

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 20 december 2001 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att utreda konsekvenserna av ett avskaffande av åldersgränsen när det gäller offentlig ersättning till läkare enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL), till sjukgymnaster enligt lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS) samt till tandläkare och tandhygienister enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). Utredaren skulle även utreda behovet av ändringar i LOL och LOS av förutsättningarna för privata vårdgivare att överlåta en praktik till en kollega med bibehållen möjlighet till ersättning från det allmänna för den verksamhet som bedrivs på praktiken.

Riksdagsledamoten Susanne Eberstein förordnades den 20 december 2001 som särskild utredare.

Den 15 mars 2002 förordnades som sakkunniga i utredningen departementssekreteraren Emma Boman Lindberg, Näringsdepartementet, kammarrättsassessorn Eva Karlsson Helghe, Socialdepartementet, departementssekreteraren Mats Nilsson, Socialdepartementet samt departementssekreteraren Niklas Sjölin, Finansdepartementet. Som experter i utredningen förordnades samma dag direktören Björn Ekwall, Sveriges läkarförbund, direktören Gunilla Hulth-Backlund, Socialstyrelsen, ordföranden Ulf Lindén, Svenska Privatläkarförbundet, ordföranden Kenth Nilsson, Sveriges Tandläkarförbund (Tjänstetandläkarna), verkställande direktören Lennart Nordgren, Sveriges Privattandläkarförbundet, utredaren Kerstin Sjöberg, Landstingsförbundet, utredaren Sven-Erik Skoogh, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, avdelningsdirektören Birgitta Sundeman, Riksförsäkringsverket samt förbundsordföranden Anitha Wijkström, Sveriges Tandhygienistförbundet.

Till huvudsekreterare i utredningen förordnades fr.o.m. den 1 februari 2002 kanslirådet Lena Barrbrink. Förbundsjuristen Jonas

Widell förordnades fr.o.m. den 1 mars 2002 till sekreterare i utredningen.

Utredningen, som har antagit namnet Vårdgivarutredningen, får härmed överlämna betänkandet Åldersgränser och ersättningsetablering (SOU 2003:7).

Till betänkandet fogas särskilda yttranden.

Utredningens uppdrag är härmed slutfört.

Stockholm i februari 2003

Susanne Eberstein

/Lena Barrbrink

Jonas Widell

Innehåll

Förkortningar	13
Sammanfattning	15
Inledning.....	15
Bakgrund.....	16
Omfattningen.....	17
Allmänna utgångspunkter	18
Utredningens iakttagelser om ersättningssystemet för läkare och sjukgymnaster	18
Åldersgränser för vårdgivares rätt till offentlig ersättning	19
Möjligheten för tandläkare och tandhygienister att utföra tandvård inom tandvårdsförsäkringen efter 70 års ålder	22
Ersättningsetablering för läkare och sjukgymnaster.....	22
Författningsförslag	25
Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.....	25
Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.....	27
Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik	28
1 Inledning.....	29

1.1	Direktiven.....	29
1.2	Utredningsarbetet.....	30
1.3	Andra aktuella utredningar.....	31
	SENIOR 2005.....	31
	Utredningen Tandvårdsöversyn 2000.....	31
	Utredningen Vårdens ägarformer – vinst och demokrati.....	32
	Seniorgruppen.....	32
	Diskrimineringskommittén.....	32
2	Hälso- och sjukvårdens och tandvårdens organisation och finansiering.....	35
2.1	Landstingens ansvar och kostnader för hälso- och sjukvården.....	37
	Privat vård.....	38
	Patientavgifter.....	40
	Landstingens kostnader för hälso- och sjukvården.....	40
2.2	Skillnaden mellan vårdavtal och samverkansavtal.....	41
	Vårdavtal.....	41
	Samverkansavtal.....	42
2.3	Ansvarsförhållanden och kostnader inom tandvården.....	43
	Tandvårdsförsäkringen.....	44
	Patientavgifter.....	46
	Tandvårdsöversyn 2000.....	46
	Kostnader för tandvården.....	47
3	Rättslig reglering för vårdgivare med offentlig ersättning.....	49
3.1	Ersättningsregler för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster.....	49
3.2	Ersättningsregler för tandläkare och tandhygienister.....	58
3.3	Bestämmelser om yrkesansvar och patientsäkerhet.....	61
	3.3.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesansvar.....	61
	3.3.2 Olika former för ingripanden mot hälso- och sjukvårdspersonalen.....	63
	3.3.3 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).....	66

3.3.4	Socialstyrelsens tillsyn m.m.	68
3.3.5	Patientnämnderna.....	70
3.3.6	Tillsyn och kontrollmöjligheter i övrigt.....	71
3.3.7	Sammanfattning.....	72
3.4	Arbetsrättslig lagstiftning.....	73
4	Omfattningen av den offentligt finansierade privata vården samt tandvårdsförsäkringen	75
4.1	Inledning.....	75
4.2	Läkare	75
	Antalet läkare m.m.....	75
	Antalet läkarbesök	77
	Utbetald ersättning.....	78
4.3	Sjukgymnaster	79
	Antalet sjukgymnaster m.m.	79
	Antalet sjukgymnastbesök	81
	Utbetald ersättning.....	82
4.4	Tandläkare	83
4.5	Tandhygienister.....	86
5	Bestämmelser om åldersgränser och etablering i Norden.....	87
5.1	Finland.....	87
	Offentligt finansierad privat öppenvård och tandvård	87
	Omfattning.....	87
	Etablering	88
	Åldersgränser	88
	Ersättning till vårdgivare och patientavgifter	88
	Regler för remisser.....	89
5.2	Norge	90
	Offentligt finansierad privat öppenvård och tandvård	90
	Omfattning.....	90
	Etablering	91
	Åldersgränser	91
	Ersättning till vårdgivarna och patientavgifter.....	92

