

Regeringens proposition

1996/97:123

Privata vårdgivare

Prop.
1996/97:123

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 6 mars 1997

Lena Hjelm-Wallén

Margot Wallström
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås vissa förtydliganden och ändringar i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

I propositionen föreslås att remisskrav för vård inom specialistkompetenserna barnsjukvård, gynekologi och psykiatri inte skall få förekomma.

I propositionen föreslås också att läkarvårdsersättning inte skall lämnas för nukleärmedicin.

Vidare föreslås en möjlighet för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster att erhålla läkarvårds- eller sjukgymnastikersättning efter det att han eller hon fyllt 65 år om landstinget medger detta. En läkare och sjukgymnast som fyllt 65 år skall även ha möjlighet att vikariera för en vårdgivare med läkarvårds- eller sjukgymnastikersättning, om landstinget medger detta.

Därutöver föreslås att bestämmelsen om att patientavgiften inte får överstiga det arvode som lämnas för vården tas bort och att, i de fall patientavgiften överstiger det arvode som skall lämnas för vården, mellanskillnaden skall återbetalas till landstinget.

I propositionen föreslås även en ändring av behörighetsregleringen för privatpraktiserande sjukgymnaster. Detta föreslås ske genom att 7 § lagen om ersättning för sjukgymnastik ändras så att sjukgymnasikersättning lämnas för sjukgymnastik som ges av en legitimerad sjukgymnast.

Förtydliganden görs även av de skäl som berättigar till icke heltidsverksamhet.

Den nya regeln att läkare eller sjukgymnast kan få möjlighet att erhålla

läkarvårds- eller sjukgymnastikersättning efter det att han eller hon fyllt 65 år föreslås träda i kraft den 1 juli 1997. De nya reglerna i övrigt föreslås träda i kraft den 1 januari 1998.

Prop. 1996/97:123

Innehållsförteckning

Prop. 1996/97:123

1	Förslag till riksdagsbeslut	4
2	Lagtext	4
2.1	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning	4
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik	6
3	Ärendet och dess beredning	8
4	Bakgrund	9
4.1	Hälso- och sjukvården	9
4.1.1	Den privata vårdens omfattning	10
4.2	De statligt reglerade ersättningssystemen	12
4.3	Betänkande av utredningen om ersättningen till privata vårdgivare	14
4.4	Betänkande av Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård	18
5	Regeringens övervägande och förslag	19
5.1	Alternativa driftsformer som komplement och stimulans	19
5.1.1	Privatpraktiserande specialistläkares och sjukgymnasters möjlighet att erhålla offentlig finansiering	21
5.1.2	Upphandling	24
5.1.3	Utgiftskontroll samt fastställandet av taxans utformning och arvodesnivåer	26
5.2	Den privata vårdens ändamålsenlighet	29
5.3	Förändringar i bestämmelserna om läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik	31
5.3.1	Företagshälsovård	31
5.3.2	Remissförfarandet	33
5.3.3	Heltidskravet	35
5.3.4	Åldersgräns	36
5.3.5	Anskaffning av vikarier	38
5.3.6	Särskilda krav på sjukgymnastikverksamheten och läkarverksamheten	39
5.3.7	Patientavgiften	40
6	Ikraftträdande	41
7	Författningskommentar	41
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 6 mars 1997	43

1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 1996/97:123

Regeringen föreslår att riksdagen
antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning,
2. lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnasik.

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

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

Härigenom föreskrivs 3, 7–9 och 23 §§ om lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §¹

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

Om det krävs remiss för viss vård hos en specialist inom landstinget, gäller det kravet även för läkarvårdsersättning enligt denna lag till en läkare i privat verksamhet med samma specialiteter.

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

7 §²

För att läkarvårdsersättning skall lämnas krävs att läkaren har specialistkompetens och bedriver mottagningsverksamhet inom sin specialitet i öppenvård för enskilda patienter.

Första stycket gäller inte läkare med specialistkompetens enbart i radiologiska specialiteter, kliniska laboratoriespecialiteter utom klinisk fysiologi, socialmedicin, företagshälsovård, skolhälsovård, rehabiliteringsmedicin eller klinisk näringslära.

Första stycket gäller inte läkare med specialistkompetens enbart i radiologiska specialiteter, kliniska laboratoriespecialiteter utom klinisk fysiologi, socialmedicin, företagshälsovård, skolhälsovård, rehabiliteringsmedicin, klinisk näringslära eller nukleärmedicin.

¹ Senaste lydelse 1995:837.

² Senaste lydelse 1995:837.

Läkarvårdsersättning för mottagningsverksamhet i öppen vård för enskilda patienter skall lämnas även till läkare med kompetens som allmänpraktiserande läkare (Europaläkare). Bestämmelserna i denna lag om läkare med specialistkompetens gäller i övrigt på motsvarande sätt för Europaläkare.

8 §

Läkarvårdsersättning lämnas endast till en läkare som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver verksamhet enligt 7 § på heltid, om inte annat följer av andra stycket eller 10 §. En läkare anses som heltidsverksam om läkaren arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren.

Läkarvårdsersättning lämnas även till en läkare som till följd av sjukdom eller ledighet för vård av barn inte bedriver verksamhet på heltid.

Läkarvårdsersättning lämnas även till en läkare som till följd av sjukdom, *ledighet för vård av barn, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller av annat liknande skäl* inte bedriver verksamhet på heltid.

9 §³

Läkarvårdsersättning lämnas inte till en läkare som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om läkaren är tjänstledig och vikarierar för en annan läkare.

Läkarvårdsersättning lämnas inte heller till en läkare som vid vårdtillfället har fyllt sextiofem år.

Läkarvårdsersättning lämnas inte heller till en läkare som vid vårdtillfället har fyllt sextiofem år *om inte landstinget medger något annat.*

23 §⁴

Patientavgift enligt denna lag får tas ut med högst samma belopp som gäller för motsvarande vård inom landstinget.

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

Patientavgift får inte överstiga det arvode som skall lämnas för vården.

Om patientavgiften skulle överstiga det arvode som lämnas för vården, skall mellanskillnaden betalas till landstinget.

1. Denna lag träder i kraft, i fråga om 9 § den 1 juli 1997, och i övrigt den 1 januari 1998.

2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande ifråga om vård som avser tid före ikraftträdandet.

³ Senaste lydelse 1995:837.

⁴ Senaste lydelse 1995:837.

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

Prop. 1996/97:123

Härigenom föreskrivs att 7–9 och 22 §§ lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik skall ha följande lydelse.

7 §

Sjukgymnastikersättning skall lämnas för sjukgymnastik som ges av en legitimerad sjukgymnast *vilken efter legitimationen har tjänstgjort i offentligt finansierad vård under tid som motsvarar minst två års heltidstjänstgöring, varav minst sex månader i den slutna vården, eller har motsvarande erfarenhet. Av tjänstgöringen i offentligt finansierad vård skall sammanlagt minst ettår ha fullgjorts under de senast sju åren.*

Sjukgymnastikersättning skall lämnas för sjukgymnastik som ges av en legitimerad sjukgymnast.

8 §

Sjukgymnastikersättning lämnas endast till en sjukgymnast som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver privat sjukgymnastikverksamhet på heltid, om inte annat följer av andra stycket eller 10 §. En sjukgymnast anses som heltidsverksam om sjukgymnasten arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren.

Sjukgymnastikersättning lämnas även till en sjukgymnast som till följd av sjukdom eller ledighet för vård av barn inte bedriver verksamhet på heltid.

Sjukgymnastikersättning lämnas även till en sjukgymnast som till följd av sjukdom, ledighet för vård av barn, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller av annat liknande skäl inte bedriver verksamhet på heltid.

9 §¹

Sjukgymnastikersättning lämnas inte till en sjukgymnast som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om sjukgymnasten är tjänstledig och vikarierar för en annan sjukgymnast.

Sjukgymnastikersättning lämnas inte heller till en sjukgymnast som vid behandlingstillfället har fyllt sextiofem år.

Sjukgymnastikersättning lämnas inte heller till en sjukgymnast som vid behandlingstillfället har fyllt sextiofem år *om inte landstinget medger något annat.*

¹ Senaste lydelse 1995:838.

22 §

För sjukgymnastik som ges av en sjukgymnast som får ersättning enligt denna lag får patienten avkrävas en patientavgift, om inte något annat är särskilt föreskrivet. Patientavgift får tas ut med högst samma belopp som en patient betalar för motsvarande sjukgymnastik hos landstinget.

Om sjukgymnasten tar ut en lägre patientavgift än vad som är medgivet enligt första stycket skall detta inte påverka den del av sjukgymnastikersättningen som betals av landstinget.

Patientavgiften får inte överstiga det arvode som skall lämnas för sjukgymnastiken.

Om patientavgiften skulle överstiga det arvode som lämnas för vården, skall mellanskillnaden betalas till landstinget.

1. Denna lag träder i kraft, i fråga om 9 § den 1 juli 1997, och i övrigt den 1 januari 1998.

2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om vård som avser tid före ikraftträdandet.

3 Ärendet och dess beredning

Prop. 1996/97:123

Till följd av kostnadsökningar avseende den privata vården och indikationer på brister i de nationella taxornas konstruktion och tillämpning beslutade regeringen i november 1995 att tillkalla en särskild utredare. I utredarens uppdrag (1995:150) ingick bl.a. att analysera kostnadsökningarna och beskriva konsekvenserna av gällande regler bl.a. med hänsyn till vårdgivarnas produktionsmönster. Utredaren redovisade sitt uppdrag till rege-ringen den 15 juni 1996 (SOU 1996:91) Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster. Betänkandet har remissbehandlats och en remissammanställning finns tillgänglig i ärendet (S96/4247/S).

I ett första steg har regeringen beslutat om vissa förordningsändringar med stöd av detta betänkande. Dessa trädde i kraft den 1 januari 1997. Reducerade arvoden har tagits fram för de åtgärder som saknade sådana, reumatologi har införts som en egen specialitet i taxan och vissa justeringar har gjorts vad gäller betalningsansvar för provtagning för kliniska laboratorieundersökningar samt i förteckningen över kliniska laboratorieundersökningar som ingår i läkarvårdsersättningen. Förteckningen över läkarvårdsåtgärder som föranleder särskilt arvode har också omarbetats. När det gäller utredningens förslag om justering av arvodesnivåer, ersättningstak samt övriga förändringar i förordningarna så har parterna förhandlat fram ett förslag som regeringen inom kort kommer att ta ställning till.

Under 1996 har också den av regeringen tillsatta delegationen (S1995:10) för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård påbörjat sitt arbete. Delegationen tillsattes för att följa upp de intentioner som regeringen gav uttryck för i proposition (1994/95:195) om primärvård, privata vårdgivare m.m. Enligt direktiven (1995:117) skall delegationen bl.a. bedöma vårdutbudet vad gäller specialistläkare och sjukgymnaster i öppenvård samt underlätta samverkan mellan vård i olika driftformer. I december 1996 överlämnade delegationen ett delbetänkande till regeringen (SOU 1996:175) Styrning och samverkan. Delbetänkandet har inte remissbehandlats då betänkandet i huvudsak är av analyserande och beskrivande karaktär. Mot bakgrund av delegationens analys har diskussioner förts mellan Regeringskansliet och företrädare för sjukvårdshuvudmännen och berörda vårdgivare. Delegationen skall slutredovisa sitt arbete vid utgången av år 1997.

Det remissbehandlade betänkandet (SOU 1996:91) Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer samt betänkandet (SOU1996:175) Styrning och samverkan, har legat till grund för regeringens överväganden och förslag i denna proposition.

I de följande skrivningarna avses med utredningen översynen av de nationella taxorna medan delegationen refererar till delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård.

Vidare har Socialstyrelsen den 20 december 1996 inkommit till regeringen med en skrivelse i vilken man föreslår att specialiteten nukleärmedicin inte skall berättiga till ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Prop. 1996/97:123

4 Bakgrund

4.1 Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården är en av grundstenarna i den svenska välfärdspolitiken. Som sådan skall den finansieras solidariskt och ha en god tillgänglighet för alla medborgare på lika villkor. Den som är sjuk skall få den vård och omsorg han eller hon behöver oberoende av bl.a. sin egen ekonomi.

För att hälso- och sjukvårdens resurser i första hand skall kunna användas för att tillgodose behoven hos dem som bäst behöver vård och stöd, framförallt de äldre, barnen, de psykiskt störda och de långtids-sjuka, måste hälso- och sjukvården vara demokratiskt styrd.

Trots att hälso- och sjukvårdens andel av landets samlade resurser, dess andel av bruttonationalprodukten (BNP), krymt under senare år har den fortfarande i ett internationellt perspektiv relativt stora resurser, personellt och ekonomiskt, till sitt förfogande. Den är också av hög kvalitet med en kompetent och engagerad personal. De undersökningar som har gjorts av befolkningens uppfattningar om hälso- och sjukvården visar att en stor majoritet av befolkningen uppskattar och har förtroende för hälso- och sjukvården. Krympande resurser under de senaste åren har dock medfört stora påfrestningar inom vissa delar av hälso- och sjukvården, vilket i sin tur föranlett kritik mot sjukvårdshuvudmännens förmåga att fördela resurserna på ett optimalt sett.

