

Nr 104

Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ändring i sjukvårdslagstiftningen, m. m.; given Stockholms slott den 7 juni 1972.

Kungl. Maj:t vill härmed, under åberopande av bilagda utdrag av statsrådsprotokollet över socialärenden,

dels föreslå riksdagen att bifalla de förslag om vars avlåtande till riksdagen föredragande departementschefen hemställt,

dels inhämta riksdagens yttrande över förslaget till kungörelse om ändring i hälsovårdsstadgan (1958:663).

GUSTAF ADOLF

SVEN ASPLING

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen läggs fram förslag om nya behörighetsregler för läkare och ändrade bestämmelser för läkartjänsternas utformning m. m. Allmän behörighet att utöva läkaryrket (legitimation) erhålls enligt förslaget efter avlagd läkarexamen och därpå följande 21 månaders allmäntjänstgöring i sjukvården under yrkesmässigt ansvar. Det förutsätts att läkarna därefter fullföljer sin allmänläkar- eller specialistutbildning genom tjänstgöring i den offentliga sjukvården. Under tiden för allmäntjänstgöring samt allmänläkar- eller specialistutbildning sker tjänstgöringen som underläkare. För färdigutbildade läkare skall på sjukhus finnas tjänster för avdelningsläkare, biträdande överläkare och överläkare.

Vidare föreslås i propositionen olika åtgärder för en utbyggnad av den decentraliserade öppna sjukvården i samhällets regi. Varje sjukvårdsområde, dvs. i regel ett län, skall liksom hittills vara indelat i läkardistrikt för den öppna sjukvården utanför sjukhus. De i propositionen förordade åtgärderna omfattar både en förstärkning av allmänläkarvården och en decentralisering av specialistvården så att denna i viss utsträckning blir tillgänglig även ute i läkardistriktet. Avsikten är att därigenom skapa möjligheter till en bättre närhetsservice inom den öppna hälso- och sjukvården. För färdigutbildade läkare skall i läkardistriktet finnas tjänster för distriktsläkare och biträdande distriktsläkare, avsedda för såväl allmänläkare som specialister.

På grundval av överläggningar med sjukvårdshuvudmännen redovisas i propositionen även förslag beträffande vissa finansieringsfrågor för hälso- och sjukvården, främst avseende den till sjukförsäkringen knutna läkarvårdersättningen för den offentliga öppna sjukvården.

Författningsändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 1973.

1) Förslag till
Lag om ändring i sjukvårdslagen (1962:242)

Härigenom förordnas i fråga om sjukvårdslagen (1962:242)
dels att 6 § 5 mom. samt 18 och 19 §§ skall upphöra att gälla,
dels att 4 §, 6 § 1 och 6 mom., 9 § 3 mom., 12 och 15 §§, 16 § 2 och
3 mom., 17 och 20 §§ samt 34 § 1 inom. skall ha nedan angivna lydelse,
dels att i lagen skall införas en ny paragraf, 31 §, av nedan angivna
lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §

*Öppen vård på sjukhus må icke
bedrivas på sådant sätt att den
inkräktar på den slutna vården.*

För öppen läkarvård utanför sjukhus skall landstingskommun vara
indelad i läkardistrikt.

6 §

1 m o m.¹ Sjukhus benämnes,
om ej annat följer av vad nedan
stadgas, l a s a r e t t, därest det är
avsett för vårdbehövande oberoende
av fallets svårare eller lindrigare
art, och s j u k s t u g a, om det
företrädesvis är avsett för mindre
krävande vård. Sjukstuga må vara
försedd med högst 30 vårdplatser;
dock må utan hinder härav *såsom
särskild avdelning av sjukstuga an-
ordnas förlossningshem och sjuk-
hem.*

1 m o m. Sjukhus benämnes,
om ej annat följer av vad nedan
stadgas, l a s a r e t t, därest det är
avsett för vårdbehövande oberoende
av fallets svårare eller lindrigare
art, och s j u k s t u g a, om det
företrädesvis är avsett för mindre
krävande vård. Sjukstuga må vara
försedd med högst 30 vårdplatser;
dock må utan hinder härav *vid
sjukstuga anordnas vårdplatser för
mindre krävande förlossningsvård
och för sådun vård som avses i 6
mom. första stycket.*

6 m o m. Sjukhus benämnes s j u k h e m om det till huvudsaklig del
är inrättat för vård av

- a) långvarigt kroppssjuka, vilka äro i behov av sjukhusvård främst i
form av personlig skötsel men icke lida av tuberkulos,
- b) lättskötta psykiskt sjuka,
- c) konvalescenter eller
- d) vårdbehövande, jämförliga med de i a)--c) nämnda.

*Såsom avdelning av sjukhem
må förlossningshem inrättas.*

*Vid sjukhem må anordnas vård-
platser för mindre krävande för-
lossningsvård.*

¹Senaste lydelse 1968:232.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 §

3 m o m.² Till sammanträde med sjukvårdsstyrelse skola kallas sjukvårdsdirektör eller, om sådan icke finnes, landstingsdirektör samt länsläkaren eller förste stadsläkaren. Om landstinget eller kommunfullmäktige bestämma det, skall även annan som har att föredraga sjukvårdsärenden inför landstingskommunens eller kommunens styrelse kallas till sådant sammanträde.

Den som inställer sig vid sammanträde på kallelse enligt första stycket äger deltaga i sjukvårdsstyrelsens överläggningar men icke i besluten samt få sin mening antecknad till protokollet.

Till sammanträde med sjukvårdsstyrelse vid vilket sjukvårdsärende av större vikt är avsett att förekomma skall beroende på ärendets art kallas antingen en överläkare eller en *provinsialläkare* eller *stadsdistriktsläkare* med rätt för honom att deltaga i överläggningarna men ej i besluten och att få sin mening antecknad till protokollet. Styrelsen skall för viss tid utse en överläkare och en *provinsialläkare* eller *stadsdistriktsläkare* inom sjukvårdsområdet att stå till förfogande för detta ändamål.

Till sammanträde med sjukvårdsstyrelse vid vilket sjukvårdsärende av större vikt är avsett att förekomma skall beroende på ärendets art kallas antingen en överläkare eller en *distriktsläkare* med rätt för honom att deltaga i överläggningarna men ej i besluten och att få sin mening antecknad till protokollet. Styrelsen skall för viss tid utse en överläkare och en *distriktsläkare* inom sjukvårdsområdet att stå till förfogande för detta ändamål.

12 §³

Till sammanträde med direktionen skola sjukvårdsdirektör eller, om sådan icke finnes, landstingsdirektör samt sjukhusdirektör, styresman, chefsläkare och den som vid sjukhus med styresman leder den ekonomiska förvaltningen kallas med rätt att deltaga i överläggningarna men ej i besluten samt att få sin mening antecknad till protokollet.

Enahanda befogenhet tillkommer ock överläkare, sjukstuguläkare och sjukhemsläkare ävensom *provinsialläkare* som lyder direkt under direktion, envar såvitt angår hans verksamhetsområde. Detsamma gäller såvitt angår sjukvårdspersonalen, den som när-

Enahanda befogenhet tillkommer ock överläkare, sjukstuguläkare och sjukhemsläkare ävensom *distriktsläkare* som lyder direkt under direktion, envar såvitt angår hans verksamhetsområde. Detsamma gäller såvitt angår sjukvårdspersonalen, den som närmast

²Senaste lydelse 1965:104.

³Senaste lydelse 1970:211.

Nuvarande lydelse

mast under sjukhusdirektör eller styresman handlägger frågor rörande denna personal.

Vad sålunda stadgats skall äga tillämpning jämväl då sjukvårdsstyrelse fullgör åliggande som direktion.

Föreslagen lydelse

under sjukhusdirektör eller styresman handlägger frågor rörande denna personal.

15 §⁴

I varje läkardistrikt i landstingskommun och i Gotlands kommun skall finnas minst en provinsialläkare.

Härjämte må i läkardistrikt anställas biträdande provinsialläkare och extra provinsialläkare.

I kommun som ej tillhör landstingskommun skall finnas minst en stadsdistriktsläkare i varje läkardistrikt. Vad som sagts nu gäller dock ej Gotlands kommun.

I varje läkardistrikt skall finnas erforderligt antal distriktsläkare.

Härjämte må för biträde i sjukvården i läkardistrikt anställas biträdande distriktsläkare och extra distriktsläkare.

16 §

2 m o m.⁵ Läkare som avses i 1 mom. benämnes

1) vid lasarett överläkare.

2) vid sjukstuga sjukstuguläkare samt

3) vid sjukhem sjukhemsläkare eller, om socialstyrelsen efter framställning av sjukvårdsstyrelsen så förordnat överläkare.

Såvida ej annat föreskrives, skall vad i denna lag och med stöd därav meddelade bestämmelser stadgas om sjukhemsläkare äga tillämpning å motsvarande läkare vid förlossningshem.

⁴Senaste lydelse 1970:211.

⁵Senaste lydelse 1970:211.

2 m o m. Läkare som avses i 1 mom. benämnes

1) vid lasarett överläkare,

2) vid sjukstuga sjukstuguläkare samt

3) vid sjukhem sjukhemsläkare.

Socialstyrelsen kan efter framställning av sjukvårdsstyrelsen förordna att läkare som avses i 1 mom. även vid sjukstuga eller sjukhem skall benämnas överläkare.

Nuvarande lydelse

3 m o m. För fullgörande av viss del av överläkares åligganden må anställas biträdande överläkare. Därjämte må för biträde i sjukvården anställas *u n d e r l ä k k a r e* och *e x t r a l ä k k a r e*.

Om särskilda skäl föranleda det, må extra läkare anställas med uppgift att fullgöra åligganden som ankomma på överläkare; och skall, om ej annat föreskrives, vad om överläkare stadgas äga tillämpning å sådan läkare, dock med undantag för de föreskrifter som gälla tjänstens tillsättning.

Föreslagen lydelse

3 m o m. För fullgörande av viss del av överläkares åligganden må anställas biträdande överläkare. Därjämte må för biträde i sjukvården anställas *a v d e l n i n g s l ä k k a r e* och *e x t r a l ä k k a r e*.

17 §⁶

Tjänst för läkare som avses i 15 § må ej inrättas utan att medgivande därtill inhämtats av socialstyrelsen. Sådant medgivande erfordras jämväl för att inrätta tjänst såsom överläkare, biträdande överläkare, underläkare eller extra läkare. Utan medgivande må dock för en tid av högst tre månader under samma kalenderår läkare som avses i 15 § anställas såsom extra läkare å sjukhus samt läkare som avses i 16 § anställas såsom extra provinsialläkare.

Medgivande att inrätta annan tjänst än såsom provinsialläkare eller överläkare må, när skäl äro därtill, begränsas till tiden. Medgivande att inrätta tjänst såsom extra provinsialläkare eller extra läkare må lämnas allenast för begränsad tid.

För biträde i öppen och slutenvård må inom varje sjukvårdsområde anställas u n d e r l ä k k a r e.

20 §⁷

1 m o m. Överläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen tills vidare.

1 m o m. *D i s t r i k t s l ä k k a r e* och överläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen tills vidare.

⁶Senaste lydelse 1968:232.

⁷Senaste lydelse 1970:211.

Nuvarande lydelse

När överläkartjänst skall tillsättas efter ansökning, åligger det socialstyrelsen att, i den mån behöriga sökande anmält sig, på förslag uppföra de fyra med avseende å förtjänst och skicklighet främsta sökandena. Kan sökande inom det område som tjänsten avser åberopa framstående skicklighet, ådagalagd genom berömvärd tjänstgöring å sjukhus, eller grundlig utbildning eller väl vitsordat vetenskapligt forskningsarbete, skall särskild hänsyn tagas därtill.

Sedan förslag upprättats, förordnar sjukvårdsstyrelsen efter direktionens hörande en av de sökande, som uppförts på förslaget till överläkare.

2 m o m. B i t r ä d a n d e ö v e r l ä k a r e förordnas av sjukvårdsstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande av direktionen tills vidare eller för viss tid. Förordnande, som meddelats för viss tid, må förlängas.

När tjänst som biträdande överläkare skall tillsättas efter ansökning, åligger det sakkunniga, vilka utses i den ordning Konungen föreskriver, att under iakttagande av de i 1 mom. angivna befordringsgrunderna på förslag uppföra de tre främsta sökandena.

Sedan förslag upprättats, har sjukvårdsstyrelsen, efter hörande av den överläkare som innehavaren av tjänsten närmast skall vara underställd och direktionen för sjukhuset, att till biträdande överläkare förordna en av de sökande, som uppförts på förslag.

Föreslagen lydelse

När tjänst som distriktsläkare eller överläkare skall tillsättas efter ansökning, åligger det sakkunniga, vilka utses i den ordning Konungen föreskriver, att, i den mån behöriga sökande anmält sig, på förslag uppföra de fyra med avseende å förtjänst och skicklighet främsta sökandena.

Närmare föreskrifter om sakkunnigförfarandet meddelas av Konungen.

Sedan förslag upprättats, förordnar sjukvårdsstyrelsen, i förekommande fall efter direktionens hörande, en av de sökande, som uppförts på förslaget.

2 m o m. B i t r ä d a n d e d i s t r i k t s l ä k a r e, b i t r ä d a n d e ö v e r l ä k a r e o c h a v d e l n i n g s l ä k k a r e förordnas av sjukvårdsstyrelsen eller, i förekommande fall efter styrelsens bemyndigande, av direktionen tills vidare eller för viss tid. Förordnande, som meddelats för viss tid, må förlängas.

När tjänst som avses i föregående stycke skall tillsättas efter ansökning äger 1 mom. motsvarande tillämpning. Därjämte gäller att den distriktsläkare eller överläkare som innehavaren av tjänsten närmast skall vara underställd skall höras innan förordnande meddelas.

Nuvarande lydelse

3 mom. Sjukstuguläkare och sjukhemsläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen tills vidare.

Vid tillsättning av tjänst som sjukstuguläkare eller som sjukhemsläkare vid sjukhem med flera än 60 vårdplatser förfäres, om ej socialstyrelsen medgivit undantag, i tillämpliga delar på sätt är stadgat i 2 mom.

4 mom. Underläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av direktionen för högst tre år. Vid tillsättning av tjänst som underläkare förfäres i tillämpliga delar på sätt är stadgat i 2 mom.

Har förordnande meddelats för kortare tid än tre år, må förordnandet förlängas så, att den sammanlagda tiden för förordnandet kommer att uppgå till högst tre år. Utöver vad nu sagts må förlängning av förordnande såsom underläkare icke ske utan socialstyrelsens medgivande.

Socialstyrelsen äger föreskriva, att förordnande å viss underläkartjänst må meddelas endast för kortare tid än tre år och att den, som under tre år innehaft underläkartjänst, ej må förordnas å annan sådan tjänst vid samma klinik eller, därest sjukhuset ej är uppdelat på kliniker, vid samma sjukhus.

5 mom. Extra läkare tillsättes av sjukvårdsstyrelsen eller, när tjänsten ej avser åligganden som ankomma på överläkare, efter styrelsens bemyndigande, av direktionen genom förordnande på viss tid, dock att beträffande den som icke äger behörighet att utöva läkaryrket förordnande meddelas av socialstyrelsen eller efter styrelsens bemyndigande av

Föreslagen lydelse

4 mom. Underläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen eller, i förekommande fall efter styrelsens bemyndigande, av direktionen för viss tid. För tillsättning av sådan tjänst gäller i övrigt de föreskrifter som meddelas av Konungen eller myndighet som Konungen bestämmer.

5 mom. *Extra direktsläkare och extra läkare* tillsätts av sjukvårdsstyrelsen eller, i förekommande fall efter styrelsens bemyndigande, av direktionen genom förordnande på viss tid, dock att beträffande den som icke äger behörighet att utöva läkaryrket förordnande meddelas av socialstyrelsen eller efter styrelsens bemyndigande av

Nuvarande lydelse

sjukvårdsstyrelsen eller direktio-
nen. När sjukvårdsstyrelse eller
direktion förordnar extra läkare
skall, om ej socialstyrelsen medgi-
vit undantag eller fråga är om
förordnande, som enligt 17 § må
meddelas utan socialstyrelsens
medgivande, förfaras på sätt är
stadgat i 2 mom.

Föreslagen lydelse

sjukvårdsstyrelsen eller direktio-
nen.

Omfattar tjänst som extra läka-
re åliggande som ankommer på
överläkare, får direktionen ej med-
delas sådant bemyndigande som
avses i första stycket.

31 §⁸

Tjänst för läkare i hälso- och
sjukvårdande verksamhet hos
landstingskommun eller annan
kommun må i den utsträckning
Konungen föreskriver inrättas en-
dast efter medgivande av socialsty-
relsen.

Konungen eller myndighet
som Konungen bestämmer må
meddela föreskrifter i syfte att
anpassa antalet underläkartjänster
inom olika verksamhetsområden
till behovet av läkare med full-
gjord vidareutbildning.

34 §

1 m o m.⁹ Talan mot sjukvårds-
styrelsens eller direktions beslut om
tillsättande av läkartjänst i andra
fall än som avses i 20 § 1 mom.
föres genom besvär hos socialsty-
relsen. Besvärstiden räknas från
den dag då verkställd justering av
det över beslutet förda proto-
kollet tillkännagivits å landstings-
kommunens anslagstavla. Vid
prövning av besvären må jämväl de
sakkunnigas förslag avseende
tjänsten komma under bedöman-
de.

1 m o m. Talan mot beslut av
sakkunniga om tjänsteförslag en-
ligt 20 § föres hos socialstyrelsen
genom besvär. Mot socialstyrel-
sens beslut med anledning av såda-
na besvär får talan icke föras.

⁸Förutvarande 31 § upphävd genom 1970:211.

⁹Senaste lydelse 1971:667.

Nuvarande lydelse

Om besvär över *annat* beslut av sjukvårdsstyrelse eller direktion gäller vad som stadgas i landstingslagen eller kommunallagen.

Föreslagen lydelse

Om besvär över beslut av sjukvårdsstyrelse eller direktion gäller vad som stadgas i landstingslagen eller kommunallagen.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1973.
2. I fråga om den som vid utgången av år 1972 innehar fullmakt som provinsialläkare i landstingskommunal tjänst och som skall kvarstå i tjänst under tid därefter skall fullmakten avse motsvarande tjänst som distriktsläkare. Den som vid samma tid innehar tjänst som stadsdistriktsläkare skall i fortsättningen anses som distriktsläkare.
3. Föreskrift i lag eller annan författning om provinsialläkare eller stadsdistriktsläkare skall efter utgången av år 1972 avse distriktsläkare.
4. Har socialstyrelsen före utgången av år 1972 upprättat förslag i fråga om tillsättning av provinsialläkartjänst men har ej tjänsten tillsatts före nämnda tidpunkt, förordnar sjukvårdsstyrelsen på grund av förslaget innehavare av motsvarande tjänst som distriktsläkare.
5. Har socialstyrelsen före utgången av år 1972 upprättat förslag i fråga om tillsättning av överläkartjänst, gäller fortfarande äldre bestämmelser i fråga om tillsättningen.
6. Underläkartjänst som vid utgången av år 1972 finns inrättad skall i den mån ej socialstyrelsen förordnar annat anses inrättad för läkare som efter vunnit legitimation fullgör vidareutbildning för kompetens som allmänläkare eller specialist.
7. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om talan mot beslut som meddelats före utgången av år 1972. Motsvarande gäller i fråga om beslut som avser tillsättning av biträdande provinsialläkare, biträdande överläkare eller underläkare, om beslutet meddelats efter utgången av år 1972 men förslag av sakkunniga avseende tjänsten lämnats dessförinnan.

2) Förslag till
Lag om ändring i lagen (1960:408)
om behörighet att utöva läkaryrket

Härigenom förordnas i fråga om lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket

dels att 2 och 9 §§ skall ha nedan angivna lydelse,

dels att i lagen skall införas en ny paragraf, 7 a §, av nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §¹

Legitimation såsom läkare meddelas av socialstyrelsen.

Den som inom riket avlagt *medicine licentiatexamen*, så ock den som utom riket avlagt läkar-examen och härstädes genomgått av Konungen föreskriven efterut-bildning skall på ansökan erhålla legitimation såsom läkare, om ej sådana omständigheter föreligga som enligt vad i denna lag sägs kunna föranleda att legitimation återkallas.

Den som inom riket avlagt *lä-karexamen och fullgjort av Ko-nungen föreskriven praktisk ut-bildning (allmäntjänstgöring)*, så ock den som utom riket avlagt läkarexamen och härstädes ge-nomgått av Konungen föreskriven efterutbildning skall på ansökan erhålla legitimation såsom läkare, om ej sådana omständigheter före-ligga som enligt vad i denna lag sägs kunna föranleda att legitima-tion återkallas.

Äger utomlands examinerad läkare framstående skicklighet och särskild klinisk erfarenhet, må Konungen medgiva, att legitimation såsom läkare meddelas honom utan att han genomgått efterutbildning som avses i andra stycket.

7 a §

Bestämmelserna i 3 §, 4 § förs-ta stycket samt 5 och 7 §§ om legitimation gälla även sådan be-hörighet som läkare som avses i 1 § b) och c).

9 §²

Begränsad behörighet att utöva läkaryrket meddelas av Konungen eller, efter Konungens bemyndigande, av socialstyrelsen.

¹ Senaste lydelse 1971:621.

² Senaste lydelse 1971:621.

Nuvarande lydelse

För utövning av läkaryrket inom *tjänsteläkardistrikt* intill riksgränsen må begränsad behörighet meddelas att gälla den som vid varje tidpunkt uppehåller tjänst, motsvarande svensk *tjänsteläkarbefattning*, i angränsande läkardistrikt i Finland eller Norge.

Föreslagen lydelse

För utövning av läkaryrket inom *läkardistrikt* intill riksgränsen må begränsad behörighet meddelas att gälla den som vid varje tidpunkt uppehåller tjänst, motsvarande svensk *distriktsläkarbefattning*, i angränsande läkardistrikt i Finland eller Norge.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1973.

Den som efter ikraftträdandet inom riket avlägger medicine licentiatexamen erhåller legitimation enligt äldre bestämmelser.

3) Förslag till
Lag om ändring i smittskyddslagen
(1968:231)

Härigenom förordnas, att 5, 6, 7 och 22 §§ smittskyddslagen (1968:231) skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §

Har sjukdomsfall inträffat inom ett hushåll och finns anledning befara, att allmänfarlig sjukdom föreligger, åligger det hushållsföreståndaren att, såvida den sjuke icke är föremål för läkarbehandling, ofördröjligen underrätta *tjänstläkare*, stadsläkare eller motsvarande läkare. Har sjukdomsfall inträffat på hotell, pensionat, internat, vandrarhem, vårdanstalt eller annan inrättning eller på campingplats eller läger har föreståndaren motsvarande skyldighet. Befälhavare på fartyg är uppgiftsskyldig i fråga om sjukdomsfall ombord på fartyget.

Har sjukdomsfall inträffat inom ett hushåll och finns anledning befara, att allmänfarlig sjukdom föreligger, åligger det hushållsföreståndaren att, såvida den sjuke icke är föremål för läkarbehandling, ofördröjligen underrätta *distriktsläkare*, stadsläkare eller motsvarande läkare. Har sjukdomsfall inträffat på hotell, pensionat, internat, vandrarhem, vårdanstalt eller annan inrättning eller på campingplats eller läger har föreståndaren motsvarande skyldighet. Befälhavare på fartyg är uppgiftsskyldig i fråga om sjukdomsfall ombord på fartyget.

6 §

Den som lider av allmänfarlig sjukdom eller utan att vara sjuk för smitta av sådan sjukdom är skyldig att på anfordran av *tjänstläkare* låta undersöka sig av denne eller annan läkare till vilken han hänvisas av *tjänstläkaren* och att tillhandahålla läkaren eller dennes biträde nödvändigt undersökningsmaterial eller tillåta att sådant tages. Vad nu sagts gäller även den som av läkare misstänkes lida av allmänfarlig sjukdom eller föra smitta därav.

Den som lider av allmänfarlig sjukdom eller utan att vara sjuk för smitta av sådan sjukdom är skyldig att på anfordran av *distriktsläkare* låta undersöka sig av denne eller annan läkare till vilken han hänvisas av *distriktsläkaren* och att tillhandahålla läkaren eller dennes biträde nödvändigt undersökningsmaterial eller tillåta att sådant tages. Vad nu sagts gäller även den som av läkare misstänkes lida av allmänfarlig sjukdom eller föra smitta därav.

Undersökning som avses i första stycket skall ske utan kostnad för den enskilde.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

7 §

Lider någon av allmänfarlig sjukdom eller för han smitta därav är han skyldig att efter beslut av *den tjänsteläkare*, stadsläkare eller motsvarande läkare *som författningsenligt äger deltaga i hälsovårdsnämndens sammanträden* låta intaga sig för vård på sådant sjukhus eller sådan tillfällig sjukvårdslokal som avses i sjukvårdslagen eller som drives av staten, om han med hänsyn till faran för smittans spridning inte kan behandlas i öppen vård.

Beträffande den som behandlas i öppen vård skall läkare som avses i första stycket meddela erforderliga föreskrifter om isolering och om inskränkning i hans verksamhet.

Vad i första och andra styckena sägs gäller även den som av läkare misstänkes lida av allmänfarlig sjukdom eller föra smitta därav.

Beslut av läkare enligt denna paragraf skall underställas hälsovårdsnämnden, om det begäres av den beslutet rör. Denne skall av läkaren upplysas om sin rätt till sådan prövning. Läkarens beslut länder till efter rättelse till dess hälsovårdsnämnden förordnar annorlunda. Nämnden får också självant pröva beslut som läkare meddelat enligt denna paragraf.

22 §¹

Beträffande kommun som ej tillhör landstingskommun skall vad i denna lag eller med stöd därav meddelade föreskrifter sägs om landstingskommun gälla kommunen och, utom i fråga om Gotlands kommun, vad som sägs om länsläkare gälla förste stadsläkaren, allt i den mån ej annat föreskrives.

Socialstyrelsen kan förordna annan läkare att i distriktsläkares ställe fullgöra de uppgifter som enligt denna lag eller med stöd därav meddelade föreskrifter ankommer på distriktsläkare.

Socialstyrelsen kan efter ansökan befria förste stadsläkare från de uppgifter som ankommer på honom i fråga om veneriska sjukdomar och förordna länsläkare att fullgöra dessa.

¹ Senaste lydelse 1970:48.

Nuvarande lydelse

Tjänsteläkare och distrikts-sköterska skall biträda hälsovårds-nämnden vid fullgörande av de uppgifter som åvilar nämnden enligt denna lag eller med stöd därav meddelade föreskrifter.

Föreslagen lydelse

Distriktsläkare och distrikts-sköterska skall biträda hälsovårds-nämnden vid fullgörande av de uppgifter som åvilar nämnden enligt denna lag eller med stöd därav meddelade föreskrifter.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1973.

4) Förslag till
Lag om ändring i lagen (1956:293)
om ersättning åt smittbärare

Härigenom förordnas, att 4 och 8 §§ lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §¹

Är den till ersättning berättigade intagen å sjukhus, som i lagen om allmän försäkring omförmäles, skall ersättningen för inkomstbortfall minskas med *fem* kronor för dag, dock med högst hälften av ersättningens belopp. Det lägsta ersättningsbeloppet till den, som stadigvarande sammanbor med eget eller makes barn eller fosterbarn under tio år, skall för tid då han är intagen å sjukhus utgöra åtta kronor för dag.

Är den till ersättning berättigade intagen å sjukhus, som i lagen om allmän försäkring omförmäles, skall ersättningen för inkomstbortfall minskas med *tio* kronor för dag, dock med högst hälften av ersättningens belopp. Det lägsta ersättningsbeloppet till den, som stadigvarande sammanbor med eget eller makes barn eller fosterbarn under tio år, skall för tid då han är intagen å sjukhus utgöra åtta kronor för dag.

8 §²

Framställning om ersättning skall göras skriftligen och senast inom två år från den dag ersättningen avser, vid äventyr att rätten till ersättning förloras.

Vid framställningen skall fogas av myndigheten eller *tjänstläkaren* utfärdat bevis om ingripandet.

Vid framställningen skall fogas av myndigheten eller *distriktsläkaren* utfärdat bevis om ingripandet.

Därest den som gör framställning om ersättning för inkomstbortfall under tiden för ingripandet äger uppbära ersättning, som i 5 § avses, eller lön, som utgår av allmänna medel, skall framställningen därjämte innehålla av sökanden på heder och samvete avgiven försäkran angående den ersättning och lön han äger uppbära under nyssnämnda tid.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1973.

¹ Senaste lydelse 1971:899.

² Senaste lydelse 1959:588.

5) Förslag till
Lag om ändring i lagen (1954:579)
om nykterhetsvård

Härigenom förordnas, att 6 § lagen (1954:579) om nykterhetsvård¹ skall ha nedan angivna lydelse:

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 §

Om i kommunal nykterhetsnämnd icke finnes ledamot, som är läkare, skall vederbörande tjänsteläkare eller, i kommun med stadsläkare eller motsvarande läkare, denne närvara vid nämndens sammanträden, i den mån han icke hindras av andra tjänsteåliganden. Han skall därvid äga rätt att deltaga i överläggningarna samt att få sin mening antecknad till protokollet.

I kommun med mer än en stadsläkare skall vad sölunda stadgas gälla förste stadsläkaren.

Är behovet av medicinsk sakkunskap ej tillgodosett inom kommunal nykterhetsnämnd, bör nämnden anlita biträde av person med sådan sakkunskap.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1973.

¹ Lagen omtryckt 1971:307.

6) Förslag till
Lag om ändring i lagen (1958:428)
om ympning mot smittkoppor

Härigenom förordnas i fråga om lagen (1958:428) om ympning mot smittkoppor

dels att i 7 och 17 §§ ordet "medicinalstyrelsens" skall bytas ut mot "socialstyrelsens",

dels att 8 och 13 §§ skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 §

Vill någon, som hyser allvarliga betänkligheter mot ympning, att barn under hans vårdnad skall befrias från den i 2 § stadgade ympningsplikten oaktat skäl ej äro till uppskov eller undantag jämlikt 7 §, skall han göra ansökan härom hos hälsovårdsnämnden i den kommun där barnet är kyrkobokfört. Vid ansökan skall fogas intyg av läkare vid *organ för förebyggande barnavård eller tjänsteläkaren* i orten utvisande, att skäl som nyss sagts ej föreligga samt att sökanden vid personlig inställelse inför läkaren blivit upplyst om ympningens betydelse. Är ansökan rätteligen gjord, skall nämnden befria barnet från ympningsplikten.

Värnpliktig som hyser allvarliga betänkligheter mot ympning må ock, efter därom gjord ansökan, av försvarets sjukvårdsstyrelse befrias från ympningsplikt enligt 3 §, om det under föreliggande omständigheter finnes kunna medgivas. Vid ansökan skola fogas de handlingar som sjukvårdsstyrelsen föreskriver.

13 §

Det åligger hälsovårdsnämnden att vidtaga erforderliga åtgärder för att ympningsplikt, som ej avser personal vid krigsmakten, skall kunna fullgöras.

Nuvarande lydelse

Ympning enligt 2, 3 eller 4 § som verkställas vid *organ för förebyggande barnavård* eller av *tjänsteläkare* eller annan som förordnats därtill, så ock besiktning i anledning av sådan ympning, är avgiftsfri för den ympade.

Intyg som i 8 § sägs skall tillhandahållas sökanden kostnadsfritt.

Föreslagen lydelse

Ympning enligt 2, 3 eller 4 § som verkställas vid *barnavårdscentral* eller av *distriktsläkare* eller annan som förordnats därtill, så ock besiktning i anledning av sådan ympning, är avgiftsfri för den ympade.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1973.

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

Härigenom förordnas, att 3 kap. 4 § och 19 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

4 §¹

Försäkrad som avses i 2 § sista stycket skall tillhöra sjukpenningklass nr 1. Hel sjukpenning i denna klass utgör sex kronor för dag. Övriga sjukpenningklasser och beloppet av hel sjukpenning för dag i varje klass framgår av följande tabell:

Sjukpenningklass nr	Inkomsten av förvärvsarbete uppgår för år		Sjukpenning kr
	till kr	men ej till kr	
2	1 800	2 600	6
3	2 600	3 400	7
4	3 400	4 200	8
5	4 200	5 000	9
6	5 000	5 800	10
7	5 800	6 800	12
8	6 800	8 400	14
9	8 400	10 200	16
10	10 200	12 000	19
11	12 000	14 000	22
12	14 000	16 000	25
13	16 000	18 000	28
14	18 000	21 000	31
15	21 000	24 000	34
16	24 000	27 000	37
17	27 000	30 000	40
18	30 000	33 000	43
19	33 000	36 000	46
20	36 000	39 000	49
21	39 000	—	52

Av sjukpenningbeloppet i varje klass utgöra sex kronor grundsjukpenning och återstoden tilläggssjukpenning.