	Regler för remisser	92
5.3	Danmark	93
	Offentligt finansierad privat öppenvård och tandvård.....	93
	Omfattning.....	93
	Etablering.....	93
	Åldersgränser.....	94
	Ersättning till vårdgivarna och patientavgifter	95
	Regler om remisser.....	95
5.4	Avslutande kommentarer	96
6	Behovet av och viljan att fortsätta arbeta efter 67 års ålder	99
6.1	Hälsa- och sjukvårdens och tandvårdens personalförsörjning.....	100
6.1.1	Brist – inte bara en fråga om antal.....	100
6.1.2	Tillgången idag och i framtiden.....	103
6.1.3	Strategier för att lösa personalbristen.....	111
6.2	Äldres deltagande i arbetslivet.....	112
6.2.1	En mörk framtidsbild.....	113
6.2.2	Åtgärder på kort och lång sikt	115
6.2.3	Rapport från Arbetslivsinstitutet.....	117
7	Erfarenheter av äldre yrkesutövare inom hälso- och sjukvården	119
7.1	Erfarenheter hämtade från Socialstyrelsens tillsynsverksamhet m.m.	119
	Socialstyrelsen (Meddelandeblad nr 4/93) "Äldre privatpraktiserande läkare och tandläkare. En studie av 49 läkare och 20 tandläkare äldre än 70 år"	119
	Socialstyrelsen "Överförskrivande läkare, en tillsynsrapport från 2001"	121
	Rapport från Socialstyrelsen "Kvalitetsarbete bland privatpraktiker i västra Sverige 1997–2000"	122
	Individtillsynsärenden år 2001.....	123
7.2	HSAN – anmälningar.....	124

Behörighetsärenden	125
8 System för att upprätthålla kvalitet och säkerhet	131
8.1 Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.....	131
8.2 Det norska regelverket om legitimation.....	133
Diskussion om behovet av en fast övre åldersgräns i Sverige.....	135
8.3 Certifiering och ackreditering.....	137
Personcertifiering.....	137
Tidigare behandling av frågor om certifiering och ackreditering	138
8.4 Några jämförelser med andra yrkesgrupper	139
Järnvägstrafiken m.m.	139
Sjöfarten.....	140
Luftfarten	140
9 Allmänna utgångspunkter.....	143
Europakonventionen	144
Utredningens iakttagelser om ersättningssystemet för läkare och sjukgymnaster	146
10 Åldersgränser för vårdgivares rätt till offentlig ersättning.....	149
10.1 Frågans tidigare behandling och utredningens uppdrag.....	149
10.2 Utredningens överväganden om konsekvenserna av ett avskaffande av åldersgränserna.....	151
10.2.1 Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens organisation och ekonomi.....	151
10.2.2 Konsekvenser för personalförsörjningen.....	153
10.2.3 Konsekvenser för vårdens kontinuitet och kvalitet.....	155
10.2.4 Utredningens samlade konsekvensbedömning.....	158
10.3 Utredningens överväganden och förslag om åldersgränser för vårdgivares rätt till offentlig ersättning ...	160

11	Möjligheten för tandläkare och tandhygienister att utföra tandvård inom tandvårdsförsäkringen efter 70 års ålder	165
11.1	Inledning.....	165
11.2	Utredningens överväganden och förslag om möjligheten för tandläkare och tandhygienisters att utföra tandvård inom tandvårdsförsäkringen efter 70 års ålder	165
12	Ersättningsetablering för läkare och sjukgymnaster	169
12.1	Utredningens uppdrag	169
12.2	Tidigare behandling av frågan om ersättningsetablering	170
12.3	Dagens situation i förhållande till situationen före den 1 januari 1995.....	171
12.4	Utredningens överväganden och förslag om ersättningsetablering för läkare och sjukgymnaster.....	175
13	Ekonomiska och andra konsekvenser av utredningens förslag	179
14	Författningskommentarer.....	181
14.1	Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.....	181
14.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning	181
14.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.....	182
	Särskilda yttranden	183
	Referenser.....	191
	Bilaga 1 Kommittédirektiv.....	195

**Bilaga 2 Deltagare vid Vårdgivarutredningens hearing om
patientsäkerhet den 27 augusti 2002 203**

Förkortningar

AFL	Lagen (1962:381) om allmän försäkring
AMS	Arbetsmarknadsstyrelsen
AU	Arbetsmarknadsutskottet
bet.	utskottsbetänkande
BNP	Bruttonationalprodukten
dir.	direktiv
Ds	Publikation i departementsserien
Europakonventionen	Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna
FOL	Förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning
FOS	Förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik
FPA	Folkpensionsanstalten
Helsepersonelloven	Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
LAS	Lagen (1982:80) om anställningsskydd
LO	Landsorganisationen i Sverige
LOL	Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning
LOS	Lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik

LOU	Lagen (1992:1528) om offentlig upphandling
LYHS	Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
prop.	proposition
RFV	Riksförsäkringsverket
rskr.	riksdagsskrivelse
SACO	Sveriges Akademikers Centralorganisation
SAFH	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
SCB	Statistiska centralbyrån
SoS	Socialstyrelsen
SoU	Socialutskottet
SOU	Statens offentliga utredningar
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SWEDAC	Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll
TCO	Tjänstemännens Centralorganisation
TL	Tandvårdslagen (1985:125)

Sammanfattning

Inledning

I december 2001 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare med uppgift att utreda konsekvenserna av ett avskaffande av åldersgränsen när det gäller offentlig ersättning till läkare enligt lagen om läkarvårdsersättning, till sjukgymnaster enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik samt till tandläkare och tandhygienister enligt lagen om allmän försäkring. I uppdraget ingick även att utreda behovet av ändringar i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik av förutsättningarna för privata vårdgivare att överlåta en praktik till en kollega med bibehållen möjlighet till ersättning från det allmänna för den verksamhet som bedrivs på praktiken.

Bakgrunden till uppdraget är bl.a. riksdagens beslut om att arbetstagare fr.o.m. den 1 september 2001 alltid skall ha rätt, men inte skyldighet att stanna kvar i anställningen till 67 års ålder. Som en konsekvens av den höjda åldern för avgångsskyldighet för arbetstagare höjdes även åldersgränsen för läkarvårdsersättning, sjukgymnastikersättning respektive tandvårdsersättning. Arbetsmarknadsutskottet fann vid behandlingen av propositionen att åldersgränserna för att få de berörda formerna av ersättning i ett nästa steg skulle avskaffas helt. Utskottet anförde att regeringen därför bör återkomma med ett sådant förslag. Motivet bakom utskottets begäran är att det råder brist på läkare, tandläkare och annan vårdpersonal.

För att fullgöra uppdraget har utredningen, förutom att ha tagit del av redan publicerat material, genomfört två enkätundersökningar samt en studie av behörighetsärenden i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Utredningen har vidare anordnat en hearing om patientsäkerhet samt gjort studiebesök i de nordiska länderna. Utredningen har också samrått med Näringslivets nämnd för regelgranskning.

Bakgrund

Utredningens uppdrag omfattar således de privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som har rätt till offentlig ersättning enligt bestämmelserna i lagen om läkarvårdsersättning och i lagen om ersättning för sjukgymnastik. Vidare ingår i uppdraget de tandläkare och tandhygienister som utför vård inom tandvårdsförsäkringen. När det gäller de sistnämnda yrkesgrupperna omfattas både offentliga och privata vårdgivare av regelsystemet.