Förtroendevalda och verksamhetsföreträdare kommer därför att ha ett fortsatt behov av och vilja att vidareutveckla hälso- och sjukvården. Med detta avses dels att fortlöpande förnya och effektivisera den medicinska vården och omvårdnaden, dels att förbättra styrning och uppföljning av resurser. Det är viktigt att verksamheterna kan anpassa sig till ändrade behov och nya förutsättningar, inte minst mot bakgrund av den analys som redovisas i betänkandet (SOU 1996:163) Behov och resurser i vården – en analys, som i november 1996 presenterats av kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). HSU 2000 har i sitt delbetänkande konstaterat att en demografisk framskrivning av kostnaderna för vård och omsorg innebär att kraven på resurser för landstingens hälso- och sjukvård ökar med 5–6 procent fram till år 2010. Utifrån sina beräkningar om utvecklingen av utrymmet för landstingskommunal konsumtion gör kommittén bedömningen att det successivt kommer att uppstå ett gap mellan behov och resurser. Gapet är störst vid sekelskiftet – omkring 8 procent eller 7 miljarder kronor. En motsvarande framskrivning för kommunernas äldreomsorg för år 2000

innebär att det demografiskt betingade gapet beräknas uppgå till 16 procent eller 8 miljarder kronor. Regeringen avser senare i vår att återkomma till riksdagen med vissa förslag med anledning av detta betänkande.

Det positiva förnyelse och förändringsarbete som idag pågår inom hälso- och sjukvårdssektorn måste således fortgå. Under de senaste åren har bl.a. budget- och styrsystem förändrats, ytterligare medicinska och medicinteknologiska landvinningar gjorts och patientens delaktighet i vården på olika sätt ökat.

Framöver bör dock ökad kraft läggas på att utvärdera och följa upp de förändringar som genomförs, inte bara för att underlätta utvecklingsarbetet utan också för att tillförsäkra och förbättra kvaliteten i vården. Enligt nyligen gjorda ändringar i hälso- och sjukvårdslagen skall också kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras inom hälso- och sjukvården. Som vägledning i arbetet med kvalitetssäkring har Socialstyrelsen meddelat forskrifter och allmänna råd, SOSFS 1996:24 Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.

Från politiskt håll har det varit stor enighet om målen och inriktningen av hälso- och sjukvården, dvs. hälso- och sjukvården bör präglas av närhet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. Skiljaktigheter har dock funnits på vilket sätt och med vilka medel målen kan uppnås.

För att underlätta och stimulera en utveckling mot en ökad andel öppenvård har riksdag och regering sedan lång tid sökt främja den öppna vården utanför sjukhus och tillgången till specialistkompetenta läkare inom allmänmedicinen.

4.1.1 Den privata vårdens omfattning

I vårt land har vi en i huvudsak offentligt producerad hälso- och sjukvård. Den slutna vården bedrivs i huvudsak i offentlig regi. Inom den öppna vården finns ett större inslag av privat bedriven vård.

Vid ingången av år 1997 fanns 1645 privatpraktiserande specialistläkare berättigade till läkarvårdersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdersättning samt 182 vårdavtal med enskilda läkare och 386 vårdavtal med juridiska personer, som kan bestå av ett flertal vårdgivare. Antalet privata specialistläkare utgjorde därmed ca 12 % av det totala antalet specialistläkare i landet. Dessutom fanns 422 privata husläkare, vilket motsvarar ca 13 % av det totala antalet läkare i primärvården. Ungefär två tredjedelar av de offentligt anställda läkarna arbetar inom den slutna läns- och regionsjukvården medan flertalet privata vårdgivare finns inom öppenvården.

När det gäller sjukgymnastikverksamheten fanns det 2136 sjukgymnaster med ersättning enligt lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik vid ingången av år 1997 samt 56 vårdavtal med enskilda sjukgymnaster och 116 vårdavtal med juridiska personer. De privata sjukgymnasterna utgör drygt 20 % av det totala antalet yrkesverksamma sjukgymnaster. Ser man endast till den öppna vården så utgör de ca hälften.

Prop. 1996/97:123

Regeringen har vid ett flertal tillfällen uttalat att den ser positivt på att det finns ett varierat vårdutbud med olika driftformer. Valet av vårdgivare bör i första hand styras av verksamhetens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet.

För att lättare kunna göra avvägningar mellan offentligt och privat bedriven vård, är det viktigt att ökade insatser läggs på att hitta ett gemensamt värderingssystem vad avser medicinska åtgärder. I och med detta skulle jämförelser av kostnader och prestationer mellan olika driftformer underlättas. I dag saknas beskrivnings- och klassificeringssystem av tillräckligt hög kvalitet som möjliggör adekvata sådana jämförelser.

Den ökade förskjutningen mot öppenvård förväntas att fortsätta bl.a. till följd av utvecklingen av den medicinska teknologin. Detta bör underlätta möjligheterna att bedriva verksamhet i privat regi med offentlig finansiering. De privata vårdgivarnas insatser måste dock i högre utsträckning än hittills integreras i den totala vårdkedjan. Ur ett patientperspektiv måste de olika vårdgivarna – oberoende av driftform – samverka för att uppnå en hög kvalitet i vården.

Regeringen ser med tillfredsställelse på att några sjukvårdshuvudmän i samverkan med företrädare för de privata vårdgivarna har tagit fram policydokument som anger hur man ser på samverkan med privata vårdgivare. I dessa dokument betonas att de privata vårdgivarna skall ses som en resurs i det totala vårdutbudet och att det bör föreligga en strävan från båda parter att utöka samarbetet. Dessutom betonas vikten av att sjukvårdshuvudmannen ska kunna påverka vårdgivarnas geografiska placering och att avtal i första hand skall träffas med vårdgivare verkssamma i grupp-mottagningar, om inte särskilda skäl talar för avtal med vårdgivare som är enskilt verkssamma. En gemensam målsättning är att patienterna skall tas hand om på lägsta effektiva omhändertagandenivå. För att möjliggöra detta beskrivs också i nämnda policydokument hur samverkan bör utvecklas mellan primärvård, privata öppenvårdsspecialister och akutsjukhusens öppenvårdsverksamhet.

För att påskynda regeringens intentioner, såsom de kom till uttryck i proposition (1994/95:195) om primärvård, privata vårdgivare m.m., tillkännagav regeringen i nämnda proposition att den hade för avsikt att tillsätta en delegation för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård. Enligt direktiven (1995:117) skall delegationen bland annat söka former för att underlätta samverkan mellan privat och offentligt bedriven vård och söka undanröja eventuella hinder för sådan samverkan.

För att förbättra samverkan på lokal nivå har regeringen även verkat för att lokala samverkansorgan inrättats inom varje landsting. Trots att dessa organ endast varit verkssamma i drygt ett år tycks de på många håll ha genererat positiva effekter. Det finns uppgifter om att de såväl ökat förutsättningarna för som medverkat till att en ökad samverkan påbörjats. Samverkansorganen har hittills bl.a. behandlat frågor som rör vårdavtal, 65-årsgränsen och ersättningsetableringar, remissförfarande, kvalitetspolicy, upphandlingsfrågor, vikariatsregler, väntetider och utarbetande av riktlinjer för samverkan.

Prop. 1996/97:123

Samverkansdelegationen följer de lokala samverkansorganens utveckling och utvärderar deras funktion.

Prop. 1996/97:123

4.2 De statligt reglerade ersättningssystemen

Den öppna vård med offentlig finansiering som före år 1994 bedrevs i privat regi ersattes genom att vårdgivarna var anslutna till den allmänna försäkringen eller hade tecknat vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen. I båda fallen hade sjukvårdshuvudmannen ett avgörande inflytande på såväl lokalisering som inriktning.

I december 1993 beslutade riksdagen att införa ett nytt ersättningssystem för privatpraktiserande läkare med vissa specialiteter och privata sjukgymnaster. Till grund för detta låg den s.k. Specialisttaxeutredningen. Utredningen avlämnade sitt betänkande (SOU 1992:118) Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare i november 1992. Översynen av taxan gjordes bl.a. med anledning av att den tidigare taxan ansågs vara föråldrad ur medicinskt hänseende, administrativt krävande för berörda intressenter samt gav utrymme för s.k. taxeglidning.

Sedan den 1 januari 1994 regleras därför de privatpraktiserande läkarnas och sjukgymnasternas möjligheter att etablera sig och bedriva verksamhet med offentlig finansiering i lagen (1993:1651) om läkarvårdersättning respektive lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik. För att ha rätt att uppbära läkarvårdersättning alternativt sjukgymnastikersättning gäller t.ex. ett krav på heltidsverksamhet. För att läkarvårdersättning skall lämnas krävs dessutom att läkaren har specialistkompetens och mottagningsverksamhet i öppen vård inom sin specialitet för enskilda patienter. För rätt till sjukgymnastikersättning skall sjukgymnasterna vara legitimerade samt efter legitimation ha arbetat minst två år i offentligt finansierad vård, varav minst sex månader i sluten vård. Dessutom måste minst ett av dessa två år ha fullgjorts under de närmaste sju åren innan anslutning till ersättningssystemet. Vidare gäller att privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster, som med stöd av dessa lagar uppbär ersättning från landstinget, inte samtidigt får vara anställda av något landsting. Det finns dock inget som hindrar att landstinget och de privatvårdgivarna träffar andra överenskommelser genom vårdavtal.

I de båda lagarna anges även att vårdgivarna kan debitera landstinget utifrån tre arvoresnivåer; enkelt arvode för enkla åtgärder, normalt arvode som skall tillämpas för flertalet behandlingar och ett särskilt arvode för mer omfattande åtgärder. Normalarvode är kopplat till ett tidskrav för att hålla en god kvalitet i vården. Det finns även s.k. ersättningstak för vårdgivarna. Ersättningstaket anger hur mycket läkarvårdersättning som utbetalas till en läkare eller sjukgymnast under ett kalenderår. Beloppet motsvarar full årsarbetstid inom specialiteten. När vårdgivaren nått upp till ersättningstaket, dvs. till ett belopp motsvarande en full årsarbetstid, lämnas därefter ersättning med reducerade belopp upp till nästa tak som ytterligare motsvarar en halv årsarbetstid. När även detta tak uppnåtts utgår endast patientavgift för återstoden av besöken under året.

Tillämpningsföreskrifter anges i förordningen (1994:1121) om läkarvårdersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik. Förordningarna, som trädde i kraft den 1 juli 1994, preciserar bl.a. arvudet för olika sjukvårdstjänster och ersättningstaken för vårdgivarna.

Sjukvårdshuvudmännen fick även det direkta finansieringsansvaret för den privata vården fr.o.m. den 1 januari 1994. Under åren 1985 till 1993 reducerades dock ersättningen (Dagmarersättningen) till landstingen med en summa motsvarande föregående års utbetalningar till privata vårdgivare. I praktiken hade landstingen därför även tidigare det egentliga finansieringsansvaret för de privata vårdgivarna som hade offentlig finansiering.

Den 1 januari 1995 överfördes också ansvaret för att administrera utbetalningarna av ersättningarna till de privata vårdgivarna från försäkringskassorna till landstingen.

Under år 1994 kunde privata vårdgivare som uppfyllde kraven i dessa lagar fritt etablera sig och starta verksamhet i princip var de själva önskade. Sjukvårdshuvudmännen kunde inte påverka vare sig verksamhetens inriktning eller fördelningen av de privata vårdinsatserna inom sjukvårdsområdet. Till följd av regeringens proposition (prop. 1994/95:109) hösten 1994 ändrades dessa anslutningsbestämmelser. Sedan den 1 januari 1995 gäller att den som vill vara verksam som privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast, med ersättning enligt dessa lagar, måste träffa ett samverkansavtal med sjukvårdshuvudmannen. Det huvudsakliga motivet till att genomföra denna förändring var att åter ge landstingen reella möjligheter att fullgöra sitt planeringsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), genom att kunna påverka de privata vårdgivarnas verksamhetsinriktning och lokalisering utifrån de behov som finns hos befolkningen.

Ett samverkansavtal innebär i stort sett att den privata vårdgivaren kommer överens med landstinget om att få bedriva verksamhet med ersättning enligt nationellt fastställda bestämmelser. Vårdgivaren har även möjlighet att bedriva verksamhet med offentlig finansiering genom att teckna ett vårdavtal med landstinget. I detta fall kommer parterna själva överens om verksamhetsinriktning, ersättningar, åtaganden, former för rapportering m.m. Om det inte bedöms föreligga ett behov av den privata vårdgivarens insatser inom landstinget eller del av detta, kan landstinget vägra teckna samverkansavtal eller vårdavtal och därmed hindra en anslutning där vårdgivaren får bedriva verksamhet med offentlig finansiering.

