetsinriktning, driftformer och kostnader.

I delegationens uppdrag ingår att följa och bedöma utformningen av samverkans- och vårdavtal mellan sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna. Delegationen skall därvid särskilt beakta frågan om producentneutralitet.

För att få underlag för sitt arbete skall delegationen kartlägga det samlade vårdutbudet inom resp. landstingsområde i relation till uppskattat vårdbehov hos befolkningen. Omfattningen av och kostnaden i olika driftformer för den offentligt finansierade öppenvården, inkl. primärvården, skall därvid redovisas. Delegationen skall också fortlöpande följa utvecklingen av olika driftformer. I delegationens uppdrag ingår således att även redovisa utvecklingen vad gäller privatpraktiserande läkare inom primärvården (husläkare) i samband med att lagen om husläkare upphör att gälla vid utgången av år 1995.

Delegationen skall i form av delrapporter fortlöpande informera regeringen om utvecklingen i nämnda avseenden. Om inte de obalanser i vårdutbudet, som uppstod som följd av etableringar under i huvudsak år 1994 med stöd av då gällande etableringsbestämmelser, utjämnas genom dels de åtgärder som hittills vidtagits, dels de som enligt riksdagens beslut kommer att ske vid ingången till år 1996 resp. 1997 skall delegationen föreslå ytterligare åtgärder.

Delegationen skall vidare följa och bedöma

- utvecklingen av antalet privata vårdgivare, såväl läkare som sjukgymnaster, med offentlig finansiering genom vårdavtal resp. samverkansavtal,
- tillämpningen av remissförfarandet och dess effekter för berörda privata vårdgivare,
- utvecklingen av privatpraktiserande vårdgivares verksamhet med offentlig finansiering när vårdgivare uppnått allmän pensionsålder,
- utvecklingen av kostnaderna för olika tjänster inom specialistläkar- och sjukgymnastikvården i offentlig regi resp. ersättningarna för motsvarande tjänster hos de privatpraktiserande vårdgivarna med offentlig finansiering,
- de praktiska och ekonomiska förutsättningarna för privatpraktiserande läkare utan offentlig finansiering att remittera patienter till laboratorie- och röntgenundersökning.

Delegationen skall i övrigt kunna ta upp andra frågor som kan aktualiseras till följd av förändringarna i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik m.m. Delegationen bör därvid ha i åtanke att regeringen eftersträvar en minskad statlig reglering av kommunal verksamhet i syfte att underlätta besparingar.

För delegationens arbete gäller regeringens direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare om att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50) och jämställdhetspolitiska konsekvenser av förslagen (dir. 1994:124).

Delegationens arbete skall slutredovisas senast vid utgången av år 1997.

(Socialdepartementet)

Kommentarer angående remisshantering och dess konsekvenser

I kapitel 4.4.1 redovisas resultatet av delegationens remissundersökning 1997. I undersökningen gavs utrymme för läkarna och sjukgymnasterna att kommentera remisshantering och dess konsekvenser. Nedan redovisas inkomna in-extensosvar (de privata läkarnas och sjukgymnasternas svar var omfattande och återges delvis förkortade).

Allmänläkare i landsting utan remisskrav:

- "Väntetider på sjukhus är oftast längre än till privata organspecialister."
- "Remiss till privat specialist övervägs allt oftare pga långa väntetider på sjukhusets kliniker, ffa kirurgi och ortopedi."
- "Fungerar bra. Kanske den bäst fungerande kontakten."
- "Väntetiderna har blivit längre inom ortopedi och kirurgi. Troligen p.g.a. neddragningar."
- "Fungerar bra."

Allmänläkare i landsting med remisskrav:

- "Mycket väsen för lite ull. Trubbigt styrmedel. Dock principiellt riktigt att primärvårdsläkaren gör en första bedömning."

Privata specialistläkare i landsting utan remisskrav:

- "Ett totalt remisstvång är starkt socialt orättvist. Socialgrupp 1 fixar alltid remiss, svagare klarar inte att argumentera med husläkarna. I Stockholm orkar nog få husläkare lägga tid på att argumentera och ev. bli ovän med patienten."

- "Man ska inte underskatta patientens förmåga att själv välja vårdalternativ. Remisstväng är bara att ytterligare belasta en offentlig primärvård som just nu är på väg att "sjunka" i en allt tyngre arbetsbörda."
- "Remisstväng försvårar och komplicerar vårt arbete administrativt."
- "Flera patienter har tidigare sökt på VC för sina symtom och är oftast själva aktiva i att gå vidare och söka specialistkontakt. Övertygad att flertalet patienter skulle finna remisstväng till specialist som en omyndigförklaring och inskränkning av deras autonomi. Patienter söker inte läkare för att det är roligt, utan för att få hjälp med något för dem viktigt funktionshinder eller livsproblem. Behovet och resultatet av specialistvård bör mätas med kvalitetsmått och inte av byråkratiska regler. Patientavgiften är så pass hög idag för privat specialistvård att även patientens val att söka är mått på hur patienterna själva väljer att prioritera."
- "Med remisstväng finns alltid risk för "rundsmörjningsremisser" – dvs. remiss för säkerhets skull. Vi föredrar att patienten själv ringer. Redan i telefon kan då adekvata råd ges, och "akuticiteten" i patientens besvär bedömas."
- "Remisstväng skulle med hänvisning till att 85 % kommer utan remiss snabbt leda verksamheten i konkurs."