För att som privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast ha rätt till offentlig ersättning enligt ersättningslagarna krävs enligt huvudregeln att vårdgivaren har samverkansavtal med landstinget. Ett samverkansavtal innebär i princip en överenskommelse mellan landstinget och den privata vårdgivaren om att han eller hon får bedriva verksamhet enligt de nationellt fastlagda bestämmelserna.

Bland de läkare och sjukgymnaster som idag är verksamma och som har ersättning enligt ersättningslagarna finns emellertid både de som har träffat samverkansavtal med landstinget och läkare/sjukgymnaster som inte har något samverkansavtal. Olika övergångsbestämmelser gör att de ändå omfattas av lagarna. Det handlar bl.a. om läkare och sjukgymnaster som tidigare varit anslutna till försäkringskassan eller som påbörjade sin verksamhet under tiden med etableringsfrihet.

Vårdgivarna har rätt till ersättning utifrån tre arvodesnivaer; enkelt arvode, normalarvode och särskilt arvode. Därutöver finns s.k. ersättningstak för vårdgivarna.

För att läkarvårdsersättning skall lämnas krävs att läkaren har specialistkompetens och bedriver mottagningsverksamhet inom sin specialitet i öppen vård för enskilda patienter. Vissa specialiteter är emellertid undantagna från rätten till ersättning.

Sjukgymnastikersättning lämnas för sjukgymnastik som ges av legitimerad sjukgymnast.

Vidare lämnas ersättning endast till de som bedriver privat läkarmottagning respektive sjukgymnastikverksamhet på heltid. Läkaren eller sjukgymnasten får inte heller vara 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.

Läkarvårdsersättning eller sjukgymnastikersättning lämnas inte till en läkare eller sjukgymnast som vid behandlingstillfället har fyllt 67 år om inte landstinget medger något annat.

Privata vårdgivare kan också få offentlig ersättning om de träffar ett vårdavtal med landstinget. Ett vårdavtal innebär att parterna själva kommer överens om verksamhetsinriktning, ersättningar, åtaganden, former för rapportering m.m. Det finns således inte några nationella bestämmelser/lagstiftning om vårdavtal.

Tandvårdsförsäkringen, som är en socialförsäkringsförmån, omfattar alla som är bosatta i Sverige fr.o.m. det år de fyller 20 år. Ersättning för tandvård lämnas enligt lagen om allmän försäkring om vården ges vid en folktandvårdsklinik, en högskola där odontologisk utbildning och forskning bedrivs eller annars genom det allmännas försorg. Ersättning lämnas också om vården ges hos en enskild näringsidkare, ett bolag eller annan juridisk person, under förutsättning att vårdgivaren är uppförd på en förteckning som upprättats av den allmänna försäkringskassan.

För att bli uppförd på en sådan förteckning skall vårdgivaren antingen själv vara legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist eller ha tillgång till en eller flera legitimerade tandläkare eller tandhygienister. Vidare krävs att vårdgivaren har F-skattsedel.

En vårdgivare som avser att ge tandvård i enskild verksamhet mot ersättning enligt tandvårdsförsäkringen skall skriftligen anmäla detta till den allmänna försäkringskassa inom vars område verksamheten skall bedrivas. Om vårdgivaren uppfyller de krav som anges i lagen om allmän försäkring skall försäkringskassan föra upp denna på förteckningen. Om vårdgivaren avser att upphöra med verksamheten eller flytta den till en annan försäkringskassas område skall även detta anmälas till försäkringskassan.

Ersättningen utgår endast om tandvården utförts av en tandläkare eller tandhygienist som inte har fyllt 67 år.

Omfattningen

Sammanlagt finns det ca 30 000 yrkesverksamma läkare i Sverige. Ett fåtal av dessa är verksamma som privatläkare. Under år 2001 uppgick antalet läkare som fick ersättning enligt lagen om läkavårdsersättning till 1 211 st. Därtill kommer ca 580 läkare som i dag har vårdavtal, men som har rätt att återgå till ersättning enligt lagen efter utgången av vårdavtalets giltighet.

Det finns för närvarande drygt 11 000 yrkesverksamma sjukgymnaster i Sverige. Under år 2001 arbetade 1 564 st. med ersättning enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik. Därtill kommer

på motsvarande sätt som för läkarna ca 530 sjukgymnaster med vårdavtal.

För grupperna tandläkare och tandhygienister kan, som tidigare nämnts, tandvårdsersättning utgå både för privat och offentligt producerad vård.

Det fanns år 2001 ca 7 600 yrkesverksamma tandläkare i Sverige. Av dessa var ca 4 300 offentligt verksamma och ca 3 300 privat-tandläkare.

Det fanns år 2001 drygt 2 500 yrkesverksamma tandhygienister i Sverige. Av dessa var ca 1 600 anställda i landstingen och ca 900 egna företagare eller anställda i privat verksamhet.

Allmänna utgångspunkter

En utgångspunkt för utredningens övervägande och förslag är att se på dessa frågor ur ett patientperspektiv. En annan utgångspunkt är regeringens inriktning att mångfalden av vårdgivare skall öka.

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

Utredningen har med hjälp av Riksdagens utredningstjänst prövat frågan om åldersgränserna i ersättningslagarna är åldersdiskriminerande och står i strid med Europakonventionen och därmed även med 2 kap. 23 § regeringsformen. Mot bakgrund av utredningstjänstens yttrande utgår utredningen från att så inte är fallet.

Utredningens iakttagelser om ersättningsystemet för läkare och sjukgymnaster

När avtal skall slutas mellan landstinget och en privat vårdgivare föredrar landstingen att sluta vårdavtal framför samverkansavtal. För den enskilde yrkesutövaren finns det emellertid problem med vårdavtal som avtalsform, bl.a. är avtalsperioden ofta kort. Det kan innebära en osäkerhet för en privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast att bygga upp en praktik för en tidsperiod på några år och sedan inte veta om man får fortsätta eller inte. Ersättningslagarna

för läkare och sjukgymnaster ger däremot enskilda yrkesutövare rätt att arbeta med offentlig ersättning enligt nationellt fastställda regler. Regelverket bygger på att det är en enskild individ/yrkesutövare som ansluts till systemet.

Följden av de olika synsätten har blivit att det i dag sluts mycket få nya samverkans- eller vårdavtal med enskilda yrkesutövare. Nya vårdavtal handlar i dag i huvudsak om verksamheter som landstingen lägger ut på entreprenad, t.ex. hela vårdcentraler.