En grundsten i den nya ersättningsmodellen var att den skulle vara mindre kostnadsdrivande än de dåvarande taxorna. Landstingen skulle därmed få bättre möjlighet att förutse kostnadsutvecklingen. De totala kostnaderna för de privata vårdgivarna skulle heller inte öka till följd av det nya systemet. Kostnadsökningarna för den privata vården kom emellertid under andra halvåret 1994 att kraftigt överstiga de beräknade. Jämfört med samma period föregående år ökade utbetalningarna med 45 procent. Detta hade dels sin grund i de nya taxorna, dels den ökade

anslutningen till ersättningssystemet genom den fria etableringen som gällde under 1994.

Ytterligare ett motiv till att regeringen redan hösten 1994 (prop. 1994/95:109, bet. 1994/95:SoU10, rskr. 1994/95:133) föreslog riksdagen att ändra bestämmelserna om rätten att etablera sig var således uppgifterna om den fria etableringens ekonomiska konsekvenser. I detta sammanhang aviserade också regering sin avsikt att återkomma till riksdagen med ytterligare förslag om bl.a. administrationen av ersättningarna enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik samt taxornas konstruktion.

Med anledning av detta lade regeringen fram en proposition (prop. 1994/95:195, 1994/95:SoU24, rskr. 1994/95:383) om primärvård, privata vårdgivare m.m. våren 1995. Till följd av förslagen i denna proposition kom bl.a. den särskilda arvodeshöjningen på fem procent till vårdgivare etablerade före 1 januari 1994 att slopas fr.o.m. den 1 januari 1996. Vidare infördes regeln om reducerat ersättningstak för vårdgivare som inte bedriver verksamheten på heltid. Ytterligare en förändring var att samma regler avseende remissförfarandet skall gälla för offentliga och privata specialistläkare respektive sjukgymnaster. Privata läkare får heller inte ta ut en högre patientavgift än vad som gäller för motsvarande vård i den offentliga vården. Dessutom beslutades att även de särskilda åtgärderna skulle ingå i underlaget för fastställandet av de s.k. ersättningstaken fr.o.m. den 1 januari 1997. Fr.o.m. detta datum gäller även en högsta åldersgräns på 65 år för rätt till ersättning enligt den nationella taxan.

Prop. 1996/97:123

4.3 Betänkande av utredningen om ersättningen till privata vårdgivare

I direktiven (1995:150) till översynen av förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnaster låg bl.a. att utvärdera dittillsvarande kostnadsökningar för den privata vården och den totala effekten av de s.k. ersättningstaken samt hur systemet tillgodoser kravet på kostnadskontroll för landstingen.

Utredningen har i hög grad baserat sina förslag på den kostnads- och verksamhetsstatistik som samlats in och analyserats. Sammanfattningsvis visar resultaten att;

- Det skedde ett nettotillskott på 221 ordinarie läkare (12%) mellan åren 1993 och 1995. Ett mycket litet antal läkare hade övergått till vårdavtal. Samverkansavtal förekom i enstaka fall. Nettotillskottet av sjukgymnaster var knappt tre gånger så stort som i läkargruppen.
- Under år 1995 gjordes 4 miljoner läkarbesök hos läkare som ersattes via den nationella taxan, varav 83 procent berättigade till normalarvode. Antalet besök hos sjukgymnast var 4,6 miljoner.
- Landstingens totala utgifter år 1995 var cirka 770 miljoner kronor (44 procent) högre än år 1993.
- Jämförelser av ersättningen till vårdgivare som varit verksamma både tiden före och efter införandet av den nya taxan tyder på att läkarna

fick en ersättningsökning mellan åren 1993 och 1995 på ca 25–35 procent och sjukgymnasterna sannolikt en något högre ersättningsökning.

- Antalet besök per vårdgivare hade minskat sedan införandet av de nya taxorna, dvs. år 1995 jämfört med år 1993. Antalet besök per vårdgivare hade minskat med 14% för läkare och med 18 % för sjukgymnaster. Samtidigt hade ersättningen per besök ökat kraftigt, med 35 procent för läkare och 43 procent för sjukgymnaster. Denna utveckling skulle kunna tyda på att den privata vårdens kvalitet förbättrats i linje med den dåvarande regeringens intentioner med taxans konstruktion och arvodeshöjningar. Det kan dock inte enligt utredningen uteslutas att den kraftiga arvodeshöjningen i kombination med införande av prestationsdämpande individuella ersättningstak också minskat produktiviteten. Detta styrks av att vårdgivare som uppnått det första ersättningstaket under år 1995 hade en lägre produktion än de som ej nådde upp till det första ersättningstaket under det andra halvåret. Produktionsmönstret visade det omvända förhållandet under det första halvåret. Skillnaderna var dock små.
- En skattning av verksamhetsgraden för läkare indikerar att flertalet vårdgivare hade en verksamhetsgrad under 70 procent.
- Den totala ersättningen för enskilda vårdgivare varierar stort inom respektive specialitet. Det gäller särskilt specialister som utför en stor andel särskilda åtgärder.

Utredningens utgångspunkter och förslag

Ett antal principiella utgångspunkter har legat till grund för utformningen av utredningens förslag.

- Den privata specialistläkarvården och privat sjukgymnastik skall vidmakthållas och utvecklas som ett betydelsefullt komplement till den offentligt drivna sjukvården. Det är dock eftersträvaransvärt att förhållandena mellan landstingen och privata vårdgivare fortsättningsvis regleras i avtal. I första hand skall vårdavtal väljas.
- Det har enligt utredningen gått en kort tid sedan de nu gällande ersättningsreglerna infördes, vilket inte tillåter en fullständig utvärdering av effekterna och därmed ej heller mer omfattande förändringar. Emellertid har landstingens totala utgifter för den privata vården ökat kraftigt sedan den nya nationella taxan infördes 1994 vilket föranleder vissa förslag till åtgärder. Vissa av de gällande reglerna är också svårtolkade. Dessa kan klargöras med mindre förändringar.
- Varken den lämpligaste utgiftsramen eller de exakta arvodesnivåerna i den nationella taxan kan fastställas på vetenskaplig väg eller i detalj utredas fram. De kan endast bestämmas genom politiska ställningstaganden utifrån samhällsekonomiska avvägningar eller i förhandling mellan parterna.

- Det krävs tydliga regler för hur en sådan förhandling mellan parterna och fastställande av taxan inklusive gemensamma principer för beräkning av utgiftsram, utformning och revidering av taxan skall gå till.
- Till dessa principer hör att taxan skall vara neutral, dvs. ersättningen för enskilda tjänster/medicinska åtgärder skall i så liten utsträckning som möjligt påverka medicinska ställningstaganden. En nationell taxa förutsätter kontinuerliga revisioner för att anpassa ersättningen till de förändringar som sker av medicinska metoder och sjukvårdens organisation.
- Uppföljning och kvalitetssäkring är viktiga aspekter som behöver förbättras och samordnas med den offentliga vården. Ett ökat samarbete mellan landstingen, de privata vårdgivarna och Socialstyrelsen är angeläget inom detta område.

Utredningen konstaterar vidare att landstingens förutsättningar för totalkostnadskontroll av den privata vården inte är helt tillfredsställande. Ersättningssystemet bör därför utformas så att de totala utgifterna med en större säkerhet kan fastställas och kontrolleras på förhand av sjukvårdshuvudmännen.

Under de närmaste åren kvarstår enligt utredningen en viss osäkerhet kring effekterna av individuella ersättningstak och antalet vårdgivare som kommer att erhålla ersättning från den nationella taxan. Utredningen föreslår därför att totalkostnadskontrollen i taxan stärks. Detta bör ske på så sätt att parterna kommer överens om en årlig kostnadsram för de vårdgivare som är verksamma enligt den nationella taxan. Därefter fastställs arvudet på basis av kända volymer. Efter justering enligt förutbestämda kriterier höjs eller sänks ramen inför påföljande år. Att istället använda en metod med rörligt pris, som bestäms i efterhand, kan enligt utredningen vara ett alternativ som inte bör uteslutas.

Vidare har utredningen föreslagit en rad förändringar i utformningen av taxan, arvodesnivåer samt ersättningstak.

Utredningen föreslår att en långsiktig utveckling av den nationella taxan påbörjas med målsättning att utarbeta ett gemensamt system med den offentliga vården för att beskriva och klassificera vårdtjänster och beräkna deras relativa priser.

Utredningen har även föreslagit en förbättring av vissa metoder för kvalitetssäkring och tillsyn. Detta fordrar ett fördjupat samarbete mellan Socialstyrelsen, privata vårdgivare och landstingen.

Dessutom har vissa gränsdragningsproblem gentemot andra verksamheter behandlats, t.ex. avgränsningen mellan den sjukvård som ges inom ramen för den nationella taxan och företagshälsovård.

Remissinstanserna

Vid remissbehandlingen av betänkandet ställer sig de flesta av remissinstanserna bakom de grundläggande principerna som utredningens ställningstaganden vilar på. Den privata vården skall utvecklas som en del av hälso- och sjukvården och relationen skall i princip regleras i vård-

avtal mellan sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna. Den privata specialistvården och sjukgymnastiken uppfattas således även av sjukvårdshuvudmännen som en betydelsefull del av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Den bör därmed ges sådana förutsättningar att den kan komplettera den offentligt drivna sjukvården. Landstingen har emellertid betonat vikten av att de har erforderliga styrmedel för att kunna ta sitt planeringsansvar också för den privata vården. För att sjukvårdshuvudmännen skall kunna använda de gemensamma resurserna på ett för samhällsmedborgarna effektivt sätt måste man kunna påverka vårdutbudet och ha möjlighet att ställa krav på etableringsort, samarbete med offentlig vård, uppföljning, utbildning, områdesansvar etc. vad avser de privata vårdgivare som har rätt till offentlig finansiering.

Vårdavtal är enligt sjukvårdshuvudmännen det viktigaste medlet för att åstadkomma en bättre samverkan mellan privat och offentligt bedriven vård. Taxan bör därför inte vara så attraktiv att vårdavtal inte upplevs som ett reellt alternativ. Detta bör enligt landstingen ses mot bakgrund av att sjukvårdshuvudmannen på många håll erfarit kraftiga utgiftsökningar för den privata vården, till följd av införandet av de nya taxorna samt den fria etableringen under 1994, samtidigt som man har haft sparkrav på den egna verksamheten. Ökningen av vårdgivare, till följd av den fria etableringen, upplevs heller inte alltid stå i relation till ett klart uttalat behov av sjukvårdstjänster.

Några sjukvårdshuvudmän har uppfattat utredningens förhållningssätt som kluvet. Samtidigt som den framhåller betydelsen av att vårdavtal utvecklas ägnar den kraft åt att föreslå åtgärder i syfte att utveckla den nationella taxan för privata vårdgivare.

Företrädare för de privata vårdgivarna anser att utredningen har haft insikt och visat förståelse för den privata vårdens villkor. Utredningen slår fast att privata vårdgivare bör ha en rimlig ersättning och rimliga förutsättningar för att även fortsättningsvis kunna bedriva sin verksamhet. Remissinstanserna beklagar emellertid att bl.a. införandet av åldersgräns, för rätt att uppbära läkarvårdsersättning, samt avsaknaden av rätten till ersättningsetablering inte har studerats närmare på grund av utredningens tidsram. Dessa åtgärder kommer, menar man, att medföra en mycket kraftig minskning av antalet privata vårdgivare samt få mycket negativa effekter för många gruppomfattningar. Även landstingens rätt att införa remisstvång till de privata vårdgivarna bör – enligt dessa remissinstanser – analyseras ytterligare.

Företrädare för de privata vårdgivarna påpekar också att det är viktigt att den privata vården ges realistiska möjligheter till vidareutveckling för att säkerställa kontinuitet i vården. Ett förutsebart och rättvist ersättningssystem i form av en nationell taxa är en grundpelare. För dem som inte har eller utvecklar vårdavtal är den nuvarande taxans konstruktion bra.

Beträffande vårdavtal ses, inte bara av företrädare för de privata vårdgivarna utan också av representanter för landstingen, lagen om offentlig upphandling (LOU) som ett hinder.

Prop. 1996/97:123

Samtliga remissinstanser välkomnar förbättringar av uppföljning och kvalitetssäkring av såväl den privata som den offentliga vården. Ett ökat samarbete mellan landstingen, de privata vårdgivarna och Socialstyrelsen anses vara angeläget inom detta område.

Prop. 1996/97:123

4.4 Betänkande av delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård överlämnade i december 1996 ett delbetänkande (SOU 1996:175) Styrning och samverkan till regeringen. Betänkandet redogör bl.a. för utvecklingen av antalet privata vårdgivare, tillämpningen av remissförfarandet och utvecklingen av vård- och samverkansavtal. Delegationen anser att det ännu är för tidigt att dra alltför långtgående slutsatser av utvecklingen. Den vill dock fästa uppmärksamhet på ett antal tendenser som det finns särskild anledning att följa i det fortsatta arbetet under 1997.