Privata specialistläkare i landsting med remisskrav:

- "Jag tror inte att remisskravet sparar pengar till landstinget. Det blir dubbla besök på vårdcentralen och hos specialisten. Mycket att förlora om patienten får fel diagnos och behandling hos allmänläkare."
- "Avskaffa remisstväng. Sjukhuset har infört specialregler för att själva inte behöva remiss. Ex.vis "prick-fläckmottagning" på Kullbergsska sjukhuset i Katrineholm kräver ingen remiss för att träffa hudläkare."
- "Principfel i den nuvarande utformningen; landsting sitter på två stolar – skall bedriva vård och samtidigt fördela skattemedel mellan sina egna och konkurrerande verksamheter. – – –, av samma anledning kan man inte heller förvänta sig att landsting släpper ifrån sig en smula av den stora kakan till privata vårdgivare."
- "Vid viss tidpunkt saknades giltiga remisser på sjukhusklinikerna på upp till 40% – utan ekonomiska konsekvenser för kliniken. Jag jämför med min egen situation när jag av misstag ej lämnade 5 av 160 kvitton. Ersättningen innehölls tills jag kompletterat. Tittar man till läkarnas situation har alltså remisstväng inneburit ett till i stort sett inget gagnande merarbete, som kostar tid och pengar. Ur

- patientens synvinkel kostar tvånget åtminstone ett extrabesök hos allmänläkaren för att få exempelvis förnyad remiss, och vad detta innebär ur "onödiga-besöks-antal" vore väl värt en egen utredning."
- "Slopa remisstvånget! Vansinnigt! Ekonomiskt dyrt för landstinget och inte minst opraktiskt för patienten."
 - "I Sörmlands län, exvis i Kvikksund bor hälften i Västmanland och hälften i Sörmland. Västmanlänningarna kan söka direkt till min mottagning medan sörmlänningarna måste avvisas."
 - "Remisstvånget bör tas bort snabbast möjligt för alla parter bästa. Skandalös behandling av privata specialister, yrkesförbud, stora mottagningar plötsligt värdelösa."
 - "Jag önskar samarbete och mer remisser, men inte remisstvång. Tvånget har gjort mitt arbete tråkigt och besvärligt. Till slut blir det väl en akutmottagning. Först om akuten också skulle behöva remiss får man stänga mottagningen och omskola sig till något annat. Politiker kanske?"
 - "Massor av administrativt merarbete."
 - "Jag är formellt kirurgspecialist men verkar i praktiken som allmänläkare. Jag har erbjudit mig att byta specialitet (via kort randutbildning enligt SOS) men detta har avvisats. Sålunda tvingas jag bedriva allmänpraktik på enkel taxa. Flera aktioner till politikerna har misslyckats, dessa utnyttjar hårt min formella specialitet till att tvinga mig ge upp. Har även hänvisat till en utredning som visar reell brist i öppenvården. Kampen går vidare (så länge mina besparingar räcker)."
 - "Det går åt mycket kraft, som kunde gå till patientkontakt. Det blir mindre sjukvård utförd, men betydligt mer kontorsjobb."
 - "Remisstvånget har inneburit att bara de som kan prata för sig får specialistbehandling."
 - "Varför frågar ni i sista ögonblicket. Man har en hopplös känsla. Från 1/1 1998 kan man inte överleva som praktiker med 0 % remisser. Efter 30 år som praktiker orättvist behandlad."
 - "Ökad arbetsbelastning och fördröjning i handläggningen drabbar alla inblandade."
 - "Får sitta på kvällarna och jobba extra utan betalning."

Offentliganställda sjukgymnaster i landsting utan remisskrav:

- "Alla sjukgymnaster bör kunna arbeta utan remiss, dvs. i alla landsting."
- "Fungerar bra utan remiss."

- "Ibland är remiss nödvändig, t.ex. från ortopedier och andra specialläkare, så rehabiliteringen blir rätt utförd. Dock, muskelrelaterade besvär av spänningstyp, som är mycket vanliga – behövs ingen remiss. Endast dyrbart samt medför större väntetider för drabbad patient."
- "Tycker att patienten får snabbare vård samt kortare behandlingsserier p.g.a. att patienten får söka direkt."
- "Frågan om remisser är i princip ointressant. Kontrollera hellre genomsnittligt antal behandlingar."
- "Att patienten kan söka till oss utan remiss underlättar för patienten och förkortar tiden för första besök. Om det visar sig att läkarkontakt behövs, rekommenderar jag patienten till det. Patienter med komplicerade besvär och långa sjukskrivningsperioder, utredningar osv. har oftast remiss och jag tycker det är bra, både för mig, patienten och läkaren."
- "Oklarhet kan uppstå om vem som är behandlande läkare om remiss fattas. Viktigt att veta då frågor uppstår. Många patienter kan med fördel gå direkt till sjukgymnast utan kostsamt läkarbesök innan. Kommer snabbare till behandling."
- "Med en väl fungerande vårdcentral behövs inte remisstvänet. Man har ett bra och nära samarbete med läkarna på vårdcentralen."
- "Primärvårdens sjukgymnaster har numera områdesansvar, vilket medför samarbete med läkarna, därför behövs inte remisser."