I de nordiska länderna förekommer olika system för hur den privata vården är organiserad och finansierad. Även om systemen skiljer sig åt mellan länderna ger de utrymme för enskilda privata vårdgivare att verka inom systemen. Samma förutsättningar finns inte riktigt i Sverige. Under förutsättning att det finns en vilja från samhället att enskilda privata vårdgivare även i framtiden skall vara en del av mångfalden av olika vårdgivare inom hälso- och sjukvårdssystemet, behöver enligt utredningen formerna för hur de skall kunna vara verksamma med offentlig ersättning ses över. Utredningens uppdrag är dock begränsat. Den översyn av ersättningslagarna som utredningen har i uppdrag att göra handlar om två avgränsade frågor; åldersgränser och ersättningsetablering.

Åldersgränser för vårdgivares rätt till offentlig ersättning

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

Som en konsekvens av den höjda åldern för avgångsskyldighet för arbetstagare till 67 år fr.o.m. den 1 september 2001 höjdes också åldersgränsen för läkarvårdsersättning, sjukgymnastikersättning respektive tandvårdsersättning från 65 år till 67 år.

Privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster kan efter medgivande från landstinget arbeta vidare med offentlig ersättning efter 67 års ålder. Någon motsvarande möjlighet för tandläkare och tandhygienister att arbeta efter 67 år inom ramen för tandvårdsförsäkringen finns inte i dag.

Utredningen har i direktiven urskiljt tre huvudområden för den konsekvensanalys av ett avskaffande av åldersgränserna som skall göras; nämligen konsekvenser för hälso- och sjukvårdens organisa-

tion och ekonomi, konsekvenser för personalförsörjningen samt konsekvenser för vårdens kontinuitet och kvalitet.

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

När det gäller konsekvenser för personalförsörjningen kan ett avskaffande av åldersgränserna innebära ett begränsat tillskott av arbetskraft. En av vårdens stora utmaningar i framtiden är också att klara personalförsörjningen. Enligt utredningens bedömning måste den situationen i huvudsak mötas med andra och mer kraftfulla åtgärder än att avskaffa åldersgränsen i de lagar som är aktuella för utredningens arbete.

Ett avskaffande av åldersgränsen skulle naturligtvis öka kontinuiteten mellan vårdgivaren och patienten. Kontinuitetsaspekten bör dock inte överskattas, eftersom en vårdkontakt ändå till slut måste brytas.

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

Även om majoriteten av äldre yrkesutövare inte begär allvarigare misstag kan åldrandet ändå innebära att vårdens kvalitet försämras på olika sätt. Det är också svårt för patienten att bedöma vårdgivarens arbete och kvalifikationer. Till detta kommer att samhället har en skyldighet att se till att skattebetalarnas pengar används på bästa sätt. Inom hälso- och sjukvårdssektorn sker dagligen hårda prioriteringar mellan olika behov. Även äldre yrkesutövares verksamhet måste prövas i detta sammanhang – de kanske inte begär någon direkt skada, men kanske inte heller gör någon större nytta.

Det är således enligt utredningen inte lämpligt att äldre yrkesutövare skall kunna arbeta med offentlig ersättning hur länge som helst utan att det – utöver dagens tillsyn och kvalitetsarbete – finns något system för att kontrollera hur de utövar yrket.

Den åldersgräns som i dag finns i lagen om läkarvårdsersättning och i lagen om ersättning för sjukgymnastik, men med möjlighet att efter prövning arbeta vidare, innebär en möjlighet för landstingen att pröva verksamhetens kvalitet.

Utredningen har även studerat alternativ till dagens åldersgränser för att upprätthålla kvalitet och säkerhet i vården. Det handlar bl.a. om en fast övre åldersgräns för legitimationsinnehav eller certifiering och ackreditering. En huvudinvändning mot att ersätta dagens åldersgränser med något av dessa alternativ är enligt utredningen att systemet i så fall bör omfatta fler yrkesutövare än de som är föremål för utredningens arbete. De yrkesutövare som är aktuella i den här utredningen utgör bara en liten del av de ca 250 000 legitimerade yrkesutövarna inom hälso- och sjukvården. Utredningen har emellertid enligt direktiven inte haft i uppdrag att utreda dessa frågor i ett större sammanhang.

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

Utredningen anser att det på motsvarande sätt skall finnas en övre åldersgräns när det gäller tandläkare och tandhygienister enligt lagen om allmän försäkring. Utredningen anser vidare att tandläkare och tandhygienister efter prövning skall kunna arbeta inom försäkringen efter det att åldersgränsen uppnåtts. Förslaget och regelverkets närmare utformning behandlas i nästa avsnitt.

Detta innebär att det blir möjligt att motverka eller lindra en eventuell personalbrist för samtliga yrkesgrupper som omfattas av utredningens uppdrag genom att äldre yrkesutövare kan bli kvar på arbetsmarknaden.

Bristen på vårdgivare är inte generell utan det handlar i stor utsträckning om en regional obalans eller en brist på vissa specialiteter. Med ett individuellt prövningsförfarande blir det möjligt att åtgärda en bristsituation lokalt, samtidigt som vårdens kvalitet och säkerhet kan upprätthållas. På detta vis anser utredningen att arbetsmarknadsutskottets uttalande farhågor om den framtida personalsituationen kan tillfredsställas.

Den nuvarande åldersgränsen på 67 år är emellertid inte självskriven. Det torde vara svårt ur kvalitets- och patientsäkerhetsskäl att hävda att dagens åldersgräns i ersättningslagarna och i tandvårdsförsäkringen är den bästa och att den därför bör ligga fast. Enligt utredningen är det möjligt att höja denna åldersgräns utan att vårdens kvalitet behöver påverkas. Samtidigt är det angeläget att inte åldersgränsen läggs så högt att dess betydelse som kontrollstation avtar.

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

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

Nuvarande regelverk innebär att tandvårdsersättning inte kan betalas ut då vården utförs av en tandläkare eller en tandhygienist som nått upp till åldersgränsen, även om han eller hon verkar i ett område där det finns behov av vårdgivare.

Om behovet av tandläkare eller tandhygienister inte är tillgodosett inom ett visst geografiskt område skall det enligt utredningens uppfattning vara möjligt för yrkesutövare som fyllt 70 år att efter individuell prövning arbeta vidare inom tandvårdsförsäkringen.

Utredningen gör vidare bedömningen att Riksförsäkringsverket – i egenskap av central förvaltningsmyndighet på området – är mest lämpat att handha frågan om undantag från åldersgränsen. Riksförsäkringsverket skall samråda med landstinget och de privata vårdgivarna.

Vid prövningen av ett ärende om undantag från åldersgränsen skall Riksförsäkringsverket, förutom behovet av fortsatt verksamhet, också bedöma innehållet och kvaliteten på den verksamhet som bedrivs.

