

9 Allmänna utgångspunkter

Utredningen skall enligt direktiven dels analysera konsekvenserna av att avskaffa åldersgränserna för taxeanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt för tandläkare och tandhygienister inom tandvårdsförsäkringen, dels göra en översyn av förutsättningarna för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster att överlåta en vårdetablering.

En utgångspunkt för utredningens övervägande och förslag är att se på dessa frågor ur ett patientperspektiv.

Utredningen utgår vidare från att utredningens överväganden och förslag skall utgå från dagens system med landstingen som finansiärer och tillhandahållare av hälso- och sjukvård. De förslag som utredningen överväger måste dessutom vara förenliga med landstingens planeringsansvar för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1998:125).

En annan utgångspunkt för utredningens överväganden och förslag är regeringens inriktning att mångfalden av vårdgivare skall öka. I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) anför regeringen att hälso- och sjukvårdens lednings-, organisations- och arbetsformer måste utvecklas. I detta arbete kan enligt regeringen olika alternativa driftsformer bidra med erfarenheter och nytänkande. Genom att bejaka privata, ideella och kooperativa vårdgivare kan utvecklingen främjas, bl.a. av tillgänglighet och kvalitet samt arbetsorganisation och former för service och bemötande. I sin tur kan detta, tillsammans med det utvecklingsarbete som huvudmännen själva bedriver, stimulera utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Det är enligt regeringen viktigt att se till att den ökande pluralismen av vårdgivare inte leder till försämrade samverkan mellan olika vårdgivare. För patienterna är effekten av de samlade insatserna lika intressanta som insatsen från en enskild vårdgivare. Det

är alltså enligt regeringen lika viktigt att skapa förutsättningar för effektiva vårdkedjor som att garantera hög produktivitet hos varje enskild vårdgivare för att de sammanlagda effekterna för patienterna skall bli goda.

Riksdagen ställde sig bakom denna inriktning (bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53).

Europakonventionen

Utredningen har fått en skrivelse från Kristdemokraterna Seniorförbundet i Stockholms stad (dnr 4/2002). I skrivelsen framför förbundet att de olika ersättningslagarna omgäende bör ändras så att åldersgränserna stryks. Förbundet menar att åldersgränserna är åldersdiskriminerande och därför står i strid med Europakonventionen och därmed även med 2 kap. 23 § regeringsformen.

Utredningen har fått hjälp av utredningstjänsten i Sveriges Riksdag att undersöka frågan. Artikel 14 i Den europeiska konventionen angående skydd för de grundläggande friheterna (Europakonventionen) stadgar att de fri- och rättigheter som återfinns i konventionen skall säkerställas utan åtskillnad av ett antal diskrimineringsgrunder.

Europakonventionen gäller som lag i Sverige. I 2 kap. 23 § regeringsformen anges att lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med konventionen.

Europakonventionen omfattar ett antal fri- och rättigheter. Envar har således rätt till

- liv
- frihet och personlig säkerhet
- opartisk och offentlig rättegång
- skydd för privat- och familjeliv
- tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet
- yttrandefrihet
- att ingå äktenskap och bilda familj.

Vidare sägs att ingen må hållas i slaveri eller trälldom eller att tvingas utföra tvångsarbete. Ingen må heller berövas sin egendom annat än under vissa givna förutsättningar och ingen må förvägras rätt till undervisning. Enligt konventionen får diskriminering inte ske av "något slag på grund av kön, ras, hudfärg, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationell eller social härkomst, till-

hörighet till nationell minoritet, förmögenhet, börd, eller ställning i övrigt.”

Europas sociala stadga trädde i kraft år 1965. Stadgan utvidgade de traditionella mänskliga rättigheterna i Europakonventionen så att sociala och ekonomiska rättigheter inkluderades. I stadgan ingår rättigheter såsom rätt till arbete, rättvisa arbetsvillkor, trygga arbetsförhållanden och en skälig lön samt rätt att organisera sig och strejkrätt för arbetstagare. Rättigheter som enligt stadgan tillhör alla medborgare är bland annat rätt till tryggad hälsa, social trygghet, social och medicinalhjälp samt social service. Specialregler gäller främst tryggheten av barns, familjers, äldres och handikappades samt gästarbetares rättigheter.

Utredningstjänsten konstaterar i sitt yttrande att det inte finns några särskilda mänskliga rättigheter som avser enbart äldre människor. Av principen om de mänskliga rättigheternas universalitet följer dock att äldre människor skall kunna ta tillvara sina fri- och rättigheter på samma villkor som andra människor. Enligt utredningstjänstens bedömning kan de svenska bestämmelserna om att läkare, sjukgymnaster, tandläkare och tandhygienister inte får ersättning av det allmänna efter fyllda 67 år inte anses stå i strid med Europakonventionen eller den sociala stadgan. De avsedda yrkeskategorierna beläggs inte med förbud att arbeta. Vad avser läkare och sjukgymnaster finns dessutom möjlighet att fortsatt få ersättning av det allmänna om vårdgivaren medger det.

Bedömningen stöds, enligt utredningstjänstens mening, av den omständigheten att anställda i Sverige i princip måste gå i pension vid 67 års ålder. Om än åldersgränsen kan variera är detta något som gäller för de flesta länder i Europa. Detta torde enligt utredningstjänsten under inga omständigheter vara att betrakta som åldersdiskriminering.

Mot denna bakgrund utgår utredningen i sina överväganden och förslag från att en åldersgräns i de lagar som är föremål för utredningens arbete inte står i strid med Europakonventionen eller den sociala stadgan.

Utredningens iakttagelser om ersättningsystemet för läkare och sjukgymnaster

När avtal skall slutas mellan landstinget och en privat vårdgivare föredrar landstingen att sluta vårdavtal framför samverkansavtal. Regeringen har också i flera propositioner under 1990-talet förespråkat vårdavtal som den bästa regleringsformen mellan landsting och privata vårdgivare. Ett vårdavtal kan bl.a. omfatta verksamhetsinriktning, åtaganden, former för rapportering samt ersättning till vårdgivaren. Parterna kan i vårdavtal även komma överens om former för kvalitetssäkring, krav på vidareutbildning etc. I avtalen kan också samverka vad gäller jourorganisation m.m. regleras. Landstingen kan också sluta vårdavtal med vårdgivare som erbjuder olika kompetenser, för att på detta sätt få en vård som bättre motsvarar befolkningens behov.

För den enskilde yrkesutövaren finns det emellertid problem med vårdavtal som avtalsform. Avtalsperioden i vårdavtalen är ofta kort. Vårdavtal skall vidare, enligt Utredningen om sjukvårdsupphandling (SOU 1999:149), i motsats till samverkansavtal upphandlas enligt lagen (1992:1528) om offentlig upphandling. Det kan innebära en osäkerhet för en privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast att bygga upp en praktik för en tidsperiod på några år och sedan inte veta om man får fortsätta eller inte.

Ersättningslagarna ger däremot enskilda yrkesutövare rätt att arbeta med offentlig ersättning enligt nationellt fastställda regler. Regelverket bygger på att det är en enskild individ/yrkesutövare som ansluts till systemet. Samverkansavtal ger yrkesutövaren autonomi i yrkesutövandet. I den mån samverkansavtalen inte tidsbegränsas ger de också den privata vårdgivaren långsiktiga planeringsförutsättningar.

Följden av de olika synsätten har blivit att det i dag sluts mycket få nya samverkans- eller vårdavtal med enskilda yrkesutövare. De flesta vårdavtal som har slutits med enskilda läkare eller sjukgymnaster under senare år har slutits med dem som har rätt att återgå till nationella taxan om de inte får förlängt vårdavtal. Nya vårdavtal handlar i dag om verksamheter som landstingen lägger ut på entreprenad, t.ex. hela vårdcentraler.

I de nordiska länderna förekommer, som framgår av kapitel 5, olika system för hur den privata vården är organiserad och finansierad. I Finland sker den offentliga och privata vården i princip i parallella system, med få beröringspunkter. Den privata vården

subventioneras av staten, genom en allmän sjukförsäkring som administreras av Folkpensionsanstalten. Det behövs inga avtal för att få verka som privat vårdgivare. Däremot får patienter som söker privat vård betala betydligt högre patientavgifter än inom den offentliga vården.

Danmark har sedan länge ett integrerat system mellan privat och offentlig vård. Amterna (landstingen) finansierar den privata vården. Vården styrs av avtal mellan Sygesikringens Forhandlingsudvalg och de olika yrkesgruppernas organisationer. I avtalen, som kan beskrivas som omfattande vårdavtal, kommer man överens om en önskvärd utveckling av vården. Avtalet med läkarna är det som har kommit längst i detta hänseende. Till skillnad från Sverige kan man säga att Danmark har ett centraliserat vårdavtal som gäller i hela landet, men med möjlighet för de enskilda amterna att ingå lokala avtal som kompletterar den centrala överenskommelsen.

Norge har nyligen genomfört stora förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet. Man har infört ett husläkarsystem samt statliga hälsoföretag, som bl.a. ansvarar för driften av sjukhusen. Norge har en blandad finansiering för privata vårdgivare. Den statliga socialförsäkringen (folketrygden) ersätter kostnader för privat vård, men det utgår också bidrag från kommunerna eller de regionala hälsoföretagen. Liksom i Danmark bygger systemet på centrala avtal.

Även om systemen skiljer sig åt mellan länderna ger de utrymme för enskilda privata vårdgivare att verka inom systemen. Samma förutsättningar finns inte riktigt i Sverige. Under förutsättning att det finns en vilja från samhället att enskilda privata vårdgivare även i framtiden skall vara en del av mångfalden av olika vårdgivare inom hälso- och sjukvårdssystemet, behöver enligt utredningen formerna för hur de skall kunna vara verksamma med offentlig ersättning ses över.

Utredningens uppdrag är dock begränsat. Den översyn av ersättningslagarna som utredningen har i uppdrag att göra handlar om två avgränsade frågor. Dagens situation är kanske en förklaring till att frågorna om åldersgräns och ersättningsetablering har uppmärksamats så mycket, eftersom det kan vara ett sätt att få systemet att överleva eller att överleva i systemet.

10 Åldersgränser för vårdgivares rätt till offentlig ersättning

Utredningens förslag: Åldersgränsen skall höjas till 70 år när det gäller offentlig ersättning till läkare enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, till sjukgymnaster enligt lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik samt till tandläkare och tandhygienister enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

10.1 Frågans tidigare behandling och utredningens uppdrag

Utredningen skall enligt direktiven analysera konsekvenserna av ett avskaffande av åldersgränserna när det gäller offentlig ersättning till läkare enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, till sjukgymnaster enligt lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik samt till tandläkare och tandhygienister enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

En åldersgräns på 65 år för rätt till ersättning infördes i ersättningslagarna för läkare och sjukgymnaster den 1 januari 1996. I tandvårdsförsäkringen infördes motsvarande reglering den 1 januari 1999. Innan dess fanns det inte några åldersgränser i de olika lagarna.

I samband med att den fria etableringen för läkare och sjukgymnaster infördes år 1994 föreslog regeringen att en åldersgräns på 70 år skulle införas i lagen om läkarvårdsersättning och i lagen om ersättning för sjukgymnastik. Regeringen anförde i propositionen (prop. 1993/94:75, s. 51) att den allmänna pensionsåldern med en rörlig del upp till 70 år även generellt bör gälla för privatpraktiserande verksamhet. Vidare menade regeringen att Socialstyrelsens studie om privatpraktiserande läkare och tandläkare äldre än 75 år också gav stöd för en åldersgräns på 70 år. Regeringen föreslog i

samma proposition att samma åldersgräns skulle finnas för husläkarersättning. Regeringen ansåg att samma åldersgränser bör tillämpas för samhällsfinansierad läkarverksamhet oavsett i vilken form sådan ersättning lämnas eller vilken lag som reglerar den.

Vid riksdagsbehandlingen avsågs förslaget om en åldersgräns. Socialutskottet menade i betänkandet (bet. 1993/94:SoU14, s. 17) att åldersgränsen i praktiken skulle gälla ett fåtal läkare. Samtidigt skulle införandet av en strikt åldersgräns medföra att äldre patienter behöver byta läkare som de anlitat sedan många år. Utskottet ansåg att läkarens lämplighet kunde bedömas av försäkringskassans förtroendeläkare och Socialstyrelsen. Utbetalningen av ersättningen administrerades under denna tid av försäkringskassan, vars förtroendeläkare också hade rätt att ta del av journaler etc. Utskottet menade således att det på det sättet var möjligt att kontrollera yrkesutövarens lämplighet.

När åldersgränsen ändå infördes för läkare och sjukgymnaster år 1996 fanns det enligt regeringen (prop. 1994/95:195, s. 68) flera skäl som talade för att en åldersgräns skulle införas. Ett av dessa var att en sådan åldersgräns fanns för offentliganställda läkare och sjukgymnaster. Ännu ett skäl som anfördes för en åldersgräns var landstingens behov av att kunna bedöma avgångar från hälso- och sjukvårdsverksamhet i privat regi i samband med planeringen av läkarnas specialistutbildning.

Beträffande åldersgränsen för tandläkare och tandhygienister anförde regeringen som motiv för att föreslå en åldersgräns (prop. 1997/98:112, s. 50) att den åldersgräns som följer av den allmänna pensionsåldern borde gälla som villkor för tandvårdsersättning för vård utförd av tandläkare och tandhygienister. Regeringen menade vidare att en sådan åtgärd inte leder till att brist uppstår på tandläkare och tandhygienister. Dessutom kunde åtgärden enligt regeringen underlätta de yngre tandläkarnas och tandhygienisternas möjligheter att utöva sina yrken i större utsträckning än i dag.

Som en konsekvens av den höjda åldern för avgångsskyldighet för arbetstagare till 67 år fr.o.m. den 1 september 2001 höjdes också åldersgränsen för läkarvårdsersättning, sjukgymnastikersättning respektive tandvårdsersättning från 65 år till 67 år. Som motiv till förslaget anförde regeringen att gränserna bör följas åt.