Offentliganställda sjukgymnaster i landsting med remisskrav:

- "En konsekvens av remisskravet blir att människor går längre med sina besvär pga den kostnad det innebär att söka hjälp. Man accepterar lättare att medicinera mot besvär, i stället för att ta mer aktiv del av problematiken."
- "Onödigt krångel för patienten och dessutom dyrare. Oekonomiskt eftersom vissa patienter går till läkare enbart för att få sjukgymnastremiss."
- "Remisskrav förbättrar inte kvalitén. Trots allt är det vi sjukgymnaster som bedömer behovet av behandling. Det är onödigt med en extra kostnad för patienten och ett hinder för att få snabb hjälp."
- "Om ej remisskrav risk att privata sjukgymnaster inte tar svåra neurologiska patienter som är tidskrävande och komplicerade."
- "Finns det någon anledning att ha remisstvänet när de flesta patienter ej blir ordentligt undersökta av doktorn?"
- "Vi önskar att remisstvänet slopas helt men inte fått gehör för detta."

- "Sjukgymnaster skulle kunna användas för att sätta diagnos på patienter. Ofta sker ett parallellarbete där läkaren pga tidsbrist ej fullständigt hinner undersöka patienten."
- "Krångligt för sjukgymnasten och patienten eftersom inte alla blir återställda på 10 behandlingar. Idag finns ingen möjlighet att bedöma patienten akut eftersom alla måste ha läkarremiss. Det är ingen besparing att patienten först måste ha läkarremiss och det försenar omhändertagandet av patienten."

Privata sjukgymnaster i landsting utan remisskrav:

- "Eftersom jag mest har opererade patienter kommer de flesta med remiss, vilket är bra. Opererande läkare har beskrivit vad som gjorts och vad det är för speciell rehabilitering som gäller."
- "För min patientkategori (ffa vuxenhabilitering) har det varit positivt med borttagandet av remisstvånget, då fler upplever sig ha möjlighet att söka min hjälp nu än tidigare."
- "Ett bra beslut, mer lättarbetat."
- "Patienter med kroniska besvär från rörelse- och stödjeorganen som tidigare utretts samt patienter med akuta besvär kan nå sjukgymnasten betydligt tidigare än när läkarremiss erfordrades. Detta upplevs mycket positivt av patienterna och innebär många gånger att de ej behöver sjukskrivas."
- "Fördyring och förlängd konvalescens för patienter med remisstvång."
- "Jag tycker att avskaffandet av remisstvång är det bästa som skett. Det går att ha bra samarbete i alla fall. Det kostar ju bara landstinget mer om patienten först måste gå till läkaren för att få en remiss till sjukgymnast. Det tar då längre tid innan patienten får behandling och det kan bara medföra ännu större kostnader på sikt."
- "Egentligen är arbetsbelastningen lika stor som tidigare. För oss har remissen varit ett namn på den läkare som tyckt det vara bra med sjukgymnastisk behandling. Jag tror att remissen fungerade som ett kvitto på kontakt, med en onödig kostnad. Sjukgymnasten får större ansvar, tar ansvaret och blir därmed viktig i patientens tillfrisknande."
- "Många av de patienter jag har behöver inte remiss. Men patienter som är opererade vill man veta diagnos, restriktioner och då är det bra att ha remiss. Kommer patienter utan remiss och jag vill att patienten skall gå till en läkare har vi väldigt bra kontakt med både privata specialistläkare och sjukhusläkare."

- "Självklart är både privata och offentliga sjukgymnaster primärinstans. Remissen är ett medicinskt dokument för kommunikation, inte ett betalningsunderlag."
- "Jag får flera patienter inom mitt specialistområde när remissen är borttagen."
- "Då vi måste kunna ställa diagnos själva är inte remissen nödvändig, speciellt som de flesta remisser inte innehåller diagnos. En remiss med en riktig diagnos är dock värdefull eftersom man i sådana fall kan rådgöra med läkaren om oklarheter uppstår. I annat fall kan man givetvis remittera vidare till läkare."
- "Verksamheten fungerar bättre utan remisstvång. Vi är lättare tillgängliga för patienterna. Det ställer dock större krav och ansvarstagande på sjukgymnasterna."

Privata sjukgymnaster i landsting med remisskrav:

- "Allmänt råder åsikt bland patienterna att remisskravet kan tas bort. Jag själv och mina kollegor instämmer."
- "En fördröjning för patienten och en omväg i stället för att få ett snabbt omhändertagande, så förlängs tiden innan rehabilitering kan sättas in. I de flesta fall anser jag att vi är mer kompetenta att diagnostisera, ffa från rörelse- och stödjeorganen. Får också oftast enbart remiss från offentliga läkare när patienten uttryckligen begärt att få gå till mig. Informationen är noll, och jag har flera exempel där läkarna hellre vill att patienten väljer deras sjukgymnast."
- "Onödig väntetid för patienten. Ofta tar det två veckor för remissen att komma till patienten från läkarsekreteraren eller liknande."
- "Remissen är bra som instrument för dialog med läkarna. För övrigt genererar den en hel massa onödiga läkarbesök endast för att få ny remiss. Dessutom finns det ingen kontrollapparat för de offentligt anställda som ser efter att de efterlever reglerna."
- "En remiss innebär att man alltid har en läkarkontakt. Utan remiss kan det i vissa fall innebära att patienten/terapeuten inte snabbt nog får kontakt med läkare om något behov finns."
- "Jag tror att remisskravet föranleder längre och fler behandlingar. Ju snabbare patienten får behandling – desto snabbare tillbaka i arbete."
- "Remisskravet leder till stora störningar och mycket extra arbete för många. Jag ser remissen som reklam för oss, men begränsningar i tid och antal behandlingar är inte bra. Kontrollera oss gärna, det stimulerar "Ställ krav på oss – men hindra oss inte. Vi har krav på oss själva."