För dag då försäkrad åtnjuter sjukhusvård skall sjukpenning minskas med fem kronor, dock med högst hälften av sjukpenningens belopp. Minskningen skall intill ett belopp av tre kronor

För dag då försäkrad åtnjuter sjukhusvård skall sjukpenning minskas med tio kronor, dock med högst hälften av sjukpenningens belopp. Minskningen skall intill ett belopp av tre kronor

¹ Senaste lydelse 1970:141.

Nuvarande lydelse

anses belöpa på grundsjukpenning. I övrigt skall minskningen i första hand anses belöpa på sådan del av tilläggssjukpenning, som svarar mot inkomst av anställning.

Utän hinder av vad i tredje stycket stadgas utgör sjukpenning vid sjukhusvård lägst sex kronor för försäkrad som stadigvarande sammanbor med barn under tio år till honom eller hans make eller till någon, med vilken han stadigvarande sammanbor och med vilken han varit gift eller har eller har haft barn.

Föreslagen lydelse

anses belöpa på grundsjukpenning. I övrigt skall minskningen i första hand anses belöpa på sådan del av tilläggssjukpenning, som svarar mot inkomst av anställning.

*19 kap.*4 §²

Avgift till sjukförsäkringen enligt 1 § skall utgå med *tre och en tiondels* procent av det belopp, varå avgiften skall beräknas. Av avgiften skola *tio trettioendelar* användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tilläggssjukpenning i vad den svarar mot inkomst av anställning. Medlen fördelas mellan kassorna i förhållande till deras utgifter för vardera ändamålet under året; och skola därvid de utgifter för läkemedel, som åvila kassorna, anses ingå i utgifterna för sjukvårdsersättning. Konungen äger med riksdagen förordna, att viss del av de medel, som enligt vad nu sagts skola tillgodoföras de allmänna försäkringskassorna, i stället skall ingå till en fond, benämnd *allmänna sjukförsäkringsfonden*, vilken förvaltas enligt grunder som fastställas i enahanda ordning.

Avgift till sjukförsäkringen enligt 1 § skall utgå med *tre och två tiondels* procent av det belopp, varå avgiften skall beräknas. Av avgiften skola *tolv trettiofvaendelar* användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tilläggssjukpenning i vad den svarar mot inkomst av anställning. Medlen fördelas mellan kassorna i förhållande till deras utgifter för vardera ändamålet under året; och skola därvid de utgifter för läkemedel, som åvila kassorna, anses ingå i utgifterna för sjukvårdsersättning. Konungen äger med riksdagen förordna, att viss del av de medel, som enligt vad nu sagts skola tillgodoföras de allmänna försäkringskassorna, i stället skall ingå till en fond, benämnd *allmänna sjukförsäkringsfonden*, vilken förvaltas enligt grunder som fastställas i enahanda ordning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1973.

I fråga om avgift som avser tid före ikraftträdandet gäller 19 kap. 4 § i sin äldre lydelse.

² Senaste lydelse 1970:567.

8) Förslag till

Lag om ändring i förordningen (1959:555)**angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring**

Härigenom förordnas, att 5 § förordningen (1959:555) angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring¹ skall ha nedan angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*5 §²

Av avgiften till sjukförsäringen skola *tio trettioendelar* användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tilläggssjukpenning.

Av avgiften till sjukförsäringen skola *tolv trettiofyraendelar* användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tilläggssjukpenning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1973.

I fråga om avgift som avser tid före ikraftträdandet gäller äldre bestämmelser.

¹ Förordningen omtryckt 1962:397.

² Senaste lydelse 1970:568.

9) Förslag till
Lag om ändring i lagen (1954:243)
om yrkesskadeförsäkring

Härigenom förordnas, att 15 § lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring¹ skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

15 §²

För tid, då yrkesskada föranleder sjukhusvård, skall sjukpenning minskas med *fem* kronor för dag, dock med högst hälften av sjukpenningens belopp.

För tid, då yrkesskada föranleder sjukhusvård, skall sjukpenning minskas med *tio* kronor för dag, dock med högst hälften av sjukpenningens belopp.

För skadad, som stadigvarande sammanbor med eget eller makes barn eller fosterbarn under tio år, utgör sjukpenningen vid sjukhusvård lägst sex kronor för dag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1973.

¹ Lagen omtryckt 1962:408.

² Senaste lydelse 1971:882.

10) Förslag till
Lag om ändring i förordningen (1969:653)
om bidrag från landsting och städer som ej deltager i landsting till
bestridande av kostnaderna för vård vid karolinska sjukhuset

Härigenom förordnas, att förordningen (1969:653) om bidrag från landsting och städer som ej deltager i landsting till bestridande av kostnaderna för vård vid karolinska sjukhuset skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Kungl. Maj:ts förordning om bidrag från landsting och städer som ej deltager i landsting till bestridande av kostnaderna för vård vid karolinska sjukhuset.

Föreslagen lydelse

Kungl. Maj:ts förordning om bidrag från landstingskommuner och kommuner som ej tillhör landstingskommun till bestridande av kostnaderna för vård vid karolinska sjukhuset.

Intages någon som är bosatt utanför Stockholms län på karolinska sjukhuset för vård, som det enligt sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242) åligger landstingskommun att ombesörja, skall den landstingskommun inom vilken den intagne är bosatt till sjukhuset erlægga bidrag till kostnaderna för vården enligt vad nedan sägs.

I fråga om vård på annan avdelning vid karolinska sjukhuset än radiumhemmet föreligger skyldighet att utge vårdbidrag som avses i första stycket endast under förutsättning att den på sjukhuset intagne antingen insjuknat i den sjukdom vården avser under vistelse inom Stockholms län eller fått hänvisning till sjukhuset för vård, som ej kan beredas på landstingskommunens sjukhus. Närmare föreskrifter om sådan hänvisning meddelas av Konungen.

Vårdbidraget utgår för varje vård dag med det belopp, varmed den för patienten tillämpliga vårdavgiften på allmänt rum vid karolinska sjukhuset överstiger *tio* kronor.

Vad ovan föreskrives om landstingskommun äger motsvarande tillämpning på *stad* som ej tillhör landstingskommun.

Utgår vårdbidrag, minskas vårdavgiften med motsvarande belopp.

Vårdbidraget utgår för varje vård dag med det belopp, varmed den för patienten tillämpliga vårdavgiften på allmänt rum vid karolinska sjukhuset överstiger *femton* kronor.

Vad ovan föreskrives om landstingskommun äger motsvarande tillämpning på *kommun* som ej tillhör landstingskommun.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1973.

11) Förslag till Kungörelse om ändring i hälsovårdsstadgan (1958:663)

Härigenom förordnas, att 9, 10, 13 och 14 §§ hälsovårdsstadgan (1958:663) skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 §¹

Om läkare och veterinär icke äro ledamöter i hälsovårdsnämnd, skall *tjänsteläkaren* eller, i kommun med stadsläkare eller motsvarande läkare denne respektive tjänsteveterinären eller stadsveterinären närvara vid nämndens sammanträden, i den mån han icke hindras av andra tjänsteåligganden. Han skall därvid äga deltaga i överläggningarna samt få sin mening antecknad till protokollet.

I *stad* med mer än en stadsläkare eller stadsveterinär skall vad sålunda stadgats gälla förste stadsläkaren respektive förste stadsveterinären.

Om läkare och veterinär icke äro ledamöter i hälsovårdsnämnd, skall *distriktsläkaren* eller, i kommun med stadsläkare eller motsvarande läkare denne respektive tjänsteveterinären eller stadsveterinären närvara vid nämndens sammanträden, i den mån han icke hindras av andra tjänsteåligganden. Han skall därvid äga deltaga i överläggningarna samt få sin mening antecknad till protokollet.

I *kommun* med mer än en stadsläkare eller stadsveterinär skall vad sålunda stadgats gälla förste stadsläkaren respektive förste stadsveterinären.

Finnes i kommun flera distriktsläkare, skall vad som föreskrives om distriktsläkares deltagande i sammanträde med hälsovårdsnämnd avse den som fullgör de uppgifter som enligt smittskyddslagen (1968:231) åligger distriktsläkare. Har socialstyrelsen enligt 22 § andra stycket smittskyddslagen förordnat annan läkare att i distriktsläkares ställe fullgöra de uppgifter som enligt nämnda lag ankommer på distriktsläkaren gäller vad i denna stadga sägs om distriktsläkare den läkaren.

¹ Senaste lydelse 1971:512.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

10 §²

Vid hälsovårdsnämnds sammanträden äga följande befattningshavare, även om de icke äro ledamöter eller suppleanter i nämnden, rätt att närvara och deltaga i överläggningarna samt få sin mening antecknad till protokollet, nämligen

länsläkaren eller biträdande länsläkaren, dock ej såvitt avser hälsovårdsnämnd i *stad* med stadsläkare, som är likställd med länsläkare,

länsläkaren eller biträdande länsläkaren, dock ej såvitt avser hälsovårdsnämnd i *kommun* med stadsläkare, som är likställd med länsläkare,

länshälsovårdskonsulenten,

länsveterinären eller biträdande länsveterinären, samt

tjänsteläkaren eller stadsläkaren eller motsvarande läkare och tjänsteveterinären eller stadsveterinären, om de icke på grund av vad i 9 § stadgas äro skyldiga att närvara vid nämndens sammanträden.

distriktsläkaren eller stadsläkaren eller motsvarande läkare och tjänsteveterinären eller stadsveterinären, om de icke på grund av vad i 9 § stadgas äro skyldiga att närvara vid nämndens sammanträden.

Hälsovårdsnämnd äger tillkalla särskild sakkunnig att deltaga i nämndens överläggningar.

13 §³

Hälsovårdsnämnd skall årligen upprätta berättelse angående allmänna hälsotillståndet i kommunen under nästföregående år samt angående nämndens verksamhet under samma tid. Berättelsen skall avfattas i överensstämmelse med formulär, som fastställs av socialstyrelsen i samråd med statens livsmedelsverk.

Avskrift av berättelsen skall före mars månads utgång i två exemplar tillställas länsläkaren och länsveterinären, dock att i vad avser *stad* med stadsläkare, likställd med länsläkare, och *stad med stadsveterinär, likställd med länsveterinär*, avskrift av berättelsen skall före juni månads utgång tillställas socialstyrelsen *respektive statens livsmedelsverk*.

Avskrift av berättelsen skall före mars månads utgång i två exemplar tillställas länsläkaren och länsveterinären, dock att i vad avser *kommun* med stadsläkare, likställd med länsläkare, avskrift av berättelsen skall före juni månads utgång tillställas socialstyrelsen.

² Senaste lydelse 1968:407.

³ Senaste lydelse 1971:512.

Nuvarande lydelse

På begäran skall avskrift av berättelsen därjämte tillställas *tjänsteläkaren* eller stadsläkaren eller motsvarande läkare och tjänsteveterinären eller stadsveterinären.

Föreskriven lydelse

På begäran skall avskrift av berättelsen därjämte tillställas *distriktsläkaren* eller stadsläkaren eller motsvarande läkare och tjänsteveterinären eller stadsveterinären.

14 §⁴

För att biträda hälsovårdsnämnden i tillsynen över allmänna hälsovården samt i övrigt tillhandagå nämnden skall *stad* med minst 40 000 invånare hava en eller flera stadsläkare. Om så erfordras, bör även i annan kommun med minst 15 000 invånare finnas stadsläkare eller motsvarande läkare. Sådan läkare antages av hälsovårdsnämnden, om ej fullmäktige förbehållit sig detta.

För att biträda hälsovårdsnämnden i tillsynen över allmänna hälsovården samt i övrigt tillhandagå nämnden skall *kommun* med minst 40 000 invånare hava en eller flera stadsläkare, *såvida ej Konungen eller myndighet som Konungen bestämmer medgiver undantag härifrån*. Om så erfordras, bör även i annan kommun med minst 15 000 invånare finnas stadsläkare eller motsvarande läkare. Sådan läkare antages av hälsovårdsnämnden, om ej fullmäktige förbehållit sig detta.

Till hälsovårdsnämnds biträde skola därjämte i varje kommun finnas en eller flera hälsovårdsinspektörer. Om särskilda skäl föreligga får Konungen eller myndighet som Konungen bestämmer medgiva undantag härifrån.

Till heltidsanställd hälsovårdsinspektör må antagas endast den, som med godkända vitsord genomgått fastställd kurs för hälsovårdsinspektörer eller som av socialstyrelsen på grund av annan utbildning eller förvärvad erfarenhet förklarats skickad att fullgöra på hälsovårdsinspektör ankommande uppgifter.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 1973.

⁴Senaste lydelse 1971:512.

Utdrag av protokollet över socialärenden, hållet inför Hans Maj:t Konungen i statsrådet på Stockholms slott den 7 juni 1972.

Närvarande: statsministern PALME, ministern för utrikes ärendena WICKMAN, statsråden STRÄNG, JOHANSSON, HOLMQVIST, ASP-LING, NILSSON, GEIJER, MYRDAL, MOBERG, NORLING, LÖF-BERG, LIDBOM, CARLSSON.

Chefen för socialdepartementet, statsrådet Aspling, anmäler efter gemensam beredning med statsrådets övriga ledamöter fråga om *ändring i sjukvårdslagstiftningen, m. m.* och anför.

1 Inledning

Socialstyrelsen redovisade i juni 1968 ett principprogram för öppen vård. Sedan programmet remissbehandlats upprättade styrelsen en promemoria i ärendet dagtecknad den 18 april 1969. I promemorian framhöll socialstyrelsen bl. a. att genomförandet av vissa förslag i principprogrammet krävde ändringar i sjukvårdslagstiftningen.

Kungl. Maj:t uppdrog den 29 maj 1969 åt överdirektören Håkan Rahm att utreda och lägga fram förslag beträffande de författningsändringar och övriga åtgärder som erfordrades från statsmakternas sida för att göra det möjligt att organisera den öppna vården utanför sjukhus i huvudsak enligt de grunder som redovisats i socialstyrelsens principprogram och promemoria.

Rahm (i det följande kallad utredningsmannen) överlämnade den 20 augusti 1971 ett betänkande, Den öppna läkarvården utanför sjukhus (Ds S 1971:3). Utredningsmannen har haft överläggningar med representanter för socialstyrelsen, sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundets sjukvårdsdelegation, Sveriges läkarförbund och Svenska provinsialläkarföreningen.

Förslag angående vidareutbildning och fördelning av läkare m. m. lades fram för riksdagen år 1969 (prop. 1969:35, SU 1969:83, rskr 1969:215). Grundtanken bakom förslaget var att läkarnas vidareutbildning skulle inordnas i den allmänna sjukvårdsplaneringen. Det förutsattes att praktiskt taget alla läkare skulle gå igenom vidareutbildningen. Grundutbildningen för läkare förkortades i det sammanhanget från sex och ett halvt år till fem och ett halvt år. Bl. a. utgick de s. k. assistenttjänstgöringarna om nio månader ur den nya grundutbildningen, som leder fram till läkarexamen. Sådan examen beräknas komma att avläggas första gången i början av år 1973.

Kungl. Maj:t uppdrog den 5 december 1969 åt socialstyrelsen att utreda och lägga fram förslag bl. a. beträffande de ändringar i tjänstekonstruktionen för läkare som påkallades av förslagen i prop. 1969:35, de ändringar i behörighetsvillkoren såväl för utövande av läkaryrket som för

olika slag av läkartjänster som föränleddes av dessa förslag och införandet av läkarexamen samt de ändringar i sjukvårdslagstiftningen, som föränleddes av ställningstagandena i dessa frågor.

Socialstyrelsen överlämnade den 15 september 1971 betänkandet Läkartjänster (SOU 1971:68). Socialstyrelsen har samrått med representanter för universitetskanslersämbetet, Spri, Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och Sveriges läkarförbund.

Betänkandena har remissbehandlats.

Yttranden över utredningsmannens betänkande har avgetts av socialstyrelsen, statens bakteriologiska laboratorium, riksförsäkringsverket, rikspolisstyrelsen, socialutredningen, psykiatriska nämnden, länsstyrelserna i Södermanlands, Jönköpings, Malmöhus, Göteborgs och Bohus, Kopparbergs och Norrbottens län, försvarets sjukvårdsstyrelse, Spri, samtliga landstings förvaltningsutskott, Göteborgs kommun, Malmö sjukvårdsstyrelse, Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Sveriges akademikers centralorganisation (SACO), Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska sjukhusens och landstingens tjänstemannaförbund, Svenska barnmorskeförbundet, Riksförbundet för allmän hälsovård, Svenska hälsovårdstjänstemannaförbundet, Svenska nykterhetsvårdsförbundet, Försäkringskasseförbundet och Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund.

Över socialstyrelsens betänkande har efter remiss yttranden avgetts av hovrätten över Skåne och Blekinge, universitetskanslersämbetet, försvarets sjukvårdsstyrelse, riksförsäkringsverket, arbetsmarknadsstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen, arbetsmedicinska institutet, socialutredningen, psykiatriska nämnden, länsstyrelserna i Södermanlands, Jönköpings, Malmöhus, Göteborgs och Bohus, Kopparbergs och Norrbottens län, direktionen för karolinska sjukhuset, direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala, samtliga landstings förvaltningsutskott, Göteborgs kommun, Malmö sjukvårdsstyrelse, Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Svenska arbetsgivareföreningen (SAF), Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), SACO, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska barnmorskeförbundet, Svenska sjukhusens och landstingens tjänstemannaförbund, Försäkringskasseförbundet och Sveriges förenade studentkårer. Några remissinstanser har bifogat yttranden som de inhämtat. Yttrande har därjämte avgetts av AT-gruppen i Lund och Nordiska rådets svenska delegation.

2 Gällande ordning

2.1 Behörighetsregler för läkare

2.1.1 Svenska bestämmelser

Enligt lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket (ändrad senast 1971:1169) är den behörig att utöva läkaryrket som innehar legitimation som läkare (1 §). Legitimation meddelas av socialstyrelsen. Den som avlagt svensk medicine licentiatexamen skall på ansökan erhålla legitimation, om inte sådana omständigheter föreligger som enligt lagen kan föranleda att legitimationen återkallas. Även den som avlagt läkarexamen utomlands och sedan genomgått föreskriven kompletterande utbildning i Sverige skall på ansökan erhålla legitimation (2 § första och andra stycket).

En särskild undantagsbestämmelse medger, att läkare som examinerats utomlands och som har framstående skicklighet och särskild klinisk erfarenhet kan legitimeras som läkare även utan att ha genomgått kompletterande utbildning (2 § tredje stycket).

Behörighet att utöva läkaryrket kan i vissa fall också tillkomma personer som inte blivit legitimerade. Sålunda är den behörig att utöva läkaryrket, som är förordnad att uppehålla statlig eller kommunal läkartjänst eller att tjänstgöra som extra läkare eller som amanuens vid klinik eller poliklinik, där medicinsk undervisning bedrivs (1 §). Förordnande som medför behörighet att utöva läkaryrket, meddelas av socialstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av sjukvårdsstyrelse, sjukhusdirektion eller annan myndighet (8 §).

Kungl. Maj:t eller, efter Kungl. Maj:ts bemyndigande, socialstyrelsen kan vidare meddela begränsad behörighet att utöva läkaryrket (1 §). Sådan begränsad behörighet har t. ex. tilldelats vissa läkare i Finland och Norge för tjänstgöring i rikets gränstrakter.

Har en legitimerad läkare genom dom som vunnit laga kraft övertygats om vissa allvarigare brott, kan socialstyrelsen återkalla hans legitimation, om han genom brottet visat att han inte är skickad att utöva läkaryrket (3 §). Detsamma gäller om legitimerad läkare visat grov oskicklighet vid utövning av läkaryrket eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig som läkare utan att han för den skull gjort sig skyldig till allvarigare brott (4 §). Vidare gäller bl. a., att legitimerad läkare, som blir psykiskt sjuk och därför är ur stånd att nöjaktigt utöva läkaryrket, genast kan berövas legitimationen (5 §).

En läkare som av Kungl. Maj:t eller socialstyrelsen förordnats som innehavare av viss läkartjänst får inte berövas legitimationen så länge han innehar tjänsten. Legitimation kan dock återkallas för tid, då läkaren på grund av ådömd suspension inte är i tjänst (6 §). Läkare som berövats sin legitimation skall på begäran återfå legitimationen, när förhållandena medger detta (7 §).

I fråga om läkare som erhållit behörighet att utöva läkaryrket på annat sätt än genom legitimation finns inte några bestämmelser om förlust av

behörigheten.

I behörighetslagen ges ingen definition av begreppet utövning av läkaryrket. I princip står det även icke läkare fritt att verka på hälso- och sjukvårdens område. I syfte att minska riskerna för kvacksalveri finns lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (kvacksalverilagen, ändrad senast 1971:624). Dess bestämmelser gäller inte behöriga läkare eller andra yrkesutövare på hälso- och sjukvårdens område, som är ställda under socialstyrelsens tillsyn (1 § andra stycket). I kvacksalverilagen ges vissa begränsningar i rätten att undersöka och behandla sjuka mot ersättning. Bl. a. är behandling av vissa allvarliga och smittsamma sjukdomar förbjuden. Rådgivning per korrespondens utan personlig undersökning av den hjälpsökande har också bedömts innefatta så stora risker att verksamheten förbjudits (2 §). En viktig bestämmelse i kvacksalverilagen är vidare, att ingen får utge sig för att vara läkare utan att så är fallet (6 § andra stycket).

Begreppet läkare definieras i den allmänna läkarinstruktionen (1963:341, ändrad senast 1970:706). Enligt denna förstås med läkare alla, som har behörighet att utöva läkaryrket (1 §). Instruktionen anger vad som åligger läkaren, oavsett om han är i allmän tjänst eller utövar läkaryrket enskilt. Han skall sålunda bl. a. behandla patienten i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (3 §). Vidare skall han följa socialstyrelsens föreskrifter (2 §). Läkare som åsidosätter sina skyldigheter kan, om gärningen inte är straffbelagd särskilt, dömas till böter eller fängelse (10 §).

2.1.2 Det nordiska samarbetet

Den 18 juni 1965 undertecknades en överenskommelse mellan Danmark, Finland, Norge och Sverige om gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare. Överenskommelsen trädde i kraft den 10 augusti 1966. I inledningen till överenskommelsen uttalas bl. a. att de fördragsslutande staterna anser att den grundläggande utbildningen för läkare är i stort sett likvärdig i respektive stater och att så enhetlig utformning som möjligt av läkarutbildningen i de nordiska staterna bör åstadkommas samt att staterna vill eftersträva så enhetlig lagstiftning som möjligt i fråga om medicinalpersonal.

Enligt överenskommelsen skall medborgare i fördragsslutande stat, som avlagt dansk laegevidenskabelig embedseksamen och fullgjort föreskriven turnustjänstgöring eller finsk medicine licentiatexamen eller norsk medisinsk embetseksamen och fullgjort föreskriven turnustjänstgöring eller svensk medicine licentiatexamen och som i följd därav vunnit och fortfarande äger obegränsad legitimation såsom läkare i den stat, där examen avlades, äga rätt att under i överenskommelsen angivna förutsättningar vinna legitimation som läkare i övriga fördragsslutande stater. Samma rätt skall också tillkomma medborgare i fördragsslutande stat, som avlagt läkarexamen i icke-nordisk stat och som vunnit och

fortfarande äger obegränsad legitimation i nordisk stat.

Såsom villkor för meddelande av legitimation får fördragsslutande stat kräva, att läkaren visar sig ha inhämtat erforderliga kunskaper angående där gällande medicinförfattningar.

Varje fördragsslutande stat kan med en uppsägningstid av sex månader säga upp överenskommelsen att upphöra den 1 juli eller den 1 januari.

Med omedelbar verkan kan vidare varje fördragsslutande stat sätta överenskommelsen ur kraft i förhållande till en eller flera av de övriga staterna i händelse av krig eller krigsfara eller om andra särskilda nationella eller internationella förhållanden gör det nödvändigt. Vederbörande staters regeringar skall omedelbart underrättas om beslutet.

Efter rekommendation av Nordiska rådet (1962:26) tillsattes år 1963 en nordisk arbetsgrupp för utredning av frågan om genomförande i de nordiska länderna av enhetliga regler rörande specialistbehörighet för läkare. Den 22 februari 1965 avlämnade arbetsgruppen betänkande med förslag till överenskommelse i ämnet mellan Danmark, Finland, Norge och Sverige (Nordisk utredningsserie 1964:1). Förslaget innehåller bl. a. följande bestämmelser.

För att läkare i fördragsslutande stat skall erhålla rätt att för allmänheten tillkännage att han är specialist inom visst område av läkarvetenskapen – specialistkompetens – skall de förutsättningar vara uppfyllda som anges i överenskommelsen. Dessa innebär att sökande skall ha genomgått vidareutbildning, bestående av dels en allmän utbildningsperiod, dels huvudutbildning inom den specialitet vari specialistkompetens söks, och dels sidoutbildning inom annan specialitet som är av betydelse för den sökta kompetensen. Därjämte skall prövning i någon form ha skett av att sökanden förvärvat de kunskaper som krävs.

Huvudutbildningen och sidoutbildningen skall fullgöras efter det sökanden vunnit obegränsad legitimation som läkare och omfatta tjänstgöring vid sjukhus under minst fyra år. Vidare meddelas närmare regler om hur utbildningen skall förvärvas.

Har den som söker specialistkompetens i en fördragsslutande stat redan förvärvat sådana kompetens i annan fördragsslutande stat, skall han äga erhålla samma rätt i den förstnämnda staten under förutsättning, att han vunnit och alljämt äger obegränsad behörighet som läkare i denna stat samt att ifrågavarande område av läkarvetenskapen där är erkänt som specialitet enligt de bestämmelser som reglerar läkares rätt att beteckna sig som specialist. Härifrån får dock fördragsslutande stat föreskriva undantag beträffande medborgare i staten som ansöker om specialistkompetens inom åtta år från överenskommelsens undertecknande.

Förslaget har ännu inte lett till överenskommelse.

2.2 Läkartjänsternas utformning m.m.

Enligt sjukvårdslagen (1962:242, ändrad senast 1971:667) utgör varje landstingskommun och kommun som inte tillhör landstingskommun ett sjukvårdsområde (1 § 1 mom.). (Med landstingskommun avses i det

följande också sådan kommun som inte tillhör landstingskommun om inte annat anges.) Det åligger landstingskommun att sörja för både öppen och slutna vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd av dem som är bosatta inom sjukvårdsområdet, om inte behovet av sådan vård tillgodoses på annat sätt (3 § första stycket). Landstingskommun har också viss skyldighet att ge vård åt dem som vistas inom sjukvårdsområdet utan att vara bosatta där (3 § andra stycket).

Med slutna vård avses i lagen sådan vård för sjukdom, skada, kroppsfel eller barnsbörd som fordrar intagning på sjukhus. Vård som meddelas åt annan än den som är intagen på sjukhus kallas öppen vård (2 § 1 mom.). Öppen vård får inte bedrivas på sådant sätt att den inkräktar på den slutna vården (4 § första stycket).

För öppen läkarvård utanför sjukhus skall landstingskommun vara indelad i läkardistrikt (4 § andra stycket). I varje läkardistrikt i landstingskommun och i Gotlands kommun skall finnas minst en provinsialläkare. Dessutom får anställas biträdande och extra provinsialläkare. I kommun som inte tillhör landstingskommun skall finnas minst en stadsdistriktsläkare i varje läkardistrikt. Detta gäller dock inte Gotlands kommun (15 §).

Provinsialläkare utnämns av Kungl. Maj:t genom fullmakt. Socialstyrelsen uppför därvid de fyra med avseende på förtjänst och skicklighet främsta sökandena på förslag i den ordning som de bör komma i fråga till tjänsten. Sjukvårdsstyrelsen skall beredas tillfälle yttra sig över förslaget. Socialstyrelsen avger därefter förord för en av dem som uppförts på förslaget (18 § 1 mom.).

Biträdande provinsialläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen för viss tid eller tills vidare. Förslag till ledig tjänst lämnas av sakkunniga som utses av socialstyrelsen. På förslaget skall uppföras de tre med avseende på förtjänst och skicklighet främsta sökandena i den ordning de bör komma i fråga till tjänsten. Sedan sjukvårdsstyrelsen hört den provinsialläkare som innehavaren av tjänsten närmast skall vara underställd skall styrelsen förordna en av de sökande som uppförts på förslaget (18 § 2 mom.).

Extra provinsialläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen för viss tid. För den som inte är behörig att utöva läkaryrket meddelas dock förordnandet av socialstyrelsen eller efter styrelsens bemyndigande av sjukvårdsstyrelsen. I vissa fall skall sakkunniga anlitas vid tillsättningen (18 § 3 mom.).

Stadsdistriktsläkare antas av sjukvårdsstyrelsen om inte kommunfullmäktige förbehållit sig detta (19 §).

Vid varje sjukhus skall finnas läkare som är ansvarig för sjukvården inom det verksamhetsområde som anförtratts honom. Sådant verksamhetsområde får också omfatta sjukvård utanför sjukhuset (16 § 1 mom.). Dessa läkare benämns vid lasarett överläkare, vid sjukstuga sjukstuguläkare samt vid sjukhem sjukhemsläkare eller överläkare (16 § 2 mom.).

För att fullgöra viss del av överläkares åligganden får anställas biträdande överläkare. Dessutom får underläkare och extra läkare

anställas för att biträda i sjukvården. Vidareutbildning av läkare sker för närvarande på sådana underordnade tjänster inom den offentliga sjukvården. Dessa tjänster är dock inte reserverade för utbildningsändamål. Det sjukvårdsmässiga behovet avgör om tjänsten skall inrättas. Extra läkare får också, om särskilda skäl föreligger, anställas för att fullgöra överläkaruppgifter. Med undantag för föreskrifterna om tjänstetillsättning skall bestämmelserna om överläkare tillämpas på sådan läkare, om annat inte föreskrivs (16 § 3 mom.).

Överläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen tills vidare. Socialstyrelsen skall vid tillsättning av överläkare uppföra de fyra med avseende på förtjänst och skicklighet främsta sökandena på förslag. Därvid skall särskild hänsyn tas till om sökanden kan åberopa framstående skicklighet, visad genom berömvärd tjänstgöring på sjukhus, eller grundlig utbildning, eller väl vitsordat vetenskapligt forskningsarbete. Efter att ha hört vederbörande direktion förordnar sjukvårdsstyrelsen en av dem som uppförts på förslaget till överläkare (20 § 1 mom.).

Biträdande överläkare förordnas av sjukvårdsstyrelse eller, efter styrelsens bemyndigande av direktion, tills vidare eller för viss tid. Förordnande som meddelats för viss tid får förlängas. Förslag görs upp av sakkunniga som socialstyrelsen utser. På förslaget skall uppföras de tre med avseende på förtjänst och skicklighet främsta sökandena. Samma befordringsgrunder som vid tillsättning av överläkartjänst skall iakttas. Sedan sjukvårdsstyrelsen hört den överläkare som tjänsten närmast skall vara underställd och direktionen för sjukhuset skall styrelsen förordna en av de sökande på förslaget till tjänsten (20 § 2 mom.).

Underläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av direktion för högst tre år. Vid tillsättningen tillämpas samma förfarande som för biträdande överläkare (20 § 4 mom.). Om förordnandet meddelats för kortare tid än tre år, får det förlängas så att den sammanlagda tiden för förordnandet blir högst tre år. Ytterligare förlängning får inte ske utan socialstyrelsens medgivande. Socialstyrelsen kan föreskriva att förordnande på viss underläkartjänst får meddelas endast för kortare tid än tre år. Styrelsen kan vidare föreskriva att den som innehaft underläkartjänst under tre år inte får förordnas på annan underläkartjänst vid samma klinik eller, om sjukhuset inte är uppdelat på kliniker, vid samma sjukhus. Begränsningarna i förordnandetiden har tillkommit för att få cirkulation på tjänsterna med hänsyn till utbildningsbehovet.

Extra läkare som skall fullgöra åligganden som överläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen på viss tid. Annan extra läkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av direktion för viss tid. Vid tillsättning av sådan läkare tillämpas i regel samma förfarande som för biträdande överläkare. Beträffande den som inte har behörighet att utöva läkaryrket meddelar socialstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, sjukvårdsstyrelse eller direktion förordnandet.

Närmare föreskrifter om läkares åligganden och tillsättning av läkartjänster m. m. ges i sjukvårdskungörelsen (1970: 703).