Vid riksdagsbehandlingen av propositionen anförde arbetsmarknadsutskottet (bet. 2000/01:AU10, s. 27) att regeringen snarast bör återkomma till riksdagen med förslag som innebär att åldersgränserna avskaffas. Motiven bakom utskottets begäran är att det i dag

räder stor brist på läkare, tandläkare och annan vårdpersonal vilket gör att tillgängligheten till vård är begränsad. Behovet av vårdpersonal av bl.a. de nämnda kategorierna kan förutses öka de närmaste åren. Det är därför av största vikt att ta tillvara också den kompetens som utgörs av de läkare, tandläkare, tandhygienister och sjukgymnaster som nått den stipulerade åldersgränsen.

Frågan om en åldersgräns för rätt till offentlig ersättning har således avhandlats under nästan ett decennium. Utredningen har i direktiven urskiljt tre huvudområden för den konsekvensanalys som nu skall göras nämligen, konsekvenser för hälso- och sjukvårdens organisation och ekonomi, konsekvenser för personalförsörjningen samt konsekvenser för vårdens kontinuitet och kvalitet.

10.2 Utredningens överväganden om konsekvenserna av ett avskaffande av åldersgränserna

10.2.1 Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens organisation och ekonomi

Som framgår av kapitel 2 skall varje landsting enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) erbjuda en god hälso- och sjukvård bl.a. åt dem som är bosatta inom landstinget. Vilka patientavgifter som får tas ut för vården regleras också i lagstiftningen. Landstingen har ett särskilt planerings- och samverkansansvar som innebär att landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av vård. Planeringen skall också avse den hälso- och sjukvård som bedrivs av privata och andra vårdgivare. Eftersom resurserna inom sektorn är begränsade har landstingen således ett stort ansvar för att göra nödvändiga avvägningar av resursförbrukningen mellan och inom olika sektorer av hälso- och sjukvården.

Eftersom vård- eller samverkansavtal är en förutsättning för en privat vårdgivare att etablera sig med offentlig finansiering enligt nu gällande lagstiftning har landstingen i dag möjlighet att göra samlade överväganden som omfattar både den privata och den offentligt producerade vården. Majoriteten av de läkare och sjukgymnaster som i dag har rätt till taxeersättning har emellertid tillkommit antingen under den tid då det fanns rätt att överta en etablering eller under mitten av 1990-talet då det rädde etableringsfrihet. Landstingen har således inte haft möjlighet att bedöma

behovet av t.ex. specialiteten eller lokaliseringen i förhållande till andra hälso- och sjukvårdsbehov i landstinget.

Ett avskaffande av åldersgränsen i ersättningslagarna skulle för landstingen innebära att den tidpunkt vid vilken landstinget kan ompröva behovet av enskilda vårdgivares insatser i det samlade sjukvårdsutbudet i landstinget förskjuts framåt i tiden. Ekonomiska resurser binds därmed under en längre tid än vad som annars skulle ha varit fallet.

Som också framgår av kapitel 2 skiljer sig landstingets ansvar för tandvården från landstingets ansvar för hälso- och sjukvården i övrigt. Landstingets har skyldighet att tillgodose att vissa grupper erbjuds tandvård; barn- och ungdomar samt vissa vuxna med särskilda behov. Inom vuxentandvården finns det emellertid inget som motsvarar landstingets ansvar inom hälso- och sjukvården för att tillgodose att hela befolkningen får en vård på lika villkor. Inom tandvården finns förutom landstingets ansvar den statliga tandvårdsförsäkringen. Det är de tandläkare och tandhygienister som arbetar inom ramen för tandvårdsförsäkringen som omfattas av utredningens uppdrag.

Ett avskaffande av åldersgränsen för tandläkare och tandhygienister i tandvårdsförsäkringen skulle därför inte få samma konsekvenser för landstingens planeringsansvar som ett avskaffande av åldersgränsen i ersättningslagarna för läkare och sjukgymnaster.

För landstingen skulle ett avskaffande av åldersgränsen i tandvårdsförsäkringen i stället kunna underlätta arbetet. I dag kan tandläkare och tandhygienister inom folktandvården eller privatpraktiserande tandläkare och tandhygienister arbeta efter 67 år med de patientgrupper som landstinget ansvarar för om de kommer överens med landstinget om detta. Den fasta åldersgränsen som i dag finns för vuxentandvården inom tandvårdsförsäkringen kan innebära att arbetet inom folktandvården måste omorganiseras när en tandläkare fyller 67 år, eftersom han eller hon då bara kan arbeta med vissa patientgrupper.

Finansieringen av tandvården via tandvårdsförsäkringen är också en annan än inom hälso- och sjukvården. Patienterna betalar en betydande andel av sina tandvårdskostnader själva. Detta får till följd att efterfrågan på tandvård bl.a. styrs av patienternas betalningsförmåga, även om situationen delvis har blivit en annan genom det nyligen införda högkostnadsskyddet för personer som fyllt 65 år.

I en undersökning som Riksförsäkringsverket genomförde år 1999 (Tandvårdsstödet. RFV Anser 2000:3) ställdes frågor till befolkningen om man av olika anledningar avstått från tandvård som man egentligen var i behov av. Av svaren framgår att 15 procent av befolkningen hade avstått från tandvård, medan ca 85 procent svarade nej på frågan. Ungefär hälften (49,1 procent) av de som angav att de inte hade sökt behandling förklarade detta med att de inte hade råd. Knappt 5 procent svarade att de inte sökt behandling för att de inte hade kunnat få tid eller inte själva haft tid.

Genom en utbyggd tandvårdsförsäkring förbättras befolkningens möjlighet att söka tandvård samtidigt som försäkringens utgifter ökar. Den avgörande faktorn för försäkringens kostnader är således inte tillgängligheten till tandvård i sig utan försäkringens utformning.

Mot den bakgrunden skulle ett avskaffande av åldersgränsen i tandvårdsförsäkringen, som skulle kunna innebära en ökad tillgång på vårdgivare, inte få några stora konsekvenser för tandvårdens organisation eller ekonomi.

10.2.2 Konsekvenser för personalförsörjningen

Ett avskaffande av åldersgränsen i de olika ersättningslagarna skulle innebära att ett större antal läkare och sjukgymnaster än i dag skulle kunna fortsätta att vara yrkesverksamma med offentlig finansiering efter 67 års ålder. Landstingen har i dag, även om det hitintills skett i mycket liten utsträckning, möjlighet att medge att privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster arbetar vidare efter 67 års ålder. Om åldersgränsen avskaffas skulle något medgivande från landstinget för att få fortsätta arbeta inte längre behövas. För tandläkare och tandhygienister finns det i dag en absolut gräns på 67 år för rätt till försäkringsersättning. För dessa vårdgivare skulle det öppnas en möjlighet att arbeta efter 67 års ålder med försäkringsersättning. Ett avskaffande av åldersgränsen skulle mot den bakgrunden med stor säkerhet innebära en viss ökning av tillgången på vårdgivare.

Det är emellertid ett relativt begränsat antal läkare och sjukgymnaster som skulle komma att beröras av en lagändring. Som framgår av kapitel 4 fanns det av landets ca 30 000 läkare, 1 211 läkare under år 2001 som arbetade med ersättning enligt den nationella taxan.

Motsvarande siffra för landets ca 11 000 sjukgymnaster var 1 564. Till detta kommer enligt utredningens kartläggning ca 580 läkare (varav 232 i Stockholm) och ca 530 sjukgymnaster (varav 313 i Stockholm) som i dag har vårdavtal, men som har rätt att återgå till de nationella taxorna om vårdavtalet skulle upphöra.

Genom tandvårdsförsäkringen utbetalas ersättning både till privata vårdgivare och till folktandvården för den del som utgör vuxentandvård. Detta innebär att i stort sett alla landets 7 700 tandläkare och 3 000 tandhygienister i den mån de arbetar med vuxna patienter teoretiskt kan komma att beröras av ett förslag om avskaffande av åldersgränsen inom tandvårdsförsäkringen.

Även om det, som framgår av kapitel 6, finns en större villighet bland egna företagare än bland andra grupper att arbeta efter pensionsåldern är det inte sannolikt att samtliga dessa yrkesutövare skulle vilja eller kunna fortsätta arbeta efter det att de fyllt 67 år.

Arbetsförhållanden och andra omständigheter skiljer sig åt mellan olika grupper. Enligt en undersökning som Svenska Privatläkarföreningen genomfört är ca 40 procent av landets privatpraktiserande läkare intresserade av att fortsätta arbeta efter 67 års ålder. Sveriges Privattandläkarförening har till utredningen framfört att ca 100 privattandläkare är intresserade av att arbeta vidare efter 67 år. Utredningen har också erfarit att det stora problemet inom folktandvården är att tandläkarna lämnar arbetslivet helt eller delvis i förtid eller att de önskar arbeta utomlands.

När man diskuterar personalbrist är det viktigt att ha i åtanke att det sällan handlar om någon total brist i hela landet. Det handlar i stor utsträckning om en regional obalans eller en brist på vissa specialiteter.

Det är t.ex. mycket svårt att rekrytera specialister i allmänmedicin till glesbygden. Inom kommunernas vård och omsorg ser man också ett kraftigt ökande behov av högskoleutbildad personal, där sjukgymnasterna ingår.

I samarbete med Privattandläkarföreningen har Socialstyrelsen genomfört en enkätundersökning till privattandläkare om möjligheter att ta emot nya patienter (Socialstyrelsen 2002-01-28). Av rapporten framgår att 84 procent av tandläkarna hade möjlighet att ta emot nya patienter. På frågan inom vilken tid som tandläkaren kunde ta emot nya patienter svarade över hälften (55,1 procent) omedelbart och 32,4 procent inom tre månader.

Av en annan enkätundersökning som Socialstyrelsen genomförde i september 2001 om väntetider inom folktandvården och

möjligheten att anställa ytterligare tandläkare framgår att väntetiderna varierar mycket mellan olika folktandvårdskliniker. Enkäten avsåg väntetider för nytillkommande, vuxna patienter (20 år-) utan akuta besvär och inte patienter som omfattades av klinikernas revisions klientel. Av enkätsvaren framgår att väntetiderna varierar från ingen väntetid alls till väntetider över 24 månader. Den högst noterade väntetiden var 48 månader.

Det är osäkert i vilken utsträckning ett avskaffande av åldersgränsen i de olika ersättningslagarna skulle bidra till att lösa de bristsituationer som i dag finns. De privata vårdgivarna är ofta koncentrerade till storstadsregionerna, medan personalbristen framför allt finns på andra håll i landet.

Som tidigare framgått har landstingen redan i dag en möjlighet att möta bristen på personalresurser, genom att medge att privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster arbetar vidare efter 67 års ålder.

Utredningen skall också att pröva om ett avskaffande av åldersgränserna kan innebära ett hinder mot en nyrekrytering och nyetablering av de aktuella personalgrupperna och vilka problem ett sådant hinder i så fall skulle innebära.

På orter med god tillgång på vårdgivare kan det faktum att äldre yrkesutövare arbetar vidare påverka möjligheten till nyetablering. När det gäller privata läkare och sjukgymnaster är emellertid frågeställningen relativt teoretisk, eftersom de måste ha avtal med landstinget för att etablera sig och det redan i dag träffas mycket få nya avtal med enskilda yrkesutövare.

Beträffande tandläkare och tandhygienister kan situationen delvis vara annorlunda. Om fler äldre yrkesutövare stannar kvar på arbetsmarknaden kan yngre tandläkare/tandhygienister på orter med god tillgång på vårdgivare få svårigheter att få det antal patienter som behövs för att en nyetablerad mottagning skall bära sig. Det kan emellertid också vara positivt på så sätt att vårdgivare som önskar etablera sig privat kan komma att lokalisera sig till orter där det råder brist på vårdgivare.

10.2.3 Konsekvenser för vårdens kontinuitet och kvalitet

Om åldersgränserna i de olika ersättningslagarna avskaffas skulle detta naturligtvis öka kontinuiteten i vården, eftersom patienterna skulle kunna behålla sin vårdgivare under en längre tid. Inom tand-

vården är det relativt vanligt att patienterna har samma tandläkare under lång tid. Olika undersökningar, som i huvudsak berört primärvården, visar också att det framför allt är äldre patienter och patienter med långvariga eller kroniska sjukdomar som särskilt värdesätter kontinuitet i vårdkontaktarna. Kontinuitet i vården är sålunda en viktig kvalitetsaspekt.

När det gäller övriga kvalitetsaspekter kan utredningen konstatera att det finns mycket få undersökningar etc. om äldre yrkesutövare. De erfarenheter från Socialstyrelsens tillsynsverksamhet m.m. samt utredningens genomgång av beslut från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) – som redovisas i kapitel 7 – visar att antalet ärenden där äldre yrkesutövare är inblandade är få till antalet. Merparten av ärendena rör läkare, men det förekommer också ärenden där tandläkare är inblandade. Äldre sjukgymnaster och tandhygienister förekommer ytterst sällan i tillsynssammanhang. Detta gör att det är svårt att dra några mer långtgående slutsatser av materialet.

Detta är också en anledning till att utredningen inte har bedömt det som meningsfullt att gå igenom ärenden i HSAN längre tillbaka i tiden, för att göra en jämförelse med situationen idag och den som rådde innan åldersgränserna infördes i de olika lagarna. Till saken hör också att andra förhållanden har ändrats under ärens lopp, t.ex. har Socialstyrelsen ändrat sin tillsynsorganisation och antalet yrkesutövare har förändrats.