Riksförsäkringsverkets beslut skall kunna överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Ersättningsetablering för läkare och sjukgymnaster

Utredningen har enligt direktiven att ta ställning till behovet av ändringar i lagen om läkarvårdsersättning och i lagen om ersättning för sjukgymnastik när det gäller förutsättningar för privata vårdgivare att överlåta en praktik till en kollega med bibehållen möjlighet till ersättning från det allmänna, s.k. ersättningsetablering.

Det finns flera faktorer som talar för en förändring av ersättningslagarna så att ersättningsetablering skall tillåtas. Det skulle innebära en ökad kontinuitet för patienterna, eftersom de skulle

kunna fortsätta att gå till samma praktik som tidigare. En annan faktor med betydelse för vårdens kvalitet är att det jämfört med i dag skulle stimulera till en ökad vilja till kompetensutveckling och investeringar även under de sista verksamhetsåren, eftersom man vet att man kan få ersättning för goodwill och de investeringar som gjorts. Vidare skulle återväxten av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster fortsätta. Ytterligare ett skäl för att tillåta ersättningsetablering är att ett yrkes attraktionskraft kan öka när man har möjlighet att etablera sig privat. Att ersättningsetablering i dag inte tillåts kan även påverka andra yrkesutövare än den som är direkt berörd. Det rör sig om situationer då flera vårdgivare gemensamt driver en praktik, s.k. grupp praktik.

Det finns emellertid också skäl som talar emot att ersättningsetablering skall tillåtas. Utredningen skall enligt direktiven särskilt beakta hur ändringar i lagstiftningen skulle komma att påverka landstingens förutsättningar att planera vården och ekonomin efter de lokala förhållandena. Landstingens planerings- och samverkansansvar innebär att landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av vård. Planeringen skall också avse den hälso- och sjukvård som bedrivs av privata och andra vårdgivare. Eftersom resurserna inom sektorn är begränsade har landstingen således ett stort ansvar för att göra nödvändiga avvägningar av resursförbrukningen mellan och inom olika sektorer av hälso- och sjukvården.

I planeringen av hälso- och sjukvården har landstingen i dag – eftersom det krävs avtal – möjlighet att göra samlade överväganden som omfattar både den privata och den offentligt producerade vården. I detta system anser utredningen att det i och för sig skulle vara rimligt att läkaren och sjukgymnasten också får möjlighet att överlåta sin praktik.

Majoriteten av vårdgivare med ersättning enligt ersättningslagarna har emellertid tillkommit antingen under den tid då det fanns rätt att överta en etablering eller under mitten av 1990-talet då etableringsfriheten fanns. Landstinget har således inte haft möjlighet att någon gång ta ställning till behovet av vårdgivarens insats. Landstingets uppgift har begränsats till att betala ut ersättning.

Detta har gjort att den sammansättning av läkare inom olika specialiteter respektive sjukgymnaster med olika inriktning som finns i dag, inte är resultat av en aktiv och medveten planering från landstingens sida och därför inte alltid speglar det verkliga behovet av en lämplig mix. Av Landstingsförbundets statistiksammanställ-

ning och den kartläggning utredningen gjort framgår också att följden har blivit att vi i dag har en sned geografisk fördelning av läkare och sjukgymnaster, både mellan och inom olika landsting.

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

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

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

Utredningen har också övervägt frågan om landstingen skall vara skyldiga att ersätta vårdgivare som inte får möjlighet att fortsätta arbeta eller överlåta sin verksamhet. Det är nu över sex år sedan som etableringsfriheten avskaffades och åldersgränsen infördes i ersättningslagarna. Förutsättningarna har således varit kända under en längre tid. Med kända förutsättningar borde det vara möjligt för vårdgivarna att planera t.ex. hyresavtalens längd och avskrivningen av investeringskostnader.

Mot bakgrund av att det alltid innebär en viss risk att starta ett företag kan utredningen inte heller i övrigt se att det finns särskilda skäl att införa en skyldighet för samhället att ersätta privata yrkesutövare som inte får fortsätta sin verksamhet.

Författningsförslag

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

Härigenom föreskrivs att 2 kap 3 § lagen (1962:381) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §

Ersättning för tandvård lämnas om vården ges vid en folktandvårdsklinik, en högskola där odontologisk utbildning och forskning bedrivs eller annars genom det allmännas försorg. Ersättning lämnas också om vården ges hos en enskild näringsidkare, ett bolag eller annan juridisk person, under förutsättning att vårdgivaren är uppförd på en förteckning som upprättats av den allmänna försäkringskassan.

För att bli uppförd på en förteckning enligt första stycket skall vårdgivaren antingen själv vara legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist eller ha tillgång till en eller flera legitimerade tandläkare eller tandhygienister. Vidare krävs att vårdgivaren har F-skattsedel.

Ersättning lämnas enligt grunder som regeringen fastställer. Ersättning lämnas endast om tandvården utförts av en legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist som inte har fyllt 67 år.

Ersättning lämnas enligt grunder som regeringen fastställer. Ersättning lämnas endast om tandvården utförts av en legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist som inte har fyllt 70 år. *Riksförsäkringsverket får medge undantag från denna åldersgräns.*

Ersättning lämnas inte för tandvård åt en försäkrad som fyller högst 19 år under det år då värden ges. Om avgiftsfri tandvård åt sådan försäkrad föreskrivs i tandvårdslagen (1985:125).

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

Härigenom föreskrivs att 9 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 §

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 till en läkare för verksamhet inom företagshälsovård.

Läkarvårdsersättning lämnas inte heller till en läkare som vid vårdtillfället har fyllt 67 år om inte landstinget medger något annat.

Läkarvårdsersättning lämnas inte heller till en läkare som vid vårdtillfället har fyllt 70 år om inte landstinget medger något annat.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 §

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 till en sjukgymnast för verksamhet inom företagshälsovård.

Sjukgymnastikersättning lämnas inte heller till en sjukgymnast som vid behandlingstillfället har fyllt 67 år om inte landstinget medger något annat.

Sjukgymnastikersättning lämnas inte heller till en sjukgymnast som vid behandlingstillfället har fyllt 70 år om inte landstinget medger något annat.

1 Inledning

1.1 Direktiven

Regeringen beslutade den 20 december 2001 (dir. 2001:119) att tillkalla en särskild utredare med uppgift att utreda konsekvenserna av ett avskaffande av åldersgränsen när det gäller offentlig ersättning till läkare enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL), till sjukgymnaster enligt lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS) samt till tandläkare och tandhygienister enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL).