Kompetenskraven för olika slag av läkartjänster regleras genom bestämmelser i kungörelsen (1915:559) angående villkor för behörighet till vissa civila läkarbefattningar (ändrad senast 1968:233). För behörighet till tjänst som provinsialläkare, biträdande provinsialläkare eller stadsdistriktsläkare krävs förutom legitimation minst åtta månaders tjänstgöring som underordnad läkare vid offentlig eller enskild sjukvårdsinrättning (1 §). För behörighet till överläkartjänst krävs förutom legitimation minst tre års tjänsteårsberättigad tjänstgöring vid lasarett eller motsvarande eller för överläkare i psykiatrisk sjukvård tre år och fyra månaders sådan tjänstgöring (3 § 1 mom.).

I kungörelsen anges också vissa ytterligare krav på tjänstgöringen. För behörighet till tjänst som biträdande överläkare gäller samma villkor som för överläkartjänst (3 § 2 mom.). För befattning som underläkare har inte uppställts några särskilda krav utöver legitimation.

För tillsättning av vissa läkartjänster vid sjukhus som meddelar undervisning för blivande läkare finns avvikande bestämmelser i kungörelsen (1970:704) om kommunala undervisningssjukhus. Även läkartjänst som är förenad med akademisk lärarbefattning tillsätts efter andra regler.

Sjukvårdsstyrelsens beslut om tillsättning av överläkartjänst överklagas genom kommunalbesvär. Socialstyrelsens förslag angående vilka fyra sökande som skall komma i fråga till tjänsten samt sjukvårdsstyrelsens och direktionens beslut i fråga om tillsättning av övriga läkartjänster överklagas genom förvaltningsbesvär (34 § 1 mom. sjukvårdslagen).

Den sjukvårdande verksamheten i landstingskommun eller kommun som inte tillhör landstingskommun leds av en sjukvårdsstyrelse (9 § 1 mom.).

Om ärende av större vikt skall behandlas på sammanträde med sjukvårdsstyrelse skall beroende på ärendets art antingen en överläkare eller en provinsialläkare eller stadsdistriktsläkare kallas till sammanträdet. Läkaren har rätt att delta i överläggningarna men inte i besluten och att få sin mening antecknad till protokollet. Styrelsen skall för viss tid utse en överläkare och en provinsialläkare eller stadsdistriktsläkare inom sjukvårdsområdet att stå till förfogande för detta ändamål (9 § 3 mom. tredje stycket).

Tillsynen över och ansvaret för förvaltningen av sjukhus utövas närmast under sjukvårdsstyrelsen av en direktion. Direktion får vara gemensam för två eller flera sjukhus. Den kan utöver sjukhusförvaltning anförtros andra motsvarande uppgifter inom sjukvården. Huvudmannen får besluta att sjukvårdsstyrelsen skall vara direktion (11 § 1 mom.).

Överläkare, sjukstuguläkare och sjukhemsläkare samt provinsialläkare som lyder direkt under direktion skall kallas till sammanträde med direktion vid handläggning av ärende som angår hans verksamhetsområde. Läkaren har därvid rätt att delta i överläggningarna men inte i besluten och att få sin mening antecknad till protokollet (12 § andra stycket).

2.3 Tjänsteläkarbegreppet

I allmänna läkarinstruktionen (1963:341, ändrad senast 1970:706) finns bestämmelser om tjänsteläkare. Med tjänsteläkare förstås provinsialläkare, biträdande provinsialläkare, extra provinsialläkare och stadsdistriktsläkare (11 §).

I flera lagar och andra författningar finns föreskrifter om särskilda åligganden för tjänsteläkare.

Enligt smittskyddslagen (1968:231, ändrad senast 1971:642) skall hushållsföreståndaren ofördröjligen underrätta tjänsteläkare, stadsläkare eller motsvarande läkare om det kan befaras att någon inom hushållet lider av allmänfarlig sjukdom och inte behandlas av annan läkare (5 §).

Den som lider av allmänfarlig sjukdom eller utan att vara sjuk för smitta av sådan sjukdom är skyldig att på anfordran av tjänsteläkare låta undersöka sig av denne eller av annan läkare som tjänsteläkaren anvisar. Den sjuke är också skyldig att lämna läkaren nödvändigt undersökningsmaterial eller tillåta att sådant tas (6 §).

Lider någon av allmänfarlig sjukdom eller för han smitta av sådan sjukdom är han skyldig att efter beslut av tjänsteläkare, stadsläkare eller motsvarande läkare som författningen enligt äger delta i hälsovårdsnämndens sammanträden låta sig tas in för vård på sjukhus om han med hänsyn till risken för att smittan sprids inte kan behandlas i öppen vård. Om han behandlas i öppen vård skall läkaren meddela behövliga föreskrifter om isolering och inskränkning i hans verksamhet. Den nämnda bestämmelsen gäller också den som läkare misstänker lida av allmänfarlig sjukdom eller föra smitta av sådan sjukdom (7 §).

Tjänsteläkare skall biträda hälsovårdsnämnden vid fullgörande av dess uppgifter enligt smittskyddslagen (22 §).

I lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare (ändrad senast 1971:1113) stadgas bl. a. att vid framställning om ersättning åt tillfällig smittbärare som underkastas observation, isolering eller annan inskränkning i arbetet skall fogas bevis om ingripandet utfärdat av vederbörande myndighet eller tjänsteläkaren (8 §).

Enligt föreskrift i hälsovårdsstadgan (1958:663, ändrad senast 1971:1141) bör läkare om möjligt vara ledamot i hälsovårdsnämnden (7 §). Om så inte är fallet skall tjänsteläkare eller i kommun med stadsläkare eller motsvarande läkare, denne närvara vid nämndens sammanträden, i den mån han inte hindras av andra tjänsteåligganden. Han skall därvid delta i överläggningarna och få sin mening antecknad till protokollet (9 §). Dessa läkare har rätt att närvara vid nämndens sammanträden även om skyldighet inte föreligger att göra det (10 §).

På begäran skall hälsovårdsnämnden tillställa tjänsteläkaren och motsvarande läkare avskrift av den årliga berättelse om det allmänna hälsotillståndet i kommunen och om nämndens verksamhet som skall upprättas (13 § tredje stycket).

I lagen (1954:579) om nykterhetsvård (omtryckt 1971:307) föreskrivs att läkare om möjligt bör vara ledamot av nykterhetsnämnden (5 §). Om

i nämnden inte finns ledamot som är läkare skall tjänsteläkaren eller i kommun med stadsläkare eller motsvarande läkare, denne närvara vid nämndens sammanträden i den mån han inte hindras av andra tjänsteåligganden. Han har rätt att delta i överläggningarna och få sin mening antecknad till protokollet (6 §).

Enligt lagen (1958:428) om ympning mot smittkoppor skall barn ympas före utgången av det kalenderår under vilket det fyller fyra år (2 §). Barnet kan befrias från skyldigheten om föräldrarna hyser allvariga betänkligheter mot ympning. Föräldrarna skall då ansöka om befrielse hälsovårdsnämnden och bifoga intyg av läkare vid organ för förebyggande barnavård eller tjänsteläkare i orten (8 §). Intyget tillhandahålls kostnadsfritt. Ympning som utförs vid barnavårdscentral eller av tjänsteläkare är avgiftsfri (13 §).

2.4 Inrättande av läkartjänster

Läkartjänst i läkardistrikt eller tjänst som överläkare, biträdande överläkare, underläkare eller extra läkare får inte inrättas utan socialstyrelsens medgivande. Läkare i läkardistrikt får dock anställas som extra läkare på sjukhus och läkare på sjukhus anställas som extra provinsialläkare under högst tre månader samma kalenderår utan sådant medgivande. Medgivande att inrätta andra läkartjänster än som provinsialläkare och överläkare får tidsbegränsas om det finns skäl därtill. Medgivande att inrätta tjänst som extra provinsialläkare eller extra läkare får lämnas endast för begränsad tid (17 § sjukvårdslagen).

3 Förslagen

3.1 Behörighetsregler för läkare

Enligt socialstyrelsens mening måste behörigheten att verka som läkare regleras redan från den tidpunkt då läkaren tidigast kan vara yrkesverksam, dvs. i omedelbar anslutning till läkarexamen. Om man stannar för att reglera den grundläggande behörigheten att utöva läkaryrket redan i anslutning till läkarexamen måste den nuvarande innebörden av läkarlegitimationen ändras. Socialstyrelsen anser att en mera ingående granskning av behörighetsfrågan än den som ägde rum i samband med förarbetet till 1969 års reform av läkarnas grundutbildning och vidareutbildning därför bör ske.

Den möjlighet som legitimationsordningen ger samhället att kontrollera läkarverksamheten och i vissa fall ta ifrån läkaren rätten att utöva yrket måste enligt styrelsens mening finnas även i fortsättningen. För detta ändamål behövs dock inget särskilt legitimationsförfarande. I stället för att återkalla legitimationen kan man dra in den behörighet som tillkommer läkaren.

Styrelsen framhåller, att begreppet "legitimerad" för läkare och vissa andra befattningshavare inom medicinalväsendet har fått hävd som bevis för att vederbörande har den utbildning för sin uppgift som samhället anser erforderlig för att utöva yrket i fråga. Såväl för allmänheten som för myndigheter har det varit av värde att på detta sätt kunna skilja den kvalificerade yrkesutövaren från andra som använder samma yrkesbeteckning men saknar en av samhället erkänd utbildning. Styrelsen anser emellertid att läget numera är ett annat än tidigare i fråga om läkare. Förutom att gränsen rent allmänt skärpts mellan den erkända läkarverksamheten och lekmannens verksamhet inom hälso- och sjukvården har läkartiteln nämligen blivit lagligen skyddad genom bestämmelsen i 6 § kvacksalverilagen, som anger att ingen får kalla sig läkare utan att vara behörig att utöva läkaryrket.

Fullgjord grundutbildning utgör enligt socialstyrelsens uppfattning en tillräcklig generell garanti för att kraven för behörighet som läkare blir tillgodosedda.

Styrelsen förordar att legitimationsordningen för läkare avskaffas och att begreppet legitimation utgår ur lagstiftningen. Så snart någon avlagt svensk läkarexamen eller på annat sätt förvärvat en utbildning som av socialstyrelsen bedöms ha motsvarande värde, skall vederbörande automatiskt anses behörig som läkare och därmed ställas under socialstyrelsens tillsyn. Socialstyrelsen föreslår därför att den nödvändiga kontrollen av läkarverksamheten i fortsättningen garanteras genom en enkel registrering hos styrelsen av alla behöriga läkare.

Socialstyrelsen framhåller, att den behörighet som bör följa på avlagd läkarexamen inte kan ges samma vidsträckta innebörd som nu följer av läkarlegitimationen. Permanent och oinskränkt behörighet i den mening legitimationen nu ger bör tilldelas läkaren först sedan han fullgjort sin vidareutbildning, dvs. allmäntjänstgöring och fortsatt vidareutbildning.

Även om den med läkarexamen förenade behörigheten bör ha en mer inskränkt innebörd än den behörighet legitimationen nu ger, anser styrelsen att behörigheten inte bör knytas endast till innehav av tjänst i offentlig sjukvård. En sådan avgränsning skulle leda till att den som avlagt läkarexamen inte var att anse som läkare annat än i tjänsten. Styrelsen framhåller alltså, att läkaren bör få vissa möjligheter att verka utanför tjänsten även innan han fullgjort sin vidareutbildning.

I detta sammanhang pekar socialstyrelsen på att det under senare år diskuterats huruvida behörigheten bör begränsas till tiden, så att en läkare som nått viss ålder bör underkastas en förnyad kompetensprövning för rätten att utöva sitt yrke. En sådan begränsning av behörigheten diskuterades bl. a. vid det tredje nordiska medicinaldirektörmötet i Århus 1970. Enighet rådde därvid om att de risker som är förbundna med äldre läkares rätt att bl. a. förskriva läkemedel borde uppmärksammas.

Enligt socialstyrelsen är utgångsläget för svensk del emellertid i detta hänseende ett annat än i t. ex. Danmark och Norge. I Sverige kan läkaren berövas sin behörighet eller få denna inskränkt genom beslut i administrativ ordning av medicinalväsendets ansvarsnämnd enligt bestämmelser i behörighetslagen och andra författningar. Någon motsvarande möjlighet finns däremot inte i Danmark och Norge där motsvarande prövning måste ske vid allmän domstol. Styrelsen anser därför att för svenskt vidkommande någon generell författningsåtgärd inte erfordras för att man skall komma till rätta med eventuella missförhållanden.

Socialstyrelsen erinrar om att genom 1969 års reform av läkarutbildningen bestämmelser har tillkommit om allmänläkarutbildning (Kungl. brev den 29 maj 1969). I princip har utbildningskraven för allmänläkare och för specialister härigenom gjorts likvärdiga. Fortfarande råder dock en viss skillnad i fråga om utbildningstidens längd. Styrelsen framhåller dock att skillnaden mellan utbildningskraven för allmänläkare och vissa specialiteter redan nu är mindre än motsvarande skillnad mellan olika specialiteter inbördes. I framtiden torde skillnaderna mellan allmänläkarutbildningen och specialistutbildningen komma att ytterligare jämnas ut.

Om kraven för behörighet som specialist och allmänläkare skall vara likvärdiga, bör dessa enligt styrelsen helst regleras i samma kungörelse. Allmänläkarkompetens bör sålunda ingå i förteckningen över specialiteter. Samtidigt är det språkligt sett ologiskt att beteckna sådan kompetens som en specialitet. Styrelsen föreslår därför att begreppen "specialitet" och "specialist" utgår ur lagstiftningen. Begreppen bör i stället ersättas av "medicinskt verksamhetsområde" respektive "läkare inom visst medicinskt verksamhetsområde". Denna ändring hindrar givetvis inte att man i andra sammanhang fortfarande kan använda begreppen "specialitet" och "specialist" för att ange särskild kunnsighet på visst medicinskt verksamhetsområde.

Socialstyrelsen anser det angeläget, att de nya bestämmelserna träder i kraft så snart som möjligt. En gemensam dag då samtliga nya bestämmelser på området träder i kraft är att föredra. Styrelsen förordar att den

föreslagna lagen om behörighet som läkare skall träda i kraft den 1 januari 1973 och gälla de läkare som efter denna dag avlägger läkarexamen enligt den nya studieordningen. Tidpunkten har valts med hänsyn bl. a. till att den första gruppen studerande, som följer den nya studieordningen för medicine studerande som infördes den 1 juli 1969, beräknas kunna inleda sin allmäntjänstgöring i början av år 1973. Den som före den 1 januari 1973 legitimerats som läkare bör erhålla samma behörighet som nu är förenad med legitimationen. Detta bör gälla också dem som efter den 31 december 1972 avlägger medicine licentiatexamen enligt den gamla studieordningen. Dessa bör alltså få legitimation. Vederbörande skall t. ex. ha rätt att utan ytterligare utbildning öppna och driva praktik som läkare.

3.2 Läkartjänsternas utformning m. m.

3.2.1 Sjukvården vid sjukhus

Socialstyrelsen föreslår, att kategoriindelningen av läkartjänster i offentlig sjukvård i fortsättningen grundas inte endast på den medicinska ansvarsställningen utan även på behörighetsnivå.

Enligt styrelsens mening bör vidare antalet tjänstekategorier vara så lågt som möjligt.

Vad beträffar de organisatoriska förutsättningarna har den pågående integrationen av skilda vårdformer och strukturförändringarna inom främst den öppna vården enligt socialstyrelsens mening visat, att gränsdragningen mellan tjänster för läkare i slutet och öppen vård blivit alltmer otidsenlig. Styrelsen anser det därför angeläget att finna en sådan lösning av tjänstekonstruktionsfrågorna, att vägen öppnas till en så långt möjligt gemensam kategoriindelning av läkartjänster för hela den offentliga hälso- och sjukvården. Möjlighet bör dock samtidigt finnas att för särskilda funktioner – t. ex. vid undervisningssjukhusen och inom den öppna icke sjukhusbundna vården – undantagsvis inrätta läkartjänster som faller utanför den författningsreglerade tjänstestrukturen.

Med hänsyn till den medicinska ansvarsställningen behövs enligt socialstyrelsen endast två kategorier, nämligen tjänster för läkare med medicinskt ledningsansvar och tjänster för läkare i underordnad ställning med uppgift att biträda i sjukvården. Det nya systemet för vidareutbildning – och den gränsdragning i behörighetshänseende som föreslås mellan tjänster för läkare under vidareutbildning och övriga tjänster – leder dock till att ytterligare en kategori bör införas. Styrelsen hänvisar här till den promemoria från socialdepartementet som fogats till utredningsuppdraget i vilken framhållits, att man i fortsättningen bör arbeta mera konsekvent än hittills med två olika slag av läkartjänster – dels tjänster för läkare under vidareutbildning, dels mera fasta tjänster. Även ansvarsfrågan har berörts i promemorian, där det sägs att styrelsens förslag bör sikta till att skapa en tjänstekonstruktion för två huvudgrupper av läkare, nämligen läkare med mera självständigt sjukvårdsansvar och

läkare i underordnad ställning.

Styrelsen föreslår följande tre kategorier: tjänster för läkare under vidareutbildning, tjänster i underordnad ställning för läkare med fullgjord vidareutbildning samt tjänster förenade med medicinskt ledningsansvar.

Socialstyrelsen framhåller att läkarna under vidareutbildning består av två huvudkategorier, nämligen läkare under allmäntjänstgöring och läkare under fortsatt vidareutbildning. Styrelsen har övervägt att låta tjänster för läkare under allmäntjänstgöring bilda en särskild kategori skild från övriga läkarkategorier genom en särskild konstruktion, benämning etc. Med den konstruktion allmäntjänstgöringen fått anser styrelsen emellertid, att skillnaderna mellan tjänster för läkare på olika nivåer i utbildningsgången är mindre väsentliga än de gemensamma förutsättningarna för alla vidareutbildningstjänster. Viktigast är att alla läkare under vidareutbildning skall verka under fullt yrkesansvar om än — såväl i medicinskt som administrativt avseende — i underordnad ställning. Vidare föreslår styrelsen att alla läkare under vidareutbildning får samma ställning i behörighetshänseende. Styrelsen förordar därför, att alla läkare under vidareutbildning förordnas på tjänster som underläkare.

Socialstyrelsen föreslår att tjänsterna för läkare med fullgjord vidareutbildning indelas i två huvudkategorier, nämligen tjänster i underordnad ställning med beteckningen avdelningsläkare och tjänster förenade med medicinskt ledningsansvar (överläkare).

Avdelningsläkarna kommer enligt socialstyrelsen att inta en viktig mellanställning mellan överordnade läkare och läkare under vidareutbildning. Samtliga avdelningsläkare har fullgjort sin vidareutbildning och därmed vunnit behörighet att självständigt utöva läkaryrket. Med hänsyn härtill får det också förutsättas, att läkare inom den offentliga sjukvården på denna nivå skall kunna anförtros arbetsuppgifter förenade med ett betydande ansvar under den för verksamheten ytterst ansvarige överläkaren.

Även om en avdelningsläkare bör kunna utnyttjas för självständiga uppgifter i betydande omfattning på överläkarens direkta uppdrag, anser styrelsen att det i vissa fall kan vara till fördel för såväl huvudmannen som berörda läkare att klarare markera avdelningsläkarens ansvarsställning. I synnerhet om det blir fråga om att ålägga en avdelningsläkare att självständigt svara för vissa arbetsuppgifter måste läkarens ansvarsställning preciseras. För att reglera ansvarsfördelningen föreslår styrelsen därför, att det i sjukvårdsförfattningarna ges möjlighet för sjukvårdsstyrelsen att i de fall sjukvårdsorganisatoriska skäl talar för detta förordna en avdelningsläkare att självständigt svara för vissa uppgifter inom en överläkarens verksamhetsområde.

Socialstyrelsen aktualiserar också frågan om tjänstekategorin biträdande överläkare bör behållas. Den nya klinikorganisationen, som öppnar möjligheter att inrätta flera överläkartjänster vid samma klinik eller avdelning, har enligt styrelsens mening i viss mån undanröjt de motiv som ursprungligen anfördes för särskilda tjänster som biträdande överläkare.

Avdelningsläkarkategorin kommer överlag att äga formell kompetens

att självständigt utöva läkaryrket. Samtliga har genomgått vidareutbildning och har sålunda minst fem års praktisk sjukvårdserfarenhet bakom sig. Avdelningsläkare skall enligt styrelsens förslag kunna förordnas att självständigt svara för delfunktioner inom en överläkares arbetsområde. Härigenom öppnas möjlighet att ge avdelningsläkare en ställning som helt eller delvis överensstämmer med de nuvarande biträdande överläkarnas. Det bör från sjukvårdssynpunkt vara såväl möjligt som fördelaktigt att välja en tjänstestruktur med endast en kategori överordnade läkartjänster. De särskilda tjänsterna som biträdande överläkare kan sålunda omvandlas till överläkar- eller avdelningsläkartjänster.

Socialstyrelsen har också behandlat frågan om läkartjänsternas tillsättning. Styrelsen har därvid utgått från att tillsättningen av underläkartjänsterna så långt möjligt bör följa de principer som normalt tillämpas på arbetsmarknaden. Styrelsen förordar sålunda ett i princip fritt ansökningsförfarande för underläkartjänster liksom för övriga tjänstekategorier. Förfarandet vid tillsättning av underläkartjänster bör vara så utformat att de sökandes meriter kan bli föremål för en allsidig prövning. I många fall torde dock detta kunna ske utan ett formaliserat sakkunnigförfarande av det slag som styrelsen förordar för de mera fasta tjänstekategorierna.

Utgångspunkten för ett ställningstagande till fördelningen av läkare på underläkartjänster för allmäntjänstgöring bör enligt socialstyrelsens mening vara i stort sett densamma som beträffande övriga underläkartjänster. Allmäntjänstgörande läkare skall liksom övriga kategorier verka under fullt yrkesansvar. Om styrelsens förslag om blockförordnanden m. m. genomförs, kommer också ett förordnande för allmäntjänstgöring att omfatta upp till två år och innefatta samtliga de moment som föreskrivs ingå i tjänstgöringen. Med hänsyn härtill anser styrelsen det rimligt, att de som avlagt läkarexamen får möjlighet att relativt fritt välja tjänstgöringsställe. Vidare har sjukvårdshuvudmännen intresse av att kunna välja mellan sökandena. De förslag till lottningsförfarande som framförts avvisas av styrelsen. Farhågorna för att en tillsättning enligt arbetsmarknadens fria principer skulle bli onödigt komplicerad och tidsödande synes också överdrivna.

Socialstyrelsen framhåller, att enligt uttalande i prop. 1969:35 skall förordnanden för vidareutbildning vara tidsbegränsade och underläkartjänsterna inte få uppehållas längre tid än som behövs för att läkaren skall fullgöra föreskriven tjänstgöring under vidareutbildning. Den fastställda tiden för allmäntjänstgöring är 21 månader. I fråga om den fortsatta vidareutbildningen varierar utbildningstiden alltefter verksamhetsinriktning. Huvudutbildningen sträcker sig från tre till fem år och sidutbildningen från ett halvt till ett och ett halvt år. Utbildningen för allmänläkare är f. n. treårig.

Styrelsen har inte funnit det möjligt att fastställa en längsta förordnandetid som lämpar sig för samtliga former av vidareutbildning utan förordar, att skillnad i detta hänseende görs mellan underläkartjänster avsedda för allmäntjänstgöring och övriga underläkartjänster.

Socialstyrelsen förordar att sjukvårdslagens nuvarande bestämmelse att underläkare förordnas för en tid av högst tre år (20 § 4 mom.) ersätts av en reglering i lagen med innebörden att underläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen eller av direktionen för viss tid. Detaljföreskrifter beträffande förordnandetider för underläkartjänster förordas i fortsättningen bli lämnade i anvisningar från socialstyrelsen. Socialstyrelsen framhåller som sin uppfattning att förordnandetiden för allmäntjänstgöring bör vara två år. Skulle oförutsedda förhållanden leda till att läkaren inte hinner fullgöra föreskrivna tjänstgöringar inom förordnandetiden – det kan röra sig om sjukdom, värnpliktstjänstgöring etc. – bör möjlighet till ytterligare förlängning av förordnandet kunna medges. Förordnandet bör också kunna förlängas, om läkaren inte godkänts under allmäntjänstgöringen.

Förlängning av förordnandet utöver den angivna tvåårsperioden bör enligt styrelsens mening kunna medges direkt av sjukvårdshuvudmännen. Någon anledning att, som nu gäller för underläkartjänster, belasta socialstyrelsen med dessa ärenden finns inte. För att garantera socialstyrelsen viss kontroll över att ingen läkare tjänstgör mer än viss tid inom varje område bör emellertid huvudmännen åläggas att regelbundet anmäla till socialstyrelsen, när en läkare under allmäntjänstgöring medgetts förlängt förordnande.

Förordnandetiderna för läkare under fortsatt vidareutbildning bör anpassas till högst den tid vidareutbildningen kräver inom olika verksamhetsområden. Härtill bör införas en generell regel om möjlighet att utan vidare förlänga förordnandet med ytterligare högst ett halvt år. Motiven härför är desamma som beträffande förslaget om en tvåårig förordnandetid för allmäntjänstgöringen, som normalt sett avses ta endast 21 månader i anspråk. Såväl för huvudmannen som för den enskilde läkaren förutsätts det vara till fördel att utan vidare kunna förlänga förordnandet i den mån oförutsedda sociala eller andra omständigheter kräver detta. Beträffande den fortsatta vidareutbildningen kan en förlängning i vissa fall härtill ge läkaren möjlighet att komplettera sin vidareutbildning med en kortare tids randutbildning.

Om någon av särskilda skäl måste förordnas för längre tid för att kunna fullgöra vidareutbildningen, bör sjukvårdshuvudmannen anmäla detta till socialstyrelsen enligt samma ordning som föreslagits beträffande läkare under allmäntjänstgöring. Om behovet av genomströmning på tjänsterna så kräver, bör styrelsen också kunna föreskriva särskilt tillstånd för rätt att förlänga förordnanden utöver angiven tid.

För att garantera genomströmningen på tjänster för fortsatt vidareutbildning är det nödvändigt att socialstyrelsen även i fortsättningen bemyndigas att utfärda begränsningar i fråga om förordnandetidens längd för vissa underläkartjänster.

Vad angår tillsättningen av tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning utgår socialstyrelsen från att antalet överläkare kommer att öka. Detta är enligt styrelsen ett motiv för att ytterligare förenkla tillsättningen av tjänsterna och decentralisera denna till sjukvårdshuvudmännen.

Det kan även från rent principiella utgångspunkter ifrågasättas, om de förhållanden som ursprungligen motiverade ett centralt tillsättningsförfarande överhuvudtaget längre äger någon aktualitet. En ordning som i likhet med den nuvarande inskränker den kommunala arbetsgivarens inflytande över tillsättningen uppfattas på många håll som föråldrad.

I fråga om överläkartjänsterna anser socialstyrelsen att det ligger nära till hands att på detta område tillämpa samma förfarande, som förekommer på flertalet andra yrkesområden där särskilda villkor författningsmässigt föreskrivits för behörighet till tjänst, nämligen att arbetsgivaren har rätt att fritt välja bland behöriga sökande till tjänsten i fråga. Hälso- och sjukvården är å andra sidan en verksamhet som bedömts vara en så viktig angelägenhet att detta berättigar till relativt vittgående författningsföreskrifter syftande till att upprätthålla en hög och över hela riket så långt möjligt likvärdig kvalitet på vården. Liknande föreskrifter tillämpas även på andra områden där kvalitetskraven ansetts vara en central angelägenhet, t. ex. inom undervisningen.

Styrelsen anser för sin del övervägande skäl tala för att decentralisera tillsättningen av överläkartjänsterna. En decentralisering bör kunna ske utan att därför något avkall behöver göras på de kvalitetskrav en central tillsättningsordning hittills ansetts garantera. Med hänsyn härtill förordar socialstyrelsen att dess skyldighet att upprätta förslag till besättande av överläkartjänster skall upphöra.

Vid ett decentraliserat tillsättningsförfarande bör funktionen att upprätta förslag till besättande av överläkartjänster enligt styrelsens mening förläggas till sjukvårdsregional nivå och där läggas på en särskild förslagsnämnd som utses för varje sjukvårdsregion.

Socialstyrelsen föreslår att de regionala nämndernas förslag till besättande av överläkartjänster skall omfatta de fyra främsta bland behöriga sökande utan någon inbördes gradering enligt samma ordning som nu gäller, då styrelsen har att upprätta förslag till överläkartjänst. Bland dessa fyra skall respektive sjukvårdsstyrelse ha att utvälja den som bedöms vara bäst skickad för tjänsten.

Med hänsyn till den förordade konstruktionen av avdelningsläkartjänsterna föreslår socialstyrelsen att reglerna om tillsättning av tjänster som avdelningsläkare utformas i stort sett enligt den ordning som nu gäller för biträdande överläkartjänster. På en punkt förordar styrelsen dock en ordning som avviker från den som nu gäller för tillsättning av biträdande överläkartjänster. I stället för att som nu de tre främsta skall föras upp på förslag vid tillsättning av biträdande överläkartjänster, föreslår styrelsen att de sakkunnigas förslag i fråga om avdelningsläkartjänster skall uppta de fyra främsta sökandena. Härigenom uppnås överensstämmelse med den ordning som gäller beträffande överläkartjänster.

Förordnandetiden på avdelningsläkartjänster bör enligt socialstyrelsen överensstämma med vad som f. n. gäller för biträdande överläkartjänster, dvs. förordnandena bör gälla tills vidare eller för viss tid. Eftersom befattningshavarna på tjänsterna fullgjort sin vidareutbildning och vunnit

behörighet att självständigt utöva läkaryrket bör tjänsterna normalt tillsättas med förordnande tills vidare. Vid behov bör dock förordnande i undantagsfall kunna meddelas även för begränsad tid – t. ex. tre- eller sexårsperioder. Detta kan bli nödvändigt bl. a. för att tillgodose behovet av utbytbart mellan tjänster för avdelningsläkare och underläkartjänster. Särskilt vid de större sjukhusen med ett stort inslag av utbildning och forskning torde det bli nödvändigt att tillsätta avdelningsläkartjänster med tidsbegränsade förordnanden.

För att en så långt möjligt gemensam tjänstestruktur skall kunna skapas för läkare inom den offentligt reglerade hälso- och sjukvården föreslår socialstyrelsen en sådan ändring av 16 § sjukvårdslagen, att de särskilda benämningarna sjukstuguläkare och sjukhemsläkare utmönstras. Sjukstugorna avvecklas för närvarande successivt och integreras i andra vårdfunktioner. Någon anledning att ha särskilda benämningar för läkare med medicinska ledningsfunktioner vid dessa inrättningar finns därför inte. Läkare som på heltid ansvarar för vården vid sjukhem eller sjukstuga bör i fortsättningen få benämnas överläkare.

Socialstyrelsen erinrar om att de nuvarande bestämmelserna i 34 § sjukvårdslagen om överklagande av beslut om tillsättning av läkartjänster föreskriver olika besvär förfaranden beroende på om tillsättningsbeslutet avser överläkartjänst eller annan läkartjänst. I det förra fallet sker överprövningen genom kommunalbesvär, i det senare fallet genom förvaltningsbesvär.

Med hänsyn till överläkartjänsternas betydelse bör enligt styrelsens mening för dessa tjänster väljas en besvärordning som i likhet med den nu gällande medger en materiell överprövning av förslagen till besättande av tjänsterna. En tänkbar lösning är härvid att tillämpa samma besvärordning som nu gäller för biträdande överläkartjänster, dvs. att sjukvårdsstyrelsens tillsättningsbeslut skall kunna överprövas i form av förvaltningsbesvär. Därvid bör förslagen kunna bedömas i samband med överprövningen av tillsättningsbeslutet. Förslagsnämndernas förslag bör däremot inte kunna överklagas särskilt.

Ett annat alternativ är att förvaltningsbesvär får föras direkt över förslagsnämndens beslut och att samtidigt den kommunala besvärordningen vid överprövningen av sjukvårdsstyrelsens tillsättningsbeslut behålls.

Under utredningsarbetet har både sjukvårdshuvudmännens och Sveriges läkarförbunds representanter betonat sitt intresse av att besvärordningen utformas i enlighet med det sistnämnda alternativet. Motiven härför synes främst vara dels att beredningen av tillsättningsärendet härigenom blir mera fullständig, innan sjukvårdsstyrelsen går att fatta sitt beslut, dels att de sökande kan antas uppfatta en sådan besvärordning som mera tillfredsställande från rättssäkerhetssynpunkt.