Utifrån de erfarenheter som ändå finns kan man emellertid konstatera att äldre privatpraktiserande yrkesutövare som dessutom arbetar ensamma utgör en "riskgrupp", bl.a. vad gäller överförskrivning av läkemedel. De bedriver också kvalitetsarbete i mindre utsträckning än andra grupper. I ärenden hos HSAN och Socialstyrelsen förekommer även klagomål på brister i journalföring och intygsskrivning, dålig hygien på mottagningen och alltför gammal och bristfällig utrustning. Uppgifter om vacklande hälsa, t.ex. dålig syn, finns också i ärendena.

Vid den hearing om patientsäkerhet som utredningen genomförde den 28 augusti 2002, med företrädare för Socialstyrelsens centrala och regionala tillsynsenheter, HSAN samt Patientnämnden i Stockholm framhölls att äldre yrkesutövarna som missköter sig – även om de är få till antalet – kan få negativa konsekvenser för patienterna och för samhället i stort. Även vid hearingen betonades de särskilda risker som kan vara förenat med ensamarbete. Den som ingår i en större arbetsorganisation blir föremål för kollegial

kontroll. Det finns dessutom en verksamhetschef med ansvar för vårdens kvalitet och som regelbundet bör förvissa sig om att personalen har och underhåller den utbildning och kompetens som behövs för att utföra tilldelade arbetsuppgifter. Behovet av insyn och kontroll är större när det gäller privatpraktiker som arbetar ensamma.

När det gäller problemet med överförskrivning kan nämnas att ändringar i lagen (1996:1156) om receptregister har trätt i kraft den 1 juli 2002. Syftet är att få en bättre tillsyn över läkares och tandläkares förskrivning av narkotiska läkemedel och samtidigt möjliggöra en snabbare hantering av Socialstyrelsens tillsyn över enskilda läkares och tandläkares förskrivningar av narkotiska läkemedel.

Ett ökat antal äldre yrkesverksamma kan påverka vårdens kvalitet och patienternas säkerhet på olika sätt. Risken att insjukna i en demenssjukdom ökar kraftigt med stigande ålder och sjukdomsinsikten brister ibland. Cirka 5 procent av alla personer över 65 år har en demenssjukdom av sådan svårighetsgrad att det föreligger ett betydande funktionshinder (Socialdepartementets arbetsgrupp för demensfrågor). I åldrarna över 80 år stiger siffran till 20 procent. Även andra funktionsnedsättningar som t.ex. syn- och hörselnedsättning är betydligt vanligare ju äldre man blir.

Det finns även forskning¹ som beskriver hur minnet försämras med åren (PsykologTidningen, nr 18/95 och 3/02). Det gäller i första hand det episodiska minnet, det vill säga förmågan att komma ihåg händelser vi själva varit med om. Det semantiska minnet (minnet för generell kunskap och språket) förbättras upp till 60–65 år. Därefter hålls det på en ganska jämn nivå fram till 70-årsåldern, för att sedan försämras. Det är både förmågan att ta till sig nya fakta och förmågan att minnas det man en gång lärt sig som försämras. Det bör påpekas att åldersförändringar av detta slag inträffar hos friska personer, som inte lider av demens eller någon annan sjukdom som påverkar minnet.

Den medicinska och medicinsktekniska utvecklingen går snabbt. Nya behandlingsmöjligheter och behandlingsmetoder tillkommer hela tiden. Yrkesutövarna måste därför ständigt ompröva de metoder som används och utnyttja sådana vetenskapliga framsteg som innebär förbättringar vid omhändertagandet av patienterna. Äldre yrkesutövare har större erfarenhet, men det krävs också att kompetensen upprätthålls under många års yrkesverksamhet. En

¹ Betulprojektet under ledning av professor Lars-Göran Nilsson, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

viktig del när det gäller att upprätthålla sina kunskaper är också det kollegiala erfarenhetsutbytet – lärandet i vardagen. Äldre privata yrkesutövare arbetar emellertid i större utsträckning än andra yrkesutövare ensamma, vilket innebär att de står utan detta stöd.

10.2.4 Utredningens samlade konsekvensbedömning

När utredningen har att ta ställning till vilka konsekvenser ett avskaffande av åldersgränsen i lagen om läkarvård ersättning, i lagen om ersättning för sjukgymnastik samt i tandvårdsförsäkringen skulle få är det således en rad olika aspekter som måste beaktas.

Hälso- och sjukvårdens organisation och ekonomi påverkas enligt utredningens bedömning inte på något avgörande sätt om åldersgränserna skulle avskaffas. Utredningen inser naturligtvis landstingens berättigade krav på att kunna fullfölja sitt planeringsansvar, men det handlar trots allt om ett relativt litet antal läkare och sjukgymnaster, som dessutom skall orka och vilja arbeta efter 67 år.

När det gäller konsekvenser för personalförsörjningen kan ett avskaffande av åldersgränserna innebära ett begränsat tillskott av arbetskraft. En av vårdens stora utmaningar i framtiden är också att klara personalförsörjningen. Enligt utredningens bedömning måste den situationen i huvudsak mötas med andra och mer kraftfulla åtgärder än att avskaffa åldersgränsen i de lagar som är aktuella för utredningens arbete. Det handlar bl.a. om utbildningsdimensionering, förändrad arbetsfördelning mellan olika yrkesgrupper och om åtgärder för att utveckla och förbättra arbetsmiljön. En stor utmaning i det sammanhanget är att minska sjukskrivningarna och förhindra att människor lämnar arbetslivet i förtid.

Ett avskaffande av åldersgränsen skulle naturligtvis öka kontinuiteten mellan vårdgivaren och patienten. Enligt utredningen bör dock inte kontinuitetsaspekten överskattas, eftersom en vårdkontakt ändå till slut måste brytas. Det finns många anledningar till detta; vårdgivares sjukdom, tjänstledighet av olika orsaker, flytt till annan ort etc. Det finns också en annan sida av saken. För en patient som har gått till samma behandlare i många år kan det vara positivt om en annan yrkesutövare gör en bedömning av patientens hälsotillstånd och vårdbehov.

Utredningens genomgång av erfarenheter av äldre yrkesutövers verksamhet visar att det – liksom för yngre yrkesutövare – är få ärenden av allvarlig karaktär. Bl.a. mot den bakgrunden har företrädare för yrkesgrupperna framfört till utredningen att det inte finns behov av någon åldersgräns i de olika lagarna. Yrkesföreträdarna menar att de instrument som i dag finns för att värna kvalitet och patientsäkerhet i vården, exempelvis Socialstyrelsens tillsynsverksamhet och kravet på att all verksamhet skall vara kvalitetssäkrad, är tillräckliga också för att kontrollera äldre yrkesutövare.

En förklaring till att det är så få ärenden som rör äldre yrkesutövare kan vara att Socialstyrelsens tillsyn bara fångar upp allvarligare missförhållanden när det gäller legitimationsinnehav. Det är en lång process innan ett tillsynsärende leder till ett ingripande. HSN och domstolarna ställer höga krav på Socialstyrelsens utredningar och på bevisningen i de enskilda ärendena. Detta har sin grund i den konflikt som finns inbyggd i dagens regelverk mellan å ena sidan patienternas säkerhet och å andra sidan yrkesutövarnas rättssäkerhet.

Väl fungerande kvalitetssystem i verksamheterna minskar sannolikt behovet av mer repressiva och kontrollerande instrument. Det pågår också en utveckling i vården i riktning att arbeta förebyggande och på så vis förhindra misstag och felbehandlingar. Man försöker identifiera systemfelen i stället för att leta efter syndabockar.

Det är naturligtvis angeläget att arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten i hälso- och sjukvården fortgår. De undersökningar som gjorts på området visar emellertid att långt ifrån alla yrkesutövare bedriver ett aktivt kvalitetsarbete.

Yrkesföreträdarna menar således att det bör vara upp till den enskilde yrkesutövaren att avgöra hur länge man vill vara yrkesverksam med offentlig ersättning. Utredningen skulle vilja vända på frågeställningen och i stället fråga varför man skall få arbeta med offentlig ersättning så länge man själv vill, utan att samhället skall ha möjlighet att kontrollera vårdens kvalitet? Även om majoriteten av äldre yrkesutövare inte begär allvarligare misstag kan åldrandet ändå innebära att vårdens kvalitet försämras på olika sätt. Det är också svårt för patienten att bedöma vårdgivarens arbete och kvalifikationer. Till detta kommer att samhället har en skyldighet att se till att skattebetalarnas pengar används på bästa sätt. Inom hälso- och sjukvårdssektorn sker dagligen hårda prioriteringar mellan olika behov. Även äldre yrkesutövers verksamhet måste prövas i

detta sammanhang – de kanske inte begär någon direkt skada, men kanske inte heller gör någon större nytta.

Vid en samlad bedömning av vilka konsekvenser ett avskaffande av åldersgränserna skulle få anser utredningen att kvalitetsaspekten är den som måste väga tyngst.

10.3 Utredningens överväganden och förslag om åldersgränser för vårdgivares rätt till offentlig ersättning

Det är således enligt utredningen inte lämpligt att äldre yrkesutövare skall kunna arbeta med offentlig ersättning utan att det – utöver dagens tillsyn och kvalitetsarbete – finns något system för att kontrollera hur de utövar yrket. Det handlar både om kvalitet och säkerhet ur ett patientperspektiv, men också om att vården håller den kvalitet som motiverar att samhället är med och finansierar verksamheten.

Den åldersgräns som i dag finns i ersättningslagarna innebär en möjlighet för landstingen att pröva verksamhetens kvalitet, även om den prövning som landstingen i dag gör i huvudsak handlar om vilket behov det finns av den enskilda yrkesutövaren i det samlade vårdutbudet.

Denna kontrollstation uppmärksammade av 1994 års behörighetskommitté som hade i uppdrag att göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet. I betänkandet Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m. (SOU 1996:138) konstaterade kommittén att den nuvarande åldersgränsen i ersättningslagarna medför en ökad kontroll av äldre personers yrkesverksamhet. Landstingen har enligt kommittén möjlighet att i samband med avtal om fortsatt verksamhet i varje enskilt fall göra en bedömning av behovet av verksamheten och kvaliteten på den verksamhet som bedrivs. Liknande synpunkter framfördes från Socialstyrelsen vid utredningens hearing om patientsäkerhet.

Som ett alternativ till dagens åldersgränser redovisas i kapitel 8 andra system för att upprätthålla kvalitet och säkerhet i vården samt dess för- och nackdelar. Det handlar bl.a. om en fast övre åldersgräns för legitimationsinnehav eller certifiering och ackreditering. En huvudinvändning mot att ersätta dagens åldersgränser med något annat alternativ är enligt utredningen att systemet i så

fall bör omfatta fler yrkesutövare än de som är föremål för utredningens arbete. De privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt tandläkare och tandhygienister som är aktuella i den här utredningen utgör bara en liten del av de ca 250 000 legitimerade yrkesutövarna inom hälso- och sjukvården. I dag är lagstiftningen uppbyggd så att samtliga 17 legitimerade yrkesgrupper omfattas av samma regler. Utredningen har emellertid enligt direktiven inte haft i uppdrag att utreda dessa frågor i ett större sammanhang.

När det gäller de läkare och sjukgymnaster som omfattas av utredningens uppdrag bedömer utredningen att det nuvarande systemet med en fast övre åldersgräns i lagen om läkarvårdsersättning och i lagen om ersättning för sjukgymnastik – men med möjlighet att efter prövning arbeta vidare – är det mest ändamålsenliga sättet att värna vårdens kvalitet och patienternas säkerhet.

Utredningen anser att det på motsvarande sätt skall finnas en fast övre åldersgräns i lagen om allmän försäkring när det gäller tandläkare och tandhygienister. Tandläkare och tandhygienister kan i dag inte arbeta inom tandvårdsförsäkringen efter 67 års ålder. Någon möjlighet till prövning – som för läkare och sjukgymnaster – existerar således inte inom tandvårdsförsäkringen. Utredningen anser att tandläkare och tandhygienister efter prövning skall kunna arbeta vidare inom försäkringen efter det att åldersgränsen uppnåtts. Utredningen återkommer till förslaget och regelverkets närmare utformning i kapitel 11.

Utredningens förslag om att tandläkare och tandhygienister skall kunna fortsätta arbeta efter det att den lagstadgade åldersgränsen nåtts innebär att det blir möjligt att motverka eller lindra en eventuell personalbrist för samtliga yrkesgrupper som omfattas av utredningens uppdrag genom att äldre yrkesutövare kan bli kvar på arbetsmarknaden.

Utredningen har tidigare konstaterat att bristen på vårdgivare inte är generell utan att det i stor utsträckning handlar om en regional obalans eller en brist på vissa specialiteter. Med ett individuellt prövningsförfarande blir det möjligt att åtgärda en brist-situation lokalt, samtidigt som vårdens kvalitet och säkerhet kan upprätthållas. På detta vis anser utredningen att arbetsmarknadsutskottets uttalande farhågor i betänkandet Rätt att arbeta till 67 års ålder (bet. 2000/2001:AU10) om den framtida personalsituationen kan tillfredsställas.

Dagens åldersgräns på 67 år är emellertid inte självskriven. Som framgår inledningsvis i detta kapitel är ett argument som återkom-

mer när en åldersgräns diskuteras att reglerna för dessa grupper bör motsvara vad som gäller för andra grupper på arbetsmarknaden eller kopplas till pensionssystemet.

Det framförs ofta att det i ålderspensionssystemet finns en rörlig pensionsålder mellan 61 år och 70 år. Detta är en missuppfattning. Ålderspensionssystemet saknar en *övre* gräns för såväl intjänande av pensionsrätt som uttag av pension. 67-årsgränsen har därför ingen direkt anknytning till reglerna om ålderspension lika litet som en annan gräns skulle ha det.

Dagens åldersgräns i lagen om läkarvårdsersättning, i lagen om ersättning för sjukgymnastik samt inom tandvårdsförsäkringen motsvarar emellertid den som gäller för arbetstagare. Av regeringens proposition Rätt att arbeta till 67 års ålder (prop. 2000/01:78) framgår inte varför man föreslog just 67 år och inte någon annan gräns. En förklaring kan emellertid vara att arbetsmarknadens parter anser att lagstiftning i den här frågan är ett ingrepp i parternas rätt att sluta kollektivavtal och att man därför inte önskade gå längre än till 67 år.