Enligt direktiven skall utredningen

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

I uppdraget ingick även att utreda behovet av ändringar i LOL och LOS av förutsättningarna för privata vårdgivare att överlåta en praktik till en kollega med bibehållen möjlighet till ersättning från det allmänna för den verksamhet som bedrivs på praktiken. Direktiven finns i sin helhet i *bilaga 1* i detta betänkande.

Bakgrunden till uppdraget är riksdagens beslut den 16 maj 2001 om att arbetstagare fr.o.m. den 1 september 2001 alltid skall ha rätt, men inte skyldighet att stanna kvar i anställningen till 67 års ålder.

Det skall i fortsättningen inte vara möjligt att träffa avtal om att arbetstagare är skyldiga att avgå innan de fyllt 67 år (32 a § lagen [1982:80] om anställningsskydd [LAS], prop. 2000/01:78, rskr. 2000/01:211). Som en konsekvens av den höjda åldern för avgångsskyldighet för arbetstagare, beslutades även att åldersgränsen för de vårdgivare som avses i LOL och LOS skall höjas till 67 år. Vidare beslutades att åldersgränsen för tandvårdsersättning för vård utförd av tandläkare och tandhygienist i AFL skall höjas till 67 år. Arbetsmarknadsutskottet fann vid behandlingen av propositionen att åldersgränserna för att få de berörda formerna av ersättning i ett nästa steg skulle avskaffas helt (bet. 2000/01:AU10). Utskottet anförde att regeringen därför bör återkomma med ett sådant förslag.

Vidare uttalade regeringen i den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården att en ökad mångfald av vårdgivare kan främja utvecklingen inom hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, s. 47 f.) Med anledning av frågan om mångfald anförde socialutskottet vid behandlingen av propositionen att utskottet erfarit att frågan om rätten att överlåta sin etablering skulle komma att bli föremål för analys för att undersöka det nuvarande regelverkets effekter (bet. 2000/01:SoU5, s. 25).

1.2 Utredningsarbetet

Utredningen påbörjade arbetet den 1 februari 2002. Utredningen har haft 7 protokollförda sammanträden.

En utgångspunkt för utredningens arbete har varit redan publicerat material, bl.a. Landstingsförbundets årliga statistiksammanställningar om den offentligt finansierade privata vårdens omfattning och inriktning, rapporter från Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket, statliga utredningar, regeringens propositioner m.m.

För att närmare klarlägga hur landstingen ser på frågor kring samverkansavtal har utredningen genomfört två enkätundersökningar. En mer omfattande till de landsting/regioner med flest antal privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt en mer begränsad till övriga landsting.

Utredningen har dessutom gjort en studie av behörighetsärenden avseende äldre vårdgivare hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

För att diskutera frågor kring patientsäkerhet har utredningen anordnat en hearing med företrädare för Socialstyrelsens centrala och regionala tillsynsenheter, HSAN samt Patientnämnden i Stockholm.

Utredningens sekretariat har vidare gjort studiebesök i Finland, Danmark och Norge för att studera den offentligt finansierade privata vårdens förutsättningar i Norden.

Utredningen har också, i enlighet med sina direktiv, samrått med Näringslivets nämnd för regelgranskning. Samrådet har avsett överväganden om konsekvenser för små företag.

1.3 Andra aktuella utredningar

De frågor som utredningen behandlar gränsar till utredningsarbete som behandlats/behandlas av andra statliga utredningar.

SENIOR 2005

Regeringen beslutade i december 1998 att tillkalla en parlamentarisk beredning med uppgift att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken (dir. 1998:109). Beredningens analyser och förslag skall utformas utifrån förhållanden i samhället som berör äldres situation under perioden fr.o.m. år 2005 och de därpå närmast följande åren. Beredningen överlämnade i april 2002 diskussionsbetänkandet Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring (SOU 2002:29). Betänkandet har remissbehandlats inom utredningen. Beredningen avser att presentera ett samlat förslag till inriktning för den framtida äldrepolitiken i slutbetänkandet. Detta förslag kommer även att omfatta frågor om vård och omsorg. Slutbetänkandet skall lämnas senast den 1 november 2003.

Utredningen Tandvårdsöversyn 2000

Efter regeringsbeslut i september 2000 tillkallades en särskild utredare med uppdrag att göra en samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m. (dir. 2000:65). I april 2001 överlämnades delbetänkandet Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36) och i juni 2002 slutbetänkandet Tandvården till 2010 (SOU 2002:53). Regeringen överlämnade i januari 2002 propositionen Bättre tand-

vårdsstöd för äldre m.m. till riksdagen (prop. 2001/02:51, bet. 2001/02:SoU14, rskr. 2001/02:206). Utredningens slutbetänkande har remissbehandlats.

Utredningen Vårdens ägarformer – vinst och demokrati

Regeringen beslutade i december 2000 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda förutsättningarna för att införa särskilda tröghetsregler vid beslut om stora förändringar av ägar- eller driftsformer inom vården samt lämna förslag till sådana regler (dir. 2000:103). Utredaren skall särskilt beakta intresset av att upprätthålla en verksamhet som är tillgänglig för alla efter behov. Utredarens förslag skall syfta till att det demokratiska inflytandet över beslutsprocessen vid överlåtelse av driftsansvaret för den offentligt finansierade vården stärks. Utredaren överlämnade i april 2002 idébetänkandet Vinst för vården (SOU 2002:31). Betänkandet har remissbehandlats informellt inom utredningen. Utredaren skall lämna sitt slutbetänkande senast den 28 februari 2003.

Seniorgruppen

I oktober 2001 tillsattes en arbetsgrupp inom Näringsdepartementet med uppgift att undersöka vilka hinder som finns i avtal och lagstiftning för äldre att vara kvar på arbetsmarknaden. Gruppen fick även i uppgift att vid behov föreslå förändringar i författningar. Gruppen överlämnade i april 2002 rapporten Riv hindren för äldre i arbetslivet (Ds 2002:10). Gruppen föreslog att rapporten skulle behandlas inom ramen för trepartssamtalen mellan regeringen och arbetsmarknadens parter.

Diskrimineringskommittén

Regeringen beslutade den 31 januari 2002 att tillkalla en parlamentarisk kommitté (dir. 2002:11) för att bl.a. överväga en gemensam lagstiftning mot diskriminering som omfattar alla eller flertalet diskrimineringsgrunder och samhällsområden. I uppdraget ingår att lämna förslag till hur bestämmelserna om åldersdiskriminering i EU:s direktiv om likabehandling i arbetslivet skall genomföras i Sverige. Mot bakgrund av sitt ställningstagande i fråga om utform-

ningen av en framtida diskrimineringslagstiftning skall kommittén lämna förslag på hur tillsynen och efterlevnaden av en sådan lagstiftning skall utformas. Kommittén skall redovisa uppdraget senast den 1 december 2004.