Mot den ifrågakvarande lösningen talar att besvärordningen blir mera komplicerad än enligt det förstnämnda alternativet. Besvärshäufigheten kan också antas bli något högre och leda till en större arbetsbelastning för socialstyrelsen. Med hänsyn till de starka önskemål som uttryckts av

arbetsmarknadsparternas företrädare förordar socialstyrelsen dock att överprövningen vid tillsättande av överläkartjänster skall kunna ske dels i form av förvaltningsbesvär hos socialstyrelsen över de regionala nämndernas beslut om upprättande av förslag till besättande av tjänsterna, dels i form av kommunalbesvär över sjukvårdsstyrelsens tillsättningsbeslut. Eftersom överprövningen av de regionala nämndernas beslut skall avse i första hand den medicinska sakkunnigbedömningen föreslår socialstyrelsen att dess beslut i besvärssärendena inte skall kunna överklagas.

Vad gäller tillsättning av avdelningsläkartjänsterna framhåller socialstyrelsen att denna tjänstekategori på sikt kommer att rymma ett mycket stort antal läkare. Det är därför möjligt att antalet besvär över beslut om tillsättning av avdelningsläkartjänst skulle bli så högt, att styrelsens arbetsböroda vid en ordning med materiell överprövning i form av förvaltningsbesvär skulle bli alltför betungande. Detta skulle i sin tur leda till att tiden mellan besvärens anhängiggörande och avgörande kunde bli orimligt lång. Med hänsyn till det nu anförda föreslår styrelsen att talan mot beslut om tillsättning av avdelningsläkartjänst skall föras genom kommunalbesvär.

När det gäller underläkartjänster utgör de meriter de sökande kan uppvisa i allmänhet inte ett tillräckligt underlag för en mera ingående materiell överprövning. Socialstyrelsen föreslår därför, att talan mot beslut om tillsättning av underläkartjänst skall föras genom kommunalbesvär.

3.2.2 Den decentraliserade öppna vården

Utredningsmannen framhåller att utanför sjukhusen samhället i regel endast tillhandahållit sjukvård av allmänläkare. Behovet av specialistvård har tillgodosetts på sjukhusen. I vissa kommuner har dock specialistmottagningar anordnats utanför sjukhusen. Den tillämpade ordningen har lett till en ständigt stegrad belastning på sjukhusen och deras kvalificerade utrustning. Medicinens allmänna utveckling har också bidragit till detta. På grund av dessa förhållanden har socialstyrelsen år 1968 lagt fram ett principprogram för den öppna vården. Programmet syftar bl. a. till att den specialiserade öppna sjukvården i stor utsträckning skall kunna frigöras från sjukhusen och decentraliseras till välutrustade enheter utanför sjukhusen. Den öppna vården vid centralasarettens klinikmottagningar måste enligt socialstyrelsens mening begränsas och reserveras för patienter som behöver de specialiserade resurser som koncentrerats till dessa sjukhus. En allt större del av den diagnostik och terapi som nu knyts till vårdplats på sjukhus bör föras över till välutrustade enheter för öppen, allmän och specialiserad, vård vid eller utanför sjukhus. Socialstyrelsen har senare uttalat att man i framtiden sannolikt får acceptera relativt olikartade arbetsuppgifter för allmänläkare i glesbygd och tätorter. I glesbygden skulle arbetsuppgifterna komma att likna de som nu utförs av provinsialläkarna. Vid större vårdcentraler skulle däremot tyngdpunkten ligga inom socialmedicinen.

Utredningsmannen pekar på att många sjukvårdshuvudmän under senare år börjat inrätta särskilda tjänster för specialtläkare i öppen vård utanför sjukhusen. Vidare framhåller han att en arbetsgrupp inom Sprif. n. är sysselsatt med att utarbeta riktlinjer för vårdorganisation inom skilda specialiteter. I projektet förutsätts att den öppna vården på det lokala planet baseras på en vårdorganisation som förenar resurser för specialiserad öppen vård med närservice inom hälso- och sjukvård samt primär kommunal socialvård.

Vid sina överväganden om behovet av författningsändringar har utredningsmannen utgått från att den öppna vården i framtiden utvecklas i huvudsak enligt de skisserade linjerna. Han konstaterar att rekryteringen till provinsialläkarväsendet under de senaste decennierna varit otillräcklig. År 1970 var endast omkring två tredjedelar av tjänsterna besatta med ordinarie innehavare. Läget har varit mest otillfredsställande i övre Norrland och på Gotland men en bristsituation har förelegat i nästan hela landet.

Utredningsmannen framhåller att landstingen sedan de år 1963 övertog provinsialläkarväsendet gjort mycket för att förbättra läkarnas arbetsförhållanden. Gemensamma mottagningar för flera provinsialläkare har anordnats, jourbördan har lättats samt mer hjälppersonal och bättre utrustning har ställts till förfogande. Enligt utredningsmannens mening är det viktigt att denna utveckling fortsätter. Trots förbättringar av arbetsförhållandena attraherar provinsialläkartjänsterna fortfarande inte nyexaminerade läkare i den utsträckning som behövs för att sjukvårdsorganisationen skall få bättre balans mellan öppen och slutna vård. Läget kommer möjligen att förbättras i en framtid då tillgången på läkare beräknas bli mer normal. Man bör dock söka undvika att den öppna vårdens tjänster besätts med läkare som motvilligt pressas ut från sjukhusen. Det är i stället angeläget att läkarna inom den öppna vården får sådana arbetsförhållanden och arbetsuppgifter att tjänsterna eftersträvas av dem som har personliga och yrkesmässiga förutsättningar härför.

För att förbättra läget inom den öppna vården förordar utredningen att större likställighet skapas mellan den öppna och den slutna vårdens läkare, att äldre allmänläkare befrias från jourtjänst och att vissa lättnader i allmänläkarnas arbetsbörda genomförs. Vidare förordas att allmänläkarnas specialfunktion som tjänsteläkare avskaffas, att befordringstjänster för allmänläkare inrättas och att allmänläkare får ökade möjligheter till fördjupad utbildning inom annan medicinsk specialitet.

Utredningsmannen uppger att det vid ingången av år 1971 fanns 955 tjänster för provinsialläkare och 75 tjänster för stadsdistriktläkare. Dessutom fanns 190 tjänster för specialistläkare och i de största kommunerna särskilda tjänster för poliklinikläkare. Specialist- och poliklinikläkartjänsterna är inte reglerade i lagstiftningen.

Utredningsmannen crinrar om att den öppna sjukvården utanför sjukhus regleras mer ingående i sjukvårdslagen än övrig sjukvård. Detta hänger samman med den öppna vårdens utveckling ur den statliga provinsialläkarorganisationen. För sjukhusen finns t. ex. inga författ-

ningsbestämmelser om upptagningsområden. För den öppna vården ges däremot föreskrifter om indelning i läkardistrikt med en provinsialläkare eller en stadsdistriktsläkare i varje distrikt. Enligt utredningsmannens mening behövs inte längre en så ingående reglering av den öppna vården. Han anser att den grundläggande bestämmelsen i 3 § sjukvårdslagen att det åligger landstingskommunerna att ombesörja öppen vård åt befolkningen bör räcka. Någon avvikande författningsreglering för läkartjänster utanför sjukhusen behövs därför inte. Den nuvarande särskilda kåren av läkare utanför sjukhusen, provinsial- och stadsdistriktsläkare, kan utgå ur organisationen. Utredningsmannen föreslår därför att bestämmelserna om läkardistrikt och provinsial- och stadsdistriktsläkare utgår ur sjukvårdslagen. Varje huvudman bör med hänsyn till lokala förhållanden få organisera vården på det sätt som bäst tillgodoser befolkningens behov.

Utredningsmannen tar härfter upp frågan om konstruktionen av läkartjänsterna inom den öppna vården. Han utgår därvid från att läkarna i den slutna och öppna vården bör ha samma legala beteckningar. Han har funnit att tre organisationsformer bör komma i fråga. Den första innebär att tjänsterna inrättas vid det sjukhus som betjänar orten. Enligt den andra inrättas tjänsterna fristående från sjukhus men regleras i sjukvårdslagen med samma tjänstebenenämningar som i den slutna sjukvården. Enligt den tredje möjligheten tillgodoses vårdbehovet av läkare på oreglerade tjänster (specialistläkare i öppen vård e. d.). Det bör inte möta hinder att de olika organisationsformerna används sida vid sida inom samma sjukvårdsområde.

Den första organisationsformen innebär att överläkarens ansvarsområde vidgats till att avse all sjukvård inom det verksamhetsområde som anförtratts honom. Verksamhetsområdet får omfatta även sjukvård utanför ett sjukhus. Motsvarande gäller för biträdande överläkare och andra läkare vid sjukhuset.

Utredningsmannens andra förslag utgår från att tjänster för bl. a. överläkare och biträdande överläkare skall få inrättas vid självständiga och från sjukhus fristående enheter. Detta kan inte ske enligt nuvarande lagstiftning. Utredningsmannen föreslår därför att 16 § 1 mom. sjukvårdslagen kompletteras med en bestämmelse som gör det möjligt att anställa överläkare, biträdande överläkare, underläkare och extra läkare även för sjukvård som inte är anknuten till sjukhus. Utredningsmannen förutsätter att en läkare inom vårdenheten anställs som överläkare och övriga färdigutbildade läkare som biträdande överläkare. Enstaka specialister bör kunna anställas utan att anknytas till sjukhus. Är denna ensam inom sin specialitet bör han anställas som överläkare.

Utredningsmannen framhåller att sjukvårdslagen inte innehåller något förbud mot inrättande av läkartjänster som inte namnges och regleras i lagen. Vissa huvudmän har därför anordnat öppen vård vid fristående polikliniker och av specialistläkare i öppen vård. Dessa organisationsformer överensstämmer med utredningsmannens tredje förslag. Enligt hans mening har möjligheten att inrätta sådana tjänster inte utgjort någon olägenhet för sjukvårdens behöriga bedrivande. Det finns därför inte

någon anledning att förbjuda att sådana tjänster inrättas. Även med hänsyn till att den framtida utvecklingen inte i detalj kan bedömas bör sjukvårdslagens konstruktion i detta avseende inte ändras. Det bör därför vara möjligt att i fortsättningen behålla och inrätta specialistläkartjänster av nuvarande konstruktion. Även tjänster för allmänläkare kan inrättas på detta sätt. Nämnade tjänster bör dock i fortsättningen underkastas samma prövning av behovet som de tjänster som regleras i sjukvårdslagen. Hur dessa läkares verksamhet skall organiseras får huvudmannen fritt bestämma. Utredningsmannen anser det dock väsentligt att de på något sätt anknyts till den lasarettsklinik som motsvarar deras verksamhetsområde.

Utredningsmannen föreslår, att för rätt att söka och inneha tjänst som allmänläkare skall gälla, att sökanden genomgått den särskilda utbildning om tre år för allmänläkare som fastställts av Kungl. Maj:t. Eftersom allmänläkarutbildningen dessutom förutsätter fullgjord allmäntjänstgöring under 21 månader, kommer den blivande allmänläkaren att ha bakom sig en sjukvårdstjänstgöring under 4 3/4 år. Detta krav bör gälla för alla tjänster med självständigt sjukvårdsansvar dvs. överläkare, biträdande överläkare och extra läkare med överläkares åligganden. De nya behörighetsvillkoren, som högst väsentligt skiljer sig från vad som gäller nu, kan inte gärna träda i kraft omedelbart. Vissa övergångsbestämmelser behövs. Det är emellertid av stor vikt att övergångstiden görs så kort som möjligt, om en verklig ändring skall komma till stånd.

De läkare som vid den nya ordningens ikraftträdande innehar tjänst som provinsialläkare, biträdande provinsialläkare eller stadsdistriktsläkare bör alltjämt vara behöriga till allmänläkartjänst.

3.3 Tjänsteläkarbegreppet

Utredningen förordar att tjänsteläkarbegreppet i nuvarande bemärkelse avvecklas. Detta föranleder ändringar i åtskilliga lagar och andra författningar. Samtidigt måste prövas om uppgifterna alltjämt behövs och hur de i så fall skall fullgöras.

Enligt en bestämmelse i 9 § lagen om behörighet att utöva läkaryrket får den som uppehåller tjänst motsvarande svensk tjänsteläkarbefattning i angränsande läkardistrikt i Finland eller Norge utöva läkaryrket inom tjänsteläkar-distrikt intill riksgårnsgränsen. Genom att tjänsteläkarbegreppet utgår måste bestämmelsen ändras. Utredningen föreslår att tjänsteläkar-distrikt byts ut mot kommun och befogenheter att utöva läkaryrket i nämnda fall tilläggs den som uppehåller tjänst som offentlig läkare i angränsande område av Finland eller Norge.

Utredningen framhåller att tjänsteläkarna har flera viktiga befogenheter och uppgifter enligt smittskyddslagstiftningen. Detta gäller främst befogenheten att bestämma om en patient skall tas in på sjukhus eller inte och i senare fallet vilka åtgärder som skall vidtas för att förhindra att smitta sprids. Enligt utredningsmannens mening kan man inte i kommunerna undvara en läkare med tjänsteläkarens nuvarande befogenheter.

Han föreslår att för varje kommun en läkare jämte ersättare förordnas att fullgöra uppgifterna enligt smittskyddslagen. Denne läkare bör benämnas smittskyddsläkare och förordnas av sjukvårdsstyrelsen efter förslag av länsläkaren. Samma läkare bör kunna utses till smittskyddsläkare för flera kommuner. Till smittskyddsläkare bör förordnas de läkare som är bäst lämpade för uppgiften. Även om allmänläkaren i orten i regel förordnas bör därför valet i princip vara fritt mellan landstingets läkare. Den föreslagna ordningen berör inte kommuner med stadsläkare eller motsvarande läkare. Dessa läkare har att tillhandagå hälsovårdsnämnden i smittskyddsärenden utan särskilt förordnande.

Smittskyddsläkaren bör ha samma rätt som f. n. tjänsteläkaren att i kommun som inte har stadsläkare delta i hälsovårdsnämndens sammanträden. Utredningsmannen framhåller att endast en begränsad grupp läkare har sådan särskild utbildning i och erfarenhet av omgivningshygien att de kan betecknas som experter på detta område. Denna expertis finns nu huvudsakligen inom länsläkarorganisationen och bland stadsläkarna. Tjänsteläkarna deltar endast i mycket ringa utsträckning i hälsovårdsnämndernas sammanträden. Kommunsammanslagningarna ökar möjligheterna för företrädare för länsläkarorganisationen att delta i sammanträdena. Enligt utredningsmannens mening bör inte bara länsläkaren och biträdande länsläkaren utan också länshälsovårdskonsulenten ha rätt att närvara vid nämndens sammanträden. Denne befattningshavare är uteslutande sysselsatt med frågor inom hälsovårdsnämndernas verksamhetsområde. Utredningsmannen föreslår att hälsovårdsstadgan ändras så att rätten att närvara vid sammanträden avser länsläkaren, biträdande länsläkaren eller hälsovårdskonsulenten.

Av utredningsmannens undersökningar framgår att tjänsteläkare endast i ringa utsträckning deltar i nykterhetsnämndens sammanträden. Han pekar på att nykterhetsvårdslagens bestämmelser om nykterhetsnämnd inte längre gäller för alla kommuner. Enligt lagen (1970: 296) om social centralnämnd m. m., (ändrad 1971: 669) kan en kommun besluta, att uppgifter som ankommer på socialnämnd, barnavårdsnämnd och nykterhetsnämnd i stället skall handhas av en gemensam social centralnämnd. I 3 § nämnda lag föreskrivs att juridisk och medicinsk sakkunskap bör vara företrädd inom nämnden där så lämpligen kan ske. I lagen finns inget stadgat om närvarorätt för läkare eller andra som inte är ledamöter. Däremot sägs i 5 § att om behovet av juridisk eller medicinsk sakkunskap inte är tillgodosett inom nämnden, bör denna anlita biträde med sådan sakkunskap. Utredningsmannen föreslår att bestämmelsen om tjänsteläkare i 6 § nykterhetsvårdslagen utgår och ersätts av samma rekommendation om anlåtande av medicinsk sakkunskap som gäller enligt 5 § lagen om social centralnämnd m. m.

Intyg om befrielse från ympning enligt 2 § lagen om ympning mot smittkoppor utfärdas enligt utredningsmannen i relativt få fall varje år. Endast en del av dessa intyg har utfärdats av tjänsteläkare. Det stora flertalet intyg har utfärdats av läkare vid barnavårdsorgan. Med hänsyn till den obetydliga omfattning som denna uppgift har föreslår utrednings-

mannen att barnvårdsorganens läkare övertar uppgiften i sin helhet. Förslaget medför att barnvårdsorganens läkare i enstaka fall får utfärda intyg även för barn som fyllt åtta år. Enligt utredningsmannens mening bör detta inte utgöra hinder för en sådan rationalisering. Han föreslår vidare att bestämmelsen om skyldighet för tjänsteläkare att kostnadsfritt ympa barn tas bort. Innebörden av bestämmelsen är, att barn i åldern 8-15 år, som inte ympats vid barnvårdscentral har rätt att bli kostnadsfritt ympat av vederbörande tjänsteläkare. Det gäller ytterst få barn som här kommer i fråga.

Lagen uppställer som huvudregel krav på att ympning skall ha skett senast det år barnet fyller fyra år. Hälsovårdsnämnderna underrättas årligen om alla 4-åringar som inte ympats. Med hänsyn härtill bör det endast vara sällsynta fall, i vilka ett barn som uppnått 8-årsåldern eller mer ännu inte blivit ympat eller befriats därifrån. I regel har då också föräldrarna försummat sin plikt att se till att barnet ympas. Utredningsmannen finner det inte påkallat att samhället erbjuder kostnadsfri ympning åt sådant barn.

3.4 Inrättande av läkartjänster

Socialstyrelsen anser att kravet på styrelsens medgivande vid inrättande av läkartjänster i fortsättningen bör tillämpas beträffande alla läkartjänster inom den offentligt reglerade hälso- och sjukvården. För utbildningstjänsterna är detta särskilt angeläget mot bakgrund av departementschefens uttalande i prop. 1969:35 att vidareutbildningen skall kunna utnyttjas som ett medel att fördela läkarna på olika områden i enlighet med det långsiktiga sjukvårdsbehovet. En kontinuerlig avvägning måste också kunna ske mellan antalet tjänster för läkare under vidareutbildning och andra underordnade läkartjänster. Socialstyrelsen anser att ansvaret för den centrala planeringen av läkararbetskraftens användning allttjämt måste vila på styrelsen i dess egenskap av central tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården.

Tjänsternas direkta användbarhet som instrument för att styra fördelningen av läkararbetskraften är dock begränsad. Förutsättningen för att tjänstebegreppet skall bli användbart som fördelningsinstrument är att antalet tjänster kan omräknas till det antal läkare som kan erhålla vidareutbildning på olika nivåer och inom olika verksamhetsområden på ett visst antal tjänster. För att styrelsen med detta system effektivt skall kunna styra och kontrollera fördelningen av läkare under vidareutbildning måste styrelsen ges resurser för att kontinuerligt beräkna erforderligt antal tjänster för att vidareutbilda ett önskvärt antal läkare på skilda områden. Styrelsen måste också kunna stå i fortlöpande kontakt med sjukvårdshuvudmännen för att få underlag dels för att styra utvecklingen på utbildningstjänsterna i enlighet med det beräknade framtida behovet av läkararbetskraft på olika verksamhetsområden, dels för att kontrollera genomströmningen på tjänsterna. Praktiskt synes fördelningen av tjänster för läkare under vidareutbildning enligt socialstyrelsen kunna ske på

följande sätt. Sjukvårdshuvudmännen lämnar årligen in en framställning till socialstyrelsen om behovet av läkartjänster av olika kategorier och fördelade på skilda medicinska verksamhetsområden. På grundval härav beslutar styrelsen hur många läkartjänster respektive huvudman får inrätta för allmäntjänstgöring och för fortsatt vidareutbildning samt för läkare med fullgjord vidareutbildning inom skilda medicinska verksamhetsområden. Till underlag för sina beslut i fråga om fördelningen av läkartjänsterna bör socialstyrelsen lämpligen fastställa kvoter, som anger den önskvärda fördelningen av läkare inom skilda områden för den fortsatta vidareutbildningen. Vid fördelningen kan styrelsen härigenom fortlopande reglera antalet läkare under vidareutbildning i linje med den prioritering som sker i riksplaneringen av sjukvårdens framtida utbyggnad.

Utredningsmannen har också tagit upp frågan om inrättande av läkartjänster. Han erinrar om att de nuvarande bestämmelserna i sjukvårdslagen att läkartjänster i regel inte får inrättas utan socialstyrelsens medgivande motiveras av den bristande tillgången på läkare. Tillståndstvånget gäller dock inte för bl. a. tjänster som sjukstuguläkare, sjukhemsläkare och konsultläkare, vilka funktioner normalt förenas med annan verksamhet. Tillstånd behövs inte heller för att inrätta tjänster vid sidan av den i lagen förutsatta läkarorganisationen. Detta har bl. a. gällt de specialistläkartjänster i öppen vård som tillkommit på senare tid.

Enligt utredningsmannens mening bör reglerna om inrättande av läkartjänster ges en så allmän formulering att tillståndskravet kommer att gälla alla läkartjänster inom landstingens och motsvarande kommuners sjukvårdande verksamhet. Kravet bör också gälla för tjänster inom hälsovården. Av praktiska skäl bör dock undantag göras för tjänster med en relativt begränsad arbetstid. Utredningsmannen föreslår att gränsen sätts vid högst 15 timmars tjänstgöring per vecka, dvs. mindre än halvtidstjänstgöring.

För att undvika att läkarorganisationen blir alltför stel och byråkratisk bör enligt utredningsmannens mening tillstånd till ny tjänst inte bindas för hårt med villkor av olika slag och inte heller preciseras till slutet eller öppen vård m. m. Den bör helst endast knytas till viss tjänstetyp och medicinskt verksamhetsområde. Detta bör gälla också redan inrättade tjänster.

Enligt utredningsmannen bör varje huvudman årligen till sin disposition få ett visst antal tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning. Inom denna kvot bör huvudmannen få föreslå de tjänster som han anser mest angelägna. Dessa bör inrättas i den mån socialstyrelsen inte finner vägande invändningar däremot. När det gäller allmänläkare bör det räcka om huvudmannen anger totalsumman för hela sjukvårdsområdet.

I stora kommuner finns ofta socialläkare och ibland också skolläkare. Utvecklingen mot större kommunala enheter gör att det kan bli aktuellt för allt flera kommuner att anställa egna läkare vid daghem, skolor, ålderdomshem och inom socialvården m. m. Det är enligt utredningsmannens mening angeläget att behovet av läkarkrafter för dessa uppgifter

tillgodoses. Det är dock av vikt att inrättandet av läkartjänster för primärkommunala och för landstingskommunala ändamål samordnas. Utredningsmannen föreslår därför att socialstyrelsens tillstånd bör krävas även för inrättande av läkartjänster för primärkommunala behov.

Utredningsmannen förutsätter att stadsläkartjänsterna fortfarande lämnas utanför regleringen.

4 Remissyttrandena

4.1 Behörighetsregler för läkare

Endast några få remissinstanser tar upp frågan på vilket stadium den generella behörigheten bör erhållas. *Sveriges läkarförbund*, *Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott* och *Svenska sjukhusens och landstingens tjänstemannaförbund* tillstyrker socialstyrelsens förslag.

Länsstyrelsen i Norrbottens län och *Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott* har förklarat sig inte ha någon erinran mot förslaget i fråga om behörighetsreglerna.

Uppsala universitets och *Umeå universitets medicinska fakulteter* anser, att i den nya utbildningsgången legitimation av läkare bör ske efter avslutad allmäntjänstgöring, medan *Göteborgs universitets medicinska fakultet* anser att legitimation bör erhållas efter fullgjord vidareutbildning.

Länsstyrelsen i Jönköpings län ifrågasätter om inte Kungl. Maj:t eller socialstyrelsen bör få rätt att meddela fullständig behörighet, även för läkare som ej fullgjort vidareutbildningen. Länsstyrelsen finner det inte rimligt att en läkare som utbildats i fem och ett halvt år fram till läkarexamen och sedan fullgjort allmäntjänstgöring i ett och tre kvarts år inte annat än i undantagsfall skall få yrkesmässigt utöva läkaryrket i enskild praktik förrän efter ytterligare minst 3 års vidareutbildning.

Nordiska rådets svenska delegation påpekar att enligt överenskommelsen om gemensam arbetsmarknad för läkare har Sverige en skyldighet att ge läkarbehörighet till dem som avlagt läkarexamen i annat nordiskt land, förutsatt att vederbörande visar sig ha kunskap om svenska medicinförfattningar. Denna bestämmelse bygger på att den grundläggande utbildningen för läkare är i stort sett likvärdig i de nordiska länderna.

Universitetskanslersämbetet, *Svenska landstingsförbundet*, *Svenska kommunförbundet* och *de flesta av sjukvårdshuvudmännen* samt *Svenska sjukhusens och landstingens tjänstemannaförbund* tillstyrker socialstyrelsens förslag att avskaffa legitimationen för läkare. Flera remissinstanser motsätter sig dock att legitimationen avskaffas. *Sveriges läkarförbund* anser inte tillräckligt starka skäl tala för en ändring av det – liksom i nästan alla andra länder – tillämpade auktorisationsförfarandet. En auktorisation behövs även om den framdeles inte skall medföra s. k. full och oinskränkt behörighet. För det nordiska samarbetet i vidareutbildningsfrågor leder avskaffandet av auktorisation till ytterligare svårigheter. Förslaget till överenskommelse mellan de nordiska länderna om enhetliga specialistkompetensregler förutsätter en auktorisation, som dessutom enligt förslaget skall heta legitimation. *Hovrätten över Skåne och Blekinge* ifrågasätter om inte en modifierad form av legitimation bör behållas. Hovrätten finner att vad som åberopats till stöd för ett avskaffande av legitimationen inte är särskilt övertygande. Förslaget synes inte heller medföra att administrativa vinster av någon betydelse görs. Det är en egendomlig konstruktion att låta en verkan som inträder till följd av en examen återkallas på grund av visad olämplighet. Systemet

med legitimation är överlägset ur systematisk synpunkt. Hovrätten framhåller vidare att en läkare som avlagt läkarexamen och som fått sin behörighet återkallad torde kunna kalla sig läkare med stöd av 6 § 1 st. kvacksalverilagen. Legitimationsinstitutet skulle därför kunna få en särskiljande verkan gentemot denna kategori. Liknande synpunkter förs fram av *länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län*. Länsstyrelsen tillägger, att ett avskaffande av legitimationen skulle medföra en vansklig kategoriindelning för avsevärd tid framöver mellan legitimerade läkare enligt nu gällande regler, och läkare utan legitimation enligt den föreslagna ordningen. I alla händelser kräver frågan ytterligare överväganden.

Även länsstyrelsen i Norrbottens län, Hallands läns landstings förvaltningsutskott, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska barnmorskeförbundet, karolinska institutet samt *de medicinska fakulteterna i Uppsala, Lund, Göteborg och Umeå* avstyrker att legitimationen avskaffas.

Förslaget att slopa benämningarna specialist resp. specialitet tillstyrks av *Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och flertalet sjukvårdshuvudmän* samt ytterligare någon remissinstans.

Sveriges läkarförbund hävdar däremot att förslaget i denna del är illa underbyggt. Även *länsstyrelsen i Malmöhus län, Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott, Svenska läkaresällskapet, karolinska institutet* samt *de medicinska fakulteterna i Uppsala, Lund, Göteborg och Umeå* avstyrker förslaget i denna del. Från universitetens sida åberopas bl. a. internationell praxis.

4.2 Läkartjänsternas utformning m. m.

4.2.1 Sjukvården vid sjukhus

Socialstyrelsens förslag i denna del har vid remissbehandlingen på det hela taget fått ett gynnsamt mottagande.

Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och flertalet sjukvårdshuvudmän framhåller att de ser förslagen rörande tjänstestrukturen som allmänna ramar inom vilka de enskilda huvudmännen bör ges möjlighet att utforma verksamheten utan alltför långtgående detaljreglering från centralt håll och att huvudmännens positiva anslutning till utredningens huvudlinjer endast kan lämnas med förbehåll för en på detta sätt garanterad handlingsfrihet med hänsyn till de lokala förhållandena. Dessa remissinstanser framhåller vidare att frågan om kostnadsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen måste ha blivit tillfredsställande reglerad innan den föreslagna organisationen sätts i kraft.

Sveriges läkarförbund förklarar sig i väsentliga avseenden tillstyrka utredningsförslaget. Förbundet anmärker dock bl. a. på att socialstyrelsen inte tagit upp s. k. dimensioneringsfrågor dvs. frågor om fördelningen på de olika läkarkategorierna av läkarstaben på en klinik.

Ett stort antal remissinstanser beklagar att förslaget inte omfattar

undervisningssjukhusen och anser att helhetssynen på den framtida läkarorganisationen härigenom gått förlorad.

Direktionen för karolinska sjukhuset anser sig inte kunna ta ställning till förslaget eftersom undervisningssjukhusen ej behandlats.

Örebro läns landsting, Sveriges förenade studentkårer och *ett par av universiteten* anser att förslaget inte kan läggas till grund för lagstiftning utan överarbetning.

Flertalet remissinstanser tillstyrker socialstyrelsens förslag om gemensam tjänstestruktur för den slutna och den öppna vården eller lämnar det utan erinran. Hit hör *Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet* och *flertalet huvudmän*.

Åtskilliga remissinstanser ifrågasätter dock om det är lämpligt eller nödvändigt att införa en enhetlig struktur. *Sveriges läkarförbund* framhåller sålunda, att om förslaget i fråga om mellanläkarkategorin i öppen vård och den öppna vårdens underordnande under den slutna genomförs utan någon väsentlig förändring detta kommer att ske mot en helt enig opinion inom läkarkåren. *SACO, Svenska läkaresällskapet* och *flera landsting* anser också att läkare i öppen vård skall ha medicinskt självständig ställning med undantag för erforderliga utbildningstjänster. *Direktionen vid karolinska sjukhuset* ifrågasätter om endast önskvärdheten av en enhetlig tjänstestruktur inom hela den offentliga sjukvården utgör ett tillräckligt starkt skäl för ingrepp i en fungerande organisation som socialstyrelsen aviserar, särskilt som vissa avvikelser från konstruktionen av läkartjänsterna vid andra sjukhus, förordnandetider osv. med hänsyn till undervisningen och forskningen, såsom utredningen framhåller, ändå kommer att behövas.

Under remissbehandlingen har stort intresse ägnats åt socialstyrelsens förslag till kategoriindelning av läkartjänsterna. *Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet* och *flertalet huvudmän* framhåller, att det är nödvändigt att en funktion motsvarande biträdande överläkarens behålls oförändrad även inom ramen för den föreslagna tjänstestrukturen. Möjligheten att inrätta tjänster som biträdande överläkare har nämligen inneburit att överläkaren kunnat beredas lättnader i arbetsbördan och ledningsansvaret utan att någon ny överläkartjänst behövt inrättas. Genom de långa förordnandetiderna har vidare en eftersträvad kontinuitet i vården kunnat upprätthållas. Förslaget att sjukvårdsstyrelsen skall ha rätt att förordna en avdelningsläkare att självständigt svara för vissa uppgifter inom en överläkares verksamhetsområde innebär att nämnda möjligheter och fördelar bibehålls. Förslagets väsentliga innebörd i jämförelse med nu gällande ordning är att huvudmannen själv beslutar om att avdelningsläkare självständigt skall svara för vissa uppgifter inom en överläkares verksamhetsområde utan skyldighet att underställa socialstyrelsen ärendet. Den nya konstruktionen ligger därmed helt i linje med styrelsens krav på en mindre hårt reglerad tjänstestruktur och en vidare handlingsfrihet inom vissa allmänna ramar. Såväl ur huvudmannens som de enskilda läkarnas synvinkel är det av väsentlig betydelse att de avdelningstjänster som avses bli tilldelade funktioner motsvarande biträ-

dande överläkarnas kan förutses på förhand och få en fast inplacering i sjukvårdsorganisationen.