Befolkningen lever i dag allt längre och är också friskare högre upp i åldrarna. En utveckling som har fortsatt sedan åldersgränsen på 65 år ursprungligen infördes i ersättningslagarna. Det torde vara svårt ur kvalitets- och patientsäkerhetsskäl att hävda att dagens åldersgräns i ersättningslagarna och i tandvårdsförsäkringen är den bästa och att den därför bör ligga fast. Enligt utredningen är det möjligt att höja denna åldersgräns utan att vårdens kvalitet behöver påverkas. Samtidigt är det angeläget att inte åldersgränsen läggs så högt att dess betydelse som kontrollstation avtar. Utredningens bedömning är att en åldersgräns på 70 år är en lämplig avvägning.

En åldersgräns på 70 år för rätt till offentlig ersättning finns också i Norge samt i Danmark när det gäller psykologer och kiropraktorer, som är de senaste grupperna i Danmark som har anslutits till systemet.

I dag görs mycket få medgivande så att en läkare eller sjukgymnast kan arbeta efter 67 år. Om den befarade ökande personalbristen blir verklig kan det dock komma att göras flera sådana medgivanden. Utredningens förslag innebär också att tandläkare och tandhygienister kan arbeta vidare efter det att den lagstiftade åldersgränsen nåtts. En åldersgräns på 70 år i stället för 67 år i de olika lagarna innebär att dessa kontroller inte behöver bli så omfattande, eftersom det för många även om de vill arbeta några år

extra troligtvis ändå är naturligt att lämna arbetslivet runt 70 års ålder.

Däremot skulle en 70-års gräns avvika från den generella gränsen för avgångsskyldighet. Utredningen skall enligt direktiven redogöra för de invändningar som kan finnas mot att villkoren skiljer sig mellan andra grupper på arbetsmarknaden och de grupper som omfattas av utredningens uppdrag. Eventuellt kan det av rättviseskäl vara svårt att motivera att just privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt tandläkare och tandhygienister skall ha andra villkor än anställda yrkesutövare. Å andra sidan har inte villkoren följts åt tidigare. Innan den 1 januari 1996 respektive 1999 fanns det inga åldersgränser i lagstiftningen för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster eller inom tandvårdsförsäkringen.

Pensionssystemet har utformats så att det skall stimulera människor att arbeta högre upp i åldrarna. Det finns också som framgår av kapitel 6 en tendens i samhället att undanröja legala hinder mot att människor skall kunna stanna kvar i arbetslivet. Den generella avgångsåldern har nyligen höjts till 67 år. Det är inte omöjligt att denna gräns kommer att höjas ytterligare. Av samhällsekonomiska skäl är det viktigt att behålla människor i arbete. För den enskilde individen påverkas pensionens storlek avsevärt om man har möjlighet att stanna kvar i arbetslivet några år.

Vid en samlad bedömning har utredningen stannat för att föreslå att åldersgränsen skall höjas till 70 år när det gäller offentlig ersättning till läkare enligt lagen om läkarvårdsersättning, till sjukgymnaster enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik samt till tandläkare och tandhygienister enligt lagen om allmän försäkring.

11 Möjligheten för tandläkare och tandhygienister att utföra tandvård inom tandvårdsförsäkringen efter 70 års ålder

Utredningens förslag: En möjlighet skall införas i lagen (1962:381) om allmän försäkring för tandläkare och tandhygienister att efter medgivande från Riksförsäkringsverket utföra tandvård inom tandvårdsförsäkringen efter 70 års ålder.

11.1 Inledning

Utredningen föreslår i föregående kapitel att den nuvarande åldersgränsen för rätt till ersättning för läkare och sjukgymnaster som arbetar enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning respektive lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik höjs från 67 till 70 år. Motsvarande ändring föreslås i lagen (1962:381) om allmän försäkring när det gäller tandläkare och tandhygienister.

Privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster har i dag möjlighet att arbeta med offentlig ersättning efter 67 års ålder om landstinget medger detta. Motsvarande gäller för arbetstagare. En arbetstagare kan komma överens med sin arbetsgivare om fortsatt anställning efter fyllda 67 år. Inom tandvårdsförsäkringen saknas emellertid denna möjlighet. Det finns inom försäkringen en absolut åldersgräns på 67 år. För att ersättning skall lämnas krävs att tandvården utförs av en tandläkare eller tandhygienist som inte har fyllt 67 år.

11.2 Utredningens överväganden och förslag om möjligheten för tandläkare och tandhygienisters att utföra tandvård inom tandvårdsförsäkringen efter 70 års ålder

Nuvarande regelverk får bl.a. till följd att tandvårdsersättning inte kan betalas ut då vården utförts av en tandläkare eller en tand-

hygienist som nått upp till åldersgränsen, även om han eller hon verkar i ett område där det finns ett behov av vårdgivare. En generell brist på vårdgivare i ett visst geografiskt område kan förekomma, men också en brist inom en viss specialitet. Det har efter vad utredningen erfarit förekommit att ett landstingsområde har stått helt utan tandläkare med en viss specialistkompetens, efter det att den tidigare tandläkaren uppnått avgångsåldern. Särskilt i glesbygdsområden torde sådana bristsituationer kunna uppkomma.

Regelverket innebär vidare att tandläkare och tandhygienister som är anställda inom folktandvården har möjlighet att efter överenskommelse med arbetsgivaren fortsätta arbeta efter det att han eller hon uppnått normal avgångsålder, men endast med de patientgrupper som landstinget har ansvar för enligt tandvårdslagen (1985:125). Landstingen ansvarar bl.a. för barn- och ungdomsvård, tandvård till äldre och funktionshindrade som bor i särskilda boendeformer samt personer som behöver tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Privata vårdgivare kan också, genom avtal med landstinget, utföra sådan tandvård.

Det finns i samhället en oro för hur vi skall klara den framtida personalförsörjningen inom tandvården. Ett sätt att motverka bristsituationer – såväl i dag som i framtiden – kan vara att ta tillvara värdefull kompetens hos de yrkesutövare som uppnått en ålder av 70 år. Om behovet av tandläkare eller tandhygienister inte är tillgodosett inom ett visst geografiskt område skall det därför enligt utredningens uppfattning vara möjligt för yrkesutövare som fyllt 70 år att efter individuell prövning arbeta vidare inom tandvårdförsäkringen.

När utredningen överväger vilken myndighet som skall få i uppdrag att medge undantag från åldersgränsen samt hur prövningen skall gå till kan det vara av intresse att studera tidigare regler.

Den fria anslutningsrätten för vårdgivare inom tandvården infördes den 1 januari 1999. Innan dess var rätten till anslutning begränsad i den utsträckning som behövdes för att uppnå en utjämning av tillgången på tandläkare mellan olika delar av landet. Det var emellertid möjligt för tandläkare att efter särskild prövning ansluta sig till tandvårdförsäkringen om han eller hon uppfyllde vissa i regelverket angivna villkor.

Om det rådde brist på tandläkare i en kommun kunde en tandläkare få bli uppförd på försäkringskassans förteckning genom en s.k. nyanslutning. En förutsättning för en sådan anslutning var att behovet av tandläkare var uppenbart otillräckligt tillgodosett.

Om en tandläkare begärde att få ansluta sig till försäkringen skulle det lokala organet för samverkan mellan folktandvården och de privatpraktiserande tandläkarna få tillfälle att yttra sig i ärendet. Begärde tandläkaren att bli uppförd på förteckningen genom nyanslutning skulle även landstinget få tillfälle att yttra sig. Ärenden som gällde nyanslutning prövades av Riksförsäkringsverket. Om verket inte medgav att en tandläkare fick föras upp på förteckningen kunde beslutet överklagas till regeringen.

När utredningen överväger vilken myndighet som skall ges möjlighet att medge undantag från åldersgränsen enligt den nu föreslagna ordningen bör hänsyn tas till att tillströmningen av ärenden inte kan förväntas bli alltför stor. De allra flesta yrkesutövare har ett begränsat intresse av att fortsätta arbeta efter 70 års ålder. Om prövningen sprids på flera olika myndigheter, t.ex. samtliga försäkringskassor, skulle varje försäkringskassa komma att hantera endast ett fåtal ärenden årligen. Utredningen anser att en koncentration av handläggningen till en myndighet ger bättre förutsättningar att upprätthålla den kompetens som behövs vid prövningen av ärendena. Det skulle dessutom främja en enhetlig och likformig tillämpning av den föreslagna bestämmelsen.

Riksförsäkringsverket hade enligt tidigare gällande regelverk ansvar för prövningen av bl.a. nya anslutningar till tandvårdsförsäkringen och har dessutom tillgång till odontologisk och medicinsk sakkunskap. Utredningen gör bedömningen att Riksförsäkringsverket – i egenskap av central förvaltningsmyndighet på området – är mest lämpat att handha frågan om undantag från åldersgränsen.

Det är när en bristsituation föreligger som det kan bli aktuellt att medge att en yrkesutövare får fortsätta arbeta inom tandvårdsförsäkringen efter 70 års ålder. Riksförsäkringsverket skall i denna fråga samråda med landstinget och de privata vårdgivarna.

Av föregående kapitel framgår att ett skäl för att behålla en åldersgräns i de olika ersättningslagarna är att den gör det möjligt att kontrollera äldre personers yrkesverksamhet. Utredningen anser att Riksförsäkringsverket vid prövningen av ett ärende om undantag från åldersgränsen, förutom behovet av fortsatt verksamhet, också bör bedöma innehållet och kvaliteten på den verksamhet som bedrivs. På så vis kan Riksförsäkringsverkets prövning komma att fungera som en kontrollstation på motsvarande sätt som landstingens prövning om en läkare eller en sjukgymnast skall få arbeta med offentlig ersättning efter 70 års ålder. Riksförsäkringsverket skall vid behov samråda med Socialstyrelsen i ett enskilt ärende.

Enligt den tidigare gällande ordningen överprövades Riksförsäkringsverkets beslut om anslutning till försäkringen av regeringen. Den nu gällande principen är att förvaltningsbeslut skall överklagas till allmän förvaltningsdomstol och inte till regeringen. Detta följer bl.a. av Sveriges åtaganden enligt Europakonventionen. Riksförsäkringsverkets beslut att inte medge undantag från åldersgränsen skall därför kunna överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

12 Ersättningsetablering för läkare och sjukgymnaster

Utredningens bedömning: Reglerna bör inte ändras i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik när det gäller möjligheten till ersättningsetablering.

12.1 Utredningens uppdrag

Enligt direktiven skall utredningen utreda behovet av ändringar i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS) av förutsättningarna för privata vårdgivare att överlåta en praktik till en kollega med bibehållen möjlighet till ersättning från det allmänna för den verksamhet som bedrivs på praktiken, s.k. ersättningsetablering.

Utredningen skall i detta sammanhang analysera erfarenheterna av den lagstiftning på området som gällde före den 1 januari 1995 och jämföra med den situation som råder i dag.

Utredningen skall också beakta hur ändringar i LOL och LOS skulle kunna komma att påverka landstingens förutsättningar att planera värden och ekonomin efter de lokala förhållandena.

Som framgår av kapitel 3 rädde fri etablering för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster åren 1975–1984. (För sjukgymnaster fr.o.m. år 1977). Från och med år 1985 och fram till utgången av år 1993 krävdes ett godkännande från landstingen för att få verka som privat vårdgivare med rätt till offentlig ersättning. Undantag fanns dock från denna bestämmelse. En läkare eller en sjukgymnast kunde utan godkännande överta en praktik från en försäkringsanknuten kollega om den övertagande läkaren eller sjukgymnasten drev praktiken vidare med i huvudsak oförändrad inriktning. Under år 1994 rädde en fri etableringsrätt för privata vårdgivare, vilket innebar att godkännande från landstinget inte

krävdes i något fall. Den fria etableringsrätten upphörde från den 1 januari 1995.

För att en privat läkare eller sjukgymnast skall kunna etablera sig som privatpraktiserande med offentlig ersättning krävs i dag enligt 5 § LOL respektive 5 § LOS att ett samverkans- eller vårdavtal träffas med landstinget. En läkare eller sjukgymnast kan i dag inte överlåta en praktik till en kollega med bibehållen möjlighet till offentlig ersättning utan den person som övertar en privat praktik måste teckna ett eget avtal med landstinget för att kunna få offentlig ersättning.

12.2 Tidigare behandling av frågan om ersättningsetablering

Frågan om etablering har tidigare utretts av Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård (Samverkansdelegationen). I delegationens slutbetänkande Klara spelregler (SOU 1997:179) föreslog delegationen bl.a. att LOL och LOS skulle avskaffas och ersättas med en lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal. I lagen skulle bl.a. fastställas vilka vårdgivare som kunde komma ifråga och vilka krav som skulle ställas för att dessa skulle kunna omfattas av lagen.

Delegationen föreslog vidare att etableringstillståndet för de enskilda vårdgivare som omfattades av lagen skulle gälla tills vidare och rätten att överlåta sin etablering skulle fastställas. Sakliga skäl skulle föreligga för att etableringstillståndet skulle kunna sägas upp eller för att en etablering inte skulle få överlåtas. Som exempel på sakliga skäl angav delegationen situationer där vårdgivaren inte uppfyllde de krav som framgick av träffat vårdavtal, som exempelvis att vårdgivaren inte uppfyllde fastställda kvalitetskriterier eller brister i samverkan med andra vårdgivare. Om utbudet var större än fastställda behov var det enligt delegationen ett annat exempel på sakligt skäl för att kunna säga upp etableringstillståndet eller avvisa en ersättningsetablering. Kostnader, som vårdgivaren åsamkades vid en uppsägning liksom uppkomna förluster om en överlåtelse inte tilläts, skulle ersättas av landstinget.