- Delegationen ser med viss oro på minskningen av antalet privata läkare som ej är allmänläkare. De privata specialisterna utgör en viktig del i vårdkedjan mellan sjukhusens öppenvård och primärvården. Mycket talar för att öppen specialistvård utanför akutsjukhusen snarare borde öka i omfattning.
- Delegationen anser att det är en utveckling i fel riktning att många allmänläkare lämnat primärvården (vårdavtal) och övergått till att vara verksamma enligt den nationella taxan. En strävan borde istället vara att i princip samtliga i dag verksamma taxeanslutna allmänläkare ingick i primärvårdsorganisationen.
- Delegationen noterar att antalet remisser till privata sjukgymnaster, i synnerhet i vissa landsting med remisskrav, har minskat markant genom att allmänläkarna i större utsträckning än tidigare styr till den offentliga produktionen. Det är angeläget att berörda landstingsledningar tydligare informerar förvaltningsledningar och övrig personal om patientens rätt att välja sjukgymnast.
- Delegationen ser optimistiskt på den fortsatta utvecklingen av vårdavtal när det gäller vårdgivare som i dag har en personlig etablering. Däremot kan det finnas anledning till viss tveksamhet inför möjligheten att träffa vård- eller samverkansavtal med nya läkare och sjukgymnaster, om etableringsrätten begränsas alltför snävt i tiden.
- Vårdavtal, som saknar hänvisning till fortsatt etablering via ett samverkansavtal, bör behandlas som en strikt affärsmässig handling och därmed omfattas av kraven på upphandling enligt lagen om offentlig upphandling.
- Delegationen anser att det i dag saknas beskrivnings- och klassificeringssystem av tillräckligt hög kvalitet som kan möjliggöra en adekvat jämförelse av olika vårdgivare vad avser kostnader, prestationer och kvalitet. Delegationen anser att det krävs antal utvecklingsprojekt på såväl nationell, regional som lokal nivå initieras.

- Delegationen anser att det är väsentligt att den nationella vårdstatistiken håller hög kvalitet. Utvecklingen mot färre taxeanslutna vårdgivare och fler vårdavtal kräver att den redovisning som i dag görs av seende vårdgivare med vårdavtal utvecklas för att kunna hålla samma kvalitet som den statistik som i dag finns för de taxeanslutna vårdgivarna. Vidare bör primärvårdsstatistiken ses över vad avser redovisningen av privata allmänläkare.
 - Delegationen anser att det behövs göras en samlad översyn av konkurrenslagen (KL) och LOU vad avser tillämpningen av dessa för hälso- och sjukvårdstjänster.
- Delbetänkandet (SOU 1996:175) Styrning och samverkan har inte remissbehandlats.

Prop. 1996/97:123

5 Regeringens övervägande och förslag

5.1 Alternativa driftsformer som komplement och stimulans

Regeringens bedömning: Styrning, ledning och organisation av hälso- och sjukvården behöver successivt ses över och revideras efter nya förutsättningar. Nya och mer flexibla verksamhetsformer bör prövas. Verksamhetens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet bör styra valet av vårdgivare.

Utredningens bedömning: Den privata specialistvården och privata sjukgymnaster skall vidmakthållas och utvecklas som ett betydelsefullt komplement till den offentligt administrerade vården.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser anser att den privata vården är en betydelsefull del av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Den bör kunna ges sådana förutsättningar att den kan fungera som ett värdefullt komplement till den offentligt administrerade sjukvården.

Skälen för regeringens bedömning: Ett integrerat hälso- och sjukvårdssystem som det svenska, med landstingen som både finansierare och producenter av vård, har många fördelar inte minst vad gäller kostnadskontroll och möjligheter att anpassa vårdutbudet efter befolkningens behov. Ett integrerat system är också en förutsättning för att vård av god kvalitet skall finnas tillgänglig i hela landet till rimliga kostnader.

Den andel av sjukvårdstjänster som utförs i privat regi med offentlig finansiering har hittills varit relativt begränsad. Regeringen har emellertid vid ett flertal tillfällen påpekat att det finns klara fördelar med att man inom ramen för ett integrerat system ger ökat utrymme för alternativa driftsformer, t.ex. personalkooperativ och privat verksam vårdgivare.

Enligt uppgifter från samverkansdelegationen har det under år 1996 emellertid gått trögt med tecknandet av vårdavtal. Om tecknandet av nya vårdavtal inte kommer igång under år 1997 kommer enligt samverkansdelegationens beräkningar antalet privatläkare minska med närmare 277, eller 14 %, till följd av 65-årsregeln. Eftersom många av de äldre läkarna arbetar deltid kommer dock antalet läkarbesök i privatvården minska betydligt mindre eller uppskattningsvis med 7 %. Den ökning som den fria etableringen medförde under 1994 kommer därmed att vara borta. Ett nittiototal sjukgymnaster, eller ca 4 % beräknades också lämna sin etablering vid ingången av 1997 till följd av 65-årsregeln. Detta medför uppskattningsvis en kapacitetsminskning med 2 %. Under den fria etableringen var dock nettotillskottet av sjukgymnaster nästan tre gånger så stort som i läkargruppen, vilket innebär att minskningen vid ingången av år 1997 är mindre än ökningen under den fria etableringen.

Delegationen ser med särskild oro på minskningen av de privata läkarna som inte är allmänläkare. De privata specialisterna utgör en viktig del i vårdkedjan mellan sjukhusens öppenvård och primärvården. Vidare anser man att det är en utveckling i fel riktning att många allmänläkare lämnat primärvården (vårdavtal) sedan upphävandet av husläkarlagen, och övergått till att vara verksamma enligt den nationella taxan. En strävan borde enligt delegationen istället vara att i princip samtliga i dag verksamma taxeanslutna allmänläkare ingick i primärvårdsorganisationen.

Regeringen delar delegationens bedömningar och ser det därför som mycket angeläget att ett ökat antal vårdavtal sluts mellan privata vårdgivare och sjukvårdshuvudmännen. De privata vårdgivarna har enligt regeringen ofta mycket aktivt bidragit till att tillgängligheten till sjukvården har ökat. Regeringen delar också samverkansdelegationens uppfattning att de privata specialistläkarna kan utgöra en viktig del i en kedja mellan primärvården och sjukhusens specialistmottagningar.

Att det finns olika driftformer inom hälso- och sjukvården har även positiva effekter för personalen. Det är viktigt att det finns alternativ för de vårdgivare som vill arbeta i mindre enheter och som eftersträvar större självständighet, vilket troligtvis i högre utsträckning kan möjliggöras inom ramen för ett personalkooperativ eller som privat vårdgivare. Medelåldern vad gäller de privat verksamma specialisterna är i dag emellertid relativt hög. Det är därför eftersträvarsvärt att även öppna möjligheten för yngre läkare med erforderlig kompetens att teckna vårdavtal eller samverkansavtal. Genom detta skulle en jämnare åldersfördelning i privatläkarkåren erhållas och yngre människor ges möjlighet att arbeta i denna driftform.

Ett centralt mål för reformsträvandena i den svenska hälso- och sjukvården under senare år har också varit att stärka patientens och medborgarens ställning bl.a. genom att ge individen ökade möjligheter att välja vårdgivare inom primärvård och olika typer av specialistvård liksom att välja sjukhus vid slutenvård. Den ökade valfriheten har enligt regeringens mening i sin tur bidragit till att förbättra bemötandet inom hälso-

och sjukvården. Tillgången till privata verksamheter har bidragit till att öka valfriheten och förbättra kontinuitet och tillgänglighet.

För att i möjligaste mån också garantera patienterna en likvärdig behandling, oavsett driftformen, är det enligt regeringens mening viktigt att kraven på utbildning och fortbildning, möjligheterna att utöva tillsyn och att erhålla redovisningar om vårdens innehåll och kvalitet så långt möjligt likställs mellan offentliga och privata vårdgivare.

Privat vård kan också i vissa fall vara mer kostnadseffektiv än den vård som bedrivs i landstingets egen regi. I en rapport från Landstingsförbundet har en kostnadsjämförelse gjorts mellan ett antal privata och offentliga läkarmottagningar i Stockholms läns landsting. Rapporten redovisar intressanta strukturella skillnader mellan de jämförda mottagningarna vilka dels kan ge landstingen vägledning vid val av driftform för en viss verksamhet, dels utgöra underlag för olika vårdgivares eget effektiviseringsarbete. Rapporten visar också på vikten av jämförelser av kostnader och resultat. Metoderna för att göra sådana jämförelser behöver dock förbättras. Vid kostnadsjämförelser av den här typen är förhållanden inte uppgifterna helt jämförbara. Det kan även finnas olikheter i patientsammansättningen som försvårar jämförelsen samt svårigheter att särskilja kostnader för de offentliga mottagningar som är en del i en klinik där vissa resurser är gemensamma. Arbetet måste därför fortgå att hitta bättre metoder för att kunna göra rättvisa jämförelser.

Samverkansdelegationen kommer under år 1997 ägna stor uppmärksamhet åt kostnadsjämförelser mellan offentlig och privat vård. Man kommer bl.a. att följa utvecklingen av gemensamma beskrivnings- och klassificeringssystem. Delegationen avser i detta sammanhang också initiera ett par utvecklingsprojekt avseende kostnadsjämförelser tillsammans med intresserade sjukvårdshuvudmän.

5.1.1 Privatpraktiserande specialistläkares och sjukgymnasters möjlighet att erhålla offentlig finansiering

Regeringens bedömning: Samarbetet mellan landstingen och de privata vårdgivarna bör stärkas ytterligare. Strävan bör vara att landstinget i sin egenskap av finansiär och den privata vårdgivaren skall nå samsyn kring vårdverksamhetens innehåll, omfattning och lokalisering så att ett vårdavtal kan träffas. Vårdavtalet innebär vidare att parterna kommer överens om åtagande, ersättningsfrågor m.m.

De statligt reglerade ersättningsystemen för vissa specialistläkare och sjukgymnaster bör finnas kvar så att sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna kan ingå samverkansavtal via de statligt reglerade ersättningsystemen.

Utredningens bedömning: Det är eftersträvänsvärt att förhållandena mellan landstingen och privata vårdgivare fortsättningsvis regleras i

Prop. 1996/97:123

avtal. I första hand skall vårdavtal väljas. Samverkansavtal kan vara ett alternativ.

De vårdgivare och sjukvårdshuvudmän som önskar göra tillägg eller avsteg från den nationella taxan kan sluta avtal om detta. Utformningen av dessa är inte reglerad i lagen utan kan utformas på olika sätt. Utredningen har funnit att vårdavtal är den bästa formen. Det kan vara en fördel att parterna utarbetar modeller för vårdavtal i vilka t.ex. vårdgivarnas möjlighet att gå tillbaka till den nationella taxan vid avtalstidens slut med ett samverkansavtal ingår.

Utredningen bedömer att den administrativa tungroddhet som hittills varit förbundet med vårdavtal är övergående.

Remissinstanserna: Sjukvårdshuvudmännen anser att den privata specialistvården och sjukgymnastiken bör kunna ges sådana förutsättningar att den kan komplettera den offentligt administrerade sjukvården. Landstingen betonar emellertid vikten av att de har de ekonomiska styrmedel som fordras för att ta sitt planeringsansvar också för den privata vården. För att sjukvårdshuvudmännen skall kunna använda de gemensamma resurserna på ett för samhällsmedborgarna effektivt sätt måste de kunna påverka vårdutbudet och ha möjlighet att ställa krav på den privata vården med rätt till offentlig finansiering avseende etableringsort, samarbete med offentlig vård, uppföljning, utbildning, områdesansvar etc. Vårdavtal är enligt sjukvårdshuvudmännen det viktigaste medlet för att åstadkomma ett integrerat vårdutbud av privat och offentligt bedriven vård.

Företrädare för de privata vårdgivarna pekar på att det är viktigt att den privata vården ges realistiska möjligheter till vidareutveckling för att säkerställa kontinuitet även för den privata vården. Ett förutsebart och rättvist ersättningssystem i form av en nationell taxa är en grundpelare. För dem som inte har eller utvecklar vårdavtal är den nuvarande taxans konstruktion bra. Den kan dock enligt vissa remissinstanser utvecklas något.

Beträffande vårdavtal ses, inte bara av företrädare för de privata vårdgivarna utan också av representanter för landstingen, lagen om offentlig upphandling (LOU) som ett hinder.

Skälen för regeringens bedömning: En förutsättning för att sjukvårdshuvudmännen skall kunna upprätthålla en god tillgänglighet till och en hög kvalitet i hälso- och sjukvården är att de kan fördela resurserna efter befolkningens vårdbehov. Hälso- och sjukvården kommer ständigt att behöva anpassas till nya förutsättningar allt eftersom resurser och behov varierar med ekonomiskt utrymme, demografiska förändringar och den medicinska utvecklingen.

Kravet på sjukvårdshuvudmännen att vara kostnadseffektiva blir också allt tydligare. Vårdutbudet kommer också att behöva vara mera flexibelt än tidigare bl.a. till följd av patienternas krav och önskningskrav och att en allt större del av vården kan ges i öppna former.

Mot kravet på flexibilitet står den privata vårdgivarens krav på långsiktighet och stabilitet vad gäller anslutningsrätt och ersättningar. Finns det ej ett långsiktigt engagemang begränsas den privat verksamme vårdgivarens möjligheter och vilja att delta i fort- och vidareutbildning och

att genomföra erforderliga investeringar i medicinsk teknisk utrustning för att upprätthålla och vidareutveckla kvaliteten i verksamheten.