Flera remissinstanser, däribland *fem huvudmän*, uttalar sig för att begreppet biträdande överläkare behålls. *Sveriges läkarförbund* framhåller att mycket starka skäl talar för att de nuvarande urvalskriterierna för läkarkategori, nämligen medicinskt och administrativt ansvar bör behållas. Förbundet hävdar, att en mellanläkarkategori med permanent medicinskt ledningsansvar bör finnas kvar och hänvisar till motiven för införande av en sådan tjänstekategori. Någon möjlighet att planera en rationell organisation föreligger nämligen inte -- annat än på kort sikt -- om man inte vet hur många självständigt verksamma läkare som skall fungera i organisationen. Förbundet anser, att i den mån mellanläkarkategorin skall få ett medicinskt ledningsansvar det måste krävas att tjänsteinnehvaren får detta fullt ut utan inskränkningar. *Svenska läkarsällskapet* anser att den föreslagna nya mellankategorin innebär ett steg tillbaka till förhållandena innan tjänsterna för biträdande överläkare blev permanenta tjänster med självständigt medicinskt ansvar. Förslaget synes medföra betydande praktiska problem bl. a. när en avdelningsläkare med personligt förordnande är ledig. Sällskapet biträder visserligen förslaget att införa kategorin avdelningsläkare men hävdar att det alltjämt finns behov av de tidigare biträdande överläkartjänsterna. *Direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala* anser att socialstyrelsen i sin strävan att tillgodose önskemålet om så få tjänstekategorier som möjligt i viss mån eftersatt kravet på att varje tjänstekategori skall innefatta läkare på samma nivå i fråga om medicinskt ledningsansvar och behörighet. Avdelningsläkarkategorin omfattar således läkare både med och utan medicinskt ledningsansvar. *Direktionen för karolinska sjukhuset* framhåller att en tjänstestruktur med endast en kategori läkare med självständigt medicinskt ansvar inte torde vara praktiskt möjlig för undervisningsjukhusens del. *Akademiska sjukhuset i Uppsala* och *Uppsala läns landstings förvaltningsutskott* anser att underläkarkategorin bör delas upp på läkare under allmäntjänstgöring och läkare under fortsatt vidareutbildning med hänsyn till dessa läkares olika användbarhet, olika behov av handledning samt förmodligen olika lön.

Socialstyrelsens förslag i fråga om tillsättning och konstruktion av läkartjänster för allmäntjänstgöring och för fortsatt vidareutbildning godtas av det stora flertalet remissinstanser. *Svenska landstingsförbundet*, *Svenska kommunförbundet* och *flertalet sjukvårdshuvudmän* anser konstruktionen av tjänsterna ändamålsenlig inte minst med tanke på den avvägning som måste ske mellan sjukvårdens skarpt formulerade krav på kontinuitet och önskemålet om cirkulation på tjänsterna med hänsyn till utbildningsbehovet. Som särskilt positivt framhålls att socialstyrelsen i den strängt schematiserade utbildningsgången sökt tillämpa den fria arbetsmarknadens principer såväl med avseende på läkarnas rätt att fritt söka utbildningstjänster som arbetsgivarens rätt att fritt välja bland flera sökande. *Sveriges förenade studentkårer* kräver dock att tjänsterna för allmäntjänstgöring fördelas centralt efter enhetliga fördelningsprinciper.

Ifall flera söker samma förordnande bör tillsättning ske efter lottning. Förtur till visst förordnande bör kunna erhållas om synnerliga sociala skäl föreligger. *Medicinska fakulteterna vid Göteborgs universitet och Linköpings högskola* anser att frågan om tillsättning och meritvärdering för allmäntjänstgöring bör utredas ytterligare.

En stor majoritet av remissinstanserna tillstyrker förslaget att blockförordnanden så långt som möjligt bör tillämpas vid allmäntjänstgöring och fortsatt vidareutbildning. Ett par huvudmän redovisar positiva erfarenheter av sådana förordnanden, men ett par andra påpekar att förordnandena också kan medföra organisatoriska svårigheter och ökade kostnader.

Socialstyrelsens förslag i fråga om förordnandetider har av de flesta remissinstanser lämnats utan erinran. Några remissinstanser gör dock invändningar i fråga om förordnandetiderna för fortsatt vidareutbildning. *Svenska läkaresällskapet* anser sålunda att förordnanden för fortsatt vidareutbildning måste meddelas för betydligt längre tid än som motsvarar minimikraven, för att en icke önskvärd stelhet i systemet skall kunna undvikas.

Lunds universitets medicinska fakultet framhåller att förslaget till förordnandetider för de två typerna av underläkare under utbildning och förslaget att fortsatt vidareutbildning i allmänhet endast skall avse en specialitet (med undantag endast av typen allmänkirurgi plus en kirurgisk grenspecialitet) ur utbildningssynpunkt medför synnerligen svåra konsekvenser vad beträffar möjlighet att bygga på de av Kungl. Maj:t fastställda fordringarna för specialitet. Förslaget innebär nämligen att dessa minimifordringar också blir maximifordringar, en vid internationell jämförelse absurd bestämmelse. Ur fakultetens synpunkt medför de av utredningen föreslagna restriktionerna vad beträffar utbildningsgångar att läkarutbildningen låses fast i ramar som snabbt kan föråldras. Förslaget innebär i praktiken förbud för enskilda läkare att under sin utbildning pröva andra lämpliga utbildningsgångar. Ändå är dagens differentierade medicin resultatet av att enskilda unga läkare satsat på områden som anestesi, bakteriologi etc.

Sveriges läkarförbund förklarar, att det bör stå öppet för läkare likaväl som för andra att skola om sig och byta karriär utan särskilt tillstånd ifall det finns tjänster öppna för ansökan.

I fråga om tillsättningen av tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning framhåller ett par remissinstanser att tillsättningen av överläkar- och avdelningsläkartjänster bör kunna förenklas ytterligare. *Hovrätten över Skåne och Blekinge* ifrågasätter om det inte går att finna ett lämpligare tillsättningsförfarande än det föreslagna beträffande överläkartjänsterna.

De flesta remissinstanserna lämnar förslaget om inrättande av särskilda regionala förslagsnämnder utan erinran. *Hovrätten över Skåne och Blekinge* ifrågasätter dock om särskilda nämnder skall inrättas för en så begränsad uppgift som den föreslagna.

Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott och *Västerhottens*

läns landstings förvaltningsutskott ifrågasätter om inte ett helt fritt tillsättningsförfarande kan införas.

Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott anser att tillsättningsärendena kommer att fördröjas om utredningens förslag om särskilda förslagsnämnder genomförs och föreslår därför att socialstyrelsen får successivt kompetensförklara läkare till olika tjänstetyper. Sjukvårdsstyrelsen kan sedan själv utse innehavare till tjänster, varvid valet sker bland samtliga sökande som är kompetenta att inneha aktuell befattning. En sådan ordning tillgodoser såväl huvudmännens önskemål om valfrihet som patienternas krav på att berörda läkare är kompetenta ur medicinsk synpunkt.

Karolinska institutet kan inte biträda förslaget i fråga om tillsättning av överläkartjänsterna framför allt därför att behovet av speciella sakkunniga, som garanterar en för hela riket likvärdig bedömning, inte tillgodosetts. Liknande synpunkter förs också fram av *Svenska läkaresällskapet*.

Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och flertalet huvudmän anser att sakkunnigförfarandet för avdelningsläkartjänsterna bör ses över.

Sveriges läkarförbund framhåller att sakkunnig skall höras i alla fall där berörd specialitet eller berört vårdområde, t. ex. den öppna primärvården, inte är representerad i förslagsnämnden.

Sveriges läkarförbund och *Svenska läkaresällskapet* anser, att klinikchef alltid skall få tillfälle att yttra sig vid tjänstetillsättning inom hans specialitet inom sjukvårdsområdet. De förordar också att förslagen till överläkar- och avdelningsläkartjänster graderas.

SACO framhåller att läkartjänsterna inte bör knytas till sjukvårdsområdet eftersom det skulle medföra att en tillfredsställande anställningstrygghet inte uppnås.

Flertalet remissinstanser tillstyrker socialstyrelsens förslag om begränsning av huvudmannens valrätt till de fyra på förslag upptagna sökandena till överläkar- och avdelningsläkartjänst eller lämnar förslaget utan erinran. *Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet* och *nästan alla sjukvårdshuvudmän* anser emellertid att huvudmännen vid utnämningen inte bör vara bundna till de fyra som förts upp på förslag utan att huvudmännen i princip skall kunna välja fritt bland samtliga behöriga sökande och att denna valrätt under alla förhållanden bör gälla för överläkare och avdelningsläkare oberoende av om det är fråga om öppen eller sluten vård.

Länsstyrelsen i Malmöhus län ifrågasätter om inte för enhetlighetens skull talan mot de regionala förslagsnämndernas beslut skall föras i den ordning som gäller för förvaltningsbesvär även när det gäller avdelningsläkartjänster.

4.2.2 Den decentraliserade öppna vården

De flesta av remissinstanserna är positiva till huvudlinjerna i utredningsmannens förslag. Förslagen anses främja en nödvändig utbyggnad av den öppna vården och större likställdhet och samordning mellan denna vårdform och den slutna sjukhusvården. Denna uppfattning förs fram främst av *socialstyrelsen*, *Svenska kommunförbundet*, *Svenska landstingsförbundet* och *sjukvårdshuvudmännen*. Läkarnas organisationer är däremot kritiska framför allt till förslagen om tjänsteorganisation inom den öppna vården.

Socialstyrelsen pekar på den slutna vårdens dominerande ställning i förhållande till den öppna vården. Utvecklingen har lett till en inte önskvärd belastning på den sjukhusanknutna vården. Härtill har bidragit medicinskt-tekniska framsteg, ökade möjligheter för vidareutbildning och ökad efterfrågan på specialistvård. Den slutna vården har byggts ut kraftigt medan utbyggnaden av den öppna vården fram till senare tid varit mer begränsad. Styrelsen erinrar om att dess principprogram för den öppna vården syftar till att bryta denna utveckling. Styrelsen anser att utredningsmannens förslag är av stor betydelse för den öppna vårdens framtida organisation. Förslagen utgår från synpunkterna i styrelsens principprogram för öppen vård. Enligt styrelsens mening har utredningsmannen med logisk skärpa och stor följsamhet utvecklat dessa principer och lagt fram förslag som syftar till att vidga möjligheterna för en ökad integration av öppen och sluten vård och skapa bättre balans mellan de båda vårdformerna. Styrelsen framhåller att det är synnerligen viktigt att i det fortsatta utvecklingsarbetet höja den öppna vårdens kvalitet och rationellt ta till vara dess tekniska och personella resurser. Slutmålet bör vara att den öppna vården får en med den slutna vården likvärdig ställning. Utredningsmannens förslag stämmer i huvudsak med *socialstyrelsens* syn på hur den öppna vården i framtiden bör vara organiserad.

Svenska landstingsförbundet erinrar om att förbundet och huvudmännen är positiva till huvuddragen i *socialstyrelsens* principprogram för den öppna vården. Förbundet och huvudmännen har dock inte tagit ställning till de förslag som kan komma från pågående utredningar om den öppna vårdens utformning och dimensionering. Detta gäller också formerna för den s. k. nivåstruktureringen av sjukvården. Förbundet framhåller att den decentralisering och utbyggnad av den öppna vården som blir möjlig genom ökad läkartillgång kan förverkligas först i den takt huvudmännen finner det sjukvårdsmässigt och ekonomiskt motiverat. Samma uppfattning har *Svenska kommunförbundet* och *förvaltningsutskotten i ett stort antal landsting*.

Försäkringskassförbundet pekar på att en ökad organisatorisk samordning mellan öppen och sluten vård, bättre balans mellan läkartillgången för de båda vårdformerna och förbättring av allmänläkarnas arbetsförhållanden bör vara till gagn inte minst för socialförsäkringen.

SACO anser att det är en allvarlig brist att utredningsmannen inte övervägt de privatpraktiserande läkarnas nuvarande och framtida insatser

i den öppna vården. Man borde ha undersökt i vilka avseenden samarbetet mellan den offentliga och privata sektorn skall kunna förbättras för att göra det möjligt att utnyttja tillgängliga resurser effektivt och samhällsekonomiskt. Utredningsmannen kan inte ha undgått att observera den effektivisering av den öppna vården i privat regi som skett t. ex. genom tillkomsten av de s. k. läkarhusen. Enligt SACO:s mening bör man inte utgå från att all framtida utbyggnad av den öppna vården utanför sjukhus måste ske i samhällets regi. SACO framhåller vidare att en reformering av den öppna vårdens organisation måste ske så att patienterna erbjuds ett fullgott omhändertagande till så låg kostnad som möjligt samt verka rekryteringsfrämjande bland läkarna. Enligt SACO:s mening leder utredningsmannens förslag inte till att dessa syften uppnås. Liknande synpunkter anför *Sveriges läkarförbund*.

Utredningsmannens förslag att ta bort de nuvarande bestämmelserna i sjukvårdslagstiftningen om provinsialläkare och läkardistrikt tillstyrks av remissinstanserna. Bl. a. *Svenska landstingsförbundet* hälsar med tillfredsställelse att varje huvudman får frihet att inom en allmän ram i lagstiftningen organisera vården på det sätt som bäst svarar mot befolkningens behov och lokala förutsättningar. Förbundet anser det värdefullt om läkartjänsterna anknyts till sjukvårdsområdet och inte till visst sjukhus eller viss vårdinrättning, som utredningsmannen föreslår. Härigenom skulle möjligheterna att förflytta läkare till andra tjänster om organisatoriska skäl föreligger främjas. Förbundet framhåller att det ser de framlagda förslagen som allmänna ramar, inom vilka de olika huvudmännen bör ges möjlighet att utforma verksamheten utan alltför långtgående central detaljreglering.

SACO anser att den öppna vårdens samarbete med sjukhusen bör byggas ut. Detta bör ske genom samarbete och inte genom att den öppna vården underordnas den slutna vården på sätt utredningsmannen föreslår.

Sveriges läkarförbund anser det olyckligt om öppen vård utanför sjukhus betraktas som en del av motsvarande sjukhusdisciplins verksamhet men med annan lokalisering. Öppenvårdsläkarnas verksamhet skiljer sig från sjukhusläkarnas både i fråga om det medicinska innehållet och arbetsformerna. Skillnaderna är uttryck för värdefulla särarter som bör tas till vara, utvecklas och understödjas. En organisatorisk integrering skulle få motsatt effekt. I en inskränkt teknisk-medicinsk bemärkelse blir den öppna vårdens kvalitet varken högre eller lägre genom att underordnas sjukhusen. Sjukhusöverläkarens övervakningsmöjligheter är i praktiken obetydliga.

Utredningsmannens förslag om en gemensam tjänstestruktur för slutna och öppna vård godtas i princip av *socialstyrelsen*, *Svenska landstingsförbundet*, *Svenska kommunförbundet* och *förvaltningsutskotten i de flesta landsting*. Flera av dessa remissinstanser har dock annan uppfattning än utredningsmannen i fråga om tjänsternas benämning och innehåll. *Sveriges läkarförbund* och SACO avstyrker förslaget. Även *länsstyrelsen i Jönköpings län* och ett par huvudmän intar en kritisk hållning.

Utredningsmannens förslag att huvudmännen skall få tillsätta tjänst med behörig sökande även om denne inte förts upp på förslag har föranlett delade meningar under remissbehandlingen.

Förslaget tillstyrks av *Svenska landstingsförbundet*, *Svenska kommunförbundet* och *förvaltningsutskotten i de flesta landstingen*. Förslaget avstyrks av bl. a. *socialstyrelsen* och *några huvudmän samt läkarnas organisationer*. *Socialstyrelsen* anser det ur principiell synpunkt olyckligt om ordningen för tillsättning av läkartjänster inom den öppna vården skulle avvika från det som tillämpas inom den slutna vården. Enligt styrelsens mening finns det inte några skäl att medge huvudmännen en valrätt som sträcker sig utöver sökande som uppförts på förslag. Samma uppfattning har *Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott* och *länsstyrelsen i Norrbottens län*. Länsstyrelsen befarar att den föreslagna tillsättningsordningen skulle göra läkartjänsterna i Norrbotten mindre attraktiva. Möjligheterna att vinna transport till tjänst i annat sjukvårdsområde skulle minska om huvudmannen vid tillsättning av tjänst kunde välja sökande utanför förslaget.

Utredningsmannens förslag att sjukvårdsstyrelsen skulle få utse en läkare med huvudsaklig verksamhet inom den öppna vården utanför sjukhus att delta i styrelsens sammanträden i stället för som nu en provinsialläkare eller stadsdistriktsläkare har mött invändningar endast från *Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott*. Förvaltningsutskottet anser att det inte finns anledning att på detta sätt dra en gräns mellan öppen och slutna sjukvård.

4.3 Tjänsteläkarbegreppet

Utredningsmannens förslag att aveckla tjänsteläkarbegreppet tillstyrks i princip eller lämnas utan erinran av samtliga remissinstanser.

Konsekvenserna av utredningsmannens förslag har väckt särskilt intresse såvitt avser tjänsteläkarnas funktioner enligt smittskyddslagstiftningen. Hans förslag att dessa funktioner skall föras över på särskilda smittskyddsläkare har lämnats utan erinran av bl. a. *Svenska landstingsförbundet*, *Svenska kommunförbundet* och *förvaltningsutskotten i flertalet landsting*.

Socialstyrelsen däremot ifrågasätter om det är nödvändigt med en särskild tjänstekategori för smittskyddsarbetet. En sådan organisation förefaller överdimensionerad och otymplig. Styrelsen anser att det bör tillkomma den läkare som har hand om det aktuella fallet att själv göra föreskriven anmälan m. m. Beredskapen i smittskyddsfall bör ordnas så att hushållsföreståndare skall vara skyldig att anmäla inträffade sjukdomsfall hos närmaste offentliga mottagning för allmän praktik. Åtgärder mot smittspridning bör på det regionala planet ledas av länsläkarorganisationen under förutsättning att denna får behövliga resurser. Styrelsen anser att det behövs en läkare som på kommunal nivå kan medicinskt bedöma och urskilja smittbärare, bedriva uppspårande verksamhet m. m.

Nämnda åliggande måste betraktas som en tilläggsfunktion till annan läkartjänst. Dessa läkare bör utses av sjukvårdshuvudmannen i samråd med länsläkaren. Beteckningen smittskyddsläkare bör inte tas upp i lagstiftningen. Även *Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott* avstyrker förslaget och anför i huvudsak liknande synpunkter som socialstyrelsen.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott anser det tveksamt om smittskyddsarbetet kommer att fungera tillfredsställande om förslaget genomförs. Det bör enligt utskottet övervägas om inte smittskyddsarbetet i kommuner utan stadsläkare bör läggas på länsläkarorganisationen.

Länsstyrelsen i Norrbottens län anser att allmänläkarnas utbildning inte motsvarar de höga krav som måste ställas på smittskyddsläkarna. Dessa krav fylls däremot av läkare vid infektionsklinikerna. Enligt länsstyrelsens mening medför det inga uppenbara olägenheter om en läkare utses till smittskyddsläkare för hela sjukvårdsområdet.

Enligt *Sveriges läkarförbunds* mening är den föreslagna fördelningen av arbetsuppgifter mellan smittskyddsläkarna och länsläkarorganisationerna inte den bästa. De omgivningshygieniska problemen i primärkommunerna är mycket skiftande. Vissa har av historiska och andra skäl skötts och bevakats av läkare trots att tekniskt utbildad personal är mer lämpad för uppgiften. På många håll har sådan personal också övertagit den.

Enligt *statens bakteriologiska laboratorium* bör det undvikas att i ett sammanhang från tjänsteläkarna lyfta av alla åligganden enligt smittskyddslagstiftningen. Laboratoriet befarar att den lokala handläggningen av hälsovårdsfrågor kan försämrats om dessa överförs på en för flera kommuner gemensam smittskyddsläkare. En sådan kan knappast handlägga alla de frågor som nu handläggs av tjänsteläkare. Laboratoriet avstyrker förslaget i denna del. Samma uppfattning har *länsläkaren i Göteborgs och Bohus län* och *Svensk sjuksköterskeförening*.

Förslaget att smittskyddsläkaren skall överta tjänsteläkarens funktioner i hälsovårdsnämnden har också föranlett invändningar i flera yttranden.

Socialstyrelsen anser att smittskyddsläkaren inte kan fylla hälsovårdsnämndernas behov av läkarexpertis. Styrelsen erinrar om att hälsovårdsnämnderna numera har ett synnerligen omfattande verksamhetsområde med bl. a. omgivningshygien och miljövård. Det är därför nödvändigt att nämnderna tillförsäkras expertis som täcker deras samlade behov av medicinsk sakkunnighet. Hälsovårdsnämnden bör därför enligt styrelsens mening få rätt att själv tillkalla läkare vars medicinska sakkunskap den anser sig behöva. Kan nämnden inte själv skaffa lämpliga läkare som experter bör den kunna vända sig till länsläkaren eller sjukvårdsstyrelsen. Hälsovårdsnämnden bör ha tillgång till medicinskt sakkunniga som tillsammans kan avge behövliga fackmässiga synpunkter vid handläggningen av ärenden inom hälsovårdsnämndernas hela verksamhetsområde. I hälsovårdsstadgan bör tas in en bestämmelse om att läkare som utsetts till sakkunnig i hälsovårdsnämnd skall vara skyldig att på

nämndens kallelse delta i nämndens sammanträden. Sådana läkare bör också få rätt att delta i nämndens sammanträde när de önskar det. Även *Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott* och *Svenska hälsovårdstjänstemannaförbundet* anser det tveksamt om smittskyddsläkare kan fylla nämndens behov av medicinsk sakkunskap.

Riksförbundet för allmän hälsovård delar i princip utredningsmannens synpunkter på läkarnas medverkan i hälsovårdsarbetet. Förbundet framhåller dock att hälsovårdsnämndernas behov av medicinsk sakkunskap för den allmänhygieniska verksamheten är förhållandevis begränsad. Den kan därför tillgodoses av länsläkarorganisationen när det behövs.

Förslaget att läns hälsovårdskonsulenten skall få rätt att närvara vid hälsovårdsnämndens sammanträden tillstyrks eller lämnas utan erinran under remissbehandlingen.

Utredningsmannens förslag till ändring i nykterhetsvårdslagen tillstyrks av *socialstyrelsen* och *socialutredningen*.

4.4 Inrättande av läkartjänster

Ingen remissinstans motsätter sig fortsatt central reglering i fråga om fördelningen av läkartjänsterna. Flertalet remissinstanser har dock uttalat sig för en uppmjukning av bestämmelserna på så sätt att sjukvårdshuvudmännen får ökat inflytande över tilldelningen och tjänsternas placering i organisationen.

I flera tillstyrkande remissyttranden bl. a. från *Svenska landstingsförbundet*, *Svenska kommunförbundet* och *åtskilliga landsting* betonas starkt att tillståndstvånget för rätt att inrätta läkartjänster bör avvecklas så snart arbetsmarknadssituationen för läkare förbättras. Dessa remissinstanser ser den nuvarande centrala tilldelningen av läkartjänster som en övergångsordning, motiverad av den knappa tillgången på läkare. Även om läkartjänsterna tills vidare fördelas centralt kräver huvudmännen att få ett direkt inflytande över utformningen av de allmänna riktlinjerna för tilldelningssystemet så att detta bringas i överensstämmelse med de egna intentionerna för sjukvårdens utbyggnad. Vidare måste den enskilde huvudmannen efter tilldelningsbeslut själv få bestämma var i sjukvårdsorganisationen tjänst skall placeras. Tilldelningen bör således som utredningsmannen förordar avse sjukvårdsområdet. De anser också att en fastare styrning av läkartilldelningen till företagshälsovården är nödvändig för att motverka negativa återverkningar för andra viktiga vårdsektorer.

Sveriges läkarförbund anser att den nuvarande ordningen för tjänstetilldelning har medfört att tjänsteantalet vid den enskilda kliniken stämmer mycket dåligt överens med behov av läkararbetskraft och faktiskt utfört arbete. Fördelningen på olika slags tjänster är likaså i flertalet fall helt inadekvat. Gällande regler måste ändras så att socialstyrelsen endast fördelar läkarkvoten regionalt och att inrättandet av tjänster för färdigutbildade läkare läggs hos vederbörande sjukvårdshuvudman.

Länsstyrelsen i Jönköpings län för fram tanken att tjänstetilldelningen

skulle kunna styras med mer generella metoder genom att socialstyrelsen granskar de planer för organisationen av den öppna vården som sjukvårdsstyrelserna skall upprätta. Inrättande av tjänster som an knyter till planen skulle därvid inte kräva särskilt godkännande.

Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och de flesta huvudmännen framhåller att principen att vidareutbildningen och den därmed sammanhängande läkartilldelningen skall utgöra ett styrinstrument för den allmänna sjukvårdsplaneringen i sig kan rymma möjligheter till ingrepp i sjukvårdshuvudmännens kommunala självbestämmanderätt. Tillämpningen förutsätter därför ett intimt samråd mellan socialstyrelsen och sjukvårdshuvudmännen. Huvudmännens medverkan vid fullgörandet av utbildningsprogrammet förutsätter att detta fortlöpande anpassas efter sjukvårdens förväntade behov och de ekonomiska möjligheter som kan beräknas finnas för att tillgodose detta. Det är av stor vikt att man utan detaljreglering kan få till stånd ett smidigt system för utbytbart mellan avdelningsläkar- och underläkartjänster för att därmed skapa möjlighet till en vid olika tidpunkter rätt avvägd fördelning mellan färdigutbildade läkare och läkare under vidareutbildning. Som huvudansvarig för den totala sjukvårdande verksamheten i landet måste landstingen och de landstingsfria kommunerna ges möjlighet till ett reellt medinflytande i fråga om dimensioneringen av all läkarutbildning, inbegripet den utbildning som avses för bl. a. privatpraktiserande verksamhet, rättspsykiatri, skolhälsovård och företagshälsovård.

Universitetskanslersämbetet anser, att det inte bör vara uteslutet att tanken på en lagfäst skyldighet för sjukvårdshuvudmannen att öka antalet läkartjänster för utbildningsändamål ånyo aktualiseras om tillgången på sådana tjänster inte skulle motsvara förväntningarna.

Flera remissinstanser uttrycker oro för att tillräckligt med tjänster för allmäntjänstgöring inte kommer att finnas. *Sveriges läkarförbund* kräver att socialstyrelsen vidtar sådana åtgärder, att ett erforderligt antal - sjukvårdsmässigt motiverade - tjänster tillkommer eller att på annat sätt adekvata åtgärder vidtas framför allt med avseende på grundutbildningens dimensionering, så att inte läkare med läkarexamen nödgas lämna läkaryrket. Enligt förbundets mening måste dimensioneringen av utbildningstjänsterna styras centralt och avse hela landet. *Sveriges förenade studentkårer* kräver att ett erforderligt antal tjänster för allmäntjänstgöring inrättas.

Karolinska institutet framhåller, att socialstyrelsen inte har redovisat några analyser som belyser hur det tilltänkta utbildningssystemet kommer att påverka sjukvårdsarbetet vid berörda kliniker. Inom vissa smärre, högt specialiserade kliniker är behovet av specialtränad personal stort, men utbildningsbehovet förhållandevis litet. Inom många andra specialiteter däremot kommer nu till buds stående tjänster inte att tillgodose utbildningsbehovet. Detta beror inte blott på att tjänsterna är förhållandevis få utan också på att den kvalificerade insats, som f. n. utförs av specialistkompetenta läkare i underläkarställning, inte kan undvaras om sjukvården skall kunna bedrivas på tillfredsställande sätt. En

avsevärd del av den avancerade kirurgi, som bedrivs på kirurgklinikerna i landet, utförs t. ex. av äldre underläkare. Endast en begränsad del av de nuvarande underläkartjänsterna kan sålunda tas i anspråk för vidareutbildning. *Två universitet* anför liknande synpunkter.

Arbetsmarknadsstyrelsen anser att ett administrativt prövningsförfarande inför allmäntjänstgöringen för den enskilde läkaren innebär en osäkerhetsfaktor avseende tidpunkt och möjlighet att fullfölja utbildningen. Då behörighet att vara yrkesverksam som läkare är betingad av allmäntjänstgöring vill styrelsen starkt understryka betydelsen av att plats för allmäntjänstgöring ordnas i direkt anslutning till läkarexamen. Mot bakgrund av behovet av läkare i olika uppgifter i samhället framstår det som synnerligen angeläget att personer som under ca 5 1/2 år bedrivit studier snarast får möjlighet att göra en yrkesmässig insats. Socialstyrelsen skisserar ett system med sjukvårdshuvudmännen som huvudsakligen ansvariga för frågan om platstillgång och antagningsförfarande när det gäller allmäntjänstgöring. Förslaget synes administrativt krångligt.

Utredningsmannens förslag att kravet på socialstyrelsens tillstånd för inrättande av läkartjänster skall gälla alla läkartjänster inom landstingens och motsvarande kommuners hälso- och sjukvårdande verksamhet godtas eller lämnas utan erinran av alla remissinstanser. Förslaget att tillståndstvånget skall utsträckas att även omfatta inrättandet av läkartjänster för primärkommunala behov mottas också positivt. *Svenska kommunförbundet* avstyrker dock förslaget i denna del. *Socialstyrelsen* lämnar vissa uppgifter som enligt styrelsens mening belyser behovet av att tillståndstvånget för inrättande av läkartjänster utvidgas. Under åren 1969/71 inrättades inte mindre än 208 oreglerade specialistläkartjänster i öppen vård medan socialstyrelsen under samma tid medgav att 36 tjänster inrättades. Enligt styrelsens mening har den omständigheten att ett så stort antal tjänster kunnat inrättas utan styrelsens tillstånd sannolikt varit en av orsakerna till den brist på läkare som uppstått inom vissa delar av den slutna vården. *Svenska kommunförbundet* kan inte godta förslaget om tillståndskrav för läkartjänster hos primärkommunerna så länge sjukvårdshuvudmannen inte har ett klart uttalat ansvar att tillgodose primärkommunens läkarbehov. Enligt förbundets mening har primärkommunerna hittills i ringa omfattning utnyttjat sina möjligheter att själva inrätta läkartjänster. När tjänster inrättats har detta som regel föranletts av en påtvingad utveckling då läkarfrågan ej kunnat lösas på annat sätt.

I flera andra yttranden berörs frågan om primärkommunernas behov av läkararbetskraft. *Svenska landstingsförbundet* anser att sjukvårdshuvudmännen inom ramen för tillgängliga resurser även bör tillgodose primärkommunens behov av sådan arbetskraft. Det förutsätts därvid att detta förhållande beaktas vid tilldelning av läkartjänster. Samma uppfattning har *Svenska kommunförbundet*, *förvaltningsutskotten i flera landsting* och *Spri*. *Sveriges läkarförbund* tar bestämt avstånd från uthyrning av landstingens läkare till primärkommunala arbetsgivare. Enligt förbundets mening är det en form av arbetsmarknad som ingen arbetstagarorganisation kan acceptera.

Utredningsmannens förslag att socialstyrelsen bör överväga att genom generellt beslut medge att tidigare medgivna tjänster fritt får disponeras inom specialiteten vinner allmänt gillande av remissinstanserna. Det bör enligt deras mening utan olägenhet kunna uppdras åt sjukvårdshuvudmännen att i detta avseende själva bestämma över sina läkarresurser.

5 Departementschefen

5.1 Allmänna synpunkter

Under de senaste åren har den sjukvårdspolitiska målsättningen alltmer inriktats på att få till stånd en omstrukturering av sjukvården. Den mindre kostnadskrävande sjukvården vid läkarstationer och vårdcentraler har därvid ställts i förgrunden på ett helt annat sätt än tidigare. Detta framstår som nödvändigt inte minst på grund av sjukvårdens kostnadsutveckling och angelägenheten av ett riktigt resursutnyttjande. Olika åtgärder har vidtagits för att i första hand ställa de nya sjukvårdsresurserna till förfogande för den decentraliserade öppna sjukvården.

Bland de åtgärder som har vidtagits i detta syfte vill jag särskilt peka på den reformering av läkarutbildningen som beslutades vid 1969 års riksdag (prop. 1969:35). Den plan för fördelningen av våra ökande läkarresurser som har upprättats i anslutning till läkarutbildningsreformen innebär en stark prioritering av den öppna sjukvården utanför sjukhusen. Det nya sjukförsäkringssystemet för hela den offentliga öppna sjukvården är också av stor betydelse i detta sammanhang.

För att fullfölja det nya läkarutbildningssystemet krävs nu ställningstaganden till vissa betydelsefulla frågor om behörighetsreglerna för läkare och beträffande läkartjänsternas utformning, som behandlats i den av socialstyrelsen på Kungl. Maj:ts uppdrag verkställda utredningen (SOU 1971:68). Jag kommer i det följande att redovisa mina förslag i dessa frågor. I detta sammanhang tar jag också upp till behandling de förslag beträffande en fortsatt utbyggnad av den decentraliserade öppna sjukvården, som lagts fram av utredningsmannen för den öppna vården utanför sjukhus (Ds S 1971:3). Utredningsmannen föreslår dels en förstärkning av allmänläkarvården och dels en decentralisering av specialistvård så att denna i viss omfattning även blir tillgänglig ute i läkardistriktet. Dessa frågor är av stor betydelse för den framtida hälso- och sjukvårdens inriktning och utformning. Genom en utbyggnad av allmänläkarvården och specialistvården inom en decentraliserad öppen sjukvård kan skapas möjligheter för en bättre närhetsservice inom hälso- och sjukvården.