Delegationens betänkande har remissbehandlats. Remissinstanserna hade delade meningar om förslagen i betänkandet. Många remissinstanser var positiva till förslaget att samla alla legitimerade vårdgivares grundläggande villkor för etablering med offentlig

finansiering i en lag. Emellertid var ett flertal remissinstanser negativa till olika delar av lagen. Stockholms läns landsting och den blivande Skåneregionen var kritiska till förslaget i dess helhet. Socialstyrelsen avstyrkte den föreslagna lagen. Regeringen har inte fattat beslut om de förslag som lämnades.

12.3 Dagens situation i förhållande till situationen före den 1 januari 1995

En första slutsats som kan dras vid en jämförelse mellan dagens situation och den som rådde före den 1 januari 1995 är att antalet privata vårdgivare med ersättning enligt ersättningslagarna ökade under tiden med fri etablering under år 1994 för att därefter minska kraftigt. P.g.a. regelverkets utformning fick den fria etableringen också genomslag på antalet vårdgivare under år 1995. Vid sidan av att den fria etableringsrätten avskaffades har antalet vårdgivare också minskat p.g.a. den åldersgräns för rätt till taxeersättning som infördes fr.o.m. den 1 januari 1996. Det har också skett en övergång från taxeanslutna vårdgivare till vårdgivare med vårdavtal.

Av Landstingsförbundets redovisningar¹ framgår att det totala antalet läkare som erhöll ersättning enligt LOL under år 1994 uppgick till 1 971. Under år 1995 var siffran 2 065. Av dessa var 1 533 "gamla" (försäkringskasseanslutna 1993-12-31) och 512 "nya" (etablering 1994-01-01 eller senare). Till detta kommer privatpraktiserande husläkare som fick ersättning enligt husläkarlagen. År 1994 uppgick de till 668 st. (prop. 1994/95:195). Efter husläkarlagens upphävande den 1 januari 1996 fick dessa läkare rätt till ersättning enligt LOL. Antalet läkare med ersättning enligt LOL ökade därför under år 1996 och uppgick då till 2 110. Som framgår av kapitel 4 har antalet därefter successivt minskat för att under år 2001 uppgå till 1 211 st.

När det gäller sjukgymnaster visar statistiken från Landstingsförbundet att det totala antalet sjukgymnaster som erhöll ersättning enligt LOS under år 1994 uppgick till 2 035 st. Under år 1995 var siffran 2 346. Av dessa var 1 588 "gamla" (försäkringsanslutna 1993-12-31) och 758 "nya" (etablering 1994-01-01 eller senare). Under år 1996 hade antalet sjunkit till 2 303. Den successiva

¹ Offentligt finansierad privat öppen vård 1994–2000 samt Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2001.

minskningen har sedan fortsatt och antalet uppgick under år 2001 till 1 564 st.

För att bl.a. få en bild av i vilken utsträckning samverkansavtal i dag sluts har utredningen genomfört två enkätundersökningar; en mer omfattande i de tre landsting/regioner med flest antal taxeanslutna vårdgivare och en mindre omfattande i landsting med ett färre antal taxeanslutna vårdgivare. Samtliga landsting har besvarat enkäten.

Tabell 1. Nya samverkansavtal under åren 1999–2001

	1999	2000	2001
Läkare	13	19	20 ¹⁾
Sjukgymnaster	5	9	5

¹⁾ I denna siffra ingår 16 läkare i Västra Götaland som regionen träffat ett 5-årigt samverkansavtal med för att knyta dem till närsjukvården. Avsikten är att dessa samverkansavtal senare skall ersättas med vårdavtal.

Ett mycket litet antal av dessa samverkansavtal har avsett ersättningstableringar – totalt 12 st.

Det har träffats några fler överenskommelser om fortsatt verksamhet efter att vårdgivaren fyllt 65/67 år. Under de tre åren har det träffats 36 sådana överenskommelser med läkare, respektive 7 överenskommelser med sjukgymnaster.

Även om enkätundersökningar kan ha sina brister är konsekvenserna för de enskilda vårdgivarna av regelförändringen den 1 januari 1995 uppenbara. Det sluts i dag mycket få nya samverkansavtal.

Av enkätsvaren framgår också att landstingen inte önskar teckna samverkansavtal. De anser att vårdavtal ger större möjligheter att påverka vårdens innehåll och kvalitet.

I sammanhanget kan dock nämnas att Stockholms läns landsting under sommaren 2002 fattade beslut om att komplettera den gemensamma policyn för samarbete mellan landstinget och den privata specialistvården företrädd av Stor-Stockholms Privatläkarförening. Kompletteringen inriktas speciellt på frågor som gäller möjligheterna att överföra vårdansvaret för befintliga läkarmottagningar till annan läkare i samband med att en läkares verksamhet upphör. Inriktningen i policyn innebär att landstinget tydligare än tidigare lägger fast rutiner för hur diskussionen med läkarsidan skall föras i samband med att pensionering blir aktuell och skall

planeras. En tydlig strävan är att finna praktiska lösningar för att överföra läkarmottagning till annan läkare i samband med pensionering, i de fall landstinget bedömer detta vara i linje med de intressen som landstinget som sjukvårdshuvudman har att bevaka.

Samtidigt som antalet samverkansavtal har sjunkit har den vård som ges av vårdgivare med vårdavtal ökat. Det har skett en förskjutning från taxeanslutna vårdgivare till vårdgivare med vårdavtal. Bland vårdgivare med vårdavtal finns enskilda vårdgivare som tidigare oftast har haft samverkansavtal, men också verksamheter som landstingen har lagt ut på entreprenad, t.ex. hela vårdcentraler. Vad utredningen erfarit sluts i dag mycket få nya vårdavtal med enskilda vårdgivare.

I Landstingsförbundets statistik redovisades t.o.m. år 2000 det totala antalet besök hos privata vårdgivare, dvs. besök hos taxeanslutna vårdgivare och vårdgivare med vårdavtal. Under år 1994 uppgick det totala antalet besök hos privata läkare till ca 4,4 miljoner och under år 2000 gjordes ca 6,5 miljoner besök. Motsvarande siffror var för privata sjukgymnaster ca 4,6 miljoner respektive ca 5,1 miljoner.

En annan slutsats som kan dras vid en jämförelse mellan dagens situation och den som rådde före den 1 januari 1995 är att den regionala obalansen när det gäller de privata vårdgivarnas etablering kvarstår. Antalsmässigt fanns det tidigare och finns även i dag en tydlig koncentration av privata vårdgivare till de tre befolkningstätaste regionerna. Om man ser till antalet vårdgivare per invånare kan man konstatera, framför allt när det gäller sjukgymnasterna, att det också finns en koncentration till vissa norrlandslandsting. Detta är med stor sannolikhet en följd av att det innan år 1994 var möjligt att fritt etablera sig i vissa stödområden.

Av den undersökning utredningen genomfört i de tre landsting/regioner med flest antal privata vårdgivare framgår att det även finns en koncentration av privata vårdgivare till vissa delar av dessa landsting/regioner. Denna iakttagelse stöds också av en översyn av de sjukgymnastiska verksamheterna i Stockholms läns landsting². Det fanns till exempel inom Stockholm kommun år 2002 ingen privat sjukgymnast i stadsdelen Vantör i Sydöstra Stockholm. Om man även räknar med sjukgymnasterna i primärvården var antalet invånare per sjukgymnast där 6954 st. I innerstadsstadsdelarna varierade antalet invånare per sjukgymnast från 453 och upp till

² HSNs rapportserie HSN 16/02. De sjukgymnastiska verksamheterna inom Stockholms läns landsting. Susanne Löfgren.

958. Den höga sjukgymnasttätheten i innerstaden förklaras av att ett stort antal privatpraktiserande sjukgymnaster är verksamma där. Samma tendens till regional obalans finns också om man ser till hela landstingsområdet.

Av utredningens undersökning framgår också att det finns en motsvarande regional obalans när det gäller privatpraktiserande läkare. Koncentrationen till innerstaden kan delvis förklaras av att människor vill gå till en läkare eller sjukgymnast nära sin arbetsplats. Å andra sidan är många som är sjuka också äldre. Dessa personer kan ha svårt att förflytta sig. Även om reseavstånden, jämfört med vissa andra delar av landet, är relativt korta i Stockholms län kan det ändå vara fråga om rätt betydande avstånd.

Regeringen gjorde i propositionen Primärvård, privata vårdgivare m.m. (prop. 1994/95:195) bedömningen att ett samverkansorgan borde inrättas inom varje landsting med representanter för landstinget och företrädare för de privata vårdgivarna, där en samsyn om hälso- och sjukvårdsbehov m.m. i respektive landsting skulle eftersträvas. Samverkansorganets huvuduppgift borde enligt regeringen vara att bidra med underlag inför landstingets beslut om resursfördelning inom hälso- och sjukvården på kort respektive lång sikt. Regeringen menade vidare att andra frågor av betydelse för relationen mellan offentligt och privat resursutbud som borde hänskjutas till samverkansorganet för bedömning kunde vara att yttra sig över ansökningar om etableringar, dispenser m.m.

I den undersökning som utredningen genomfört bland de tre största landstingen/regionerna fanns också frågor om samverkansorganen med. Av svaren framgår att det finns någon form av regionala och/eller lokala samverkansorgan i de tre områdena. Vidare framgår att samverkansorganen i huvudsak diskuterar frågor på en principiell nivå och inte på individnivå.

På vilket sätt landstinget/regionen redovisar de överväganden och motiv som ligger till grund för beslut om att neka samverkansavtal eller dispens för åldersgräns tycks variera både inom och mellan de tre områdena. Det skiljer bl.a. om besluten tas på tjänstemannanivå eller i nämnd. I huvudsak tycks emellertid inte någon mer omfattande redovisning av skälen för landstingets/regionens beslut förekomma.

12.4 Utredningens överväganden och förslag om ersättningsetablering för läkare och sjukgymnaster

Utredningen har att ta ställning till behovet av en förändring i lagen om läkarvårdersättning (LOL) och i lagen om ersättning för sjukgymnastik (LOS) när det gäller ersättningsetablering.

Det finns flera faktorer som talar för en förändring av ersättningslagarna så att ersättningsetablering skall tillåtas. Om en läkare eller sjukgymnast får möjlighet att överlåta sin praktik på en kollega så innebär det en ökad kontinuitet för patienterna. När läkaren eller sjukgymnasten slutar kan han eller hon erbjuda patienten att fortsätta hos sin nyetablerade kollega. Journaler etc. kan föras vidare till kollegan. Patienten kan på så sätt få ett smidigt byte av behandlare, kunna fortsätta att gå till samma praktik som tidigare och inte själv behöva söka efter en ny behandlare.

En annan faktor med betydelse för vårdkvaliteten och som talar för att ersättningsetablering skall tillåtas är att det jämfört med i dag skulle stimulera till en ökad vilja till kompetensutveckling och investeringar även under de sista verksamhetsåren, eftersom man vet att man kan få ersättning för goodwill och de investeringar man gjort.

Ersättningslagarna ger utrymme och möjlighet att verka som enskild privat vårdgivare. Om ersättningsetablering skulle medges skulle minskningen av taxanslutna vårdgivare bromsas upp. På det viset kan återväxten av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster fortsätta.

Ytterligare ett skäl för att tillåta ersättningsetablering är att ett yrkes attraktionskraft kan öka när man har möjlighet att etablera sig privat.

Att ersättningsetablering i dag inte tillåts kan även påverka andra yrkesutövare än den som är direkt berörd. I de fall vårdgivarna driver gemensam praktik s.k. gruppraktik går oftast inte alla i pension samtidigt. Om inte landstinget sluter avtal med en ny vårdgivare får de till följd att färre personer skall bära de fasta kostnaderna för praktiken. Enligt uppgift från Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund läggs mottagningar i dag ned p.g.a. att ersättningsetablering inte medges.

Det finns emellertid också skäl som talar emot att ersättningsetablering skall tillåtas. Utredningen skall enligt direktiven särskilt beakta hur ändringar i LOL och LOS skulle komma att påverka landstingens förutsättningar att planera vården och ekonomin efter

de lokala förhållandena. Som tidigare framgått i detta betänkande (kapitel 2 och 10) innebär landstingens planerings- och samverkansansvar att landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av vård. Planeringen skall också avse den hälso- och sjukvård som bedrivs av privata och andra vårdgivare. Eftersom resurserna inom sektorn är begränsade har landstingen således ett stort ansvar för att göra nödvändiga avvägningar av resursförbrukningen mellan och inom olika sektorer av hälso- och sjukvården.

I planeringen av hälso- och sjukvården har landstingen i dag – eftersom det krävs avtal – möjlighet att göra samlade överväganden som omfattar både den privata och den offentligt producerade vården. Majoriteten av vårdgivare med taxeersättning har emellertid tillkommit antingen under den tid då det fanns rätt att överta en etablering eller under mitten av 1990-talet då etableringsfriheten fanns. Detta har gjort att den sammansättning av läkare inom olika specialiteter respektive sjukgymnaster med olika inriktning som finns i dag, inte är resultat av en aktiv och medveten planering från landstingens sida och därför inte alltid speglar det verkliga behovet av en lämplig mix.

Inom grupperna läkare/sjukgymnaster med ersättning enligt LOL och LOS är rörligheten inte så stor, vilket i och för sig är positivt för vårdens kontinuitet. Majoriteten vårdgivare är verk samma fram till de avgår av åldersskäl vid 67 års ålder eller i närheten av denna ålder. De möjligheter som landstingen i dag har att göra förändringar i vårdstrukturen när det gäller vårdgivare med taxeersättning uppstår vid avgångar. Landstinget kan då ta ställning till om en vårdgivare som pensioneras skall ersättas med en annan vårdgivare och om så skall ske, inom vilken specialitet. Landstinget kan också ta ställning till att ersätta det tidigare samverkansavtalet med ett vårdavtal.