Finansieringsansvaret för såväl den offentliga som merparten av den privata sjukvården ligger på landstingen och – i mindre utsträckning – på kommunerna. Ett samlat kostnadsansvar har införts för att underlätta planering och ge bättre förutsättningar för kostnadskontroll inom hälso- och sjukvården. För att stärka samarbetet och samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna anser regeringen att förhållandena mellan sjukvårdshuvudmannen och de privata vårdgivarna skall regleras i avtal. I första hand bör vårdavtal eftersträvas.

Vårdavtalen bör bl.a. omfatta verksamhetsinriktning, åtaganden, former för rapportering samt ersättningar till vårdgivaren. När det gäller former för rapportering bör dock påpekas att man med hänsyn till gällande sekretessbestämmelser är förhindrad att avtala om rapportering varigenom patientens identitet röjs. I vårdavtalet bör parterna även kunna komma överens om former för kvalitetssäkring, krav på vidareutbildning och vilka möjligheter den privata vårdgivaren har att delta i olika aktiviteter inom den offentliga vården i syfte att fort- och vidareutbilda sig och därmed bredda sin kompetens.

I vårdavtalen bör också samverkan vad gäller jourorganisation m.m. kunna regleras. Detta ökar flexibiliteten i vårdorganisationen. Vidare kan privata specialistläkare och andra vårdgivare avtala om att få tillgång till lokaler och utrustning inom den offentliga vården vilket kan leda till ett effektivare resursutnyttjande. Vårdavtal bygger således på ett konstruktivt samspel mellan den privat verksamme vårdgivaren och sjukvårdshuvudmannen.

I syfte att ge den privata vårdgivaren trygghet i verksamheten och garantera patienterna en god kontinuitet bör vissa grundläggande förutsättningar för etableringen kunna regleras långsiktigt medan andra delar i avtalet kan ha ett mera kortsiktigt perspektiv.

För att bl.a. underlätta samverkan mellan offentligt och privat bedriven vård, samt för att hitta former för att undanröja eventuella hinder för en sådan samverkan, tillsattes Samverkansdelegation. Under innevarande år kommer delegationen lägga stor kraft på att sprida kunskap om hur landsting och privata vårdgivare redan idag har reglerat sin samverkan via vårdavtal, hur dessa vårdavtal ser ut och redovisa/kommentera de väsentliga punkterna i ett vårdavtal. Förhoppningen är enligt samverkansdelegationen att detta arbete kommer att underlätta för framtida tecknande av vårdavtal. Detta är särskilt viktigt mot bakgrund av att det hittills, enligt samverkansdelegationen, endast tecknats ett begränsat antal vårdavtal.

Den främsta anledningen till att endast ett begränsat antal vårdavtal har tecknats är enligt sjukvårdshuvudmännen den nationella taxans utformning, som anses ge för hög ersättning och fungerar som utgångspunkt i lokala diskussioner om vårdavtal. Ett annat hinder, som både företrädare för de privata vårdgivarna och landstingen framfört, är kravet på upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU). Delegationen kommer särskilt följa utvecklingen av antalet privata vårdgivare under

Prop. 1996/97:123

1997 och om den finner anledning föreslå åtgärder med anledning av denna.

Prop. 1996/97:123

Regeringen anser som framgått ovan att vårdavtal är den bästa regleringsformen mellan landstinget och den privata vårdgivaren. Möjligheten att verka under det statligt reglerade ersättningssystemet, genom ett samverkansavtal, bör dock finnas kvar. Taxorna är framför allt av betydelse för de vårdgivare som i dag är verksamma enligt dessa. De kan även vara av betydelse för de landsting som har en relativt liten andel privata vårdgivare och som därmed ännu inte har tillräcklig erfarenhet att teckna vårdavtal. På sikt är emellertid förhoppningen från regeringens sida att den statliga regleringen av ersättningarna till privata vårdgivare blir överflödig och att ersättningsformer och nivåer istället regleras i vårdavtal mellan landstingen och de privata vårdgivarna.

5.1.2 Upphandling

Regeringens bedömning: En utredning bör tillsättas för att analysera tillämpningen av lagen om offentlig upphandling när det gäller hälso- och sjukvårdstjänster och där man för att kunna bedriva verksamheten med offentlig finansiering är hänvisad till att träffa avtal med ett landsting.

Utredningens förslag: Utredningen har i sitt betänkande inte berört frågan om lagen om offentlig upphandling är tillämplig vad avser hälso- och sjukvårdstjänster.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård: Delegationen har i denna fråga uppgett att delade meningar råder huruvida lagen om offentlig upphandling är tillämplig inom hälso- och sjukvårdsområdet. Delegationen har därför föreslagit att en utredning tillsätts för att bringa klarhet i frågan.

Skälen för regeringens bedömning: Enligt lagstiftningen skall ersättning och omfattning för tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster regleras genom avtal mellan de privata vårdgivarna och sjukvårdshuvudmannen. Företrädesvis skall detta ske genom så kallade vårdavtal.

Lagen om offentlig upphandling (LOU) är det övergripande regelverket för offentlig upphandling. Huvudregeln är att konkurrensmöjligheterna på marknaden skall utnyttjas och att upphandlingen skall vara affärsmässig och genomföras utan ovidkommande hänsyn. Lagen styr formerna för anbudskonkurrens, tidsperioder och annonsering, val av anbudsgivare m.m.

Under hösten 1995 inkom en förfrågan från Spri – Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut till Nämnden för offentlig upphandling (NOU) huruvida vårdavtal för privatläkarvård skall föregås av upphandling genom anbudsförfarande i enlighet med lagen om offentlig upphandling. Majoriteten av nämndens ledamöter beslöt att som svar på förfrågan meddela att det enligt nämndens bedömning närmast var att anse som

en upphandlingssituation att ingå vårdavtal vid nyetablering av privatpraktiserande vårdgivare och att LOU därför skulle tillämpas. Enligt nämnden är vad som skall regleras i ett vårdavtal (åtagande, ersättning, verksamhetsinriktning, former för rapportering, former för kvalitetssäkering m.m.) typiska upphandlingsrekvisit. Om man därutöver sluter vårdavtal för att knyta de privata vårdgivarna till att ingå i en offentlig jourorganisation m.m. innebär detta, enligt nämnden, att man sluter avtal med någon för att utföra uppgifter som landstinget svarar för.

En minoritet av nämndens ledamöter var av skiljaktig mening och anförde bl.a. att tecknandet av vårdavtal oftast avviker från en vanlig upphandlingssituation, där landstingen önskar få en viss tjänst utförd av någon utanför den egna organisationen – vid vårdavtal kommer ofta initiativet utifrån samtidigt som landstinget föreslås stå för finansieringen.

Inte heller Landstingsförbundet har ansett att vårdavtal skall behöva föregås av upphandling och har i skrivelse till Socialdepartementet menat att vårdavtal inte utgör sådana avtal om tjänster till landsting eller kommuner som avses i EU:s upphandlingsdirektiv. Vidare har Landstingsförbundet inför Samverkansdelegationen hävdade att vårdavtal mellan landsting och privatpraktiker är att betrakta som en variant av samverkansavtal. Landstingsförbundet har menat att eftersom samverkansavtal inte behöver upphandlas följer med automatik att vårdavtal för dessa vårdgivare inte behöver omfattas av krav på upphandling. Enligt Landstingsförbundet skall dock upphandlingsförfarande enligt LOU gälla såväl när vårdavtal tecknas med juridiska personer, även om tjänsterna rör läkarvård och sjukgymnastik, som när vårdavtal tecknas med andra enskilda vårdgivare än läkare och sjukgymnaster.

Huvudresonemanget i NOU:s beslut om att vårdavtal skall upphandlas i motsats till samverkansavtal är att det i vårdavtalet är möjligt att frångå gällande nationella bestämmelser om ersättning för utförda tjänster och att därmed en konkurrenssituation om bland annat pris och kvalitet uppstår. Enligt Samverkansdelegationens uppfattning kan man lika väl hävda att det är själva möjligheten att få vara verksam som privat vårdgivare med offentlig finansiering som är själva konkurrenssituationen det vill säga huruvida landstinget i form av samverkansavtal beviljar en etablering eller inte.

Ett annat motiv som Samverkansdelegationen har framfört för att det ur upphandlingssynpunkt är svårförståligt att betrakta vårdavtal och samverkansavtal på olika sätt är att det i inledningen av en överläggning mellan berörda parter kan vara oklart huruvida den önskvärda etableringen kommer att resultera i ett vårdavtal eller samverkansavtal. Snarare förefaller det, enligt delegationens mening, mycket sannolikt att man först under förhandlingstidens gång kommer fram till om och i vilken utsträckning man önskar göra avsteg från lagen om läkarvårdsersättning eller lagen om ersättning för sjukgymnastik. I denna situation ter sig en upphandling av en redan etablerad relation som onödigt och krångligt enligt Samverkansdelegationens mening, varför det sannolikt leder till att man avstår från att teckna vårdavtal. Detta resonemang kan enligt delegationens uppfattning leda till två olika slutsatser angående

Prop. 1996/97:123

frågan om upphandling. Det vill säga att antingen skall såväl samverkansavtal som vårdavtal upphandlas enligt LOU eller också skall med hänsyn till den offentligrättsliga lagstiftningen varken samverkansavtal eller vårdavtal behöva bli föremål för upphandling.

Samverkansdelegationen anser att i och med att det numera föreligger en möjlighet att träffa samverkansavtal på begränsad tid har rätten till etablering tills pensionsåldern tagits bort och tryggheten i nya samverkansavtal behöver i dag inte vara annorlunda än i ett vårdavtal. Bland annat på grund härav försvagas enligt delegationens uppfattning, det offentligrättsliga argumentet för en särställning vad gäller kravet på upphandling.

Samverkansdelegationen har på grund av ovanstående i sitt betänkande menat att det klart bör framgå av kommentaren till lagstiftningen att samverkansavtal och därmed ett medgivande till personlig etablering i normalfallet skall gälla tillsvidare och att det skall föreligga särskilda skäl för att samverkansavtal och etableringstillstånd skall tidsbegränsas om motivet för särställning ur upphandlingssynpunkt skall kunna hävdas.

Det finns olika meningar om i vilken utsträckning lagen om offentlig upphandling är och bör vara tillämplig vad avser hälso- och sjukvårdstjänster, där man för att kunna bedriva verksamhet i enskild regi med offentlig finansiering är hänvisad till att träffa avtal med landstinget. Enligt regeringens mening bör en analys göras av detta. En utredning bör därför tillsättas.

5.1.3 Utgiftskontroll samt fastställandet av taxans utformning och arvodesnivåer

Regeringens bedömning: Förslag till ersättningsnivåer och ersättningsstak samt utformningen av taxorna bör förhandlas fram av företrädare för de berörda parterna (Sveriges läkarförbund, Legitimerades Sjukgymnasters Riksförbund och Landstingsförbundet).

Förhandlingarna bör ske utifrån den allmänna pris- och löneutvecklingen samt det samhällsekonomiska utrymmet. Regeringen bör därefter, mot bakgrund av parternas underlag, besluta om ersättningsarna i förordningarna om läkarvårdsersättning respektive ersättning för sjukgymnastik.

Utredningens förslag: En totalkostnadsram bör utgöra utgångspunkten vid förhandling och fastställande av de nationella taxorna. Enligt utredningen finns det i huvudsak tre skäl till att införa en totalkostnadsram. För det första möjliggör en sådan ram en bättre kostnadskontroll. För det andra finns det ett behov av en referenspunkt vid uppföljning av taxan. För det tredje ger en totalram underlag för taxerevision i framtiden.

Rent konkret skulle en sådan modell innebära att parterna kommer överens om en årlig kostnadsram för de vårdgivare som är verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik. Utifrån den avtalade ersättningsramen fastställs därefter arvodesnivåerna på basis av relativa priser samt kända volymer för olika besökstyper och åtgärder samt skattningar om volymer för nya åtgärder. Efter justering av ersättningsramen enligt förutbestämda kriterier höjs eller sänks ramen inför påföljande år. Att istället använda en metod med rörligt pris, som bestäms i efterhand, skulle enligt utredningen kunna vara ett alternativ.

Utredningen föreslår att beräkningen av utgiftsramen bör baseras på ett antal i förväg bestämda principer. Bland dessa är att vårdgivarna bör ta ansvar för kostnadsökningar på grund av ändringar i den privata vårdens volym och intensitet medan finansören bör ta ansvar för kostnadsökningar som kan hänföras till den allmänna prisutvecklingen, demografiska förändringar och ändringar i lagar.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser välkomnar bättre möjligheter att kontrollera totalkostnaden för de privata vårdgivarna. Företrädare för de privata vårdgivarna påpekar dock att detta inte bara bör gälla totalkostnaden för den privata vården utan även omfatta den offentligt bedrivna vården.

Representanter för de privata vårdgivarna är i huvudsak positiva till utredningens förslag till totalkostnadsram.