Den av sjukvårdshuvudmännen bedrivna öppna sjukvården finansieras till väsentlig del av ersättningar till huvudmännen från sjukförsäkringen efter den reformering av läkarvårdsersättningen som beslutades år 1969 (prop. 1969:125, 2LU 1969:80, rskr 1969:369). Det är givetvis nödvändigt att tid efter annan se över dessa ersättningsbelopp och de därtill knutna patientavgifterna, och bestämda krav på detta har förts fram av landstingen med hänsyn till sjukvårdens kostnadsutveckling. Nivån på läkarvårdsersättningen är också av stor betydelse för huvudmännens möjligheter att genomföra en önskvärd utbyggnad av den decentraliserade öppna sjukvården. Med hänsyn härtill har vid överläggningar mellan representanter för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen nåtts enighet om att en väsentlig höjning av den till sjukförsäkringen knutna läkarvårdsersättningen bör genomföras med verkan fr. o. m den 1 januari

1973. Jag kommer i det följande att närmare redovisa mina förslag med anledning av dessa överläggningar, som även gällt vissa andra finansieringsfrågor för hälso- och sjukvården.

5.2 Behörighetsregler för läkare

Grundtanken bakom prop. 1969:35 var att läkarnas vidareutbildning skulle inordnas i den allmänna sjukvårdsplaneringen. Det förutsattes att praktiskt taget alla läkare kommer att gå igenom vidareutbildningen. Grundutbildningen för läkare förkortades i det sammanhanget från sex och ett halvt år till fem och ett halvt år. Bl. a. utgick de s. k. assistenttjänstgöringarna på nio månader ur den nya grundutbildning som leder fram till läkarexamen. Sådan examen beräknas komma att avläggas första gången i början av år 1973.

Det ankommer på Kungl. Maj:t att besluta om omfattningen av och innehållet i läkarnas vidareutbildning. Jag fann emellertid anledning att i prop. 1969:35 närmare redogöra för min syn på denna fråga. Jag ansåg sålunda att vidareutbildningen borde ske genom tjänstgöring i underordnad ställning inom den offentliga sjukvården och inledas av en allmän utbildningsperiod, kallad allmäntjänstgöring. Denna borde omfatta 21 månader, varav sex månader inom ettvarvt av områdena medicin, kirurgi och öppen vård utanför sjukhus samt tre månader inom psykiatrisk vård. Vidareutbildningen borde därefter fortsätta enligt vissa i prop. 1969:35 redovisade förslag, som innebär tjänstgöring under i regel sammanlagt fyra till fem år. Läkarna skulle då också följa viss systematisk undervisning. Efter fullgjord vidareutbildning skulle läkarna erhålla bevis om specialistkompetens. Jag anslöt mig vidare i stort sett till ett framlagt förslag om att läkarna skulle få möjlighet att välja en särskild utbildning för allmänläkare. Denna utbildning borde omfatta omkring tre års tjänstgöring efter genomgången allmäntjänstgöring.

Enligt lagen om behörighet att utöva läkaryrket krävs i princip medicine licentiatexamen för legitimation som läkare. Redan den omständigheten att medicine licentiatexamen ersätts av läkarexamen föranleder att lagen måste ändras vid ingången av år 1973. Jag framhöll i prop. 1969:35 att jag avsåg att återkomma med preciserade förslag beträffande läkarlegitimation m. m. och vill därför till en början uppehålla mig vid dessa frågor.

Sedan den 1 juli 1969 gäller nya regler för förvärv av specialistkompetens. Liksom tidigare krävs därvid efter legitimation genomgång av vidareutbildning. Dessa nya regler, som avser endast dem som avlagt medicine licentiatexamen, innebär att vidareutbildningen inleds av allmäntjänstgöring som läkare under nio månader, varav tre månader i psykiatrisk vård och sex månader i öppen vård utanför sjukhus. Föreskrifterna om den fortsatta vidareutbildningen följer i övrigt i stort sett vad som redovisades i prop. 1969:35. Vidare har Kungl. Maj:t den 29 maj 1969 bemyndigat socialstyrelsen att i samråd med nämnden för

läkares vidareutbildning låta anordna en särskild utbildning för allmänläkare. Föreskrifterna härom ansluter till den uppfattning om utformningen av denna som jag gett till känna i nämnda proposition.

Lagen om behörighet att utöva läkaryrket skiljer mellan tre olika former av behörighet, nämligen permanent och oinskränkt behörighet -- i det följande benämnd allmän behörighet -- tillfällig behörighet eller s. k. förordnandebehörighet samt behörighet i begränsad utsträckning. I detta sammanhang är de båda första behörighetsformerna av intresse.

Allmän behörighet tillkommer den som är legitimerad som läkare. Som villkor för legitimation gäller f. n. som tidigare nämnts att läkaren inom riket avlagt medicine licentiatexamen. Även utomlands examinerad läkare har dock rätt att vinna legitimation om han genomgått av Kungl. Maj:t föreskriven efterutbildning. För båda kategorierna gäller att legitimation kan vägras om vissa särskilda omständigheter föreligger.

Förordnandebehörighet äger den som är förordnad att uppehålla statlig eller kommunal läkartjänst eller att tjänstgöra som extra läkare eller som amanuens vid klinik eller poliklinik, där medicinsk undervisning bedrivs.

Frågan är nu vid vilken tidpunkt allmän behörighet bör inträda för dem som utbildas enligt den nya ordningen. Den som avlägger medicine licentiatexamen och härigenom kan få allmän behörighet har fullgjort assistenttjänstgöring under nio månader. De som kommer att avlägga läkarexamen har inte haft sådan praktisk tjänstgöring. Socialstyrelsen föreslår, att allmän behörighet skall inträda först sedan vidareutbildningen fullgjorts. Detta skulle innebära att allmän behörighet erhålls först fem till sju år efter läkarexamen.

Jag vill här erinra om den överenskommelse som år 1965 träffades mellan Danmark, Finland, Norge och Sverige om gemensam arbetsmarknad för läkare. Överenskommelsen stadfäster som allmän princip att den läkare som i sitt hemland förvärvat obegränsad behörighet som läkare också skall ha rätt att få samma behörighet i de övriga nordiska länderna. Som villkor härför får enligt överenskommelsen krävas endast att läkaren inhämtat erforderliga kunskaper om landets medicinalförfattningar.

I Danmark och Norge, där krav på praktisk tjänstgöring motsvarande den nya svenska allmäntjänstgöringen gäller sedan lång tid tillbaka, förvärvat den som fullgjort sådan tjänstgöring full läkarbehörighet. Enligt 1965 års överenskommelse skall de ha rätt till samma behörighet i Sverige. Den av socialstyrelsen ifrågasatta skärpningen av behörighetskraven - som uppenbarligen måste gälla lika för alla här i landet verksamma läkare - kan därför inte genomföras utan en ändring av den nordiska överenskommelsen.

Med hänsyn till medicinens utveckling och till allmänhetens växande anspråk på kvalitet i läkarutövningen är det -- såsom socialstyrelsen anfört -- önskvärt med ökade krav för förvärv av allmän behörighet. Jag är emellertid mot bakgrund bl. a. av den nordiska överenskommelsen f. n. inte beredd att gå så långt som socialstyrelsen föreslår. Jag förordar i

stället att allmän behörighet erhålls efter fullgjord allmäntjänstgöring, vilket överensstämmer med motsvarande regler i de övriga nordiska länderna. För sådan behörighet kommer sålunda att krävas, utöver genomgången grundutbildning, även 21 månaders allmäntjänstgöring under yrkesmässigt ansvar. Vid mitt ställningstagande i denna fråga har jag förutsatt att läkarna därefter genom tjänstgöring i den offentliga sjukvården genomgående slutför sin påbörjade vidareutbildning till specialist eller allmänläkare. Skulle det visa sig att denna förutsättning inte uppfylls, kan det bli anledning att framdeles återkomma till frågan.

De som fullgör allmäntjänstgöring eller vikarierar på läkartjänst innan allmäntjänstgöringen är fullgjord har s. k. förordnandebehörighet. Någon ändring härutinnan hör enligt min mening inte göras.

Allmän behörighet erhålls sedan gammalt genom legitimation. Det är inte endast för läkare som detta gäller utan även för flera andra grupper av medicinalpersonal. Man kan säga att ordet "legitimerad" i vårt land vunnit hävd som beteckning för en yrkesutövare inom det medicinska området som har oinskränkt rätt att utöva yrket och som besitter den kompetens som samhället fordrar för ändamålet. Om en yrkesutövare kan beteckna sig som legitimerad innebär det för allmänhet och myndigheter en lättfattlig upplysning om att man har att göra med en av samhället godkänd yrkesman. A andra sidan är terminologins värde huvudsakligen begränsat till yrkesutövare vilka som egna företagare kommer i direkt kontakt med allmänheten. Beträffande den som är anställd i den samhällliga hälso- och sjukvården saknar det betydelse om han kan beteckna sig som legitimerad eller inte. I dessa fall erbjuder tjänstebeteckningen en tillräcklig upplysning. Även för den som uppträder som egen företagare gentemot allmänheten får legitimation i vissa fall anses överflödigt, nämligen om hans yrkesbeteckning är lagligen reserverad för de yrkesmän som godkänts av samhället. I 1960 års kvacksalverilag har införts förbud för lekmän att beteckna sig som läkare om de utövar verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. För läkare föreligger därför inte behov av legitimation för att de skall kunna markera skillnad mot sjukvårdsutövande lekmän.

Av vad jag nyss anfört framgår emellertid att det enligt den nya utbildningsordningen lika väl som enligt den äldre kommer att finnas läkare som inte har förvärvat allmän behörighet. Enligt min mening finns det därför praktiska skäl som talar för att behålla legitimationsordningen. Jag vill också erinra om att motsvarande ordning förekommer i de övriga nordiska länderna. Med hänsyn till vad sålunda anförts anser jag att förfarandet med legitimation av läkare bör behållas och att legitimation bör meddelas efter fullgjord allmäntjänstgöring.

I behörighetslagen finns bestämmelser om återkallande av legitimation. Däremot saknas regler om återkallande av förordnandebehörighet och begränsad behörighet. Frågan om behovet av sådana regler övervägdes vid tillkomsten av lagen. Vad angår behörighet på grund av förordnande utgick man från att de förordnanden som kom i fråga – i de flesta fall kortvariga vikariat – kunde bringas att upphöra om den

förordnade visade sig inte skickad att utöva läkaryrket. Med den nya utbildningsordningen har förhållandena i viss mån ändrats. Ordningen förutsätter ganska långa förordnanden före legitimationen, eftersom denna föregås av allmäntjänstgöring. I den mån det blir möjligt att ge s. k. blockförordnande för hela allmäntjänstgöringen, kommer förordnandet att kunna avse 21 månader. Mot den bakgrunden finner jag det lämpligt att samma regler som gäller i fråga om återkallande av legitimation införs också för återkallande av behörighet på grund av förordnande. Detta är angeläget även från den synpunkten att det inte får råda tvivel om att samma allmänna krav som lagen ställer på den legitimerade gäller för den som utan att ha nått sådan kompetens är förordnad på läkartjänst.

Legitimation kan meddelas på nytt när de omständigheter som föranlett att legitimationen återkallats inte längre föreligger. Detsamma bör i princip gälla även vid återkallande av de båda andra behörighetsformerna. Då behörighet på grund av förordnande har återkallats kan behörigheten inte återges vid en senare omprövning om det förordnande som grundlade behörigheten då utlöpt. I administrativ ordning bör därför meddelas föreskrift om att den som fått förordnandebehörighet återkallad inte får förordnas på ny läkartjänst utan att socialstyrelsen funnit att sådana omständigheter som kan föranleda återkallande av behörighet inte längre föreligger.

Socialstyrelsen har uppmärksammat frågan om läkare som nått viss ålder borde underkastas förnyad kompetensprövning för rätt att fortsättningsvis utöva läkaryrket. Socialstyrelsen framhåller att en läkare kan berövas sin behörighet eller få den inskränkt genom beslut i administrativ ordning, varför någon ytterligare författningsbestämmelse inte behövs för att man skall komma till rätta med eventuella missförhållanden. För egen del anser jag att erforderliga förbättringar bör kunna åstadkommas inom ramen för gällande bestämmelser. Enligt 6 § läkarinstruktionen har länsläkarna tillsyn över bl. a. de privatpraktiserande läkarnas verksamhet. Socialstyrelsen har vidare förklarat sig vara beredd att gå ut med direktiv till länsläkarna om en utvidgad inspektionsverksamhet. Härigenom skulle förutsättningarna förbättras att i tid få kännedom om behovet av åtgärder i sådana fall då äldre läkare, som fortsätter sin yrkesverksamhet, inte längre förmår att på ett tillfredsställande sätt utöva sitt yrke.

I 10 § behörighetslagen föreskrivs nu att läkare, som inte äger särskild skicklighet och erfarenhet inom viss gren av läkarvetenskapen, inte får för allmänheten tillkännage att han är specialist inom den grenen av läkarvetenskapen eller eljest äger särskild kunnighet däri. Kungl. Maj:t eller efter Kungl. Maj:ts bemyndigande socialstyrelsen fastställer villkoren för rätt att tillkännage specialitet. Socialstyrelsen har föreslagit, att bestämningen "viss gren av läkarvetenskapen" byts ut mot uttrycket "visst medicinskt verksamhetsområde" och att i anslutning härtill beteckningen "specialist" skall utgå ur lagstiftningen. Syftet härmed är att allmänläkarkompetens skulle i formellt hänseende kunna likställas med de egentliga specialiteterna. Förslaget har väckt stark kritik från läkarhåll. Det har därvid framhållits att specialitetsbegreppet inom

medicinen har internationell giltighet. Jag anser inte att övertygande argument framförts för att avskaffa specialistbeteckningen och föreslår därför inte någon ändring i behörighetslagen i detta avseende.

5.3 Läkartjänsternas utformning m. m.

Jag övergår här efter till frågan om de ändringar i sjukvårdslagstiftningen som den nya ordningen för läkares vidareutbildning aktualiserar. Därvid begränsar jag mig till en början till läkartjänsterna inom den slutna vården för att senare återkomma till den öppna vården.

5.3.1 Sjukvården vid sjukhus

Socialstyrelsen har i sin utredning föreslagit tre läkartjänstekategorier, nämligen underläkartjänster för läkare under vidareutbildning, avdelningsläkartjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning med eller utan tillagda överläkaruppgifter samt överläkartjänster. Styrelsens förslag innebär att man i realiteten får fem olika slag av läkare, nämligen 1) underläkare under allmäntjänstgöring, 2) underläkare under fortsatt vidareutbildning, 3) avdelningsläkare i medicinskt underordnad ställning, 4) avdelningsläkare med tillagda överläkaruppgifter samt 5) överläkare.

I förhållande till vad som nu gäller enligt sjukvårdslagen innebär förslaget att läkarna under allmäntjänstgöring får bilda en särskild kategori inom underläkarkåren. Läkarna inom kategori 3 kallas nu underläkare men får enligt förslaget benämningen avdelningsläkare. Kategori 4 motsvarar de biträdande överläkarna. Denna tjänstetyp föreslås upphöra och ersättas av avdelningsläkare som av huvudmannen erhållit särskilt uppdrag att fullgöra överläkaruppgifter. Kategorierna 2 och 5 finns redan i dag. För dessa innebär socialstyrelsens förslag inte någon ändrad tjänstekonstruktion.

Enligt gällande lagstiftning har alla läkare i underordnad ställning samma benämning, nämligen underläkare. Som socialstyrelsen framhållit omfattar f. n. begreppet underläkare en mycket bred kategori läkare. Det omfattar såväl läkare som tjänstgör på tidsbegränsade förordnanden under vidareutbildning som specialistkompetenta läkare med omfattande sjukvårdserfarenhet. Till den första gruppen kan hänföras läkarna i kategorierna 1 och 2 och till den senare gruppen läkarna i kategori 3. Jag delar socialstyrelsens uppfattning att det finns skäl att genom olika tjänstebenämningar skilja de båda grupperna från varandra.

Som styrelsen föreslagit bör läkarna i kategorierna 1 och 2 benämnas underläkare och läkarna i kategori 3 avdelningsläkare.

Vad här efter angår läkarna i kategori 4 så skall enligt socialstyrelsens förslag den ställning för läkarna som här avses förvärvas genom att sjukvårdsstyrelsen uppdrar åt en avdelningsläkare att fullgöra vissa överläkarfunktioner. Enligt min mening bör det alltså finnas särskilda tjänster för läkare inom denna kategori. Tjänsteställningen är normalt den första i medicinskt självständig ställning som en läkare får. I princip bör tjänsterna tillsättas efter ledigförklarande och i konkurrens med

andra sökande. I motsatt fall skulle rekryteringen komma att begränsas till läkare inom den egna kliniken eller avdelningen, vilket måste vara en inte önskvärd utveckling. På huvudmannahåll har man också utgått från att ledigförklarande skall kunna ske. Benämningen biträdande överläkare ger på ett riktigt sätt uttryck för den funktion som läkaren har. Jag förordar att kategorin biträdande överläkare utan ändring behålls i lagstiftningen.

Någon ändring av tjänstekonstruktionen i fråga om överläkartjänsterna har inte ifrågasatts.

Jag kommer så till frågan om läkartjänsternas tillsättning och vad därmed sammanhänger. Socialstyrelsens förslag innebär att underläkare för allmäntjänstgöring tillsätts av sjukvårdsstyrelsen eller efter dess bemyndigande av direktionen. Skyldighet att höra sakkunniga över sökandena föreslås inte. Bestämmelser om förordnandenas längd bör enligt socialstyrelsen inte tas in i lagen. I stället bör Kungl. Maj:t bemyndigas att besluta härom med rätt att delegera befogenheten till underordnad myndighet. För tillsättning av underläkare för fortsatt vidareutbildning föreslås samma ordning. Jämfört med gällande bestämmelser innebär detta bl. a. att skyldigheten att höra sakkunniga faller bort.

Sveriges förenade studentkårer har vid remissbehandlingen gjort invändningar mot socialstyrelsens förslag beträffande tillsättningen av tjänsterna för allmäntjänstgöring och bl. a. krävt att dessa tjänster skall fördelas centralt. Enligt min mening föreligger emellertid inte tillräckliga skäl för att gå ifrån arbetsmarknadsmässiga principer vid tillsättningen av dessa tjänster. Jag biträder därför styrelsens förslag. Tjänsterna för läkare under vidareutbildning bör därvid av praktiska skäl kunna anknytas till sjukvårdsområdet och inte till viss vårdinrättning.

Det är givetvis väsentligt för vidareutbildningen att erforderlig genomströmning kommer till stånd på de tjänster som är avsedda för denna. Det måste därför meddelas bestämmelser som hindrar att tjänster -- till förfång för dem som söker vidareutbildning -- uppehålls av personer som redan fullgjort sin utbildning. Socialstyrelsen har dragit upp riktlinjer för förordnandenas längd i olika fall och jag har i huvudsak inte något att erinra mot dessa. Omprövning och justering av riktlinjerna bör dock ske allt eftersom erfarenheter vinnas.

Socialstyrelsen föreslår att tillsättning av avdelningsläkare skall ske efter i allt väsentligt samma regler som nu gäller för underläkare och biträdande överläkare. Detta förutsätter förslag av de s. k. länsakkunniga, hörande av vederbörande överläkare och tillsättning av sjukvårdsstyrelsen eller efter dess bemyndigande av direktionen, varvid endast någon av de på förslaget uppförda sökandena får väljas. Den ändringen föreslås dock att sakkunnigförslaget skall uppta de fyra mest meriterade sökandena i stället för som nu de tre främsta. Förordnandena skall kunna ges tills vidare eller för viss tid. Jag ansluter mig till socialstyrelsens förslag. Den av socialstyrelsen föreslagna ordningen bör tillämpas även vid tillsättning av tjänster som biträdande överläkare.

Tjänsterna för överläkare tillsätts f. n. av sjukvårdsstyrelsen inom ramen för förslag som upprättas av socialstyrelsen. Socialstyrelsen föreslår att styrelsen skall befrias från skyldigheten att göra upp förslag och att denna uppgift i stället skall anförtros särskilda förslagsnämnder, som var och en skall bestå av fem ledamöter. Styrelsen föreslår en sådan nämnd för var och en av de sju sjukvårdsregionerna.

Enligt min mening är det angeläget att ordningen för tillsättningen av överläkare inte görs administrativt mer betungande än nödvändigt. Ett viktigt steg i riktning mot en förenkling och decentralisering av förfarandet togs år 1970 (prop. 1970:42, 2LU 1970:30, rskr 1970:153), då tillsättningen överflyttades från Kungl. Maj:t till sjukvårdsstyrelserna. För socialstyrelsen innebär dock tillsättningsförfarandet alltså en omfattande arbetsuppgift, eftersom styrelsen har att upprätta förslagen. Jag delar styrelsens uppfattning att en ytterligare decentralisering bör ske. Den meritvärdering som sker vid upprättandet av förslag kan inte anses så krävande att den nödvändigtvis måste handhas av den centrala medicinalmyndigheten. Decentraliseringen bör kunna genomföras utan att nya administrativa organ bildas. Därvid ligger det nära till hands att ta i anspråk de sakkunniga som redan finns för upprättande av förslag till läkartjänster. Jag syftar på de nyssnämnda länssakkunniga. De sakkunniga utgörs då det gäller tjänster för underläkare och biträdande överläkare inom den slutna vården av tre läkare, i regel överläkare. Detta förfarande har fungerat väl och förslagen har sällan givit anledning till klagomål. I enlighet med vad jag förordar i det föregående kommer de sakkunniga att bli befriade från att göra upp förslag till underläkartjänster. Kvar blir förslagen till tjänster för avdelningsläkare och biträdande överläkare. Det är naturligt att de sakkunniga ges i uppdrag att göra upp förslag även till överläkartjänster. Jag förordar att denna ordning genomförs. Det bör i sammanhanget beaktas att förslagen till överläkartjänster förenklats genom att någon inbördes värdering av meriterna för de fyra sökande som förs upp inte skall ske. Den här förordade lösningen erbjuder fördelar också därigenom att den inte splittrar uppgörandet av förslag för olika tjänster på skilda sakkunniga utan låter en och samma grupp inom varje sjukvårdsområde handha all meritprövning som kräver medicinsk sakkunskap. I vissa fall kan de sakkunniga behöva konsultera särskild expertis. Med sjukvårdsstyrelsens medgivande bör så kunna ske.

Under remissbehandlingen har olika meningar förts fram om förslagens betydelse för huvudmännens rätt att välja mellan de sökande. För de tjänster där sakkunnigförslag nu är föreskrivna är valrätten begränsad till dem som uppförts på förslag. Socialstyrelsen ifrågasätter ingen ändring i detta hänseende. För egen del vill jag lägga följande synpunkter på denna fråga.

Sjukvården bedrivs på olika vårdnivåer inom varje sjukvårdsområde. Man talar f. n. om fyra nivåer, nämligen primärvård i öppen vård samt vård vid normallasarett, centralallasarett och regionsjukhus. Vikten av en rationell nivåindelning har kommit att framstå allt tydligare. Varje nivå

ställer sina särskilda krav på de läkare som skall verka där. Vid bestämmande av behörighetskraven för olika läkartjänster har det dock inte ansetts kunna komma i fråga att föreskriva olika krav för varje vårdnivå. F. n. är därför behörighetskraven enhetliga för alla vårdnivåer inom den specialiserade sjukvården. Någon principiell ändring av detta har inte satts i fråga. Den meritbedömning som de sakkunniga har att göra beträffande sökandena till varje enskild tjänst får därför en särskild betydelse. Vid bedömningen kan och skall hänsyn tas till de särskilda krav som den aktuella tjänsten ställer. Förslagen utgör sålunda en viktig komplettering till behörighetskraven. Bl. a. med hänsyn härtill förordar jag att valrätten liksom hittills begränsas till dem som uppförts på förslag. Jag förutsätter att socialstyrelsen efter samråd med arbetsmarknadens parter lämnar vägledning för meritbedömningen med utgångspunkt i de riktlinjer som socialstyrelsen dragit upp i sin utredning.

Tjänst för överläkare, biträdande överläkare och avdelningsläkare bör liksom f. n. vid anställningstillfället knytas till visst sjukhus inom sjukvårdsområdet. I administrativ ordning bör dock ges bestämmelser som gör det möjligt att flytta sådan läkare till annan tjänst inom sjukvårdsområdet förutom av organisatoriska skäl även när andra särskilda omständigheter föreligger.

Om överprövning av sakkunnigas och myndigheters beslut i samband med tillsättning av läkartjänster gäller f. n. följande. Socialstyrelsens förslag till överläkartjänster överklagas till Kungl. Maj:t genom förvaltningsbesvär, medan sjukvårdsstyrelsens beslut att tillsätta sådan tjänst endast kan överklagas genom kommunalbesvär. För alla övriga läkartjänster gäller att tillsättningsbeslut kan överklagas till socialstyrelsen genom förvaltningsbesvär och från styrelsen till Kungl. Maj:t. Förslag av de länsakkunniga kan inte överklagas särskilt men kan överprövas i samband med klagan över det beslut, varigenom tjänsten tillsatts.

Socialstyrelsen har föreslagit att talan mot sjukvårdsstyrelsens — eller i förekommande fall — sjukhusdirektions beslut om tillsättning av läkartjänst i samtliga fall skall föras genom kommunalbesvär. Såvitt avser överläkartjänsterna har socialstyrelsen vidare föreslagit att förvaltningsbesvär skall få föras hos socialstyrelsen mot beslut varigenom sökande uppförts på förslag. Eftersom överprövningen av förslaget skall avse i första hand en medicinsk sakkunnigbedömning föreslår styrelsen att dess beslut i besvärärende inte skall kunna överklagas.

Jag ansluter mig till vad socialstyrelsen förordat. Genom att valrätten vid tillsättningen är begränsad till de sökande som förts upp på förslag bör förvaltningsbesvär t. v. få föras mot förslagen i samtliga fall då sådana upprättas, alltså även i fråga om tjänster för biträdande överläkare och avdelningsläkare samt i det följande berörda tjänster för distriktsläkare och biträdande distriktsläkare.

De läkartjänster som jag nu behandlat är i gällande lagstiftning avsedda för lasarett men kan efter socialstyrelsens medgivande inrättas även vid sjukhem. Socialstyrelsen föreslår att samma tjänster skall kunna inrättas även vid vårdinrättningar av annan karaktär. Detta innebär att de skulle

kunna komma i fråga också vid andra inrättningar inom den slutna vården – av sådana finns enligt sjukvårdslagen numera endast sjukstugor och förlossningshem – samt inom den öppna vården.

Till frågan om tjänstekonstruktionen inom den öppna vården återkommer jag i nästa avsnitt. Såvitt avser sjukstugor har jag inget att invända mot förslaget. Förlossningshemmen har successivt utgått ur sjukvårdsorganisationen. Det sista av dem lades ned förra året. Bestämmelserna om förlossningshem bör därför utgå ur lagstiftningen.

Sjukvårdslagen upptar särskilda benämningar på de läkare som ansvarar för sjukvården vid sjukstugor och sjukhem, nämligen sjukstuguläkare och sjukhemsläkare. Socialstyrelsen föreslår att dessa benämningar skall utgå. Jag kan dock inte dela socialstyrelsens uppfattning. Av författningstekniska skäl behövs dessa bestämmelser även i fortsättningen. De fyller också det praktiska behovet av en beteckning på den ansvarige läkaren i de fall överläkartjänst inte inrättats. Det bör nämnas, att sjukhemmen utgör den utan jämförelse största sjukhuskategorin i landet – den omfattar inemot 400 inrättningar. Endast vid en mycket ringa del av dessa har det varit aktuellt att inrätta överläkartjänster. Däremot biträder jag socialstyrelsens förslag att låta de särskilda föreskrifter som nu gäller om förfarandet vid tillsättning av tjänster som sjukstuguläkare och sjukhemsläkare vid sjukhem med flera än sextio vårdplatser utgå.

5.3.2 Den decentraliserade öppna sjukvården – allmänläkare och specialister

Samhällets sjukvårdsorganisation har traditionellt varit så uppbyggd att den sjukvård som lämnats utanför sjukhusen varit allmänläkarvård, vilken har meddelats av provinsialläkarna. Annan öppen vård, dvs. specialistvård, har som regel endast meddelats på sjukhusen av dess specialister. Nackdelarna med denna ordning har efter hand blivit alltmer framträdande. Bl. a. har den lett till en ständigt ökad belastning på sjukhusen, vilket också kan antas ha medfört att den slutna vården tagits i anspråk i alltför stor utsträckning. Belastningen på sjukhusen har ytterligare förstärkts genom att allmänläkarvården inte alltid svarat mot de behov som förelegat. För dem som inte varit bosatta i sjukhusens närhet har specialistvården samtidigt varit svårtillgänglig.

Som jag inledningsvis nämnt har den sjukvårdspolitiska målsättningen under de senaste åren alltmer inriktats på att prioritera en utbyggnad av den öppna sjukvården utanför sjukhusen. Planeringen har i allt högre grad tagit sikte på en utbyggnad av den mindre kostnadskrävande decentraliserade sjukvården vid läkarstationer och vårdcentraler utanför sjukhusen. Härvid har det varit av grundläggande betydelse att vi under 1960-talet har genomfört ett enhetligt huvudmannaskap för hela sjukvården. Genom olika åtgärder har det varit möjligt att under de senaste åren väsentligt minska de tidigare stora vakanserna på läkartjänsterna i den öppna sjukvården. Antalet provinsialläkartjänster har de senaste åren ökat med

över 20 %, och därutöver har under åren 1969--1971 inrättats över 300 nya specialistläkartjänster inom den öppna sjukvården utanför sjukhusen. Sammantaget har den öppna sjukvården utanför sjukhus under de senaste åren således tillförts mer än 500 nya läkartjänster.

När det nu gäller att få till stånd en fortsatt utbyggnad av den decentraliserade öppna sjukvården, är de förslag som lagts fram av utredningsmannen av stor betydelse. Förslagen syftar till att ge sjukvårdshuvudmännen ökade möjligheter att bygga ut den öppna sjukvården. För att nå detta mål anger utredningsmannen två parallella handlingslinjer, nämligen å ena sidan en förstärkning av allmänläkarvården och å andra sidan en decentralisering av specialistvården så att den i viss utsträckning blir tillgänglig även ute i läkardistriktet.

Dessa båda handlingslinjer bör enligt min mening vara riktgivande för en sjukvårdspolitik, vars målsättning är att skapa möjligheter till en bättre närhetsservice inom den öppna hälso- och sjukvården. För att understryka betydelsen av en närhetsservice i sjukvårdsorganisationen bör sjukvårdslagen enligt min mening även i fortsättningen innehålla bestämmelser om att sjukvårdsområdena skall vara indelade i läkardistrikt för den öppna sjukvården utanför sjukhus. Den lämpliga storleken på distriktet bör det liksom nu ankomma på huvudmannen att bestämma.

Den medicinska och tekniska utvecklingen har lett till en ökad koncentration av den slutna vården. Både kostnadsskäl och personella hänsyn omöjliggör att resurserna för den slutna vården fördelas på ett stort antal enheter inom varje sjukvårdsområde. De minsta sjukhusen har därför undan för undan måst disponeras om för annan verksamhet. Samtidigt har det blivit möjligt att på de större sjukhusen tillhandahålla en sjukvård som fyller höga krav på medicinsk standard. Med den utveckling som sålunda skett och alltjämt fortgår blir det enligt min mening så mycket angelägnare att öppen sjukvård kan beredas så nära de vårdbehövande som möjligt. Härigenom underlättas även samordningen mellan sjukvården och socialvården.

Den öppna vård jag härvid avser bör knytas till läkardistriktet i första hand som allmänläkarvård men även som specialistvård. Utbyggnaden av den öppna sjukvården i läkardistriktet förutsätter en betydande ökning framför allt av antalet allmänläkare. Om även sådan specialistvård som inte fordrar dyrbar utrustning eller alltför stort befolkningsunderlag knyts till läkardistriktet kommer patienterna att få bättre närhetsservice även i fråga om viss specialistvård.

För de färdigutbildade läkare som tjänstgör i läkardistriktet bör skapas en särskild tjänstebeteckning som markerar deras anknytning till distriktet. Detta bör gälla för såväl allmänläkare som specialister. Jag förordar att benämningen distriktsläkare införs för dessa läkare.

Sjukvårdslagen upptar nu för de landstingsanställda allmänläkarna tre tjänstetyper: provinsialläkare, biträdande provinsialläkare och extra provinsialläkare. För distriktsläkarna bör finnas motsvarande tre kategorier, nämligen distriktsläkare, biträdande distriktsläkare och extra distriktsläkare. Härutöver bör givetvis finnas underläkartjänster inom

distrikten med hänsyn till vidareutbildningens behov. I fortsättningen bör samma tjänstekategorier finnas även i Göteborg och Malmö. Benämningen stadsdistriktsläkare bör sålunda utgå.