Det skulle som redovisas inledningsvis i detta avsnitt finnas flera fördelar med att införa en rätt till ersättningsetablering i LOL och LOS. I och med att det i dag finns ett krav på samverkansavtal för att få etablera sig har landstinget möjlighet att pröva behovet av läkarens eller sjukgymnastens tjänster i det samlade vårdutbudet. I detta system anser utredningen att det i och för sig skulle vara rimligt att läkaren och sjukgymnasten också får möjlighet att överlåta sin praktik. En ersättningsetablering skulle innebära att en mottagning kan fortsätta på samma plats och med samma inriktning, men med en ny yrkesutövare. Visserligen kan landstingets behov av

läkarens eller sjukgymnastens tjänster komma att ändras. Enligt utredningens uppfattning torde detta emellertid inte vara så vanligt. Det finns också olika tänkbara sätt att hantera en sådan situation.

Enligt utredningen är emellertid det stora hindret för att i dag tillåta ersättningsetablering att olika övergångsbestämmelser medfört att landstinget, när det gäller i stort sett samtliga nu taxeanslutna läkare och sjukgymnaster, inte har haft möjlighet att någon gång ta ställning till behovet av vårdgivarens insats. Landstingets uppgift har begränsats till att betala ut ersättning.

Under tiden med fri etablering i mitten av 1990-talet kunde en enskild läkare eller sjukgymnast själv bestämma var han eller hon ville etablera sig. Vissa hävdar att det är patienttillströmningen som avgör yrkesutövarens möjlighet att påbörja en verksamhet. Givetvis behövs patienter för att kunna driva en verksamhet. Samtidigt innebär dagens patientavgifter, med ett högkostnadsskydd på 900 kronor, att patienterna betalar en högst begränsad avgift för vården. Eftersom efterfrågan på vård i princip är obegränsad torde i stort sett samtliga vårdgivare också få patienter. Det är därför viktigt att ha system som stärker inriktningen att vården skall vara behovsstyrd och inte efterfrågestyrd.

Av Landstingsförbundets statistksammanställning och den kartläggning utredningen gjort framgår också att följden har blivit att vi i dag har en sned geografisk fördelning av taxeanslutna läkare och sjukgymnaster.

Mot den bakgrunden anser utredningen att reglerna i LOL och LOS inte bör ändras, så att en rätt till ersättningsetablering införs. Ett sådant förslag skulle innebära att dagens struktur, som enligt landstingens uppfattning inte är ändamålsenlig, permanentas. Det skulle enligt utredningens bedömning vara ett alltför stort ingrepp i landstingens planeringsansvar.

Utredningen anser att landstingen har ansvar för att i god tid innan en privat läkare eller sjukgymnast uppnår åldersgränsen kontakta yrkesutövaren för en diskussion om behovet av att driva verksamheten vidare i någon form eller hur en avveckling smidigast kan hanteras.

Det finns i dag en stor brist på specialister i allmänmedicin i glesbygden. Fri etablering för allmänläkare i vissa glesbygdsområden skulle kunna innebära att man får fler läkare till dessa områden. Mot den bakgrunden anser utredningen att frågan om fri etablering för allmänläkare i glesbygden bör övervägas. Denna fråga ligger emellertid utanför utredningens direktiv.

I samband med att frågan om åldersgränser och ersättningsetablering har övervägts i olika utredningar har också frågan om landstingen skall vara skyldiga att ersätta vårdgivare som inte får möjlighet att fortsätta eller överläta sin verksamhet diskuterats.

I samband med att åldersgränsen i ersättningslagarna infördes framhöll regeringen att det var viktigt att landstingen i möjligaste mån försökte underlätta avvecklingen för de privata vårdgivare som hunnit göra stora investeringar och försätta sig i långa hyreskontrakt innan åldersregeln blev känd. Vissa landsting hävdade att detta inte var förenligt med kommunallagen (1991:900), dvs. att gynna vissa kommuninvånare före andra. Frågan har inte prövats i domstol.

I sammanhanget kan nämnas ett mål i Stockholms tingsrätt där en sjukgymnast yrkar att tingsrätten fastställer att landstinget är skyldigt att betala ersättning för den skada hon åsamkas genom att landstinget motsätter sig att utge ersättning enligt LOS till en sjukgymnast som är beredd att överta hennes praktik. Den kärende sjukgymnasten förvärvade sin mottagning när möjligheten till ersättningsetablering fanns år 1991.

Utredningen kan naturligtvis inte föregripa tingsrättens prövning av redan genomförda regelförändringar. Utredningen kan däremot överväga behovet av någon form av ersättning t.ex. i linje med Samverkansdelegationens förslag. Delegationen föreslog i betänkandet Klara spelregler att om ett landstings beslut att säga upp ett avtal medför ekonomisk skada för vårdgivaren skall denne ha rätt till ersättning från landstinget för uppkommen skada.

Det är nu över sex år sedan som etableringsfriheten avskaffades och åldersgränsen infördes i ersättningslagarna. Detta innebär att förutsättningarna har varit kända en längre tid. Situationen i dag är således annorlunda än när regeländringarna trädde i kraft. Med kända förutsättningar borde det vara möjligt för vårdgivarna att planera både hyresavtalens längd och avskrivningen av investeringskostnader. Mot bakgrund av att det alltid innebär en viss risk att starta ett företag kan utredningen inte heller i övrigt se att det finns särskilda skäl att införa en skyldighet för samhället att ersätta privata yrkesutövare som inte får fortsätta sin verksamhet.

13 Ekonomiska och andra konsekvenser av utredningens förslag

Utredningen har haft att beakta regeringens direktiv enligt kommittéförordningen (1998:1474). Enligt förordningens 14 § skall utredningen beräkna och redovisa de ekonomiska konsekvenserna av sina förslag. Det gäller förslag som påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda och förslag som innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt. Om kostnadsökningar eller intäktsminskningar för staten, kommuner eller landsting blir aktuella, skall utredningen föreslå en finansiering.

Om förslagen i betänkandet har betydelse för den kommunala självstyrelsen skall konsekvenserna, enligt kommittéförordningens 15 §, beskrivas i betänkandet. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättningen och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män samt för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Utredningen analyserar i kapitel 10 konsekvenserna för hälso- och sjukvårdens organisation och ekonomi av ett avskaffande av åldersgränserna i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik samt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Utredningen konstaterar i kapitlet att ett avskaffande av åldersgränserna skulle innebära att den tidpunkt vid vilken landstinget kan ompröva behovet av enskilda vårdgivares insatser i det samlade sjukvårdutbudet i landstinget förskjuts framåt i tiden. Därmed binds ekonomiska resurser under en längre tid än vad som annars hade varit fallet. Hälso- och sjukvårdens organisation och ekonomi skulle dock inte påverkas på något avgörande sätt om åldersgränserna skulle avskaffas.

Utredningens förslag innebär inte att åldersgränserna i de aktuella ersättningslagarna avskaffas utan att åldersgränserna höjs från 67 till 70 år. Förslaget innebär, på motsvarande sätt som redovisas ovan, att ekonomiska resurser binds ytterligare några år. Där-
emot för inte förslaget med sig några ökade kostnader för lands-
tingen.

Utredningen föreslår att en möjlighet skall införas för tandläkare och tandhygienister att verka inom tandvårdsförsäkringen efter 70 års ålder. Riksförsäkringsverket skall fatta beslut i dessa ärenden om undantag från åldersgränsen. Förslaget innebär således att Riksförsäkringsverket åläggs en ny uppgift. Ärendena förväntas emellertid bli få till antalet. Den nya uppgiften för Riksförsäkrings-
verket torde därför innebära en försumbar kostnadsökning för myndigheten. Finansieringen bedöms kunna ske inom ramen för Riksförsäkringsverkets prioriteringar av åtaganden och kostnader i övrigt.

I samband med analysen av konsekvenser för de mindre före-
tagen har utredningen samrått med Näringslivets nämnd för regel-
granskning. Nämnden har framfört att utredningen särskilt bör
beakta om förslagen innebär ökade administrativa problem eller
resursbelastning för företagen och om de nya reglerna kan sned-
vrida konkurrensförhållandena till nackdel för de mindre företagen.

Utredningens förslag om införande av en möjlighet för tand-
läkare och tandhygienister att arbeta inom tandvårdsförsäkringen
efter 70 års ålder torde inte få några negativa konsekvenser för de
små företagen. En viss administrativ belastning innebär det visser-
ligen för en privatpraktiker att begära undantag från åldersgränsen.
Å andra sidan öppnar sig en möjlighet, som inte tidigare har
funnits, att fortsätta utföra sådan tandvård som ryms inom tand-
vårdsförsäkringen även efter 70 års ålder. Utredningen bedömer att
förslaget leder till förbättrade arbetsförutsättningar för de privata
tandläkarna och tandhygienisterna.

Det är i situationer då det finns en brist på vårdgivare som det
blir aktuellt att medge att en yrkesutövare får fortsätta arbeta inom
tandvårdsförsäkringen efter 70 års ålder. Detta kan leda till en ökad
tillgång på tandvård i bl.a. glesbygdsområden. Utredningens förslag
innebär således att det blir möjligt att motverka eller lindra en
regional brist på vårdgivare.

Utredningen gör vidare bedömningen att de framlagda förslagen
och bedömningarna i betänkandet inte får någon inverkan på de
områden som i övrigt nämns i kommittéförordningen.

14 Författningskommentarer

14.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

2 kap. 3 §

Förslaget har behandlats i kapitel 11.

Det föreslagna tillägget i tredje stycket är avsett att göra det möjligt för tandläkare och tandhygienister att efter individuell prövning utföra tandvård inom tandvårdsförsäkringen efter 70 års ålder.

Det är när det föreligger en brist på vårdgivare som det kan bli aktuellt att medge att en yrkesutövare får fortsätta arbeta inom tandvårdsförsäkringen efter 70 års ålder. Riksförsäkringsverket skall vid prövningen av ett ärende om undantag från åldersgränsen, förutom behovet av fortsatt verksamhet, också ta hänsyn till kvaliteten på den verksamhet som bedrivs av yrkesutövaren.

Riksförsäkringsverkets beslut om undantag från åldersgränsen skall alltid vara tidsbegränsade, eftersom de förhållanden som legat till grund för ett beslut om undantag från åldersgränsen kan komma att ändras. Exempelvis kan en tidigare bristsituation förbytas i ett överskott på tandläkare eller tandhygienister. Den äldre yrkesutövarens förmåga att utöva sitt yrke och kvaliteten på den verksamhet som bedrivs kan också försämrats.

14.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

9 §

Förslaget har behandlats i kapitel 10.

Den föreslagna ändringen innebär att nuvarande åldersgräns på 67 år höjs till 70 år.

14.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik

9 §

Förslaget har behandlats i kapitel 10.

Den föreslagna ändringen innebär att nuvarande åldersgräns på 67 år höjs till 70 år.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av Björn Ekwall, Ulf Lindén och Sven-Erik Skoogh

Honnörsorden är många från politiskt håll när sjukvården står i fokus för debatten. För att orden ska få genomslag i praktisk handling måste begrepp som tillgänglighet, kontinuitet, patientens ställning, mångfald, valfrihet och konkurrensneutralitet också väga tungt när beslut ska tas.

Vi upplever det inte som att redovisade fakta och en objektiv värdering av dessa är vad som ligger till grund för utredningens slutsatser. Utredningens förslag i kap. 12 om att inte förändra möjligheterna vad avser ersättningsetablering för läkare och sjukgymnaster är exempel på hur man underlåtit att på ett objektivt sätt ta hänsyn till alla de faktorer som talar för en ändring av regelsystemet.

En läkare eller sjukgymnast kan i dag inte överlåta en praktik till en kollega med bibehållen möjlighet till offentlig ersättning utan landstingets godkännande. Landstinget avgör om patienterna ska ha tillgång till mottagningen på samma villkor som tidigare.

Samma dag läkaren eller sjukgymnasten faller för åldersgränsen försvinner patientens rätt att få sin vård finansierad via landstingsskatten. Det innebär att högkostnadsskydd/frikort och rätten till ersättning för sjukresa också samtidigt upphör att gälla. Då är "allemansrätten" indragen vid mottagningen. Få har råd att betala sin vård två gånger, dels via skatten, dels helt ur egen plånbok. Patienterna får istället försöka hitta annan vårdgivare, som har tid och möjlighet att ta emot ytterligare patienter.

Utredningen tar upp fem argument som talar för rätt till ersättningsetablering och ett argument som talar mot. Vi kan se ytterligare minst elva argument för. Argumenten kan ställas upp enligt följande;

Argument för ersättningsetablering	Argument mot ersättningsetablering
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ökad kontinuitet för patienterna 2. Kvalitetssäkring kan upprätthållas 3. Tryggar återväxten av privatpraktiker 4. Underlättar nyrekrytering till utbildning 5. Kollegor på mottagningen drabbas ej av högre omkostnader 6. Patienternas ställning stärks, du kan välja den vårdgivare du, inte planeraren, har förtroende för. Ger ökad trygghet för patienterna genom säkrad tillgänglighet till vårdinrättning 7. Resurser säkras för verksamhet som minskar kostnader för ohälsa 8. Skapar incitament för landstingen att bli bättre arbetsgivare 9. Kapitalförstöring undviks, sjukvårdsutrustning kan fortsatt brukas för produktion av sjukvård 10. En lättillgänglig och kostnadseffektiv vård kan upprätthållas 11. Mångfald kan bibehållas och utvecklas 12. Stimulerande och utvecklande arbeten kan erbjudas liksom en god arbetsmiljö (sjukfrånvaro högst ovanlig) 13. Korta beslutsvägar utan onödiga hierarkier garanteras genom att egenföretagande även fortsättningsvis tillåts 14. Allemansrätten upprätthålls, "orena" mottagningar kan undvikas 15. En karriärväg för läkare och sjukgymnaster bibehålls 16. Skattebetalarna slipper finansiera eventuell kompensation till läkare och sjukgymnaster vars företag "likvideras" av landsting. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Landstingens planering försvåras allvarligt.
Argument 1-5 anges i betänkandet	Argument 1 anges i betänkandet

Kostnaden för den läkar- och sjukgymnastvård som ersätts via det statliga ersättningsystemet uppgår till ca 2,7 miljarder kronor (inkl. patientavg.) eller ca 2 % av sjukvårdskostnaderna. I enkät till landstingen som utredaren låtit göra har svaren, inte oväntat, blivit att de motsätter sig ändring eftersom det allvarligt skulle försvåra

planeringen. Är det rimligt att landstingets planeringsansvar så allvarligt försvaras om ersättningsetablering tillåts att det ensamt uppväger fördelarna ovan?