En övervägande andel av sjukvårdshuvudmännen, framför allt de med relativt många privata vårdgivare, uttrycker dock stor tveksamhet att på kort sikt genomföra den modell som föreslås i utredningen för att uppnå kostnadskontroll. En acceptabel kostnadskontroll kan enligt dessa uppnås genom nuvarande system med bl.a. ersättningstak. Möjligheterna till kontroll av kostnaderna för enskilda vårdgivare har också stärkts till följd av att de s.k. särskilda åtgärderna har inordnats under ersättningstaken fr.o.m. den 1 januari 1997. Landstingens kostnadsökningar för privata vårdgivare är i huvudsak en konsekvens av den fria anslutningen till ersättningssystemet under år 1994 samt de nya ersättningssystemen. Den fria anslutningen har dock upphört och avtal med landstingen krävs numera för att få etablera sig. Dessutom anser vissa remissinstanser att det i dagsläget kan bli svårt för parterna att komma överens om totalramen.

Lämpliga utgiftsramar måste, enligt så gott som samtliga remissinstanser, fastställas genom politiska ställningstaganden utifrån samhälls-ekonomiska avvägningar och efter förhandlingar mellan parterna. Så gott som samtliga efterlyser tydligare regler för hur förhandlingsprocessen

mellan parterna skall se ut när det gäller ersättningsnivåerna. Det måste stå klart vad som gäller när parterna inte kommer överens.

Skälen för regeringens bedömning: Landstingen har i dag ansvar bl.a. för att finansiera, planera och organisera merparten av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. De har också ansvar för att hälso- och sjukvården utvecklas inom den resursram som samhällsekonomin tillåter. Kravet på sjukvårdshuvudmännen att vara kostnadseffektiva blir också allt tydligare, vilket innebär att olika åtgärder måste avvägas mot varandra för att uppnå största möjliga nytta med tillgängliga resurser. Vidare är landstingen en stor arbetsgivare som genom Landstingsförbundet förhandlar om anställningsvillkor för de offentligt anställda vårdgivarna.

Mot denna bakgrund är det naturligt att taxornas utformning och ersättningsnivåer förhandlas mellan företrädare för landstingen och de privata vårdgivarna (dvs. mellan Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund respektive Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund).

Den konstruktion med totalram som utredningen föreslagit skulle kunna vara ett verktyg för att underlätta förhandlingarna mellan parterna. En totalram kan även fungera som en referenspunkt vid uppföljningen av kostnaderna samt som en metod för att undvika att kostnaderna ökar på ett okontrollerat sätt över flera år. Parterna kan dock i det fortsatta arbetet behöva modifiera modellen.

Utgångspunkten i överläggningarna bör vara att parterna skall presentera ett gemensamt förslag som regeringen kan fastställa. Trots att förhandlingarna bör skötas av parterna kan det enligt regeringens mening fortfarande finnas vissa omständigheter som talar för att regeringen skall fastställa de nationella taxorna. De privata vårdgivarna kan befinna sig i ett underläge i förhandlingarna med sjukvårdshuvudmännen eftersom de i stort sett är hänvisade till en finansiär – landstinget. Landstinget är dessutom inte enbart finansiär utan också producent av hälso- och sjukvård, vilket innebär att landstinget har konkurrerande verksamhet som man kan vilja gynna. De privata vårdgivarna kan heller inte använda sig av olika typer av konfliktåtgärder i dessa förhandlingar.

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

I syfte att kunna revidera taxorna per den 1 januari varje år förutsätter regeringen att parterna tills vidare inkommer till regeringen med ett gemensamt underlag senast den 1 oktober varje år. Regeringen beslutar därefter om taxornas utformning, ersättningstaken och ersättningsnivåerna.

När det gäller justering av arvodesnivåer, ersättningstak samt övriga förändringar i förordningarna med ett ikraftträdande under innevarande år har parterna nyligen överlämnat förslag som regeringen inom kort kommer att ta ställning till.

Regeringens bedömning: Regeringen anser inte att ett förtydligande behöver göras i lagen om läkarvårdsersättning om att vården skall vara ändamålsenlig.

Utredningens förslag: Utredningen föreslår att 3 § LOL ändras till: "Med vård avses i denna lag ändamålsenlig hälso- och sjukvård som utförs av läkare eller under läkares överinseende. Hit hör rådgivning som lämnas av läkare i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering".

Remissinstanserna: Kammarrätten i Sundsvall har inte några invändningar i sig mot utredningens förslag men kan dock förutse att om bestämmelsen får den föreslagna utformningen kan det uppstå tvister mellan huvudmän och vårdgivare beträffande vad som är ändamålsenlig vård.

Några remissinstanser har angett att de är tveksamma till om det föreslagna förtydligandet i lagen hjälper huvudmännen att avgöra vilken typ av läkarvård som berättigar till ersättning från taxan.

Enligt vissa remissinstanser är definitionen av hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen tillräcklig och hindrar inte den utveckling som eftersträvas i utredningen. Det är även olyckligt med olika definitioner i olika lagar.

Socialstyrelsen motsätter sig inte den föreslagna lagändringen. Däremot finns det skäl att ta upp frågan om hur detta skall kunna kontrolleras. Styrelsen påpekar vidare att den nya 28 § i hälso- och sjukvårdslagen ger den reglering som behövs.

Skälen för regeringens bedömning: Det är angeläget att den vård som ges inte enbart är av god kvalitet utan också ändamålsenlig och kostnadseffektiv. Detta framgår av en rad utredningar under senare år, t.ex. i Prioriteringsutredningens slutbetänkande (SOU 1995:5). I de nuvarande lagarna och förordningarna som reglerar ersättningen till privata vårdgivare finns flera regler som indirekt syftar till att styra vården i denna riktning. I lagen om läkarvårdsersättning anges emellertid att all läkarvård och annan medicinsk behandling eller undersökning som ges av läkare eller under läkares överinseende berättigar till ersättning. Den precisering som finns avseende sjukgymnastik dvs. att vården skall vara föranledd av skada eller sjukdom finns inte i lagen om läkarvårdsersättning.

Utredningen om ersättning till privata vårdgivare har ansett att det finns ett behov av ett klarläggande om vilken typ av vård som berättigar till ersättning enligt den nationella taxan som ett stöd vid uppföljning av den privata vården.

För att komma åt gränsdragningen mellan sjukvård och hälsovård borde vidare enligt vissa sjukvårdshuvudmän ett tillägg göras om att man till sjukvård endast räknar sådana insatser som syftar till att före-

bygga komplikationer eller återfall i en sjukdom. Av detta följer t.ex. att kontroll av patienter som ligger på gränsen till högt blodtryck berättigar till ersättning då detta enligt denna definition skulle betraktas som sjukvård. Däremot skulle inte ospecifika hälsokontroller eller omfattande screening av individer för olika sjukdomar ingå.

Denna uppdelning mellan hälsovård och sjukvård kan vara intressant ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Problemet är att det blir svårt att kontrollera och avgöra om besöket t.ex. varit föranlett av sjukdom. Här kan uppfattningen också skilja sig åt mellan patienten och vårdgivaren.

Detsamma gäller utredningens förslag om att det vore önskvärt med ett förtydligande i lagen om att vården skall vara ändamålsenlig. Om en åtgärd är ändamålsenlig eller ej är enligt utredningen situationsberoende och förändras med tiden i takt med den medicinska utvecklingen. Detta innebär att frågan om åtgärdens ändamålsenlighet endast kan fastställas vid varje tidpunkt i ljuset av aktuellt kunskapsläge och etablerad praxis.

Genom de svårigheter som kan finnas att i varje behandlingssituation definiera och bedöma vad som kan anses vara ändamålsenlig vård anser regeringen att det är tveksamt om detta förtydligande skulle ge önskvärt stöd i bedömningen av vilken vård som berättigar till ersättning. Det skulle också kunna ge upphov till gränsdragningsproblem och tvister mellan huvudmän och vårdgivare beträffande vad som är ändamålsenlig vård.

Vidare utövar Socialstyrelsen tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal. En ny lag (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården samt ändringar i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft den 1 januari 1997. Den nya lagstiftningen innebär bl.a. att enhetliga bestämmelser om tillsyn över hälso- och sjukvården införts. Socialstyrelsen skall i princip utöva tillsyn över all hälso- och sjukvård oavsett driftsform. Socialstyrelsen får vidare rätt att ta del av handlingar m.m. och erhålla upplysningar i behövlig utsträckning samt att inspektera verksamhet inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens tillsyn skall främst syfta till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Vidare skall Socialstyrelsen granska verksamheten och personalens åtgärder, dvs. kontrollera att den vård som ges uppfyller kraven på bl.a. god vård.

Socialstyrelsen gör tillsynsinsatser efter händelser och uppgifter om oegentligheter eller missförhållanden som på olika sätt kommer styrelsen till känna. Dessa kan bl.a. avse fusk med intyg, oriktig debitering m.m.

Mot bakgrund av detta anser regeringen inte att ett förtydligande behöver göras i lagen om läkarvårdsersättning om att vården skall vara ändamålsenlig.

Prop. 1996/97:123

5.3 Förändringar i bestämmelserna om läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik

Prop. 1996/97:123

5.3.1 Företagshälsovård

Regeringens bedömning: Inom regeringskansliet bereds för närvarande frågan om vad som kan göras för att stärka företagshälsovården och bl.a. klargöra dess roll i förhållande till annan hälso- och sjukvård. Denna beredning bör avvaktas innan eventuella förändringar föreslås i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik.

Utredningens förslag: Ett förtydligande bör göras av 3 § i lagen om läkarvårdsersättning om att vård enligt denna lag avser läkarvård och annan medicinsk behandling eller undersökning som ges av en läkare eller under en läkares överinseende samt rådgivning som lämnas av en läkare i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering. Hit räknas inte företagshälsovårdsinsatser.

Dessutom föreslår utredningen att landstingen bör ha rätt att kräva att vårdgivarna deklarerar vilka övriga engagemang de har i närliggande områden vid sidan av den nationella taxan.

Remissinstanserna: Den övervägande andelen av sjukvårdshuvudmännen anser att det vore bra med ett förtydligande av att företagshälsovårdsinsatser inte berättigar till ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik.

Sveriges läkarförbund anser inte att utredningens förslag kommer råda bot på gränsdragningsproblemen. Förbundet anser att sjukvårdsinsatser som görs inom ramen för företagshälsovård skall berättiga till läkarvårdsersättning under förutsättning att besöken och åtgärderna i övrigt fyller de krav som lag och förordning ställer upp. Det går heller inte enligt Sveriges läkarförbund att dra en distinkt gräns mellan olika insatser inom företagshälsovården, exempelvis beträffande rehabiliteringsärenden, arbetsskadeutredningar och pensionsfall. Man anser därför att specialiteten företagshälsovård skall införas i taxan och där jämföras med övriga specialiteter.

Föreningen Svensk Företagshälsovård framhåller att centrala regler saknas om hur företagshälsovård skall ersättas för de medicinska insatserna, inklusive intyg och liknande, som tidigare ansågs ingå i statsbidraget. Föreningen föreslår att en avgränsad specialistsättning utformas anpassad till de relevanta medicinska insatser som sker inom företagshälsovårdens centrala verksamheter, arbetsmiljöarbetet och arbetsinriktad re-habitering.

Skälen för regeringens bedömning: Företagshälsovården har vuxit fram på initiativ av parterna på arbetsmarknaden. Utgångspunkten var att man såg det som en viktig uppgift för arbetsmarknadens parter att se till att verksamheten blev förankrad i företagen som en partsobunden, ut-

redande och rådgivande expertresurs i det lokala arbetsmiljöarbetet. Som sådan skulle den verka för att arbetsmiljön i största möjliga utsträckning anpassas till människans förutsättningar och behov.

Statsmakterna har i olika sammanhang uttalat betydelsen av företagshälsovården som en resurs vilken kan bidra till att förverkliga arbetsmiljölagens intentioner och förhindra utslagningen från arbetslivet. Fram till och med år 1992 lämnades även statsbidrag till företagshälsovården för att utveckla denna.

Enligt regeringens mening är det viktigt att ta vara på företagshälsovårdens unika kompetens. Detta bör bl.a. ske genom ett förtroendefullt samarbete mellan företagshälsovården, primärvården, andra vårdgivare och försäkringskassor.

Det finns skärpta krav på arbetsgivarna att ta ansvar för rehabilitering av sina anställda. Till den arbetslivsinriktade delen av rehabiliteringen kan företagshälsovården bidra genom sin breda fackkompetens och med kunskap om samspelet mellan arbetsmiljö och hälsa. Denna kunskap kan inte ersättas med insatser från t.ex. primärvården. Regeringen anser att det är viktigt att arbetsgivarna tar sitt ansvar och betalar de kostnader som är relaterade till arbetsmiljön och inte för över kostnaderna för detta på landstingen. Redan i dag gäller att hälsokontroller och verksamhet enligt arbetsmiljölagen, som bedrivs inom ramen för företagshälsovården, inte berättigar till ersättning från den nationella taxan.