Sjukvårdslagen upptar f. n. inte några särskilda läkartjänster för specialistvården i läkardistrikten. Huvudmännen har emellertid anställt sådana läkare som "specialistläkare i öppen vård". Efter 1970 års ändring i sjukvårdslagen kan de specialistläkare som tjänstgör ute i läkardistrikten anställas vid sjukhus och inordnas i den sjukhusklinik med vilken de specialitetsmässigt hör samman med tjänstgöringen helt eller delvis förlagd till ett läkardistrikt. Det bör emellertid skapas möjligheter för huvudmännen att på tjänster som regleras i sjukvårdslagen även anställa specialister för den öppna vården utan anknytning till sjukhus. För dessa specialistläkare bör gälla samma tjänstekategorier som för de i distrikten tjänstgörande allmänläkarna.

På administrativ väg har meddelats bestämmelser om att vården på sjukhus skall bedrivas på kliniker eller motsvarande. En för uppgiften lämplig läkare inom varje klinik skall utses till klinikchef med uppgift att leda, planera och samordna verksamheten inom kliniken. Bestämmelserna härom berör inte det medicinska ansvaret för de enskilda patienternas behandling. Klinikchefen skall bl. a. svara för att personal och utrustning utnyttjas effektivt, se till att givna direktiv och riktlinjer följs och föreslå åtgärder som behövs för att främja klinikens verksamhet och utveckling. Det erbjuder organisatoriska fördelar om distriktsläkarna på liknande sätt kan hållas samman och ledas av en chef med medicinsk utbildning. Det bör därför skapas möjlighet för huvudmännen att i administrativt hänseende föra samman distriktsläkarna inom ett sjukvårdsdistrikt eller annat lämpligt geografiskt område till en enhet och utse en läkare med klinikchefs uppgifter. Lämplig benämning på en sådan tjänsteman är enligt min mening distriktsöverläkare. Bestämmelser till stöd för en sådan ordning bör meddelas av Kungl. Maj:t.

I detta sammanhang vill jag erinra om att det blivit allt vanligare att ett akutsjukhus och den öppna vården inom dess upptagningsområde ställs under gemensam ledning av sjukhusets direktion, sjukhusdirektör och chefsläkare. Upptagningsområdet benämns då vanligen sjukvårdsdistrikt. Om sådan gemensam förvaltning ordnas, blir distriktsöverläkaren helt naturligt den som i första hand förmedlar kontakterna mellan distriktsläkarna och sjukhusläkarna. Över distriktsöverläkaren kan en chefsläkare komma att stå i de hänseenden som stadgas i sjukvårdslagen. Innehavaren av denna tjänst bör dock inte belastas med mera detaljbetonade uppgifter. En i detta sammanhang viktig uppgift för chefsläkaren är att verka för samordningen mellan öppen och sluten vård.

Det är självfallet angeläget att en specialist som anställs som distriktsläkare inte isoleras från motsvarande specialister på det sjukhus, inom vars upptagningsområde distriktsläkaren är verksam. Jag förutsätter att huvudmännen verkar för att erforderlig samverkan på lämpligt sätt kommer till stånd mellan specialiteternas företrädare på och utanför sjukhuset. Några författningsbestämmelser härom anser jag inte påkallade.

En ordning enligt de riktlinjer jag här angett bör vara ägnad att främja en fast organisation av distriktsläkarvården och förstärka integrationen mellan den öppna och den slutna vården.

För tillsättning av distriktsläkare bör i princip gälla samma förfarande som jag förordat beträffande överläkare. Utredningsmannen har föreslagit att huvudmännen vid tillsättning av allmänläkartjänst borde ha fri valrätt mellan de sökande som är behöriga till tjänsten oavsett om dessa kommit på förslag eller inte. Han framhåller att särskilda förhållanden kan råda på läkarstationer med flera allmänläkare och att detta gör att en sökandes lämplighet måste bedömas i förhållande till dem som han skall samverka med. Jag kan dock inte finna att tillräckliga skäl föreligger att för tjänsterna i den öppna vården i detta hänseende ha andra bestämmelser än för tjänsterna inom den slutna vården.

Biträdande distriktsläkare bör tillsättas i samma ordning som biträdande överläkare och avdelningsläkare.

Frågan om vilka utbildningskrav som bör ställas på en allmänläkare är av grundläggande betydelse då det gäller att genomföra en förstärkning av allmänläkarvården. Det ankommer på Kungl. Maj:t att fastställa kompetenskraven för olika tjänster. Eftersom utbildningskraven för allmänläkare tidigare varit föremål för riksdagens uppmärksamhet vill jag här dock något beröra frågan. Som jag tidigare nämnt har Kungl. Maj:t år 1969 fastställt en särskild utbildningslinje för allmänläkare. Denna omfattar – förutom fullgjord allmäntjänstgöring – tjänstgöring vid medicinsk klinik under ett och ett halvt år, vid psykiatrisk klinik under ett halvt år, i öppen vård utanför sjukhus eller vid socialmedicinsk institution under ett halvt år, vid barnmedicinsk klinik under tre månader och vid valfri klinik under tre månader. Under denna tjänstgöring skall läkaren delta i systematisk undervisning och genomgå kunskapsprov. I likhet med utredningsmannen anser jag att den särskilda utbildningen för allmänläkare nu bör i princip föreskrivas som behörighetskrav för tjänst som distriktsläkare för allmänläkarvård. De föreslagna behörighetsvillkoren kan inte träda i kraft omedelbart. Som utredningsmannen framhållit, är det dock av vikt att övergångstiden görs så kort som möjligt.

Utredningsmannens förslag i övrigt syftar till att undanröja sådana förhållanden som kan ha bidragit till svårigheterna att rekrytera provinsialläkartjänsterna. Av dessa förslag är dock endast ett av beskaffenhet att kräva åtgärder på lagstiftningsområdet, nämligen avskaffandet av tjänsteläkarbegreppet. Härtill återkommer jag senare. De övriga förslagen – bland dessa märks särskilt befrielse från jourtjänst för äldre läkare, allmänna lättnader i arbetsbördan genom att vissa uppgifter överflyttas på specialister, möjlighet till fördjupad utbildning eller övergång till annat medicinskt verksamhetsområde – kräver inte författningsreglering. Jag vill här endast framhålla att huvudmännen redan har sin uppmärksamhet riktad på dessa och andra åtgärder, som kan vara ägnade att leda till ökad likställdhet mellan allmänläkare och andra läkare.

5.4 Tjänsteläkarbegreppet

Provinsialläkare och stadsdistriktsläkare har sedan gammalt ställning som tjänsteläkare och som sådana är de skyldiga att vid sidan av sina allmänna läkaruppgifter utföra ett flertal särskilda uppgifter enligt olika författningar. Enligt utredningsmannen har detta bidragit till att göra dessa tjänster mindre eftertraktade och då de speciella uppgifterna enligt utredningsmannen ofta lika väl eller bättre kan utföras av andra läkare föreslår han att uppgifterna i möjligaste mån fördelas mellan alla läkare i offentlig tjänst och att begreppet tjänsteläkare utgår ur lagstiftningen.

Jag delar utredningsmannens uppfattning att de uppgifter som tjänsteläkarna har f. n. i möjligaste mån bör fördelas mellan alla läkare i offentlig tjänst. Begreppet tjänsteläkare bör också kunna utgå ur lagstiftningen. Beträffande vissa uppgifter föreligger dock skäl att t. v. låta distriktsläkarna ha ansvaret för uppgifterna. Detta gäller i första hand de nuvarande tjänsteläkarnas befattning med smittskyddsarbetet.

Jag övergår nu till att behandla de olika lagändringar som föranleds av att tjänsteläkarbegreppet avskaffas.

Under remissbehandlingen har ändringarna i smittskyddslagen tilldragit sig den största uppmärksamheten. Tjänsteläkarna har flera viktiga befogenheter och uppgifter då det gäller bekämpandet av de allmänfarliga sjukdomarna. Tjänsteläkaren skall sålunda bl. a. bestämma vilka åtgärder som skall vidtas för att förhindra spridning av smitta. Han har bl. a. befogenhet att besluta om intagning av smittbärare på sjukhus. I fråga om kommun med flera tjänsteläkare har i administrativ ordning bestämts vem av dem som skall fullgöra tjänsteläkaruppgifterna. Utredningsmannen föreslår att sjukvårdsstyrelsen för varje kommun utser en läkare, allmänläkare eller annan som bedöms särskilt lämplig, att vara smittskyddsläkare. Samma läkare bör kunna utses för flera kommuner, eventuellt för samtliga inom ett sjukvårdsdistrikt.

Förslaget har föranlett invändningar från några remissinstanser. Socialstyrelsen anser att det inte behövs några särskilda smittskyddsläkare utan att det bör ankomma på den behandlande läkaren att själv göra anmälan om smittskyddsfall, besluta om intagning på sjukhus m. m. Enligt styrelsen behövs dock en läkare för att inom kommunen svara för nödvändiga medicinska bedömningar och biträda hälsovårdsnämnden i smittskyddsarbetet. Statens bakteriologiska laboratorium motsätter sig utredningsmannens förslag. Enligt laboratoriets mening skulle ett genomförande av detta kunna leda till en försämring av den lokala handläggningen.

För egen del anser jag att en ändamålsenlig smittskyddsorganisation kräver att det inom varje kommun alltid finns en läkare som har ansvaret för de uppgifter som enligt smittskyddslagstiftningen nu åligger tjänsteläkaren. Av rättssäkerhetsskäl kan kretsen av läkare som har befogenhet att besluta om intagning på sjukhus inte vidgas till att avse fler läkare än som nu har sådan befogenhet. Jag anser att den bästa nu till buds stående

lösningen är att uppgifterna i fortsättningen läggs på distriktsläkarna. Finns i kommun flera distriktsläkare, bör i administrativ ordning bestämmas vem av dem smittskyddet skall åvila. Det är självfallet önskvärt att den för uppgiften lämpligaste distriktsläkaren därvid tas i anspråk. För det fall att lämpligare läkare än distriktsläkare står till förfogande i orten bör socialstyrelsen få rätt att förordna annan läkare att fullgöra dessa uppgifter. Det kan förutsättas att länsläkarna bevakar möjligheterna att få annan läkare förordnad.

Enligt hälsovårdsstadgan skall, i den mån läkare inte är ledamot i hälsovårdsnämnden, tjänsteläkaren närvara vid nämndens sammanträden om han inte är förhindrad av andra tjänsteåligganden. Utredningsmannen förordar att den av honom föreslagna smittskyddsläkaren får samma ställning som tjänsteläkaren har enligt gällande bestämmelser. Vidare föreslår han att länshälsovårdskonsulenten får närvarorätt vid nämndens sammanträden. Det sistnämnda förslaget har under remissbehandlingen vunnit allmän anslutning och jag biträder detsamma. Socialstyrelsen har framhållit att hälsovårdsnämnden numera har ett omfattande verksamhetsområde som innefattar bl. a. omgivningshygien och miljövård och att det är nödvändigt att nämnden tillförsäkras tillgång till erforderlig expertis. Nämnden bör därför enligt styrelsen få rätt att själv välja den läkare vars medicinska sakkunskap den behöver. För egen del vill jag erinra om att hälsovårdsnämnden enligt 10 § andra stycket hälsovårdsstadgan redan har rätt att tillkalla särskild sakkunnig att delta i nämndens överläggningar. Med hänsyn till vad jag tidigare anfört om den befattning som distriktsläkaren skall ha med ärenden enligt smittskyddslagen bör denne även i övrigt ersätta tjänsteläkaren vid nämndens sammanträden. För den händelse socialstyrelsen förordnat annan läkare bör den förordnade inträda i distriktsläkarens ställe även i förevarande sammanhang.

Vad jag i det föregående anfört om överförande av tjänsteläkares uppgifter enligt smittskyddslagstiftningen och hälsovårdsstadgan berör inte kommun med stadsläkare eller motsvarande läkare.

Enligt nykterhetsvårdslagen skall, om i nykterhetsnämnden inte finns ledamot som är läkare, tjänsteläkaren eller, i kommun med stadsläkare eller motsvarande läkare, denne närvara vid nämndens sammanträden i den mån han inte hindras av andra tjänsteåligganden. Utredningsmannen föreslår att denna bestämmelse ersätts av en bestämmelse som föreskriver endast att om behov av medicinsk sakkunskap ej är tillgodosett inom nämnden denna bör anlita biträde av person med sådan sakkunskap. Motsvarande bestämmelse finns redan i lagen om social centralnämnd. Jag biträder utredningsmannens förslag.

5.5 De statliga provinsialläkarna

När huvudmannaskapet för provinsialläkarväsendet under 1960-talet överfördes från staten till landstingen föredrog en del av de då verkamma provinsialläkarna att stå kvar under statligt huvudmannaskap.

För de provinsialläkare som stod kvar i den statliga organisationen har den vid övergången gällande statliga distriktsorganisationen måst behållas. Samtidigt har i landstingens regi skett en fortskridande satsning på en utbyggnad och omorganisation av den öppna vården med bl. a. tillskapande av nya och större distrikt försedda med flerläkarstationer. De kvarstående statliga provinsialläkardistrikten - deras antal har numera gått ned till fem - har alltmera kommit att framstå som öar i den nya öppenvårdsorganisationen. Beträffande fyra av de statliga distrikten har frågan om distriktsändring och integrering i landstingets organisation redan väckts.

De statliga provinsialläkarnas avlöningsförmåner regleras i ett Kungl. brev till socialstyrelsen den 11 februari 1966. Utöver fast lön enligt löneplan har de genom brevet tillförsäkrats rätt att uppbära ersättning av sina patienter enligt provinsialläkartaxan (1963:160), vilken innehöll en efter behandlingens art differentierad tariff. Frågan om ersättning för den vård som lämnades av statliga provinsialläkare löstes vid reformeringen av läkarvårdsersättningen år 1969 provisoriskt så, att enhetstaxesytemet skrevs in i provinsialläkartaxan. Denna reglerar numera i dessa delar enbart vad patienten skall betala till staten som sjukvårdshuvudman för erhållen vård. Genom ett tillägg till avlöningsföreskrifterna tillförsäkrades läkaren samtidigt rätt att även i fortsättningen få sin ersättning beräknad på grundval av den tariff, provinsialläkartaxan dittills innehållit. Den statlige provinsialläkaren klassificerar själv varje besök med tillämpning av denna tariff och ersättning utbetalas från socialstyrelsen på grundval därav.

Utvecklingen på den öppna vårdens område har numera framskridit så långt att det enligt min mening från värdpolitiska synpunkter framstår som orimligt att behålla en särskild statlig organisation för det fåtal provinsialläkare som inte övergått i landstingstjänst. Jag förordar därför, att åtgärder vidtas för att i de fall så befinns lämpligt inlemma dessa läkare i landstingens öppenvårdsorganisation. Jag förordar att Kungl. Maj:t inhämtar bemyndigande att vidta de åtgärder som behövs för att slutligt avveckla det statliga provinsialläkarväsendet.

5.6 Inrättande av läkartjänster

I 17 § sjukvårdslagen finns bestämmelser som reglerar frågan om inrättande av läkartjänster. Som villkor för inrättande av tjänst krävs att socialstyrelsen lämnar sitt tillstånd. Bestämmelserna täcker dock inte hela fältet utan gäller vissa uppräknade tjänster, nämligen provinsialläkare, biträdande provinsialläkare, extra provinsialläkare och stadsdistriktsläkare i den öppna vården samt överläkare, biträdande överläkare, underläkare och extra läkare i den slutna vården. Detta innebär bl. a. att läkartjänster av annan typ t. ex. för konsultläkare, för specialistläkare i öppen vård och för läkare med rena hälsovårdsfunktioner eller primärkommunala uppgifter inte omfattas av bestämmelserna. Utredningsmannen föreslår att bestämmelserna i princip skall gälla alla läkartjänster inom den kommunala hälso- och sjukvården och sålunda ges en mera

allmän avfattning än vad nu är fallet. Tjänsternas benämning skall inte tillmätas någon betydelse och inte heller skall primärkommunala läkartjänster, fränsett stadsläkartjänsterna, lämnas utanför bestämmelserna. Å andra sidan har utredningsmannen med tanke på en framtida utveckling som kan möjliggöra lättnader i reglerna om inrättande av läkartjänster föreslagit att lagen endast skall innehålla ett bemyndigande för Kungl. Maj:t att förordna i ämnet och att de bestämmelser som behövs meddelas i administrativ väg. De kan då lättare anpassas till utvecklingen.

Jag finner liksom utredningsmannen att i lagen inte bör tas in någon detaljreglering beträffande inrättandet av läkartjänster utan endast ett bemyndigande för Kungl. Maj:t att meddela de bestämmelser som behövs.

Beträffande bemyndigandets principiella omfattning har vid remissbehandlingen framförts erinringar mot utvidgningen till tjänster inom det primärkommunala området. Jag finner dock inte rimligt att tjänster inom detta område skulle inta en särställning och undantas från den prövning som i övrigt gäller beträffande läkartjänsternas fördelning. Skall denna prövning fylla sitt syfte, bör inte vissa kategorier av tjänster lämnas utanför. Jag biträder därför utredningsmannens förslag beträffande bemyndigandets omfattning.

Jag vill här redogöra för min inställning i några av de frågor som det enligt vad jag förordat i det föregående ankommer på Kungl. Maj:t att reglera på grundval av bemyndigande i sjukvårdslagen. Som redan nämnts delar jag utredningsmannens uppfattning att tillståndskravet i princip bör gälla alla tjänster för läkare i hälso- eller sjukvårdande verksamhet hos landstingskommun eller annan kommun. I likhet med utredningsmannen anser jag dock att tjänster som genomsnittligt endast kräver en mycket begränsad arbetstid skall undantas.

Genom den reformerade vidareutbildningen för läkare har förutsättningarna för tilldelningen av vidareutbildningstjänster, underläkartjänster enligt mitt i det föregående redovisade förslag, delvis förändrats. Enligt de av 1969 års riksdag i samband med beslutet om utbildningsreformen godkända riktlinjerna för dispositionen av vidareutbildningstjänsterna skall nämligen samtliga underläkartjänster vara förbehållna läkare under vidareutbildning, och vidare skall tjänsterna inte få uppehållas för längre tid än vederbörande läkare behöver för att genomgå föreskriven utbildning. Jag vill understryka att det samtidigt har förutsatts att tjänsterna skall fylla ett sjukvårdsbehov. Dessa förhållanden kommer att ställa krav på möjlighet till anpassning inom sjukvårdsorganisationen, vilket i sin tur förutsätter en viss handlingsfrihet för den enskilde huvudmannen, särskilt i vad avser tjänsterna för allmäntjänstgöring. Förfarandet beträffande dessa tjänster bör vara, att socialstyrelsen årligen gör en beräkning av det antal tjänster som totalt behövs under det kommande året i de olika sjukvårdsområdena. Denna fördelning bör ske efter hörande av de enskilda huvudmännen och i samråd med Svenska landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Den sålunda upprättade fördelningen motsvarar och ersätter den prövning som styrelsen i

övriga fall gör för varje enskild ansökan om inrättande av läkartjänst. Särskild framställning från varje huvudman om inrättande av dessa tjänster behövs därigenom inte. Vederbörande huvudman meddelar därefter de förordnanden som behövs för att kunna inplacera de allmäntjänstgörande läkare som tillförts sjukvårdsområdet.

Antalet utbildningstjänster för fortsatt vidareutbildning bör vara avvägt med hänsyn till vad som behövs för att tillgodose samhällets behov av läkare med kompetens inom olika specialiteter eller kompetens som allmänläkare. Socialstyrelsen bör därför ges vissa befogenheter med avseende på de tjänster som är avsedda för fortsatt vidareutbildning för att en tillfredsställande fördelning av läkarna på olika verksamhetsområden skall ernås. Jag förutsätter att socialstyrelsen genom upplysning till huvudmännen härvidlag verkar för en ändamålsenlig utveckling. I anslutning härtill vill jag erinra om att socialdepartementets sjukvårdsdelegation i oktober 1971 har uppdragit åt socialstyrelsen att göra en allsidig översyn av det program för användningen av läkartillskottet i landet som jag berörde i prop. 1969:35. Detta program kommer att vara av grundläggande betydelse vid läkarfördelningen.

När förslaget till den reformerade läkarutbildningen lades fram i prop. 1969:35, framhöll jag att det fanns anledning räkna med att sjukvårdshuvudmännen skulle utnyttja de möjligheter till bl. a. en ökning av antalet läkartjänster i underordnad ställning som det nya utbildningssystemet ger utrymme för. Jag fann därför inte då anledning föreslå någon lagfäst skyldighet för sjukvårdshuvudmännen i detta avseende. Vad som sedan dess förekommit ger mig inte anledning att nu inta en annan ståndpunkt. Det ligger i sakens natur att det är ett samhällsintresse att tjänster står till förfogande i erforderlig omfattning för såväl allmäntjänstgöringen som den fortsatta vidareutbildningen. Eftersom allmäntjänstgöringen är nödvändig för att ge läkarna tillfälle att förvärva den erfarenhet som är förutsättning för deras vidare utveckling fram till kompetens för självständig verksamhet, är möjligheterna för de unga läkarna att fullgöra allmäntjänstgöring av avgörande betydelse för att tillgodose samhällets behov av utbildade läkare. Det nya vidareutbildningssystemet är på samma gång ett medel och en förutsättning för att detta behov i framtiden skall kunna tillgodoses. Landstingsförbundet har också framhållit att det står i överensstämmelse med sjukvårdshuvudmännens egna intressen att medverka vid vidareutbildningens genomförande på det sätt som reformen förutsätter. Av grundläggande betydelse i detta sammanhang är att det nya systemet för vidareutbildning av läkare har inordnats i sjukvården och används som ett bland flera instrument för sjukvårdens planering och utveckling.

När det gäller tillståndsprovningen med avseende på tjänster för färdigutbildade läkare bör ett väsentligt förenklat förfarande i fortsättningen kunna tillämpas genom att fördelningen på olika tjänstekategorier slopas vid provningen av tillstånd att inrätta nya tjänster. Därigenom får huvudmännen möjlighet att själva fördela dessa läkartjänster på olika tjänstekategorier med hänsyn till de sjukvårdsorganisatoriska förhål-

landen som föreligger. Tillståndsprövningen beträffande tjänster inom sjukvårdsområdet för färdigutbildade läkare kommer på detta sätt att begränsas till antalet tjänster och fördelningen mellan olika medicinska verksamhetsområden. Motsvarande bör gälla för redan inrättade tjänster.

5.7 Vissa finansieringsfrågor beträffande sjukvården m. m.

5.7.1 Allmänna synpunkter

Som jag tidigare framhållit finansieras den av sjukvårdshuvudmännen bedrivna öppna sjukvården till väsentlig del genom ersättning till huvudmännen från sjukförsäkringen efter den reformering av läkarvårdsersättningen som beslutades år 1969. Nivån på läkarvårdsersättningen är av stor betydelse för huvudmännens möjligheter att förverkliga en utbyggnad av den decentraliserade öppenvården vid läkarstationer och vårdcentraler enligt de riktlinjer jag har angett i det föregående. Med hänsyn härtill har vid överläggningar mellan representanter för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen nåtts enighet om att en väsentlig höjning av den till sjukförsäkringen knutna läkarvårdsersättningen bör genomföras fr. o. m. den 1 januari 1973. Resultatet av dessa överläggningar, som även gällt vissa andra finansieringsfrågor för hälso- och sjukvården, framgår av en den 25 maj 1972 undertecknad promemoria om vissa finansieringsfrågor beträffande sjukvården m. m. Promemorian torde få fogas till statsrådsprotokollet i detta ärende som *bilaga*.

Den viktigaste frågan som behandlas i promemorian gäller en höjning av ersättningen från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för öppen läkarvård från 31 kr. till 48 kr. för varje läkarbesök fr. o. m. den 1 januari 1973. Från samma tidpunkt får patientavgiften höjas från högst 7 kr. till högst 12 kr. per läkarbesök. Det sammanlagda ersättningsbelopp som huvudmannen får uppbära ökas alltså från 38 kr. till 60 kr. per läkarbesök. Proportionen mellan patientavgift och försäkringsandel blir därmed i stort sett oförändrad. Det bör understrykas att ändringarna gäller enbart beloppsnivåerna och att de således inte berör de grundläggande principerna i det år 1969 beslutade sjukförsäkringssystemet för den offentliga öppna läkarvården. Principen att arvoden inte skall betalas privat till offentligt anställda läkare kvarstår således oförändrad, och likaså att den enhetligt bestämda patientavgiften täcker inte bara läkarbesöket utan också förekommande röntgen- och laboratorieundersökningar osv. Inkomstökningen för sjukvårdshuvudmännen kan beräknas till 240 milj. kr. genom den höjda ersättningen från sjukförsäkringen och till 78 milj. kr. genom den höjda patientavgiften.

Vidare tillförs sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen ca 110 milj. kr. genom att den avgift för sjukhusvård som sjukförsäkringen betalar direkt till sjukhuset fr. o. m. den 1 januari 1973 höjs från 10 kr. till 15 kr. per vård dag. I samband därmed ändras avdraget på försäkrads sjukpenning vid sjukhusvård från 5 kr. till 10 kr. per dag — det nuvarande beloppet har legat stilla sedan år 1963 — dock fortfarande med högst

hälften av sjukpenningens belopp och med även i övrigt oförändrade grunder för sjukpenningförsäkringen.

De ökade kostnaderna för sjukförsäkringen leder enligt gällande finansieringsgrunder till en höjning av statsbidraget till sjukförsäkringen med ca 130 milj. kr. per år och en höjning av talet för arbetsgivares sjukförsäkringsavgift med en promille, från 3,1 till 3,2 % av avgiftsunderlaget. Den försäkrades egenavgift till sjukförsäkringen kan därigenom hållas oförändrad.

Promemorian innefattar också förslag om viktiga förbättringar av statsbidragen till vissa institutioner för psykiskt utvecklingsstörda, vilket beräknas tillföra sjukvårdshuvudmännen 12 milj. kr.

Sammanlagt uppgår de nu nämnda inkomstökningarna för sjukvårdshuvudmännen till 440 milj. kr. Vid bestämningen av de angivna ersättningarna har emellertid tagits hänsyn till att det samtidigt uppkommer vissa i promemorian upptagna merkostnader och inkomstbortfall för sjukvårdshuvudmännen. Sålunda avvecklas ett särskilt statsbidrag till viss hälso- och sjukvård, avseende bl. a. provinsialläkarväsendet. Sjukvårdshuvudmännens kostnader för vidareutbildning av läkare har även beaktats vid bestämningen av ersättningsbeloppen. Vidare övertar sjukvårdshuvudmännen kostnaderna för bl. a. den sjukvårdande verksamhet som varit underställd riksförsäkringsverket, liksom kostnaderna för vissa enklare handikapphjälpmedel. Efter avräkning för dessa poster kan nettoresultatet av samtliga i promemorian angivna åtgärder beräknas innebära en inkomstökning för sjukvårdshuvudmännen med ca 250 milj. kr. per år fr. o. m. år 1973.

Jag förordar att de i promemorian angivna åtgärderna genomförs i enlighet med de förslag som jag i det följande redovisar vid en närmare genomgång av de olika punkterna i promemorian.

5.7.2 Ersättningar från sjukförsäkringen

Ett radikalt förenklat sjukförsäkringssystem för läkarvård i samhällets regi genomfördes den 1 januari 1970. För läkarvård åt försäkrad som ombesörjs av staten eller landstingskommun utgår ersättning från den allmänna försäkringen till sjukvårdshuvudmannen med 31 kr. för varje läkarbesök. Beloppet inkluderar ersättning även för sådana röntgen- och laboratorieundersökningar m. m. som patienten blir remitterad till vid läkarbesöket. Nämnda ersättning utgår under förutsättning att sjukvårdshuvudmannen inte tar ut högre patientavgift än 7 kr. per besök. Vid hembesök av läkare får därtill tas ut en tilläggsavgift av 8 kr.

I enlighet med vad som anges i promemorian bör den enhetliga läkarvårdsersättningen till sjukvårdshuvudmännen höjas från 31 kr. till 48 kr. för varje läkarbesök. Denna ersättning bör utgå under förutsättning att patientavgiften uppgår till högst 12 kr. per läkarbesök. Tilläggsavgiften vid läkarbesök i hemmet bör vara oförändrad högst 8 kr. För rådföring per telefon bör ersättningen från försäkringen höjas från nuvarande 4 kr. till 5 kr. och maximiavgiften för den försäkrade

samtidigt höjas från 2 kr. till 5 kr. Det ankommer på Kungl. Maj:t att meddela bestämmelser om dessa ersättningar och avgifter. Förutsättningarna och reglerna för läkarvård ersättningen bör i övrigt vara oförändrade. Det betyder bl. a. att sjukvårdshuvudmännen utan att gå miste om ersättning från sjukförsäkringen skall kunna beakta de ekonomiska, sociala eller andra skäl till avgiftsnedläggning som kan föreligga i det enskilda fallet.

För sjukhusvård som bereds försäkrad på hemortssjukhus utgår enligt 2 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) ersättning från sjukförsäkringen med belopp som motsvarar den vid sjukhuset tillämpade avgiften på allmän sal. Denna avgift är f. n. i regel 10 kr. per vård dag. För den tid försäkrad vistas på sjukhus skall enligt 3 kap. 4 § AFL göras avdrag på den sjukpenning den försäkrade är berättigad till. Avdraget uppgår till 5 kr. per dag, dock högst till hälften av sjukpenningens belopp. För den som har hemmavarande barn under 10 år utgår alltid minst 6 kr. per dag i sjukpenning.

Som tidigare nämnts har enighet nåtts om en höjning av sjukhusavgiften till 15 kr. Sjukförsäkringen bör liksom hittills svara för denna avgift när det gäller försäkrade. För patienter som är utförsäkrade från sjukförsäkringen regleras vårdavgiften av sjukvårdshuvudmännen själva. Därvid förutsätts att sjukvårdshuvudmännen vid behov medger avgiftsnedläggning eller avgiftsbefrielse. Jag vill här erinra om den förstärkning av sjukförsäkringsskyddet vid sjukhusvård för pensionärer som genomfördes den 1 januari 1970.

Sjukpenningavdraget vid sjukhusvård har som jag förut nämnt varit oförändrat sedan år 1963. Med hänsyn till de kostnader som vid sjukhusvård övertas av sjukhuset finner jag en höjning av detta avdrag från 5 till 10 kr. vara motiverad. Liksom f. n. bör avdraget utgöra högst hälften av sjukpenningbeloppet. Vad jag förordat i fråga om sjukpenningavdraget föranleder ändring i 3 kap. 4 § AFL, 15 § lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring och 4 § lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare.

De ändrade ersättningsreglerna bör gälla fr. o. m. den 1 januari 1973. Genom ändringarna beräknas sjukförsäkringens kostnader för läkarvård ersättning och ersättningar för sjukhusvård öka med 240 resp. 110 milj. kr. för helt år. Samtidigt beräknas kostnaderna för sjukpenningförsäkringen minska med ca 30 milj. kr. Enligt gällande finansieringsregler utgår statsbidrag med 55 % av utgifterna för bl. a. sjukvård ersättning, dock inte för ersättning för sjukhusvård. Arbetsgivares sjukförsäkringsavgift utgör f. n. 3,1 % av avgiftsunderlaget. Därav utgör 10/31 bidrag till sjukvårdsförsäkringen och 21/31 bidrag till sjukpenningförsäkringen. Återstående kostnader för sjukförsäkringen täcks genom avgifter från de försäkrade.

Av kostnadsökningen för sjukförsäkringen faller således 132 milj. kr. för helt år på statsbidrag i enlighet med gällande bestämmelser. Dessa kostnader kommer att belasta förslagsanslaget Bidrag till sjukförsäkringen. För budgetåret 1972/73 kommer anslaget med beaktande av

utbetalningsbestämmelserna att av denna anledning merbelastas med ca 55 milj. kr. utöver vad som beräknades vid fastställande av riksstaten för detta budgetår. De ökade kostnaderna inom sjukvårdsförsäkringen efter avdrag för statsbidraget motsvarar en höjning av talet för arbetsgivares sjukförsäkringsavgift med två promille. Det finns emellertid utrymme för en viss sänkning av denna avgift i vad avser sjukpenningförsäkringen, bl. a. till följd av den kostnadsminskning som uppstår genom höjningen av sjukpenningavdraget vid sjukhusvård. Höjningen av talet för arbetsgivares sjukförsäkringsavgift kan därför stanna vid en promille, dvs. från 3,1 % till 3,2 % av avgiftsunderlaget. Jag förordar således att arbetsgivares sjukförsäkringsavgift fr. o. m. den 1 januari 1973 fastställs till 3,2 %, varav 12/32 skall avse sjukvårdsförsäkringen och 20/32 sjukpenningförsäkringen. Detta föranleder ändring i 19 kap. 4 § AFL och 5 § förordningen (1959:555) angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring.