-
- "Om det är så att de landsting med halva Sveriges befolkning har dragit slutsatsen att det finns möjlighet att tjäna pengar på att ta bort remissvånget undrar man hur de övriga landstingen räknar när de annars hänvisar till dålig ekonomi. Vad kostar ett distriktsläkarbesök? Fungerar remisshanteringen hos de offentliganställda?"
 - "Det har blivit svårt för oss att förklara för patienten varför de får gå obegränsat antal gånger hos distriktssjukgymnasten, men max 10 gånger hos oss. Vårdcentralens läkare rekommenderar ofta patienten att gå till distriktssjukgymnasten och skickar även remisser direkt i stället för att ge patienten remissen i handen. Detta ibland trots att patienten redan har en sjukgymnastkontakt på annat ställe, t.ex. privat."
 - "Min inställning är lite kluven, men i stort sett är jag nog för att avskaffa remissförfarandet. Inkomsttaket fungerar som kostnadskontroll för landstinget."
 - "Många gånger pseudodiagnoser på remisserna."
 - "Namngivna remisser måste ha varit ett av de största misstag man gjort. Lagstadga att privatpraktikerna och offentlig sjukvård måste samarbeta."
 - "Remisskravet ger en trygghet i när behandlingen kan påbörjas. Ger patienten mindre frihet att välja vårdgivare."

Vårdavtalets innehåll/checklista

Nedan följer en genomgång av och korta kommentarer till de punkter som kan regleras i ett vårdavtal. Listan är omfattande och alla punkter behöver sannolikt inte regleras. Däremot bör de bli föremål för diskussion innan avtal träffas. Listan kan dessutom användas som mall för vad som kan ingå i ett upphandlingsunderlag. Dessutom är det värt att påpeka att listan är framtagen under 1997 och den skall läsas i perspektivet av nu gällande lagstiftning och taxeförordningar.

1. Parter

I normalfallet landstingets avtalsbärande enhet och vårdgivarens företag (juridisk person) och organisationsnummer eller namn (fysisk person).

2. Åtagande och omfattning

Åtagandet och omfattningen (exempelvis ekonomiskt tak och antal besök/behandlingar) bör beskrivas noggrant då detta är en förutsättning för uppföljning.

I vissa avtal kan patientgruppen relativt noga preciseras, exempelvis utifrån vissa diagnosgrupper eller hur samarbete med primärvård och viss/a klinik/er skall ske.

I normalfallet är patientkategorierna mer generella; exempelvis:

- alla de som är försäkrade enligt lagen om allmän försäkring, oavsett hemlandsting,
- medborgare i EES,
- andra patienter som omfattas av konventioner om sjukvård mellan Sverige och andra länder,
- asylsökande och flyktingar (dvs. de som omfattas av förordningen om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m.).

Vårdgivaren bör, i förekommande fall, informera patienten om rätten att vända sig till landstingets förtroendenämnd.

3. Mål för verksamheten

Målbeskrivningen bör göras sådan att den är operationaliserbar, dvs. att den går att mäta. En tydlig målbeskrivning är en förutsättning för en god uppföljning.

4. Tillgänglighet

Förutom att reglera vårdgivarens lokalisering kan reglering av öppettider, kontinuitet och tillgänglighet under semesterperioder ske. Förväntade och acceptabla väntetider kan regleras.

5. Personal, bemanning och lokaler

Exempel på vad som kan regleras är kontinuitet, personalens kompetens, eventuella krav på handikappanpassade lokaler, hur ersättare/vikarier tas in och att kompetensutveckling skall ske.

6. Kvalitetsfrågor

Exempel på kvalitetssäkrings-/utvecklingsfrågor som kan regleras är att vårdgivaren ska följa landstingets kvalitetspolicy alternativt den egna professionens kvalitetssäkringsprogram (exempelvis KVALPRAK), medverkan i forskning, medverkan i utveckling av kvalitetsindikatorer, att verksamheten skall verka för ackreditering, att verksamheten skall följa vårdkedjeprogram och om och hur patientenkäter skall användas.

7. Samverkan

Hur samverkan med den slutna och öppna vården skall ske bör anges. Dessutom kan regleras i vilken utsträckning vårdgivaren förväntas delta i vårdplanering, kurser och konferenser. Dessutom kan anges hur samarbetet med andra med ansvar för rehabilitering, exempelvis kommun, försäkringskassa och arbetsgivare, skall ske.

8. Vårdgivaren en del i vårdkedjan

Vårdgivaren är, när patientens tillstånd så kräver det, en del i vårdkedjan. Hur samverkan skall ske mellan primärvård, öppen specialistvård och sluten vård och vårdgivaren bör anges och hur denna samverkan kan följas upp.