I en situation där resurserna är begränsade är det av yttersta vikt att det så långt möjligt görs objektiva avvägningar av hur dessa resurser ska fördelas för att komma befolkningen bäst tillgodo. Kriterier för val av vårdgivare bör då väga tungt. Regeringen har anfört att verksamhetens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet bör avgöra valet av driftsform (prop. 1994/95:195, sid. 60). Vare sig utredning med ovanstående kriterier som utgångspunkt eller någon annan konsekvensanalys före beslut om avslag på ersättningsetablering har redovisats. Inställningen till behovet verkar vara given på förhand.

Utredaren skriver:

Enligt utredningen är emellertid det stora hindret för att i dag tillåta ersättningsetablering att olika övergångsbestämmelser medfört att landstinget, när det gäller i stort sett samtliga nu taxeanslutna läkare och sjukgymnaster, inte har haft möjlighet att någon gång ta ställning till behovet av vårdgivarens insats. Landstingets uppgift har begränsats till att betala ut ersättning.

Enligt vår bestämda uppfattning är det endast dessa övergångsbestämmelser som gör det möjligt för läkare och sjukgymnaster att fortfarande vara verksamma som egenföretagare inom de statligt reglerade ersättningssystemen. Patienterna har därigenom fått en möjlighet att ta ställning till behovet av vårdgivarens insats.

Problemen inom sjukvården förvärras om befintliga mottagningar tvingas slå igen. Patienterna har redan i dag bristande tillgänglighet. Detta resulterar i onödiga besvär för patienter och kostnader för sjukförsäkringen och arbetsgivare. Staten har därför ett intresse av att motverka den nuvarande kostnadsövertäckningen liksom att minska produktionsbortfallet och öka tillväxten. Det finns i dag ca 30 000 läkare och ca 11 000 sjukgymnaster, varav knappt 1 % har ersättningsrätt enligt det statliga system utredaren haft att ta ställning till. Denna lilla andel kan genom låg frånvaro och hög tillgänglighet vara till stort gagn för många vårdsökande. De statligt reglerade ersättningssystemen kan därigenom bidra till att lösa ohälsoproblem i såväl samhället som i sjukvården.

För att honnörorden om mångfald och allemansrätt inom vården ska förverkligas är det nödvändigt att dessa ord omsätts i konkreta beslut. Undertecknade förutsätter att regeringen snarast ver-

kar för att i lag om läkarvårdsersättning och i lag om sjukgymnast-
ersättning införa bestämmelser som ger dessa vårdgivarkategorier
rätt till ersättningsetablering.

Särskilt yttrande av Lennart Nordgren

Inledningsvis kan konstateras att riksdagen fattat beslut om att åldersgränserna skall avskaffas helt och att regeringen därför bör återkomma med ett sådant förslag. Vi delar riksdagens uppfattning att åldersgränserna ska avskaffas helt.

Tandvården

Utredningen föreslår en fortsatt åldersgräns på 70 år för tandläkares möjlighet att arbeta inom tandvårdsförsäkringens ram. Vidare föreslås att RFV ges möjlighet att medge dispens från denna regel.

Som företrädare för Sveriges privattandläkare vill vi framföra följande.

Tandvårdsförsäkringen infördes 1974 och fram till 1999 fanns ingen åldersgräns som begränsade tandläkarnas rätt att arbeta inom försäkringen. Den 1 januari 1999 infördes en åldersgräns på 65 år för rätten att arbeta inom tandvårdsförsäkringen (senare höjd till 67 år). Inom den offentliga tandvården föreligger en avgångsskyldighet vid uppnådd pensionsålder vilket medför att det indirekt finns en åldersgräns inom den offentliga tandvården. Detta leder till att behållandet av en åldersgräns för rätten att arbeta inom tandvårdsförsäkringen i praktiken endast berör de privata vårdgivarna.

Skälen för regeringen beslut att införa en åldersgräns var dels att regeringen ansåg den åldersgräns som följer av den allmänna pensionsåldern också bör gälla som villkor för tandvårdsersättning för vård utförd av tandläkare och tandhygienister dels att detta underlättade för yngre tandläkare och tandhygienister att utöva sina yrken i större utsträckning än i dag.

Till skillnad från liggande utredning ifrågasatte inte regeringen vid det tillfället kvaliteten och patienternas säkerhet hos äldre yrkesutövare inom tandvården.

Vidare visar erfarenheterna från perioden 1974–1999 att det inte har förekommit något kritik från berörda tillsynsmyndigheter rörande kvaliteten och patientsäkerheten för patienter hos äldre yrkesutövare. Vi finner det anmärkningsvärt att utredningen inte har belyst denna fråga i utredningen dvs. hur fungerade det inom tandvården under perioden 1974–1999.

Beträffande personalsituationen inom tandvården i nuläget så kan konstateras att det råder stor brist på tandläkare på många håll i landet. AMS, SCB och SoS har i sina prognoser pekat på detta förhållande samt också gjort bedömningen att denna bristsituation kommer att förvärras i framtiden om åtgärder inte vidtas. En anledning till dagens situation är att många yngre tandläkare väljer att arbeta utomlands som tandläkare t.ex. så finns det i dag ca 1 000 svenska tandläkare som är verksamma i England.

Denna situation menar vi gör det angeläget att skapa förutsättningar för de äldre tandläkare som kan och vill arbeta även efter 70 år. Dessutom är det så att det är patienterna som formellt sätt erhåller ersättning för sina tandvårdskostnader från tandvårdsförsäkringen vilket medför att äldre patienter som ofta har gått hos en och samma tandläkare under en mycket lång tid tvingas byta tandläkare då denne passerar en åldersgräns. Vidare har efterfrågan på tandvård hos den äldre befolkningen ökat avsevärt efter den 1 juli 2002 då ett förbättrat högkostnadsskydd infördes för patienter 65 år och äldre.

Inom privattandvården har nuvarande åldersgräns inneburit att tandläkare som fyllt 67 år av ekonomiska skäl tvingats avveckla sin praktik eftersom det, framför allt i glesbygden, inte varit möjligt att finna en efterträdare. Denna situation tillsammans med den offentliga tandvårdens problem med att tillsätta tandläkartjänster ute i landet har lett fram till att det i dag är väntetider på upp till fyra år inom folktandvården.

Vidare vill vi peka på den inkonsekvens i regelsystemet som finns i dag där en privattandläkare inte tillåts arbeta inom tandvårdsförsäkringen men samtidigt kan vara verksam och erhålla ersättning från det offentliga i det fall tandläkaren behandlar patienter som omfattas av landstingens ansvar. Flera landsting utnyttjar denna möjlighet att anlita privata tandläkare.

Utredningen refererar bl.a. slutbetänkandet "Tandvården till 2010", SOU 2002.53, som regeringens enmansutredare Anders Sundström överlämnade till socialministern i juni 2002.

Dock redovisar inte liggande utredning enmansutredarens förslag beträffande åldersgränsen vilket är "Utredningen anser att beslut om att avskaffa åldersgränsen för vårdgivare inom tandvård avseende rätt till tandvårdsersättning bör fattas".

Med hänvisning till ovanstående anser Sveriges Privattandläkarförening i första hand att åldersgränsen inom tandvården bör avskaffas. I andra hand anser vi att om en åldersgräns ska behållas

bör den vara 75 år och inte som utredningen föreslår 70 år. Därmed bortfaller i praktiken också behovet av ett särskilt dispensförfarande. I det fall ett dispensförfarande kommer att införas anser vi att det ska vara de lokala försäkringskassorna som fattar beslut om dispens och inte Riksförsäkringsverket som utredningen föreslår. Skälet härför är helt enkelt att det är hos de lokala försäkringskassorna som kunskapen finns om de lokala resurserna inom tandvården och förhållandena i övrigt.

Referenser

- Arbetslivsinstitutet (2002:2) *Under vilka förhållanden vill äldre personer yrkesarbeta?*, Arbetslivsrapport
- Arbetsmarknadsstyrelsen (2002:3) *Den framtida personalförsörjningen inom vård och omsorg – Tillgång och rekryteringsbehov till år 2015*
- HSNs rapportserie (16/02) *De sjukgymnastiska verksamheterna inom Stockholms läns landsting*, Susanne Löfgren
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd *Årsredovisning 2001*
- Kjekshus L.E., Tjora A. Hn (1998) *Hvor reell er mangelen på leger? En kartlegging av legebemanningen i ett fylke* NIS-rapport 3/98. SINTEF Unimed. Norsk Institutt for sykehusforskning. Trondheim
- Landstingsförbundet *Bokslutsstatistik 2000*
- Landstingsförbundet *Offentligt finansierad privat öppen vård 1994–2000*
- Landstingsförbundet *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2001*
- Praktikertjänst *Kvalitetspolicy inom Praktikertjänst*
- PsykologTidningen (18/95) *På jakt efter minnets gåta*
- PsykologTidningen (3/02) *Dåligt minne kan spåras till våra gener*
- Riksförsäkringsverket (2000:3) *Tandvårdsstödet RFV Anser*
- Sosial- og Helsedepartementet (1997) *Pasienten først*
- Socialstyrelsen (Meddelandeblad nr 4/93) *Äldre privatpraktiserande läkare och tandläkare. En studie av 49 läkare och tandläkare äldre än 70 år*
- Socialstyrelsen (2001) *Kvalitetsarbete bland privatpraktiker i västra Sverige 1997–2000*
- Socialstyrelsen (2001) *Överförskrivande läkare, en tillsynsrapport*
- Socialstyrelsen (1998) *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok*
- Socialstyrelsen (2001) *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok*
- Socialstyrelsen (2001) *Hälso- och sjukvårdsrapport*

- Socialstyrelsen (2002) *Enkätundersökning till privattandläkare om möjligheter att ta emot nya patienter*
- Socialstyrelsen *Enkät om väntetider inom folk tandvården och möjligheten att anställa ytterligare tandläkare*
- Statistiska centralbyrån (2002) *Trender och prognoser*
- Sundhetsministeriet (2001) *Rekruttering, Fastholdelse og Faggraenser i Sundhedssektorn – en analyse av arbetsmarkedet for laeger og sygeplejersker*
- Svenska Privatläkarföreningen (2002) *Privatläkarfakta*
- Wolgast E. (1998) *Avstampet. Att växa med kvalitet. En handbok i kvalitetsarbete för sjukgymnaster*, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund

Offentligt tryck

Promemorior

- Ds 1995:35, Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården
- Ds 1999:44, Den ljusnande framtid är vård, om vård och omsorg – en arbetsmarknad i utveckling. Rapport från kommissionen för rekrytering till vård och omsorg
- Ds 2002:10, Riv hindren för äldre i arbetslivet! En kartläggning och ett diskussionsunderlag från Näringsdepartementets seniorgrupp

Utredningsbetänkanden

- SOU 1996:138, Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m. Betänkande av 1994 års behörighetskommitté
- SOU 1999:149, Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster. Betänkande av Utredningen om sjukvårdsupphandling
- SOU 2001:36, Bättre tandvårdsstöd för äldre. Delbetänkande av utredningen Tandvårdsöversyn 2000
- SOU 2002:29, Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring. Diskussionsbetänkande av den parlamentariska äldreberedningen SENIOR 2005
- SOU 2002:31, Vinst för vården. Idébetänkande från utredningen Vårdens ägarformer – vinst och demokrati
- SOU 2002:53, Tandvården till 2010. Slutbetänkande av utredningen Tandvårdsöversyn 2000

Propositioner

- 1978/79:220 Om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.
1992/93:43 Ökad konkurrens i kommunal verksamhet
1993/94:75 Arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.
1994/95:109 Vissa privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters etablering m.m.
1994/95:195 Primärvård, privata vårdgivare m.m.
1996/97:123 Privata vårdgivare
1997/98:112 Reformerat tandvårdsstöd
1999/2000:149 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården
2000/01:36 Sjukhus med vinstsyfte
2000/01:78 Rätt att arbeta till 67 års ålder
2001/02:51 Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.

Utskottsbetänkanden

- 1993/94:SoU14 Arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.
1994/95:SoU10 Vissa privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters etablering m.m.
1994/95:SoU24 Primärvård, privata vårdgivare m.m.
1996/97:SoU17 Privata vårdgivare
1997/98:SoU25 Reformerat tandvårdsstöd
2000/01:SoU5 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården
2000/01:AU10 Rätt att arbeta till 67 års ålder
2001/02:SoU14 Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.

Kommittédirektiv

Avskaffande av åldersgräns för vissa vårdgivares rätt till offentlig ersättning samt översyn av förutsättningarna för överlåtelse av privat vårdetablering Dir.
2001:119

Beslut vid regeringssammanträde den 20 december 2001.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare skall utreda konsekvenserna av ett avskaffande av åldersgränsen när det gäller offentlig ersättning till läkare enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL), till sjukgymnaster enligt lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS) samt till tandläkare och tandhygienister enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL).