5.7.3 Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda

Statsbidrag för anordnande av institutioner för psykiskt utvecklingsstörda utgår med 12 000 kr. per plats i särskola med elevhem, med högst 9 000 kr. per plats i annan särskola, daghem för barn eller sysselsättningshem samt med 9 000 kr. per plats i vårdhem eller i specialsjukhus. För detta ändamål finns ett reservationsanslag av 10 milj. kr. uppfört under femte huvudtiteln i riksstaten för budgetåret 1972/73. Klasser inom särskolan förläggs numera i allmänhet till grundskoleanläggningar och bidrag från nämnda anslag utgår i huvudsak – förutom till redan uppförda särskolor – till anordnande av vårdhem och specialsjukhus samt av särskolor vid vårdhem.

Ansökningar om bidrag föreligger f. n. för belopp som överstiger det anslag som är disponibelt för ändamålet. Enighet har nåtts med sjukvårdshuvudmännen om att det statliga anslaget för anordningsbidrag till institutioner för psykiskt utvecklingsstörda i fortsättningen bör anpassas till igångsättningen av nya objekt. Mot den bakgrunden och i syfte att successivt avveckla den föreliggande bidragskön förordar jag, att för ändamålet anvisas på tilläggsstat för budgetåret 1972/73 ett reservationsanslag av 3 milj. kr. till Bidrag till anordnande av vissa institutioner för psykiskt utvecklingsstörda.

Statsbidrag till driften av särskolor utgår med 95 % av lönekostnaderna för rektorer och lärare vid särskolan. Vidare har Kungl. Maj:t genom särskilt beslut medgett att skolöverstyrelsen betalar statsbidrag till lönekostnader för lärare för träningskola beräknat efter högst lönegrad U 6. En särskilt tillkallad arbetsgrupp för översyn av statsbidragsreglerna har i en promemoria den 10 juni 1971 föreslagit vissa ändringar i statsbidragsbestämmelserna. Förslaget syftar till närmare överensstämmelse med reglerna för statsbidrag till det allmänna skolväsendet. Statsbidrag föreslås utgå även för lön och arvode åt särskolchef, studierektor, talpedagog och lärare för träningskola. Vidare föreslår

arbetsgruppen att statsbidragsreglerna ändras så, att bidragsunderlaget beräknas efter den högre löneklassen i de fall lärares lön, på grund av särskild föreskrift, utgår efter högre löneklass än den som läraren är placerad i. Arbetsgruppen föreslår vidare att statsbidrag skall utgå till kostnader för uppdragstillägg till tillsynslärare och huvudlärare. Jag finner det i likhet med arbetsgruppen befogat att statsbidragsreglerna för särskolverksamheten närmare samordnas med motsvarande bestämmelser för det allmänna skolväsendet. Vidare bör statsbidragsbestämmelserna klarare ansluta till de grundläggande bestämmelserna i lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda och stadgan (1968:146) i samma ämne. Mot denna bakgrund och med hänvisning till den enighet som nåtts vid överläggningarna mellan företrädare för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen förordar jag att statsbidragsbestämmelserna ändras i enlighet med arbetsgruppens förslag. De nya reglerna bör gälla första gången för de statsbidrag som utbetalas under budgetåret 1972/73 och som avser kostnader för verksamheten under läsåret 1971/72. Kostnadsökningen för staten beräknar jag till ca 9 milj. kr. för helt år, vilken kommer att belasta förslagsanslaget Bidrag till driften av särskolor m. m. utöver vad som beräknades vid fastställande av riksstaten för budgetåret 1972/73.

5.7.4 Enklare handikaphjälpmedel

I prop. 1972:24 angående ändrad organisation av verksamheten med hjälpmedel för handikappade fann jag i likhet med hjälpmedelsgruppen att uppgifterna med enklare och vanligen förekommande hjälpmedel borde ges en mera rationell utformning. Hjälpmedelsgruppens förslag i betänkandet (Ds S 1972:4) syftar till att sådana hjälpmedel tas upp i en särskild hjälpmedelsförteckning (förteckning B) och att nuvarande krav på detaljredovisning bortfaller. Ersättning för kostnaderna för dessa hjälpmedel skulle enligt förslaget kunna utgå i form av ett stående i förhållande till kostnaden avpassat samlingsbidrag från staten. Dessa hjälpmedel skulle genom huvudmännens försorg lämnas ut till handikappade i enlighet med nuvarande praxis. Jag förordade i propositionen att överläggningar med företrädare för sjukvårdshuvudmännen snarast borde komma till stånd för att fastställa statsverkets ersättning för hjälpmedlen.

Vid de överläggningar som nu ägt rum och som redovisas i promemorian har enighet nåtts om att sjukvårdshuvudmännen fr. o. m. den 1 januari 1973 skall svara för kostnaderna för sådana av dem kostnadsfritt utlämnade enklare handikaphjälpmedel som enligt hjälpmedelsgruppens förslag uppförs på hjälpmedelsförteckning B. Som jag framhöll i prop. 1972:24 (s. 42) ankommer det på Kungl. Maj:t att meddela de närmare bestämmelser som föranleds härav.

5.7.5 Bidrag till viss hälso- och sjukvård m. m.

Med hänsyn till pågående förhandlingar beräknade jag i prop. 1972:50 angående vissa avtal med landstingskommunerna m. fl. om bidrag till psykiatrisk sjukvård m. m. reservationsanslaget Bidrag till viss hälso- och sjukvård till 114 milj. kr.

Överenskommelse har nu nåtts med sjukvårdshuvudmännen om att den särskilda bidragsgivningen för de ändamål som avses med anslaget skall upphöra fr. o. m. år 1973. Enighet har samtidigt nåtts om att de särskilda bidragen till psykiatriska lasarettkliniker i Stockholm, Göteborg och Malmö skall upphöra vid samma tidpunkt. Sistnämnda bidrag, som för budgetåret 1972/73 beräknats till 400 000 kr., har hittills utgått från förslagsanslaget Bidrag till driften av kliniker för psykiskt sjuka m. m. I samband med överenskommelsen har bidragen för nämnda ändamål för år 1972 fastställts till 120 milj. kr. med fördelning mellan sjukvårdshuvudmännen enligt hittillsvarande grunder. Anslagsmässigt kommer bidragen för år 1972 att belasta budgetåret 1972/73.

Med hänvisning härtill förordar jag, att till Bidrag till viss hälso- och sjukvård anvisas 6 milj. kr. i form av ett reservationsanslag på tilläggsstat för budgetåret 1972/73. I detta belopp är medräknat kostnaderna för den bidragsgivning till psykiatriska lasarettkliniker i Stockholm, Göteborg och Malmö som hittills belastat anslaget Bidrag till driften av kliniker för psykiskt sjuka m. m. Belastningen på sistnämnda anslag kommer att minska i motsvarande mån.

5.7.6 Riksförsäkringsverkets sjukvårdande verksamhet m. m.

Riksförsäkringsverket ombesörjer f. n. viss vård åt personer som lider av reumatiska sjukdomar, astma m. m. besvär. Vården bedrivs dels vid de av folkpensioneringsfonden ägda och av AB Kurortsverksamhet drivna sjukhusen i Nynäshamn, Åre och Tranås, dels vid lasarettavdelningar i Lund, Umeå och Boden. Avdelningarna drivs av resp. landsting och disponeras av riksförsäkringsverket enligt avtal med sjukvårdshuvudmännen. Sjukhusen i Nynäshamn, Åre och Tranås utnyttjas också för vissa utrednings- och undersökningsfall för den allmänna försäkringens behov och för viss konvalescentvård. Verksamheten vid sjukhusen och avdelningarna bekostas från femte huvudtitelns förslagsanslag Invaliditetsförebyggande åtgärder m. m. Från detta anslag bekostas även bidrag som riksförsäkringsverket lämnar för vård vid sommarkurorterna i Sättra, Loka och Varberg samt för viss foniatrisk behandling och annan specialvård.

Det har länge framstått som önskvärt att få till stånd en ändring av riksförsäkringsverkets verksamhet i dessa avseenden för att få denna inordnad i den sjukvårdsverksamhet som åvilar sjukvårdshuvudmännen.

Enligt den nu föreliggande promemorian skall kostnaderna för vård på riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn, Tranås och Åre fr. o. m. den 1 juli 1973 täckas genom i sedvanlig ordning godkänd avgift, som erläggs

av den sjukvårdshuvudman genom vars försorg patienten remitterats till sjukhuset. Huvudmannaskapet för sjukhusen och för verksamheten vid dessa ändras inte och kostnaderna för undersöknings- och utredningsfall för den allmänna försäkringens behov stannar fortfarande på riks försäkringsverket. Samtidigt skall riks försäkringsverkets befattning med den vård och behandling som lämnas vid de nämnda lasarettavdelningarna i Lund, Umeå och Boden upphöra genom att avtalen härom mellan riks försäkringsverket och berörda landsting uppsägs att gälla med verkan fr. o. m. den 1 juli 1973. Därvid skall övergångsvis utgå bidrag till sjukvårdshuvudmännen med i princip halva beloppet under tiden 1 juli 1973 -- 31 december 1974.

I promemorian innefattas också en överenskommelse om att riks försäkringsverkets bidragsgivning för vård vid sommarkurorterna i Sättra, Loka och Varberg samt för viss foniatrisk behandling och annan specialvård upphör den 1 januari 1973 och övertas i erforderlig utsträckning av sjukvårdshuvudmännen.

Jag avser att senare denna dag föreslå att riks försäkringsverket får i uppdrag att överlägga med berörda huvudmän om erforderliga åtgärder för genomförande av omläggningen.

Upprättade författningsförslag

I enlighet med det anförda har inom socialdepartementet upprättats förslag till

1. lag om ändring i sjukvårdslagen (1962:242),
2. lag om ändring i lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket,
3. lag om ändring i smittskyddslagen (1968:231),
4. lag om ändring i lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare,
5. lag om ändring i lagen (1954:579) om nykterhetsvård,
6. lag om ändring i lagen (1958:428) om ympning mot smittkoppor,
7. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
8. lag om ändring i förordningen (1959:555) angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring,
9. lag om ändring i lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring,
10. lag om ändring i förordningen (1969:653) om bidrag från landsting och städer som ej deltager i landsting till bestridande av kostnaderna för vård vid karolinska sjukhuset,
11. kungörelse om ändring i hälsovårdsstadgan (1958:663).

Specialmotivering

Utöver vad jag tidigare anfört bör följande nämnas om de olika författningsförslagen.

Förslaget till lag om ändring i sjukvårdslagen (1962:242)

4 §

I 4 § första stycket föreskrivs f. n. att öppen vård på sjukhus inte får bedrivas på sådant sätt att den inkräktar på den slutna vården. Enligt utredningsmannen finns det inte något praktiskt behov av att i lagen ha en föreskrift av detta slag. Att ett sjukhus i första hand är avsett för vårdbehövande som kräver ianspråktagande av sjukhusets vårdplatser och att dessa patienter under alla förhållanden skall ha tillfredsställande vård lär ingen ifrågasätta. Hur mycket öppen vård som kan bedrivas på ett sjukhus är en rent organisatorisk fråga. Jag delar utredningsmannens uppfattning och 4 § första stycket har därför fått utgå i det upprättade förslaget.

6 §

Bestämmelsen i 5 mom. om förlossningshem bör som jag framhållit i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.3.1) utgå ur lagen. Detta har föranlett vissa formella ändringar i 1 och 6 mom. Något behov av att uttryckligen begränsa antalet förlossningsplatser vid sjukstuga och sjukhem till tio finns inte.

9 och 12 §§

Ändringarna har föranletts av förslaget om nya tjänstebenenämningar inom den öppna vården utanför sjukhus (avsnitt 5.3.2).

15 §

Ändringen har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.3.2). Läkarna i läkadistrikt bör även i fortsättningen vara anställda för tjänstgöring i distriktet.

16 och 17 §§

Ändringarna har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.3.1). Om socialstyrelsen förordnar att ansvarig läkare vid sjukhem eller sjukstuga skall benämnas överläkare, innebär detta bl. a. att behörighetskraven och tillsättningsordningen för överläkare blir tillämpliga på tjänsten.

Bestämmelser om inrättandet av läkartjänster, som f. n. finns i 17 § har flyttats till 31 §.

20 §

Ändringarna har i huvudsak behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.3.1 och 5.3.2).

Bestämmelserna om tillsättning av läkartjänster är f. n. uppdelade på tre paragrafer, 18–20 §§. Som framgått av vad jag anfört i den allmänna motiveringen bör i fortsättningen även läkarna i läkardistriktet tillsättas av sjukvårdsstyrelse eller, i förekommande fall, av direktion. Den enda skillnaden som i fortsättningen kommer att finnas i fråga om tillsättning av läkare vid sjukhus och läkare inom öppen vård utanför sjukhus betingas av reglerna om sjukhusdirektion. Bestämmelserna om tillsättningen har därför förts samman till en paragraf. Eftersom förslaget innebär att i paragrafen även regleras tjänster inom den öppna vården utanför sjukhus, bör bestämmelserna justeras så att det framgår att direktionen endast skall medverka när tjänsten lyder under direktion.

I och med att tillsättningen av distriktsläkare överförts på sjukvårdshuvudmannen bör Kungl. Maj:ts befattning med avsked av provinsialläkare upphöra. Jag vill i detta sammanhang hänvisa till vad jag anförde i prop. 1970:42 s. 53 beträffande sjukvårdsstyrelsens entledigande av överläkare som utnämnts av Kungl. Maj:t.

F. n. finns i 1 mom. upptagna vissa befodringsgrunder. Dessa bör utgå ur lagen. Det får ankomma på socialstyrelsen att efter samråd med arbetsmarknadsparterna utarbeta vägledning för de sakkunniga vid tillsättning av läkartjänster med utgångspunkt i de riktlinjer som styrelsen dragit upp i sitt betänkande.

Bestämmelser om förfarandet vid tillsättning av extra distriktsläkare och extra läkare har inte ansetts behövliga. Övriga ändringar i 5 mom. har tillkommit av redaktionella skäl.

31 §

Paragrafen ersätter nuvarande 17 §. Innehållet har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.6).

34 §

Ändringen har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.3.1).

Övergångsbestämmelser

Lagändringarna bör träda i kraft den 1 januari 1973.

I punkt 2 har meddelats bestämmelser bl. a. om att fullmakt som provinsialläkare för tiden efter ikraftträdandet skall avse motsvarande tjänst som distriktsläkare.

Särskilda övergångsbestämmelser behövs också för vissa tillsättnings-

ärenden som befinner sig under handläggning vid lagens ikraftträdande. I punkt 4 har tagits in bestämmelser om tillsättning av provinsialläkare. Som framgår av den allmänna motiveringen (avsnitt 5.3.2) bör dessa läkare efter utgången av år 1972 tillsättas av sjukvårdsstyrelse. De ärenden som vid den tidpunkten är under handläggning i socialdepartementet eller i socialstyrelsen bör därvid överlämnas till vederbörande huvudman. Det är uppenbart att yttrande av sakkunniga enligt 20 § 1 mom. i den nya lydelsen inte behöver inhämtas av huvudmannen om förslag i fråga om tillsättningen upprättats av socialstyrelsen.

I punkt 5 har föreskrivits att äldre bestämmelser skall tillämpas vid tillsättning av överläkare, om förslag i fråga om tillsättningen upprättas av socialstyrelsen före utgången av år 1972. Detta innebär att de särskilda befordringsgrunderna i 20 § 1 mom. enligt den nu gällande lydelsen tillämpas samt att yttrande av sakkunniga inte skall inhämtas.

Som jag framhållit i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.3.1) omfattar begreppet underläkare f. n. en mycket bred kategori läkare. Det inbegriper sålunda både nyexaminerade läkare som tjänstgör på tidsbegränsade förordnanden under vidareutbildning och specialistkompetenta läkare med omfattande sjukvårdserfarenhet. I fortsättningen bör endast läkare under vidareutbildning få uppehålla underläkartjänster. Dessa läkare utgörs av tre grupper, nämligen läkare som fullgör allmäntjänstgöring, legitimerade läkare som fullgör fortsatt vidareutbildning till specialist och legitimerade läkare som undergår allmänläkarutbildning. Vid övergången till den nya ordningen måste bestämmas för vilken utbildning de befintliga tjänsterna skall avses. Socialstyrelsen bör bemyndigas att besluta härom. Eftersom flertalet tjänster torde uppehållas av läkare under fortsatt vidareutbildning synes den administrativt minst betungande ordningen vinnas om i övergångsbestämmelse stadgas, att de befintliga tjänsterna skall avses för fortsatt vidareutbildning i den mån inte socialstyrelsen förordnar annat. Bestämmelser av denna innebörd har tagits in i punkt 6. Det har förutsatts att de förordnanden socialstyrelsen kan finna anledning meddela sker efter hörande av vederbörande sjukvårdsstyrelse. Initiativ till sådant förordnande kan tas av socialstyrelsen men bör också kunna tas av sjukvårdsstyrelsen. Det senare torde särskilt kunna bli fallet om en sjukvårdsstyrelse vill förändra en underläkartjänst till tjänst för färdigutbildad läkare.

I punkt 7 har föreskrivits att äldre bestämmelser i fråga om besvär skall gälla i fråga om beslut som meddelats före utgången av år 1972. Motsvarande bör gälla i fråga om besvär över beslut om tillsättning av biträdande provinsialläkare, biträdande överläkare eller underläkare även om beslutet meddelats efter lagens ikraftträdande för det fall förslag av sakkunniga lämnats före denna tidpunkt.

Förslaget till lag om ändring i lagen (1960: 408) om behörighet att utöva läkaryrket

2 §

Ändringen har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.2).

7 a §

Innehållet i den nya paragrafen har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.2).

9 §

Ändringarna har föranletts av att tjänsteläkarbegreppet avskaffats och att nya benämningar införts på läkarna i läkardistriktet.

Övergångsbestämmelse

De som i fortsättningen avlägger medicine licentiatexamen har ansetts böra erhålla legitimation enligt nu gällande bestämmelser dvs. omedelbart efter examen.

Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (1968: 231)

5, 6, 7 och 22 §§

Ändringarna har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.4). I administrativ ordning får bestämmas vilken av distriktsläkarna som skall fullgöra distriktsläkarens skyldigheter enligt lagen för den händelse flera distriktsläkare finns i distriktet.

Förslaget till lag om ändring i lagen (1956: 293) om ersättning åt smittbärare

4 §

Ändringen har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.7.2).

8 §

Ändringen har föranletts av att tjänsteläkarbegreppet avskaffats och nya benämningar införts på läkarna i läkardistriktet.

Förslaget till lag om ändring i lagen (1954: 579) om nykterhetsvård

6 §

Ändringen har föranletts av att tjänsteläkarbegreppet avskaffats och har behandlats i avsnitt 5.4.

Förslaget till lag om ändring i lagen (1958:428) om ympning mot smittkoppor

8 och 13 §§

Ändringarna har föranletts av att tjänsteläkarbegreppet avskaffats och att nya benämningar införts på läkarna i läkardistriktet. Vidare har begreppet läkare vid organ för förebyggande barnvård bytts ut mot läkare vid barnvårdscentral. Några andra organ för sådan vård finns numera inte.

Förslagen till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring, lag om ändring i förordningen (1959:555) angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring, lag om ändring i lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring

Ändringarna har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.7.2).

Förslaget till lag om ändring i förordningen (1969:653) om bidrag från landsting och städer som ej deltagar i landsting till bestridande av kostnaderna för vård vid karolinska sjukhuset

Höjningen av vårdavgifterna vid sjukhus har föranlett en ändring i tredje stycket. Samtidigt bör lydelsen av rubriken och fjärde stycket jämkas med hänsyn till att beteckningen stad på vissa borgerliga primärkommuner den 1 januari 1971 ersatts med den enhetliga beteckningen kommun.

Förslaget till kungörelse om ändring i hälsovårdsstadgan (1958:663)

9 §

Ändringarna har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.4). För den händelse flera distriktsläkare finns i distriktet bör skyldigheten att närvara vid hälsovårdsnämndens sammanträden, åvila den av distriktsläkarna som fullgör distriktsläkarens skyldigheter enligt smittskyddslagen. I fråga om utbytet av ordet stad mot kommun i 9, 10 och 13 §§ hänvisas till 14 §.

10 §

Ändringarna har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.4).

13 §

Ändringen i tredje stycket har föranletts av att tjänsteläkarbegreppet avskaffats och att nya benämningar införts på läkarna i läkardistriktet.

14 §

Enligt 14 § första stycket hälsovårdsstadgan skall en eller flera stadsläkare finnas i stad med minst 40 000 invånare. Stadsläkarens uppgift är att biträda hälsovårdsnämnden i tillsynen över den allmänna hälsovården samt att i övrigt tillhandagå nämnden. Om så erfordras, bör även i annan kommun med minst 15 000 invånare finnas stadsläkare eller motsvarande läkare. Sådana läkare antas av hälsovårdsnämnden, om inte kommunfullmäktige förbehållit sig detta.

Enligt 1 § 1. lagen (1969:780) med anledning av införande av enhetlig kommunbeteckning, m. m. skall föreskrift i lag eller annan författning om stad i stället avse kommun, som motsvarar en förutvarande stad eller i vilken en förutvarande stad ingår, i den mån Kungl. Maj:t inte förordnar annat i ärende om ändring i kommunindelningen. Förordnande som här avses har såvitt avser undantag från bestämmelsen i 14 § första stycket hälsovårdsstadgan om skyldighet för stad med minst 40 000 invånare att ha stadsläkare meddelats i fråga om Gotlands kommun.

Socialstyrelsen har hos Kungl. Maj:t anmält att vissa kommuner hos styrelsen i olika sammanhang väckt fråga om dispens från skyldigheten att ha stadsläkare. Styrelsen har med anledning härav hemställt om sådan ändring i hälsovårdsstadgan att Kungl. Maj:t eller myndighet som Kungl. Maj:t bestämmer får lämna dispens från skyldigheten för vissa kommuner att ha heltidsanställd stadsläkare. Som skäl för sin hemställan har styrelsen pekat på att de ändringar som den 1 januari 1971 genomfördes i kommunindelningen lett till att många kommuner fått över 40 000 invånare utan att de faktorer som borde vara utslagsgivande för kommunens skyldighet att anställa särskild stadsläkare ändrats. Styrelsen har vidare framhållit att även i fråga om kommuner som redan tidigare haft över 40 000 invånare kommunernas behov av särskilda heltidsanställda stadsläkare minskat sedan bestämmelsen härom infördes den 1 juli 1963. Bl. a. har den ökade förekomsten av statliga anvisningar och normer samt omgivningshygienens alltmer tekniska inriktning medverkat till detta.

Med hänsyn till 1969 års beslut om införande av en enhetlig kommunbeteckning bör ordet stad nu utgå ur hälsovårdsstadgan och ersättas med kommun. Detta medför ändringar i 9, 10, 13 och 14 §§ hälsovårdsstadgan och innebär i fråga om skyldigheten för en kommun att ha särskild stadsläkare att enhetliga regler kommer att gälla för alla kommuner med över 40 000 invånare. Vad socialstyrelsen anfört talar emellertid för att kommunens invånarantal inte längre ensamt bör vara avgörande för skyldigheten för en större kommun att ha en eller flera heltidsanställda stadsläkare. Jag förordar därför att i avvaktan på närmare överväganden beträffande stadsläkarinstitutionens framtida utformning Kungl. Maj:t eller myndighet som Kungl. Maj:t bestämmer får medge dispens från skyldigheten för kommun med minst 40 000 invånare att ha en eller flera stadsläkare. Vid meddelandet av dispens bör särskilt tillses att hälsovårdsnämnden på annat sätt har tillgång till medicinsk expertis i den utsträckning som behövs.

Ändringarna i 14 § första stycket har utformats i enlighet med vad jag här anfört.

Hemställan

Under återopande av det anförda hemställer jag att Kungl. Maj:t *dels* föreslår riksdagen att antaga förslagen till

1. lag om ändring i sjukvårdslagen (1962:242),
2. lag om ändring i lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket,
3. lag om ändring i smittskyddslagen (1968:231),
4. lag om ändring i lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare,
5. lag om ändring i lagen (1954:579) om nykterhetsvård,
6. lag om ändring i lagen (1958:428) om ympning mot smittkoppor,
7. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
8. lag om ändring i förordningen (1959:555) angående redares avgifter i vissa fall enligt lagen om allmän försäkring,
9. lag om ändring i lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring,
10. lag om ändring i förordningen (1969:653) om bidrag från landsting och städer som ej deltagar i landsting till bestridande av kostnaderna för vård vid karolinska sjukhuset,
dels inhämtar riksdagens yttrande över förslag till
11. kungörelse om ändring i hälsovårdsstadgan (1958:663),
dels föreslår riksdagen att
12. bemyndiga Kungl. Maj:t att i enlighet med vad jag anfört i det föregående vidta de åtgärder som behövs för att slutligt avveckla det statliga provinsialläkarväsendet,
13. godkänna de av mig förordade ändrade grunderna för statsbidrag till driften av särskolor,
14. till *Bidrag till anordnande av vissa institutioner för psykiskt utvecklingsstörda* på tilläggsstat 1 till riksstaten för budgetåret 1972/73 under femte huvudtiteln anvisa ett reservationsanslag av 3 000 000 kr.,
15. till *Bidrag till viss hälso- och sjukvård* på tilläggsstat 1 till riksstaten för budgetåret 1972/73 under femte huvudtiteln anvisa ett reservationsanslag av 6 000 000 kr.

Med bifall till vad föredraganden sålunda med instämmande av statsrådets övriga ledamöter hemställt förordnar Hans Maj:t Konungen att till riksdagen skall avlätas proposition av den lydelse bilaga till detta protokoll utvisar.

Ur protokollet:
Britta Gyllensten

PM om vissa finansieringsfrågor beträffande sjukvården m. m.

Efter överläggningar mellan representanter för socialdepartementet och sjukvårdshuvudmännen har nåtts enighet om följande åtgärder avseende vissa finansieringsfrågor beträffande sjukvården m. m.

1. Ersättningen från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för öppen läkarvård höjs fr. o. m. den 1 januari 1973 från 31 kr. till 48 kr. för varje läkarbesök. Patientavgiften får samtidigt höjas från högst 7 kr. till högst 12 kr. per läkarbesök. Vid hembesök av läkare får liksom f. n. tas ut en tilläggsavgift av 8 kr. För rådfrågning per telefon höjs samtidigt sjukförsäkringens ersättning från 4 kr. till 5 kr. Patientavgiften för sådan rådfrågning får höjas från 2 kr. till 5 kr.
2. Den sjukhusavgift som betalas från sjukförsäkringen höjs fr. o. m. den 1 januari 1973 från 10 kr. till 15 kr. per vård dag. Avdraget på försäkrads sjukpenning vid sjukhusvård höjs från 5 kr. till 10 kr. per dag, dock fortfarande högst hälften av sjukpenningens belopp.
3. Vårdavgiften för utförsäkrade fastställs av sjukvårdshuvudmännen efter eget bedömande, varvid möjligheten till avgiftsnedsättning eller avgiftsbefrielse behålles.
4. Det statliga anslaget för anordningsbidrag till institutioner för psykiskt utvecklingsstörda anpassas i fortsättningen till igångsättningen av nya objekt. Medelsanvisningen för anordningsbidragen höjs med 3 milj. kr. per år under tre år fr. o. m. budgetåret 1972/73 i syfte att avveckla den föreliggande bidragskön. Beräkningsgrunderna för driftbidraget till särskolor ändras i enlighet med förslag från arbetsgruppen för översyn av statsbidraget till särskoleverksamheten med verkan från läsåret 1971/72, dvs. vid de statsbidragsrekvisitioner som görs under budgetåret 1972/73.
5. Vid bestämningen av ersättningarna enligt punkterna 1 och 2 har beaktats de merkostnader och intäktsbortfall för sjukvårdshuvudmännen som följer av punkterna 6–8, liksom även sjukvårdshuvudmännens kostnader för läkares vidareutbildning. Det förutsätts att sådana avgiftsfrågor som har samband med sjukförsäkringen även i fortsättningen skall kunna bli föremål för överläggningar.
6. Statens bidrag till viss hälso- och sjukvård, liksom det särskilda bidraget till psykiatriska lasarettkliniker i Stockholm, Göteborg och Malmö, upphör fr. o. m. år 1973. För år 1972 fastställs bidragen till 120 milj. kr. med fördelning mellan sjukvårdshuvudmännen enligt hittillsvarande grunder.
7. Kostnaderna för vård på riks-försäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn, Tranås och Åre skall – till den del vårdkostnaderna icke avser undersöknings- och utredningsfall för den allmänna försäkringens behov – fr. o. m. den 1 juli 1973 täckas genom i sedvanlig ordning godkänd avgift, som erläggs av den sjukvårdshuvudman, genom vars försorg patienten remitterats till sjukhuset. Samtidigt uppsäges

avtalen mellan riksförsäkringsverket och landstingen i Malmöhus, Västerbottens och Norrbottens län avseende vård och behandling vid lasarettavdelningar i Lund, Umeå och Boden att gälla fr. o. m. den 1 juli 1973, varvid övergångsvis bidrag med i princip halva beloppet utgår för tiden 1 juli 1973–31 december 1974.

Vidare upphör fr. o. m. år 1973 riksförsäkringsverkets bidragsgivning för vård vid sommarkurorterna i Sättra, Loka och Varberg samt för foniatrisk behandling och annan specialvård och övertas i erforderlig utsträckning av sjukvårdshuvudmännen.

Riksförsäkringsverket får i uppdrag att överlägga med berörda huvudmän om erforderliga åtgärder för genomförande av omläggningen.

8. Sjukvårdshuvudmännen svarar fr. o. m. den 1 januari 1973 för kostnaderna för sådana enklare handikaphjälpmedel som enligt hjälpmedelsgruppens betänkande (stencil Ds S 1971:4) skall uppföras på hjälpmedelsförteckning B.
9. De angivna åtgärderna beräknas innebära att sjukvårdshuvudmännen fr. o. m. år 1973 tillförs netto i runt tal 250 milj. kr. per år.
10. Förslag till de lagändringar m. m. som behövs för ändring av ersättningsregler m. m. läggs fram av socialdepartementet i en proposition till 1972 års riksdag.

Stockholm den 25 maj 1972

Göte Fridh

Kurt Ward

Bengt Söderqvist

Bengt Olsson

Innehållsförteckning

Propositionen	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Lagförslag	2
Utdrag av statsrådsprotokollet den 7 juni 1972	27
1 Inledning	27
2 Gällande ordning	29
2.1 Behörighetsregler för läkare	29
2.1.1 Svenska bestämmelser	29
2.1.2 Det nordiska samarbetet	30
2.2 Läkartjänsternas utformning m. m.	31
2.3 Tjänsteläkarbegreppet	35
2.4 Inrättande av läkartjänster	36
3 Förslagen	37
3.1 Behörighetsregler för läkare	37
3.2 Läkartjänsternas utformning m. m.	39
3.2.1 Sjukvården vid sjukhus	39
3.2.2 Den decentraliserade öppna vården	45
3.3 Tjänsteläkarbegreppet	48
3.4 Inrättande av läkartjänster	50
4 Remissyttrandena	53
4.1 Behörighetsregler för läkare	53
4.2 Läkartjänsternas utformning m. m.	54
4.2.1 Sjukvården vid sjukhus	54
4.2.2 Den decentraliserade öppna vården	59
4.3 Tjänsteläkarbegreppet	61
4.4 Inrättande av läkartjänster	63
5 Departementschefen	67
5.1 Allmänna synpunkter	67
5.2 Behörighetsregler för läkare	68
5.3 Läkartjänsternas utformning m. m.	72
5.3.1 Sjukvården vid sjukhus	72
5.3.2 Den decentraliserade öppna sjukvården — allmänläkare och specialister	76
5.4 Tjänsteläkarbegreppet	80
5.5 De statliga provinsialläkarna	81
5.6 Inrättande av läkartjänster	82
5.7 Vissa finansieringsfrågor beträffande sjukvården m. m.	85
5.7.1 Allmänna synpunkter	85
5.7.2 Ersättningar från sjukförsäkringen	86
5.7.3 Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda	88
5.7.4 Enklare handikapphjälpmedel	89
5.7.5 Bidrag till viss hälso- och sjukvård m. m.	90
5.7.6 Riksförsäkringsverkets sjukvårdande verksamhet m. m.	90

Prop. 1972:104	102
Upprättade författningsförslag	91
Specialmotivering	92
Hemställan	98
Bilaga (PM om vissa finansieringsfrågor beträffande sjukvården m. m.)	99
Innehållsförteckning	101