9. Medicinskt och ekonomiskt ansvar

Vårdgivaren bedriver verksamheten på eget medicinskt och ekonomiskt ansvar. Vårdgivaren skall inneha F-skattsedel. I normalfallet kan vårdgivarens ekonomiska förutsättningar följas genom att ta del av vårdgivarens bokslut. Ytterligare krav bör ej ställas.

10. Försäkringar

Att teckna/inneha patientförsäkring är obligatoriskt från 1997. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) anger i sina försäkringsvillkor att de åtar sig att lämna patientskadeersättning enligt patientskadelagen (1996:799) för personskada som orsakas patient i samband med av försäkringstagaren (dvs. sjukvårdshuvudmannen) i Sverige bedriven hälso- och sjukvård. Försäkringen gäller enligt 12 § patientskadelagen även sådan hälso- och sjukvård som privat vårdgivare utför enligt avtal med försäkringstagaren samt även hälso- och sjukvård som annan offentlig vårdgivare utför enligt avtal med försäkringstagaren. Med avtal avses uppdrag åt enskild vårdgivare att på entreprenad fullgöra vårduppgifter. Med sådant avtal likställs inte samverkansavtal enligt lagarna om läkarvårds- och sjukgymnastikersättning. Hälso- och sjukvård som utförs av annan vårdgivare och som finansieras av försäkringstagaren men utan avtal med eller remiss från försäkringstagaren omfattas inte av LÖF:s åtagande.

Vårdgivaren bör visa att vedertagen företags- och ansvarsförsäkring för privat vårdgivare är tecknad (dessa förmedlas bland annat via vårdgivarorganisationerna).

11. Verksamhetsuppföljning

Parterna skall gemensamt genomföra uppföljning och utvärdering av verksamheten och uppnådda resultat. Förutsättningen är att p.3 är tydlig. Extern medicinsk revision kan göras, exempelvis vart tredje år. Finansieringen av denna revision bör regleras.

12. Ersättning/utbetalningsrutiner

I normalfallet utbetalas ersättning månadsvis enligt i förväg bestämt belopp och/eller per utförd prestation. Det bör tydligt framgå hur patientavgifterna skall hanteras, hur fakturering och utbetalning av ersättning skall göras, vilka administrativa rutiner som ska gälla och hur ersättningsjustering, exempelvis årsvis, skall göras (t.ex. direkt angivet eller att KPI:s utveckling används).

13. Medicinsk service, språktolkservice, hjälpmedel m.m.

Om det inte i punkt 14. "Ersättning" framgår att särskild ersättning utgår för medicinsk service, språktolkservice, hjälpmedelsförskrivning, sammanträden och intyg/utlåtanden bör vårdgivaren ha samma rättigheter och skyldigheter som motsvarande verksamhet i landstingets egen regi.

14. Läkemedel

Berörda vårdgivarkategorier bör förbinda sig att följa de rekommendationer som landstingets läkemedelskommittéer utfärdar.

15. Utbildningsplatser

Eventuella förutsättningar och grunder för att ta emot studerande kan regleras. Om ersättning inte regleras under p.12. "Ersättningar" kan det antingen regleras under denna punkt eller i separat avtal.

16. Omförhandling

Om förutsättningarna för avtalet förändras bör endera parten äga rätt att påkalla omförhandling. Inom vilken tid en sådan omförhandling skall påbörjas bör regleras. Eventuella tillägg till avtalet skall upprättas skriftligt.

17. Hävande av avtal

Part skall äga rätt att häva avtalet om den andra parten i väsentligt avseende bryter mot avtalet. Vad som är "väsentligt", hur hävning skall

ske, rätt till skäligt skadestånd, möjlighet till rättelse och förhandlings-
skyldighet bör dessutom regleras.

18. Överlåtelse av avtal

Om och hur respektive part äger rätt att överlåta verksamheten på annan bör regleras.

19. Force majeure

Vanligt i avtalen är att parterna fritas från fullgörande av avtalsåtagandet om händelse som står utom parternas kontroll inträffar. Exempel på sådana händelser är arbetsinställelse, blockad, krig och eldsvåda.

20. Giltighetstid och förlängning

Avtalstiden bör ej vara kortare än 3 år. Kortare avtalsperiod kan, bland annat mot bakgrund av möjlighet att teckna hyresavtal och att göra nödvändiga investeringar med rimlig avskrivningstid, verka hämmande på vårdgivarens förutsättningar att bedriva en kvalitativ vård. Vårdavtal på kortare tid kan accepteras om åtagandet i sig är avgränsat och inte förenat med kvarliggande kostnader för vårdgivaren.

För läkare och sjukgymnaster som är verksamma enligt LOL och LOS bör det generellt regleras att de äger rätt att vara verksamma enligt dessa lagar efter avtalets upphörande.

Förlängning av avtal sker i normalfallet automatiskt för viss tid om inte uppsägning sker skriftligt vid ett överenskommet datum.

21. Tvist

Tvist bör i första hand försöka lösas genom överläggningar mellan parterna. Om detta inte lyckas bör tvist lösas via domstolsförhandlingar.

22. Undertecknande

Avtalet skall undertecknas av respektive parts behöriga firmatecknare.