Utredaren skall

- analysera konsekvenserna för hälso- och sjukvårdens organisation, kvalitet, kontinuitet och ekonomi för det fall åldersgränser avskaffas helt i fråga om ersättning enligt LOL, LOS och AFL,
- redogöra för de invändningar som kan finnas mot att åldersgränsen för vissa vårdgivare för den aktuella ersättningen inte följer den generella gränsen för avgångsskyldighet,
- analysera om det är ändamålsenligt att avskaffa åldersgränser i syfte att bidra till att avhjälpa bristen på vårdgivare, samt – för det fall ett avskaffande av åldersgränsen föreslås, överväga behovet av att införa särskilda kontrollrutiner för att bedöma äldre yrkesutövares lämplighet.

Utredaren skall även utreda behovet av ändringar i LOL och LOS av förutsättningarna för privata vårdgivare att överlåta en praktik

till en kollega med bibehållen möjlighet till ersättning från det allmänna för den verksamhet som bedrivs på praktiken.

Bakgrund

Åldersgränsen för ersättning med offentliga medel

Riksdagen beslutade den 16 maj 2001 om att arbetstagare från och med den 1 september 2001 alltid skall ha rätt, men inte skyldighet, att stanna kvar i anställningen till 67 års ålder. Det skall i fortsättningen inte vara möjligt att träffa avtal om att arbetstagare är skyldiga att avgå innan de fyllt 67 år (32 a § lagen [1982:80] om anställningsskydd [LAS], prop. 2000/01:78, rskr. 2000/01:211). Av övergångsbestämmelserna till den nya bestämmelsen i 32 a § LAS följer att kollektivavtal, som har ingåtts före lagens ikraftträdande den 1 september 2001, gäller till dess avtalet löpt ut, dock längst till och med utgången av år 2002.

I regeringens proposition anfördes att en grundläggande princip i det nya ålderspensionssystemet är livsinkomstprincipen som innebär att hela livets inkomster påverkar pensionen. Ett bakomliggande syfte med denna princip är att stimulera till arbete och att det under betydligt längre tid än tidigare skall vara möjligt för den enskilde att påverka sin pension. För att öka människors möjligheter att förbättra sin pension ansågs det därför väsentligt att åldern för avgångsskyldigheten höjdes. Vidare anfördes i propositionen att den demografiska utvecklingen med stora pensionsavgångar kan föra med sig en period med allmän arbetskraftsbrist, vilket på sikt skulle kunna bli tillväxthämmande.

Som en konsekvens av den höjda åldern för avgångsskyldighet för arbetstagare, beslutades även att åldersgränsen för de vårdgivare som avses i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) för privata läkare och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS) för privata sjukgymnaster skulle höjas till 67 år. Vidare beslutades att åldersgränsen för tandvårdsersättning till vårdgivare för vård utförd av tandläkare och tandhygienist i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) skulle höjas från 65 år till 67 år. En höjning av åldersgränsen när det gäller ersättningar motiverades i propositionen bl.a. med att syftet med den höjda åldern för avgångsskyldighet inte skulle motverkas. För att de aktuella

yrkeskategorierna även efter fyllda 65 år skall ha möjlighet att konkurrera på lika villkor som yngre kollegor, krävs att åldersgränsen för ersättning med offentliga medel höjs. En höjd åldersgräns bedöms även kunna leda till att bristen på vårdgivarresurser på vissa ställen i Sverige avhjälpas. Emellertid anfördes att det inte är möjligt att bedöma hur många arbetstagare som kan komma att utnyttja möjligheten att kvarstå i anställning till 67 års ålder.

Arbetsmarknadsutskottet fann vid behandlingen av propositionen att åldersgränserna för att få de berörda formerna av ersättning i ett nästa steg skall avskaffas helt (bet. 2000/01:AU10). Utskottet anförde att regeringen därför bör återkomma med ett sådant förslag.

I sammanhanget skall nämnas att landstingen redan i dag kan medge undantag från åldersgränsen på 67 år för läkarvårdsersättning enligt LOL och ersättning för sjukgymnastik enligt LOS (9 § LOL och 9 § LOS). Det står även landstingen fritt att teckna andra särskilda s.k. vårdavtal med läkare och sjukgymnaster som är 67 år eller äldre, där ersättning utgår enligt villkor och grunder som landstingen och vårdgivaren kommit överens om. När det gäller tandläkare och tandhygienister finns i dag ingen möjlighet att medge undantag från åldersgränsen för ersättning (se 2 kap. 3 § 3 st AFL).

Överlåtelse av praktik med offentlig finansiering

I anslutning till frågan om höjda åldersgränser för läkare och sjukgymnaster är det även lämpligt att utreda frågan om förutsättningarna för en enskild läkare eller sjukgymnast att till en kollega överlåta en praktik med bibehållen rätt till ersättning enligt LOL eller LOS. Regeringen anförde i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården att en ökad mångfald av vårdgivare kan främja utvecklingen inom hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, s. 47 f.). Med anledning av frågan om mångfald anförde socialutskottet i sitt betänkande till propositionen om den nationella handlingsplanen att utskottet erfarit att frågan om rätten att överlåta en etablering skulle komma att bli föremål för analys för att undersöka det nuvarande regelverkets effekter (bet. 2000/01:SoU5 s. 25). I den nationella handlingsplanen anfördes att förutsättningarna för samverkan mellan offentligt och privat producerad hälso- och sjukvård skulle klargöras i anslutning till

behandlingen av dels slutbetänkandet från Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård, Klara spelregler (SOU 1999:179), dels betänkandet från Utredningen om sjukvårdsupphandling, Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster (SOU 1999:149), (a. prop. s. 48).

Fram till utgången av år 1993 krävdes ett godkännande från sjukvårdshuvudmannen för att få verka som privat vårdgivare med rätt till offentlig finansiering. Undantag fanns dock från denna bestämmelse. En läkare eller en sjukgymnast kunde utan godkännande överta en praktik från en försäkringsanknuten kollega om den övertagande läkaren eller sjukgymnasten drev praktiken vidare med i huvudsak oförändrad inriktning. Under år 1994 rädde en fri etableringsrätt för privata vårdgivare, vilket innebar att godkännande från sjukvårdshuvudmannen inte krävdes i något fall. Den fria etableringsrätten upphörde från den 1 januari 1995. Motiven till ändringen var bl.a. att det enligt regeringen fanns oroande uppgifter om de ekonomiska konsekvenser som den fria etableringsrätten kunde medföra och att sjukvårdshuvudmännen inte gavs reella möjligheter att fullgöra sitt fastlagda planeringsansvar.

För att en privat läkare eller sjukgymnast skall kunna etablera sig som privatpraktiserande och ha tillgång till offentlig finansiering krävs i dag enligt 5 § LOL respektive 5 § LOS att ett samverkans- eller vårdavtal träffas med sjukvårdshuvudmannen. Några undantag från kravet på samverkans- och vårdavtal finns inte. En läkare eller en sjukgymnast kan i dag inte överlåta en praktik till en kollega med bibehållen möjlighet till ersättning från det allmänna. En person som övertar en privat praktik måste teckna ett eget avtal med sjukvårdshuvudmannen för att kunna få ersättning från det allmänna.

Om ett samverkansavtal träffas lämnas läkarvårdsersättning eller sjukgymnastersättning enligt en särskild nationell taxa. Har ett vårdavtal träffats lämnas ersättning från landstinget på de villkor och grunder som landstinget och vårdgivaren kommit överens om.

För att läkarvårdsersättning skall lämnas krävs enligt 7 § LOL att läkaren har specialistkompetens och bedriver mottagningsverksamhet inom sin specialitet i öppen vård för enskilda patienter. Sjukgymnastikersättning lämnas enligt 7 § LOS för sjukgymnastik som ges av en legitimerad sjukgymnast. Ersättning lämnas enbart till vårdgivare som bedriver privat läkarmottagning respektive sjukgymnastikverksamhet på heltid och som inte är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk

person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning lämnas inte för verksamhet inom företagshälsovården.

Utöver de läkare och sjukgymnaster som har tecknat samverkansavtal med landstinget finns det ett större antal vårdgivare som inte har samverkansavtal men som på grund av övergångsbestämmelser i LOL och LOS omfattas av dessa lagar. Det kan vara fråga om läkare och sjukgymnaster som tidigare varit anslutna till försäkringskassan eller som påbörjade sin verksamhet under år 1994 då det var "fritt" att etablera sig med offentlig finansiering. Även läkare som den 1 januari 1996 var verksamma som privatpraktiserande husläkare enligt lag (1993:588) om husläkare, har rätt till läkarvårdsersättning utan att ett samverkansavtal finns med landstinget.

Frågan om möjligheterna att överlåta en etablering har tidigare utretts. I betänkandet Klara spelregler (SOU 1999:179 s. 205 ff.) föreslogs att en särskild lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal inom hälso- och sjukvården skulle stiftas. I lagen skulle rätten att överlåta en etablering fastställas. Undantag från skyldigheten att träffa ersättningsavtal skulle enligt delegationen endast kunna göras då det finns särskilda skäl. Delegationens betänkande har remissbehandlats och en remissammanställning finns tillgänglig på Socialdepartementet (S1997/8997/HS). Remissinstanserna hade delade meningar om förslagen i betänkandet. Regeringen har inte fattat beslut om de förslag som lämnades.

Uppdraget

Utredaren skall dels analysera konsekvenserna av att åldersgränser för läkare, sjukgymnaster, tandläkare och tandhygienister avskaffas, dels göra en översyn av förutsättningarna av rätten för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster att överlåta en vårdetablering.

Avskaffandet av åldersgränser för vissa vårdgivares rätt till offentlig ersättning

Den höjda åldersgränsen i fråga om läkarvårdsersättning, ersättning för sjukgymnastik och tandvårdsersättning är en konsekvens av den höjda åldern för avgångsskyldighet. Detta för att de berörda yrkes-

kategorierna även efter fyllda 65 år skall kunna konkurrera på lika villkor som sina yngre kollegor, om de väljer att fortsätta arbeta till 67 års ålder.

Utredaren skall analysera konsekvenserna för hälso- och sjukvårdens organisation, kvalitet, kontinuitet och ekonomi för det fall åldersgränserna i fråga om läkarvårdersättning, ersättning för sjukgymnastik och tandvårdersättning avskaffas helt. I detta sammanhang skall utredarna särskilt uppmärksamma hur ett avskaffande av åldersgränserna skulle kunna påverka förutsättningarna för landstingen att planera vården.

Regeringen anförde i propositionen om rätt att arbeta till 67 års ålder att det inte är rimligt att föreslå en ytterligare höjning av åldersnivån för läkarvårdersättning och ersättning för sjukgymnastik ovanför den generella gränsen för avgångsskyldighet eftersom gränserna enligt regeringens uppfattning bör följas åt (prop. 2000/01:78). Utredaren skall redogöra för de invändningar som kan finnas mot att åldersgränsen för den aktuella ersättningen inte följer den generella gränsen för avgångsskyldighet.

Höjningen av åldersgränsen för ersättning till 67 års ålder anses kunna bidra till att vissa brister på personalresurser undanröjs. Utredaren skall analysera om ett avskaffande av åldersgränsen ytterligare skulle kunna bidra till att undanröja brister på personalresurser och om detta i sådant fall är den mest ändamålsenliga lösningen för att avhjälpa bristen på vårdgivare. I detta sammanhang skall utredaren ta hänsyn till sådana faktorer som har inverkan på hälso- och sjukvårdens innehåll och kvalitet, vilket har betydelse för patientsäkerheten.

Den enskilde yrkesutövarens ålder kan ha inverkan på dennes förutsättningar att utföra sitt arbete. Det är av stor vikt att ett avskaffande av åldersgränsen inte äventyrar patienternas säkerhet. Utredaren skall, för det fall ett avskaffande av åldersgränsen föreslås, överväga behovet av att införa särskilda kontrollrutiner för att bedöma äldre yrkesutövares fortsatta lämplighet.

Utredaren skall även undersöka om ett avskaffande av åldersgränser kan innebära hinder mot en nyrekrytering och nyetablering av de aktuella personalgrupperna och vilka problem ett sådant hinder i så fall skulle innebära.

Översyn av förutsättningarna för överlåtelse av privat vårdetablering

Regeringen framhåller i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) att landstingen och kommunerna skall svara för att stimulera alternativa driftsformer i den öppna vården och omsorgen genom att fler kooperativa, privata och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen.

Utredaren skall mot denna bakgrund utreda behovet av en ändring i LOL och LOS av förutsättningarna för privata vårdgivare att överlåta en praktik till en kollega med bibehållen möjlighet till ersättning från det allmänna för den verksamhet som bedrivs på praktiken. Utredaren skall i detta sammanhang analysera erfarenheterna av den lagstiftning på området som gällde före den 1 januari 1995 och jämföra med den situation som råder i dag. Utredaren skall också beakta hur ändringar i LOL och LOS skulle kunna komma att påverka landstingens förutsättningar att planera vården och ekonomin efter de lokala förhållandena.

Tidsplan för arbetet m.m.

Utredaren skall senast den 31 januari 2003 lämna sitt betänkande till regeringen.

Utredaren skall samråda med Näringslivets nämnd för regelgranskning när det gäller förslag som har konsekvenser för små företag.

(Socialdepartementet)

Deltagare vid Vårdgivarutredningens hearing om patientsäkerhet den 27 augusti 2002

Avdelningschefen Catarina Andersson Forsman, Socialstyrelsen,
Tillsynsavdelningen

F.d. avdelningschefen Lennart Rinder, Socialstyrelsen, Tillsyns-
avdelningen

Enhetschefen Ulla Fryksmark, Socialstyrelsens regionala tillsyns-
synsenhet i Göteborg

Enhetschefen Björn Forsberg, Socialstyrelsens regionala tillsyns-
synsenhet i Jönköping

Enhetschefen Torsten Mossberg, Socialstyrelsens regionala tillsyns-
synsenhet i Stockholm

Generaldirektören Anita Werner, Hälso- och sjukvårdens
ansvarsnämnd

Förvaltningschefen Åsa Rundqvist, Patientnämnden i
Stockholm.