2 Hälsa- och sjukvårdens och tandvårdens organisation och finansiering

Den svenska hälso- och sjukvården bygger på centralt uppsatta mål och decentraliserat verksamhets- och finansieringsansvar. Det demokratiska inflytandet över hälso- och sjukvården utövas till stor del av kommunala politiska församlingar med beskattningsrätt och betydande självständighet i förhållande till regering, riksdag och statliga myndigheter.

Ett utmärkande drag är vidare att verksamhetsansvaret respektive ansvaret för sjukförsäkringen i huvudsak ligger i skilda system.

Riksdagen fastställer genom lagstiftning mål för och krav på hälso- och sjukvården. Lagstiftningen kompletteras genom av regeringen meddelade förordningar samt myndigheternas olika författningar. Till detta kommer målformuleringar etc. i olika överenskommelser som regeringen sluter med företrädare för hälso- och sjukvården.

Staten bedriver ingen egen hälso- och sjukvård, utöver en mycket begränsad verksamhet bl.a. inom kriminalvården, utan det är landstingen och kommunerna som sjukvårdshuvudmän som har ansvaret för att befolkningen får en god hälso- och sjukvård. Med landsting avses i detta betänkande även Västra Götalands- och Skåne-regionen samt den numera enda landstingsfria kommunen Gotland. Kommunerna har ansvaret för hälso- och sjukvård, exklusive läkarinsatser, framför allt för äldre personer i särskilda boendeformer och dagverksamheter. Kommunerna har också möjlighet att driva hemsjukvård i ordinärt boende efter överenskommelse med landstinget. Den kommunala hälso- och sjukvården kommer inte att beröras närmare i kapitlet, eftersom den inte berörs av utredningens direktiv.

Staten följer utvecklingen inom hälso- och sjukvården bl.a. med hjälp av uppföljning, utvärdering och tillsyn genom Socialstyrelsen. Dessutom svarar staten för en del av finansieringen av hälso- och sjukvården.

Inom tandvården är andelen privata vårdgivare betydande. I hälso- och sjukvården i övrigt drivs verksamheten i huvudsak i offentlig regi. Den privata vården är av begränsad omfattning. Till största delen är det fråga om verksamhet som bedrivs på entreprenad åt sjukvårdshuvudmännen eller på annat sätt är finansierad av dem. Privat producerad och privat finansierad vård förekommer i mycket liten utsträckning.

Kännetecknande för hälso- och sjukvården är också att den dagliga vårdverksamheten i hög grad styrs av hälso- och sjukvårdspersonalen, bl.a. som en följd av att staten genom legitimeringsförfarande har delegerat rätten till definierade yrkesgrupper att på eget ansvar tillämpa sina förvärvade kunskaper. Dessa yrkesgrupper har således en stor självständighet, men förväntas i gengäld att följa vissa spelregler där egenkontroll intar en central plats. I frågor som gäller hälso- och sjukvårdens organisation och resursanvändning är vårdpersonalen underställd landstingens politiska organ. Detta är emellertid inte fallet i fråga om diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter i syfte att garantera ett självständigt medicinskt beslutsfattande. I stället har hälso- och sjukvårdspersonalen en direkt relation till staten i medicinska frågor i form av regler för yrkesansvar.

Det betyder således att det är två parter – sjukvårdshuvudmännen och professionerna – som blir föremål för den statliga styrningen av sektorn. Utredningen återkommer i kapitel 3 till den lagstiftning m.m. som berör hälso- och sjukvårdspersonalen.

I detta kapitel beskrivs hälso- och sjukvården och tandvården var för sig. I mycket överensstämmer ansvarsförhållandena inom hälso- och sjukvården och tandvården, men det finns också några viktiga skillnader. Förutom den betydligt större andelen privata vårdgivare, kan nämnas att delar av tandvården finansieras inom ramen för den statliga socialförsäkringen (tandvårdsförsäkringen). Ytterligare en skillnad är att den offentliga finansieringen är betydligt mindre inom tandvårdssektorn än inom den övriga hälso- och sjukvården.

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården inklusive tandvården uppgick enligt Nationalräkenskaperna år 2000 till 163 miljarder kronor, vilket motsvarar 7,8 procent av bruttonationalprodukten (BNP). I dessa siffror ingår emellertid inte kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården. Kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården särredovisas inte i den kommunala redovisningen utan vård- och omsorgskostnader, dvs. insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), socialtjänstlagen

(1980:620) samt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, redovisas tillsammans. Socialstyrelsen (Hälso- och sjukvårdsrapport 2001) beräknar dock att den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården år 2000 kostade 14,6 miljarder kronor, vilket motsvarar 0,7 procent av BNP. För att få en fullständig bild av hälso- och sjukvårdens andel av BNP år 2000 måste andelen således räknas upp från 7,8 till 8,5 procent.

2.1 Landstingens ansvar och kostnader för hälso- och sjukvården

De huvudsakliga bestämmelserna om landstingets ansvar för hälso- och sjukvården finns i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Med hälso- och sjukvård avses enligt HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna.

I HSL finns också grundläggande bestämmelser om mål och krav på hälso- och sjukvården. Dessa bestämmelser gäller all hälso- och sjukvård och inte enbart den vård som landstingen har ansvar för. Målet för hälso- och sjukvården är enligt 2 § HSL en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vidare skall den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Detta är den lagregel som anger att prioriteringar skall ske utifrån medicinska behov – att hälso- och sjukvården skall vara behovsstyrd och inte efterfrågestyrd.

Hälso- och sjukvården skall enligt 2 a § HSL bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bl.a. att vården skall vara av god kvalitet, vara trygg och säker för patienten, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall om det inte är uppenbart obehövt ges en medicinsk bedömning av hälsotillståndet. Patienten eller i vissa fall närstående skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Vidare stadgas i HSL att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa och att det i hälso- och sjukvården skall finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kunna ge en god vård.

Ytterligare bestämmelser i HSL som gäller all hälso- och sjukvård är föreskrifter om patientansvarig läkare, ledningen av hälso- och sjukvården, kvalitetssäkring m.m.

När det mer specifikt gäller landstingens ansvar för hälso- och sjukvård framgår av HSL att varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget och åt vissa kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481). Landstinget har vidare till följd av EU-medlemskapet ett vårdansvar för vissa i Sverige ej bosatta personer. Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar vård skall landstinget också erbjuda sådan vård. Landstinget har också visst ansvar inom habilitering, rehabilitering och på hjälpmedelsområdet m.m. Landstinget svarar också för att det finns en ändamålsenlig organisation för sjuktransporter.