Bilaga 5. Finansiering, styrning och organisation av öppenvården i andra länder

Skattefinansiering alt. försäkring	England Nationell skattefinansiering	Danmark Skattefinansiering, amtsnivå	Finland Skattefinansiering, kommunnivå, statsbidrag	Kanada Skattefinansiering, delstatsnivå, statsbidrag	Tyskland Försäkringssystem, 80 % offentligt	Holland Försäkringssystem, 75 % offentligt
Ersättnings-system för primär-/öppenvård	per capita (60 %), per besök, lokal- och personalkostn. Förhandling lokal nivå inom ramen för centralbudgeterade medel.	Per capita (30 %), per besök, per åtgärd + vissa övr. ersättn. regler om takersättn. Förhandl. nationell nivå.	Hälsocentraler, fast månadslön, per capita, per besök, per åtgärd + vissa speciella ersättningar utarbetat på nationell nivå.	Huvuddelen prestationsersättn. Alla provinser har takersättn. Förhandlas på provinsnivå.	Fee-for-ser-vice system. Taxan bygger på ett poängsystem och är prestationsrelaterat. Förhandlingar på delstatsnivå och nationell nivå.	Kapitationsersättn. för offentl. finansierade pat. och fee-for-ser-vice för privat försäkrade. Förhandlingar sker på lokal nivå. Avtalen godkänns på nationell nivå.
Primärvård, husläkare, allmänläkare	Samtliga privatprakt. Ca 50 % är s.k. budgetansv., dvs. "köper" specialistvård.	Samtliga privatpraktik.	Hälsocentraler, varav hälften med samkommuner som huvudman. Dessutom finns privata allmänläkare.	Samtliga privatpraktik.	Samtliga privatpraktik.	Allmänläkare i regel privatpraktik.
Andelen privata öppenvårdsspecialister	Marginellt	Cirka 60 %	Ca hälften privata	Samtliga	Samtliga	Cirka 2/3
Beställarutförarkoncept. Konkurrens.	Ja	Nej	Ny statsbidragsreform möjliggör konkurrens.	Nej	Nej	Ja, i liggande förslag.
Fritt val av husläkare	Ja	Ja	Mycket begränsat	Ja	Ja	Ja
Remisskrav till specialistvård	Ja	Ja	Ja, till sjukhus	Formellt nej, men i praktiken ja	Ja, till sjukhus	Ja, till sjukhus
Etableringskontroll	Ja	Ja	Ja	Nej, inte generellt, men vissa provinser har infört begränsningar	Ja, sedan 1993	Viss kontroll
Patientavgift	Nej	Nej	Ja. Sedan 1993 även i primärvården	Nej	Nej	Nej

Förkortningar och definitioner av vissa begrepp

HSL, Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

KL, Konkurrenslag (1993:20)

LOL, Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning

LOS, Lag (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik

LOU, Lag (1992:1528) om offentlig upphandling

NOU, Nämnden för offentlig upphandling

Åliggandelag, Lag (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården

Allmänläkare

I detta betänkande benämns specialistläkare i allmänmedicin för allmänläkare, i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer. Vanligt förekommande andra benämningar är distriktsläkare, husläkare och familjeläkare.

Remiss

Med remiss avses handling om patient som utgör beställning av tjänst mellan vårdgivare eller begäran om övertagande av vårdansvar.

Samverkansavtal

Samverkansavtal tecknas mellan landstinget och privat läkare eller sjukgymnast och medför att vårdgivaren erhåller rätt att vara verksam enligt LOL respektive LOS och till respektive lag aktuell förordning (taxa).

Sluten vård

Med sluten vård avses hälso- och sjukvård som ges till patient inskriven vid vårdenhet.

Vårdavtal

Vårdavtal tecknas mellan landstinget och privat vårdgivare och reglerar parternas inbördes relation och vårdgivarens medicinska åtagande. Vårdavtalet kan bland annat reglera vissa preciserade åtgärder, ansvar för vissa frågor, ersättning (för läkare och sjukgymnaster kan de nationella taxorna helt eller delvis frångås), kvalitetsuppföljning, tillgänglighet, lokalisering och avtalstid.

Vårdprogram

Vårdprogram är riktlinjer för hälso- och sjukvård för en viss grupp av patienter. Vårdprogram kan vara lokala, regionala och nationella.

Öppen vård

Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än sluten vård. Öppen vård delas med hänsyn till verksamhetsinriktning och innehåll upp i primärvård och övrig öppen vård.

Primärvård

Primärvård betecknar en vårdnivå vilken omfattar basal medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande verksamhet och rehabilitering, inklusive hjälpmedelsförskrivning. Primärvård som vårdnivå inkluderar primärkommunal hälso- och sjukvård, privatpraktiserande specialister i allmänmedicin och privatpraktiserande sjukgymnaster.

Övrig öppen vård

Övrig öppen vård betecknar vårdnivån sekundär vård vilken omfattar hälso- och sjukvård utförd av läkare med andra specialistkompetenser än de i allmänmedicin. Övrig öppen vård inkluderar öppenvårdsmottagningar vid eller anknutna till sjukhus samt privatpraktiserande läkare med annan specialistkompetens än allmänmedicin.

Referenser

Arvidsson G., Jönsson B., Politik och marknad i framtidens sjukvård, SNS förlag, Stockholm, 1997.

Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, CMT Rapport 1995:10, Primärvård i privat och offentlig regi – en uppföljning av primärvårdsverksamheten i Norrköping, CMT, Linköpings Universitet, 1995.

Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, CMT Rapport 1997:1, Utvärdering av olika vårdalternativ inom mödrahälsovården i Östergötland – kostnader, vårdkonsumtion och vårdkvalitet, CMT, Linköpings Universitet, 1997.