Landstingsfinansierad hälso- och sjukvård finns dels inom företagshälsovårdsenheter som har tillgång till företagsläkare och sjukgymnaster, som är etablerade som privatpraktiker, och därmed kan debitera sina sjukvårdsinsatser enligt den nationella taxan, dels inom företagshälsovårdsenheter där landstingen betalar sjukvårdsinsatserna genom avtal som träffats med vårdgivare (vårdavtal). Förutom den gränsdragningsproblematik vad avser kostnadsfördelning som kan uppstå när en läkare eller sjukgymnast är verksam både inom företagshälsovård och enligt lagen om läkarvårdsersättning kan även en konkurrensfördel uppkomma för de företagshälsovårdsenheter som har tillgång till landstingsfinansiering gentemot andra företagshälsovårdsenheter, som inte kan erbjuda offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Regeringen håller därför med om att det vore önskvärt med ett förtydligande om att insatser inom företagshälsovården inte berättigar till ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik. Detta skulle kunna utgöra ett stöd för landstingen vid kontroll av ersättningen till privata vårdgivare eller när det finns indikationer på överträdelse. Med hänsyn till att frågan om vilka åtgärder som behöver vidtas för att stärka företagshälsovården och bl.a. klargöra dess roll i förhållande till annan hälso- och sjukvård för närvarande bereds inom regeringskansliet vill regeringen emellertid avvakta detta arbete innan ställning tas till utredningens förslag. Regeringen anser dock att landstingen bör ha rätt att kräva att de privata vårdgivarna deklarerar vilka övriga engagemang de har i närliggande områden vid sidan av den nationella taxan. Till att börja med bör landstingen i samarbete med

Prop. 1996/97:123

Socialstyrelsen utnyttja och vidareutveckla rapporteringen i verksamhetsbeskrivningarna för detta ändamål.

Prop. 1996/97:123

5.3.2 Remissförfarandet

Regeringens förslag: Nuvarande bestämmelser om remissförfarandet skall ändras så att landstingen inte har möjlighet att införa krav på remiss till specialist i gynekologi, psykiatri och barnmedicin.

Regeringen avser att noga följa effekterna av eventuella krav på remiss för övrig specialistvård eller sjukgymnastik, såväl vad avser patienternas valfrihet som kostnader och effekter för vård i olika driftsformer.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat vård: Delegationen har i sitt betänkande behandlat remissförfarandet men inte lämnat några förslag.

Skälen för regeringens förslag: Om landstinget beslutar att remiss skall krävas för viss vård/ behandling inom landstinget skall samma krav gälla för motsvarande vård/behandling utförd av vårdgivare med ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning alternativt lagen om ersättning för sjukgymnastik.

En anledning till att nuvarande bestämmelser infördes var att regeringen ansåg att samma förutsättningar skulle gälla, oavsett om hälso- och sjukvården drivs i offentlig eller privat regi, när även den sist nämnda är offentligt finansierad. Tidigare kunde landstingen enbart besluta om remissförfarandet inom sin egen organisation. När det gällde de privata specialistläkarna, med ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning, kunde inte landstingen kräva remiss för att lämna ersättning till dem. För sjukgymnasterna fanns dock reglerat att remissförfarande skulle tillämpas för att ersättning skulle lämnas. De flesta landsting hade tidigare inte något krav på remissförfarande när det gäller behandling hos de offentliganställda sjukgymnasterna.

Remissförfarandet har i vårt land huvudsakligen använts i samband med att patienter behövt sluten vård och då som ett instrument för att styra till rätt specialist och klinik. Remissförfarandet har i mindre utsträckning använts för att försöka styra vårdsökandet. Detta har man i stället försökt styra genom att differentiera patientavgifterna. Vissa undersökningar pekar emellertid på att denna metod inte alltid får avsedd effekt.

Remissförfarandet skall i grunden tillförsäkra ett samarbete mellan olika vårdinstanser för att uppnå en så god kvalitet i vården som möjligt.

Samverkansdelegationen har följt tillämpningen av bestämmelserna vad gäller remissförfarandet. Hösten 1996 hade ett fåtal landsting infört remisskrav till specialistläkarvård. Oftast är barnsjukvård, psykiatri och gynekologi undantagna från kravet på remiss. Den övervägande andelen

landsting har emellertid remisskrav till sjukgymnaster. En förklaring till att remisskravet är så pass omfattande för sjukgymnaster kan vara att det tidigare varit reglerat i lagen om ersättning för sjukgymnastik att remissförfarande skall tillämpas för ersättning enligt denna lag. Kravet på likställighet har därför medfört att det också införts inom den offentliga primärvården.

Samverkansdelegationen anser att det ännu är för tidigt att på ett allsidigt sätt kunna belysa effekterna av de möjligheter för landstingen att besluta om generella remisskrav som införts. I sitt delbetänkande (SOU 1996:175) noterar delegationen emellertid att det finns indikationer på att antalet remisser till privata sjukgymnaster, i synnerhet i vissa av landstingen med remisskrav, minskat markant genom att allmänläkare i större utsträckning än tidigare styr till den offentliga produktionen. Delegationen har därför ansett att det är angeläget att berörda landstingsledningar tydligt informerar förvaltningsledning och övrig personal om patientens rätt att välja vårdgivare. Delegationen kommer även under 1997 noga följa remissförfarandet samt dess effekter. Delegationen kommer bl.a. tillsammans med Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) genomföra en enkätundersökning som avser att belysa hur patienterna påverkas av remisskraven.

Ett remissförfarande får inte leda till att patienter får vänta onödigt länge på vård, då detta kan förorsaka såväl mänskligt lidande som onödiga sjukskrivningar. Vid ett remissförfarande ställs därför stora krav på läkarna att hantera remissen som ett instrument för samarbete och informationsutbyte mellan olika vårdgivare. Det finns alltså flera skäl till att noga överväga om eller i vilken utsträckning ett obligatoriskt remissförfarande skall tillämpas.

Regeringen har också tidigare påpekat att det är viktigt att landstingen, innan ett remisskrav införs, noga överväger om remisskravet i sig är kostnadseffektivt. Ett slentrianmässigt utfärdande av remisser, som ökar antalet besök inom hälso- och sjukvården utan att ge avsedd effekt, kan leda till kostnadsökningar.

Regeringen delar samverkansdelegationens uppfattning om att det gått för kort tid för att kunna dra mera långtgående slutsatser kring landstingens möjligheter att införa generella remisskrav. Regeringen har dock tidigare framhållit att ett eventuellt införande av remissförfarande kan behöva övervägas och behandlas på olika sätt för skilda läkarspecialiteter. För vissa specialiteter som t.ex. gynekologi och psykiatri har regeringen tidigare uttalat att det kan vara mindre lämpligt att införa remisskrav. Dels kan patienten uppfatta vårdåtgärden som känslig, dels kan det vara uppenbart att det är fråga om en behandling som skall utföras av en viss typ av specialist.

I de fall landstingen har infört remisskrav för specialistläkarvård har i regel gynekologi, psykiatri och barnsjukvård undantagits från kravet på remiss. Enligt vad regeringen har erfarit har dock remisskrav diskuterats och i något fall införts även vad gäller dessa specialiteter.

Med hänsyn bl.a. till vad regeringen tidigare har uttalat vad gäller patientens valfrihet, åtgärdernas karaktär och den personliga integriteten

gör regeringen nu bedömningen att den vård och behandling som ges av gynekologer och psykiatriker bör undantas vad avser landstingens möjlighet att införa krav på remiss. Detsamma bör gälla barnmedicin. Detta innebär att även om landstinget kräver remiss till dessa specialiteter inom den offentligt bedrivna vården så kan de inte införa remisskrav för motsvarande specialiteter med ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning. Delegationen kommer under 1997 noga följa utvecklingen och effekter av remissförfarandet samt fortlöpande informera regeringen om utvecklingen i nämnda avseenden. Om remissförfarandet visar sig få omotiverade negativa effekter på utbudet av privat vård och på patienternas möjlighet att välja vårdgivare, avser regeringen att återkomma till riksdagen med ytterligare förslag om att modifiera dessa bestämmelser.

Prop. 1996/97:123

5.3.3 Heltidskravet

Regeringens förslag: Nuvarande bestämmelser om heltidskrav skall finnas kvar.

Ett förtydligande skall göras i lagen om läkarvårdsersättning och i lagen om ersättning för sjukgymnastik om att ersättning även lämnas till en läkare eller sjukgymnast som till följd av sjukdom, ledighet för vård av barn, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl är förhindrad att bedriva sin verksamhet med minst denna omfattning.

Utredningens förslag: För att undvika komplikationer på grund av alltför detaljerade regler och högt ställda krav vore det bättre att ta bort heltidskravet alternativt att stipulera ett minsta antal besök per vårdgivare som en sorts garanti för att vidmakthålla kompetensen och svara för god kontinuitet och tillgänglighet.

Utredningen har även föreslagit att det görs ett förtydligande av de situationer som ger vårdgivarna rätt att göra uppehåll i sin verksamhet alternativt inte bedriva sin verksamhet på heltid.

Remissinstanserna: Den övervägande andelen av remissinstanserna har inte några synpunkter på utredningens förslag angående borttagandet av heltidskravet.

Några landsting har dock uttryckligen ansett att heltidskravet bör kvarstå. Vissa av dessa anser emellertid att det skulle vara lättare att pröva om enskilda vårdgivare bedriver verksamhet på heltid om man fastställer ett minsta antal besök per vårdgivare. Detta skulle vara en garanti för att vidmakthålla kompetensen och svara för god kontinuitet och tillgänglighet.

Företrädare för privata vårdgivare anser att heltidskravet bör avskaffas. Enligt dessa är det rimligt att få arbeta deltid även inom den privata vården. Vissa privata vårdgivare anser också att det är bättre att stipulera ett lägsta antal besök för att bibehålla kvaliteten.

Konkurrensverket anser att heltidskravet är omotiverat och att det kan

hämna en utveckling av nya organisationsformer.

Skälen för regeringens förslag: Syftet med att kräva heltidsverksamhet är dels att stödja utvecklingen av hög kompetens, god kontinuitet och tillgänglighet inom denna sektor, dels att underlätta för landstinget att utöva sitt planeringsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen.

I lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för sjukgymnastik anges att vårdgivaren skall arbeta minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv-månadersperiod under de senaste två åren. Genomsnittssiffran är beräknad utifrån att vårdgivaren arbetar 40 timmar per vecka 45 veckor om året. 35-timmarskravet avser inte enbart patienttid utan innefattar även viss tid för administration, utbildning m.m.

Regeringen anser att det nuvarande systemet ger tillräcklig flexibilitet. En vårdgivare kan på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl under kortare eller längre tid göra uppehåll i sin verksamheten eller bedriva verksamhet i mindre omfattning. Ett förtydligande bör göras i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik om detta. För närvarande står de skäl som ger rätt att bedriva verksamhet i reducerad omfattning enbart uppräknade i regeringens förarbeten till heltidskravet, samt under bestämmelserna för vikariat.

Regeringen anser därför att heltidskravet skall finnas kvar för den vård som ges inom ramen för lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik och regleras i form av i genomsnitt arbetade timmar per vecka. Heltidskravet ger enligt vår mening en garanti för att kompetens, kontinuitet och tillgänglighet upprätthålls. Regeringen ser även svårigheter med att i stället för genomsnitt arbetade timmar stipulera ett minsta antal besök per vårdgivare. Inom en och samma specialitet kan det t.ex. finnas olika inriktningar och arbetsmetoder, vilket komplicerar en reglering som bygger på antalet besök. För närvarande föreligger inte tillräckligt underlag för att föreslå en sådan reglering.

När det gäller eventuella svårigheter att följa upp heltidskravet anser regeringen att landstingen bör göra en rimlighetsbedömning angående omfattningen av vårdgivarnas verksamhet. Landstinget bör kunna få en rimlig uppfattning om verksamhetsgraden genom att utgå från vårdgivarnas ersättningskrav och skatta en genomsnittlig tid för normala besök inklusive en rimlig andel administrativ tid.

Om en vårdgivare önskar bedriva verksamhet på deltid och denne inte kan hänvisa till de skäl som anges i lagen, bör vårdgivaren i stället försöka få till stånd ett vårdavtal med landstinget.

Prop. 1996/97:123

Regeringens förslag: Läkarvårdsersättning och sjukgymnastikersättning lämnas inte till en läkare eller sjukgymnast som fyllt sextiofem år, om inte landstinget medger något annat.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat vård: Delegationen har i sitt delbetänkande, (SOU 1996:175) Styrning och samverkan, ansett att det bör vara möjligt för landstingen att bevilja fortsatt verksamhet för viss tid, utan krav på upphandling, för läkare och sjukgymnaster som är verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik efter det att dessa har fyllt 65 år.

Skälen för regeringens förslag: Enligt nuvarande bestämmelser lämnas inte läkarvårdsersättning alternativt sjukgymnastikersättning till en läkare eller sjukgymnast som vid vårdtillfället har fyllt sextiofem år.

En åldersgräns av detta slag har dock ingen inverkan på legitimationen och förhindrar inte i sig en privat vårdgivare att fortsätta sin verksamhet. Han eller hon kan fortsätta sin verksamhet med offentlig finansiering om vårdavtal träffas med sjukvårdshuvudmannen eller driva verksamheten enbart med patientintäkter som finansieringskälla.