Den norske lægeforening, Vilkor for drift av privat allmennpraksis og spesialistpraksis, Den norske lægeforening, Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo, 1994.

Den norske lægeforening, Normaltariff for privat legepraksis 1997-98, allmennpraksis, spesialistpraksis, Den norske lægeforening, Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo, 1997.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård, Rapport nr 1, Samverkansdelegationens konferens den 6 december 1996.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård, Rapport nr 2, Samverkan via vårdavtal, 1997.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård, Rapport nr 3, Konsekvenserna för de privata vårdgivarna av 65-årsregeln. En kartläggning av i vilken omfattning vårdavtal m.m. beviljats, 1997.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård, Rapport nr 4, De privata allmänläkarna efter husläkarlagens upphörande. En kartläggning av orsaker och i vilken omfattning övergång till verksamhet enligt den nationella läkarvårdstaxan eller annan verksamhet ägt rum, 1997.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård, Rapport nr 5, Offentligt finansierad privat psykoterapi - redovisning av en enkätundersökning. Verksamheten 1996, 1997 och sjukvårdshuvudmännens planering för 1998.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård, Rapport nr 6, Remisskrav ur ett patientperspektiv – redovisning av en enkätundersökning utförd av SIFO Research & Consulting AB, 1997.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård, Rapport nr 7, Familjeläkarna i Västmanland – en jämförelse mellan privata och offentliga vårdgivare. Helseplan AB, 1997.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård, Rapport nr 8, En jämförelse mellan privata och offentliga specialistläkarmottagningar i sex landsting. Helseplan AB, 1997.

Department of Health, Public health, the national health service and social care – statement of responsibilities and accountabilities, The Policy Management Unit, Department of Health, Richmond House, 79 Whitehall, London SW1A 2NS, UK, 1995.

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE arbetsrapport 1996:2, Äldreomsorg i kommunal och privat regi – verksamhet kostnad och kvalitet, IHE, Lund, 1996.

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE arbetsrapport 1996:10, Privata och kommunala utförare av äldreomsorg – en ekonomisk utvärdering, IHE, Lund, 1996.

Institutet för kommunal ekonomi, IKE 1996:55, Uppföljning av Stockholms stads konkurrensprogram – en intervjustudie ur ett mottagarperspektiv, Stockholms universitet, Företagsekonomiska institutionen, Stockholm, 1996.

Institutet för kommunal ekonomi, IKE 1996:58, Effekter av konkurrenshotet – en studie av egen regis resultatenheter inom äldreomsorgen i Stockholm stad, Stockholms universitet, Företagsekonomiska institutionen, Stockholm, 1996.

Institutet för kommunal ekonomi, IKE 1996:59, Kostnadseffekter av konkurrensutsättning – en studie av Stockholms stads äldreomsorg, Stockholms universitet, Företagsekonomiska institutionen, Stockholm, 1996.

Institutet för kommunal ekonomi, IKE 1996:60, Konkurrensutsättning och kvalitet – en studie av Stockholms stads äldreomsorg, Stockholms universitet, Företagsekonomiska institutionen, Stockholm, 1996.

International Council of Nurses, Guidelines on the nurse entrepreneur providing nursing service, 1994.

Kungl. Maj:ts proposition nr 104 år 1974, Förslag om nya ersättningsregler inom sjukförsäkringen för läkarvård hos privatpraktiserande läkare m.m.

Landstingsförbundet, Offentligt finansierad privat öppen vård 1995 – omfattning och inriktning, sammanställning av statistikuppgifter av-

seende antal vårdgivare och besök samt utbetalda ersättningar till läkare och sjukgymnaster under 1995.

Landstingsförbundet, Utveckling av antal offentligt finansierade privata vårdgivare, 1996-01-01 t.o.m. årsskiftet 1996/97.

Landstingsförbundet, Offentligt finansierad privat öppen vård 1996 – omfattning och inriktning, sammanställning av statistikuppgifter avseende antal vårdgivare och besök samt utbetalda ersättningar till läkare och sjukgymnaster under 1996.

Landstingsförbundet, Kostnadsjämförelser privata & offentliga läkarmottagningar, 1997.

Landstingsförbundet, Förbundsstyrelsens beslut A 97:32 – Rekommendation om landstingens och medlemskommunernas arbete med att stärka patientens ställning.

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, Broberg, C., Sjukgymnastik och klassifikation – rapport från ett projekt och förslag till terminologi för sjukgymnastik, 1997.

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, Wolgast, E., Kvalitetskriterier för sjukgymnastisk verksamhet, 1997.

Lundgren, L., Verksamhetsuppföljning av sjukgymnastik inom sydvästra sjukvårdsområdet i Stockholm, 1997.

Primärvården i Nordvästra Skåne, Direktionen för Helsingborgs sjukvårdsdistrikt och Distriktsnämnden i Ängelholms sjukvårdsdistrikt, Primärvårdens utformning fr.o.m. 1998.

Privata affärer, Ylva Vesterlund, Sjukvårdens nya ansikte – privata skönhetsoperationer har blivit en miljardaffär, nr 10 oktober, Privata affärer, 113 90, Stockholm, 1997.

Regeringsproposition 1979/80:2, del A, Förslag till sekretesslag m.m.