Det finns enligt regeringens mening flera skäl som talar för att en åldersgräns skall finnas för läkare och sjukgymnaster enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik. Ett sådant skäl är att en åldersgräns, för närvarande 65 år, finns för offentliganställda läkare och sjukgymnaster.

Ytterligare skäl som talar för en åldersgräns är landstingens behov av att kunna bedöma avgångar från hälso- och sjukvårdsverksamhet i privat regi i samband med planeringen av läkarnas specialistutbildning. Det system som gäller för specialiseringstjänstgöringen (ST), innebär bl.a. att en läkare efter legitimation skall tillsvidareanställas och ingår därmed som en del av personalplaneringen, som bl.a. grundas på en bedömning av det framtida behovet av skilda specialistkompetenser.

De offentliganställda kan dock kvarstå i anställning efter uppnådd pensionsålder om arbetsgivaren medger detta. För att uppnå så likvärdiga förutsättningar som möjligt mellan offentliganställda och privata vårdgivare bör på motsvarande sätt landstingen pröva de privatpraktiserande vårdgivarnas möjligheter att fortsätta sin verksamhet med offentlig finansiering. För att kunna fortsätta sin verksamhet med offentlig finansiering krävs enligt nuvarande bestämmelser vårdavtal. Regeringen är nu beredd att även öppna upp möjligheten för dessa vårdgivare att kunna fortsätta med samverkansavtal, efter att de uppnått 65 år, om landstinget medger detta. Enligt regeringens bedömning skulle detta kunna underlätta för vårdgivare på taxan att få möjlighet att fortsätta sin verksamhet med offentlig finansiering. I dessa fall föreligger inte heller enligt nämnden för offentlig upphandling:s (NOU) tolkning en egentlig upphand-

lingssituation, utan det är fråga om en specifik persons rätt att under en begränsad tid fortsätta på taxan. För att underlätta för vårdgivare som under året fyller 65 år bör denna bestämmelse träda i kraft redan den 1 juli 1997.

Regeringen vill åter igen understryka att särskild uppmärksamhet bör ägnas patienternas behov när frågor om fortsatt verksamhet till följd av uppnått åldersgräns kan komma att diskuteras mellan parterna. För vissa patienter med kroniska eller långvariga sjukdomar som kräver långvarig behandling och där behovet av kontinuitet är stort, t.ex. vid psykoanalys, är det särskilt viktigt att så sker.

Regeringen vill i detta sammanhang också erinra om den principella inställning som riksdagen tagit i fråga om rätten att kvarstå i arbete efter 65 års ålder mot bakgrund av regeringens förslag i propositionen 1993/94:250. Denna innebär att arbetstagare avses få lagstadgad rätt att kvarstå i arbete till 67 års ålder och att detta skall vara genomfört till år 1998. Höjningen bör i första hand genomföras via avtal mellan arbetsmarknadens parter och i andra hand via tvingande lagstiftning. Arbetsmarknadens parter har dock inte träffat avtal om detta. Situationen på arbetsmarknaden är för närvarande sådan att en samförståndslösning om detta ännu inte är i sikte. Samtidigt kvarstår att frågor om avgångsskyldighet regleras smidigare och effektivare i kollektivavtal. Regeringen har därför föreslagit att en eventuell tvingande reglering i lagen om anställningsskydd senareläggs och att den tid som står till parternas förfogande för att träffa avtal förlängs till utgången av november månad 1997. Regeringen anser att frågan om åldersgräns i lagen om läkarvårdsersättning bör behandlas i samband med avgångsskyldighet för arbetstagare.

Regeringen vill även erinra om att det är viktigt att landstingen i möjligaste mån försöker underlätta avvecklingen för de privata vårdgivare som hunnit göra stora investeringar och försätta sig i långa hyreskontrakt innan regeln om 65-årsgräns blev känd. Om landstingen och den privata vårdgivaren inte kommer överens om en förlängning av verksamheten bör landstinget pröva möjligheten att köpa upp icke avskrivna utrustningar samt överta lokaler med pågående hyreskontrakt.

5.3.5 Anskaffning av vikarier

Regeringens förslag: Läkare och sjukgymnaster som fyllt 65 år och som är verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik skall kunna vikariera för en vårdgivare med ersättning enligt dessa lagar om sjukvårdshuvudmannen medger detta.

Utredningens förslag: Läkare, som är verksamma enligt lagen, bör tillåtas att vikariera efter överenskommelse med representanter för det landsting vårdgivaren tjänstgör i. Den ersättning som utgår enligt taxan

under vikariatet skall räknas in i den egna under året sammanlagda ersättningen.

Vidare bör läkare som fyllt 65 år, i samråd med sjukvårdshuvudmannen, tillåtas att vikariera under en begränsad period, förslagsvis fyra år efter sin aktiva tjänstgöring.

Remissinstanserna: Sjukvårdshuvudmännen har inte haft några större invändningar mot utredningens förslag om att vårdgivare över 65 år, efter överenskommelse med landstinget, bör tillåtas att vikariera.

Företrädare för de privata vårdgivarna ser dock inte några fördelar med att införa begränsningar i tiden och krav på godkännande från huvudmannen. Vikariatsgivaren torde bäst kunna avgöra vikariens kompetens och lämplighet. Kravet på tjänstledighet för landstingsanställda läkare som önskar vikariera bör slopas. Detta bör lösas på lokal nivå mellan berörda fackliga organisationer och inte lagstiftningsvägen.

LSR menar att en uppmjukning bör göras men i de fall privata vårdgivare vikarierar för varandra skall ersättning enligt taxan räknas in i vikariatsgivarens ersättning.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen anser att en läkare och en sjukgymnast som fyllt 65 år bör få vikariera för en annan vårdgivare, med ersättning enligt dessa lagar, om landstinget medger detta. Detta är rimligt med tanke på att regeringen nu föreslår att en vårdgivare som fyllt sextiofem år även skall kunna fortsätta sin verksamhet på taxan om landstinget medger detta.

I övrigt finns inga hinder enligt nuvarande bestämmelser för läkare och sjukgymnaster, som är verksamma enligt dessa lagar, att vikariera för andra vårdgivare på taxorna. Den ersättning som utgår enligt taxan under vikariatet skall också som utredningen påpekar räknas in i den egna sammanlagda ersättningen under året.

5.3.6 Särskilda krav på sjukgymnastikverksamheten och läkarverksamheten

Regeringens förslag: Sjukgymnastikersättning skall lämnas för sjukgymnastik som ges av en legitimerad sjukgymnast.

Läkarvårdsersättning lämnas inte till en läkare med specialistkompetens enbart i nukleärmedicin.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård: I sin delrapport (SOU 1996:175) Styrning och samverkan har frågan uppmärksamats om de särskilda krav på erfarenhet som ställs på sjukgymnasterna. Delegationens förslag överensstämmer med regeringens.

Skälen för regeringens förslag: I nuvarande bestämmelser gäller att sjukgymnastikersättning lämnas för sjukgymnastik som ges av en legitimerad sjukgymnast vilken efter legitimationen har tjänstgjort i offentligt finansierad vård under tid som motsvarar minst två års heltidstjänst-

Prop. 1996/97:123

göring, varav minst sex månader i den slutna vården, eller har motsvarande erfarenhet. Av tjänstgöringen i offentligt finansierad vård skall sammanlagt minst ett år ha fullgjorts under de senaste sju åren.

Dessa bestämmelser på särskilda krav på erfarenhet och kompetens för sjukgymnaster som för närvarande regleras i lagen om ersättning för sjukgymnastik är förlegade. Bestämmelser saknar aktualitet i dagens hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen har inkommit med en skrivelse till Socialdepartementet i vilken man föreslår att specialiteten nukleärmedicin avförs från taxan. Den nyligen införda specialiteten nukleärmedicin innefattar enligt Socialstyrelsen en verksamhet för vilken läkarvårdstaxan inte är avsedd. Denna verksamhet har tidigare enbart utförts av läkare med radiologisk specialistkompetens. Regeringen instämmer i Socialstyrelsens bedömning att specialiteten nukleärmedicin inte bör omfattas av taxan.

5.3.7 Patientavgiften

Regeringens förslag: Bestämmelsen om att patientavgiften inte får överstiga det arvode som skall lämnas för vården skall tas bort. I de fall patientavgiften överstiger det arvode som skall lämnas för vården skall mellanskillnaden levereras in till landstinget alternativt dras av den samlade ersättningen som krävs av landstinget.

Utredningen: Utredningen har omnämnt problemen kring denna bestämmelse men inte lämnat något förslag angående detta.

Remissinstanserna: Vissa remissinstanser har påpekat att bestämmelsen om att patientavgiften inte får överskrida det arvode som skall lämnas för vården ställer till problem vid reducerat och enkelt arvode, då patientavgiften i vissa fall är högre. Patienten kommer då att få betala olika mycket för samma typ av åtgärd beroende på om vårdgivaren uppnått ersättningstak 1 eller ej. Ett sätt att komma åt detta kunde vara att vårdgivaren tar ut patientavgiften och leverera in mellanskillnaden till landstinget.

Skälen för regeringens förslag: I lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik anges att patientavgiften inte får överskrida det arvode som skall lämnas för vården. Problem har emellertid uppkommit i de landsting där patientavgiften överstiger vissa reducerade arvoden. Reducerade arvoden utgår när vårdgivaren uppnått ersättningstaket. Dessa är i vissa fall lägre än patientavgiften vilket får som konsekvens att vårdgivaren i dessa fall skall ta ut en lägre patientavgift.

Enligt regeringens mening bör inte patientavgiften vara beroende av konstruktionen av ersättningen till vårdgivaren. Patientavgiften bör vara lika för alla patienter och lika över året för samma typ av behandling/åtgärd oberoende av om vårdgivaren har uppnått vissa ersättningstak i

taxan eller ej.

Prop. 1996/97:123

När det gäller patientavgiften i förhållande till arvodet för enkla åtgärder så överstiger i regel patientavgiften det enkla arvodet. Ett borttagande av bestämmelsen – att patientavgiften inte får överstiga det arvode som gäller för åtgärden – kan därför komma att innebära att patienten får betala mer för enkla åtgärder än i dag. Patienten kommer emellertid inte betala mer än vad som gäller för samma typ av åtgärd inom den offentliga vården. Patientavgiften får nämligen enligt lagen tas ut med högst samma belopp som gäller för motsvarande vård inom landstinget. För att inte styra mot enklare åtgärder, vilket det finns risk för när en enklare och därmed resursmässigt billigare åtgärd ger samma ersättning som en dyrare åtgärd, bör vårdgivaren leverera in mellanskillnaden till landstinget alternativt dra av detta belopp på samlingsräkningen.

6 Ikraftträdande

De nya bestämmelserna i 9 § lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik skall träda i kraft den 1 juli 1997. Övriga nya bestämmelser skall träda i kraft den 1 januari 1998.

7 Författningskommentar

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

3 §

I paragrafens andra stycke har tillagts att barnsjukvård, gynekologi och psykiatri är undantagna från kravet på remiss.

7 §

Paragrafens första och tredje stycke är oförändrade. I andra stycket finns uppräknat ett antal specialiteter som inte berättigar till läkarvårdsersättning. Till denna uppräkning har även tillagts nukleärmedicin.

8 §

I paragrafens andra stycke har i förtydligande syfte angivits de frånvar oanledningar som medför att läkaren, trots att han eller hon inte bedriver sin verksamhet på heltid, kan erhålla läkarvårdsersättning. De uppräknade frånvar oanledningarna överensstämmer med de som anges i 10 §.

9 §

I paragrafen har tillagts en möjlighet för vårdgivaren att fortsätta sin verksamhet efter det att han eller hon fyllt 65 år med ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning. Bestämmelsen gör det möjligt för privat-

praktiserande läkare, i likhet med offentliganställda läkare, att under viss tid bibehålla sin tjänstgöring.

Prop. 1996/97:123

23 §

Sista meningen i paragrafen – att patientavgiften inte får överstiga det arvode som skall lämnas för vården – har tagits bort. I stället har införts en skyldighet, i de fall då patientavgiften överstiger det arvode som lämnas för vården, att betala mellanskillnaden till landstinget. Skälen för detta och hur återbetalningen skall ske framgår av den allmänna motiveringen.

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

7 §

I förslaget föreslås att krav på tjänstgöring i offentlig finansierad vård efter legitimation som sjukgymnast tas bort.

8–9 §§ och 22 §

Bestämmelserna är utformade på samma sätt som i lagen om läkarvårdsersättning.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 6 mars 1997

Närvarande: statsrådet Hjelm-Wallén, ordförande, och statsråden Peterson, Freivalds, Wallström, Tham, Åsbrink, Schori, Blomberg, Winberg, Uusmann, Ulvskog, Lindh, Johansson, von Sydow, Klingvall, Åhnberg, Pagrotsky, Östros, Messing

Föredragande: statsrådet Wallström

Regeringen beslutar proposition 1996/97:123 Privata vårdgivare.