Regeringsproposition 1980/81:28, Om följdlagstiftning till den nya sekretesslagen i fråga om hälso- och sjukvården samt den allmänna försäkringen.

Regeringsproposition 1981/82: 186, Om ändring i sekretesslagen.

Regeringsproposition 1992/93:160, Om husläkare m.m.

Regeringsproposition 1992/93:178, Vissa socialförsäkringsfrågor.

Regeringsproposition 1993/94: 75, Arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.

Regeringsproposition 1993/94:188, Lokal demokrati.

Regeringsproposition 1994/95:109, Vissa privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters etablering m.m.

Regeringsproposition 1994/95:195, Primärvård, privata vårdgivare m.m.

Regeringsproposition 1996/97:123, Privata vårdgivare.

Rehnberg C., Garpenby P., Privata aktörer i svensk sjukvård, SNS förlag, Stockholm, 1995.

Riksdagens revisorer, Primärvårdens resurser, 1997.

Socialdepartementet, Landstingsförbundet, Dagmaröverenskommelsen för år 1997.

Socialdepartementets departementsskrivelse 1976:2, Sjukförsäkringens ersättningsregler vid behandling hos privatpraktiserande sjukgymnaster m.fl. – betänkande av Riksförsäkringsverket.

Socialstyrelsens meddelandeblad 1/97, Allmänläkare i primärvården – utvecklingen 1994-1996.

Socialstyrelsen, Alternativa styr- och driftformer i äldreomsorgen – en kartläggning, 1994.

Socialstyrelsen, Alternativa styr- och driftformer i äldreomsorgen – valfrihet, 1995.

Socialstyrelsen, Alternativa styr- och driftformer i äldreomsorgen – uppföljning, utvärdering och avtal, 1995.

Socialstyrelsen, Alternativa styr- och driftformer i äldreomsorgen – beställar – utförarmodellen, 1995.

Socialstyrelsen, Alternativa styr- och driftformer i äldreomsorgen – äldreomsorg på entreprenad, 1996.

Socialstyrelsen, Sandborgh, M., Bergman B., Kartläggning av sjukgymnastik på primärvårdsnivå inom kommun, landsting och privat verksamhet, 1997.

Socialstyrelsen, Regionala tillsynsenheten i Umeå, Uppföljning av privat och offentlig vård – läkar och sjukgymnastverksamhet i öppenvård, 1994.

Socialstyrelsen och Landstingsförbundet, Fyra år med vårdgaranti – erfarenheter och effekter, 1996.

Sosial- og helsedepartementet, Ot proposition nr 47 (1996-97, Om lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr 19 om folketrygd (Avvikling av refusjoner til helsepersonell uten driftsavtale – oppretting av flere driftsavtaler for privatpraktiserende helsepersonell, Sosial- og helsedepartementet, Postboks 8011, N-Dep 0030, Oslo, 1996.

Sosial- og helsedepartementet, St meld nr 23 (1996-97), Trygghet og ansvarlighet – om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen, Sosial- og helsedepartementet, Postboks 8011, N-Dep 0030, Oslo, 1996.

SOU 1992:118, Arvode för vård hos privat praktiserande läkare, Fritzes förlag, Stockholm.

SOU 1994:115, Sjukvårdsreformer i andra länder, Fritzes förlag, Stockholm.

SOU 1996:91, Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – en översyn av de nationella taxorna för läkare och sjuk-

gymnaster. Betänkande av utredningen om ersättningen till privata vårdgivare, Fritzes förlag, Stockholm.

SOU 1996:169, Förnyelse av kommuner och landsting, Slutbetänkande av Kommunala förnyelsekommittén, Fritzes förlag, Stockholm.

SOU 1996:175, Styrning och samverkan, Delbetänkande av Delegationen för samverkan mellan offentlig hälso- och sjukvård, Fritzes förlag, Stockholm.

SOU 1997:154, Patienten har rätt, Delbetänkande av HSU 2000, Fritzes förlag, Stockholm.

Spri rapport 350, Konkurrens inom sjukvården, Spris förlag, 1993.

Spri rapport 379, Svenska hälso- och sjukvårdsreformer i ett internationellt perspektiv, SPRIs förlag, 1994.

Statskontoret 1997:2, Företagshälsovården i dag.

Svenska Kommunförbundet, Kommunala driftentreprenader inom äldreomsorg, skola, fritid och kultur, Kommentus förlag, 1994.

Sygesikringens förhandlingsudvalg c/o Amtsrådsforeningen, Landsoverenskomst om almen lægegerning mellem Sygesikringens forhandlingsudvalg og Praktiserende lægers organisation, Forlaget Kommuneinformation, København, 1995.

Sygesikringens förhandlingsudvalg c/o Amtsrådsforeningen, Fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi, Landsoverenskomster mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Danske Fysioterapeuter, Forlaget Kommuneinformation, København, 1995.

Sygesikringens förhandlingsudvalg c/o Amtsrådsforeningen, Psykologhjælp, Overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Psykolog Forening, Forlaget Kommuneinformation, København, 1997.

Västerbottens läns landsting, Uppföljningsrapport för 1996, landstingets remissregler, 1997.

Västerbottens läns landsting, Sjukgymnastik i primärvården – kartläggning och förslag till åtgärder, 1997.

Örebro läns landsting, Utvärdering av effekter av beslutade remissregler, 1997.