Det finns även ett särskilt planerings- och samverkansansvar för landstinget. Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av vård. Planeringen skall också avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare.

Vidare skall ledningen av hälso- och sjukvården utövas av en eller flera (kommunala) nämnder. För den ledningen gäller utöver reglerna för hälso- och sjukvården bestämmelserna i kommunallagen (1991:900).

Det finns också bestämmelser i HSL om hur landstingen skall organisera hälso- och sjukvården, bl.a. att det i landstingets ansvar ingår att det skall finnas sjukhus för vård som kräver intagning i vårdinrättning (sluten vård) och att alla som är bosatta inom landstinget skall få tillgång till och kunna välja en fast läkarkontakt i primärvården.

Privat vård

Landstingets ansvar hindrar inte att någon annan bedriver hälso- och sjukvård. Tvärtom anges uttryckligen i lagstiftningen att

landstinget får sluta avtal med annan om att utföra de uppgifter (utom myndighetsutövning) som landstinget ansvarar för enligt HSL. Inom hälso- och sjukvården torde själva vårduppgifterna och de beslut som sker utifrån medicinska indikationer mer sällan vara att anse som myndighetsutövning (prop. 1992/93:43). Annat förhållande gäller vid vissa särskilda insatser, som t. ex. psykiatrisk tvångsvård.

Av kommunallagen framgår att landstinget får lämna över vården av en kommunal angelägenhet, för vars handhavande särskild ordning inte föreskrivits, till ett aktiebolag, ett handelsbolag, en ekonomisk förening, en ideell förening, en stiftelse eller en enskild individ. Enligt kommunallagen skall fullmäktige innan ett landsting lämnar över vården av en landstingsangelägenhet till annan se till att landstinget tillförsäkras en möjlighet att kontrollera och följa upp verksamheten.

En begränsning av landstingens möjligheter att överlåta vård till annan infördes emellertid den 1 januari 2001 då lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan trädde i kraft. Lagen, som gällde till utgången av år 2002, innebar att uppgiften att ansvara för driften av ett akutsjukhus inte fick överlämnas till den som avser att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägaren eller motsvarande intressent.

Regeringen har gett utredningen Vårdens ägarformer – vinst och demokrati (S 2000:08) i uppdrag att bl.a. analysera behovet av och lämna förslag till lagändringar vilka kan komma att bli nödvändiga om ett förbud mot överlåtelse av driftansvaret av akutsjukhus skall införas permanent. Utredningen skall lämna sitt slutbetänkande senast den 28 februari 2003.

Den offentligt finansierade privata vården finns huvudsakligen i öppenvården. Inom Stockholms läns landsting har emellertid driften av akutsjukhuset S:t Görän övergått till ett privat företag. Motsvarande har skett i Region Skåne med Simrishamns sjukhus. Detta skedde innan den ovan nämnda s.k. stopplagen trädde i kraft.

När ett landsting upphandlar en verksamhet från en privat vårdgivare regleras förhållandet mellan landstinget och den privata vårdgivaren i ett vårdavtal mellan parterna. Privata läkare och sjukgymnaster kan också ingå samverkansavtal med landstinget. Ett landsting kan emellertid avstå från att teckna samverkansavtal med en privat vårdgivare. Vårdgivaren kan då inte bedriva verksamhet

med offentlig finansiering. I avsnitt 2.2 redovisas utförligare skillnaden mellan vårdavtal och samverkansavtal.

Hälso- och sjukvård kan även bedrivas helt i privat regi utan att något avtal föreligger med landstinget och utan inslag av offentlig finansiering. I dessa fall är vårdgivaren ansvarig för att vården bedrivs med den kvalitet och säkerhet som bl.a. föreskrivs i lagstiftningen. Dessa vårdgivare omfattas också av Socialstyrelsens tillsyn etc.

Patientavgifter

Varje landsting beslutar själv om patientavgifternas storlek. Det finns emellertid i HSL bestämmelser som begränsar landstingens avgiftsuttag. För den öppna hälso- och sjukvården gäller att patientavgifterna sammanlagt får uppgå till högst 900 kronor under en tolv månadersperiod. I lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning samt i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik stadgas vidare att patientavgifter enligt dessa lagar får tas ut med högst samma belopp som gäller för motsvarande vård inom landstinget.

Den högsta patientavgiften för sluten vård är 80 kronor för varje vård dag.

Landstingens kostnader för hälso- och sjukvården

År 2000 uppgick nettokostnaderna för landstingen för hälso- och sjukvård, exklusive tandvård, till 105 miljarder kronor (Landsförbundet. Bokslutsstatistik 2000). Tre fjärdedelar (81 miljarder kronor) av kostnaderna avsåg läns- och regionsjukvård och en fjärdedel (24 miljarder kronor) primärvård.

Fördelat efter olika verksamheter gick 63 procent till somatisk korttidsvård, 19 procent till öppen primärvård, 11 procent till psykiatrisk vård, 3 procent till geriatrisk vård och 4 procent till övrig verksamhet.

Landstingens verksamhet finansieras främst genom landstingsskatten och statsbidrag.¹ Landstingsskatten uppgick år 2000 till 107,8 miljarder kronor, vilket motsvarade 69 procent av inkom-

¹ Dessa medel finansierar förutom hälso- och sjukvården även annan verksamhet som landstingen bedriver, t.ex. trafik samt utbildning och kultur.

terna. Det generella statsbidraget utgjorde 10,8 miljarder kronor, 7 procent av inkomsterna. Övriga bidrag uppgick till 21,3 miljarder kronor, 14 procent av inkomsterna.

I övriga bidrag ingår statsbidrag för läkemedel inom läkemedelsförmånen med 15,9 miljarder kronor, 10 procent av inkomsterna, övriga specialdestinerade statsbidrag med 4,5 miljarder kronor, 3 procent av inkomsterna samt övriga bidrag med 0,8 miljarder kronor, 1 procent av inkomsterna.

Patientavgifterna till hälso- och sjukvården (exklusive tandvården) uppgick till 2,6 miljarder kronor, vilket motsvarar knappt 2 procent av inkomsterna.

Vid sidan av dessa inkomster hade landstingen också inkomster bl.a. från försäljning av verksamhet, tjänster, material och varor.

2.2 Skillnaden mellan vårdavtal och samverkansavtal

Vårdavtal

Vårdavtal kan definieras som sådana avtal som landstinget ingår med privata vårdgivare (fysiska eller juridiska personer) och där parterna träffar avtal om att vårdgivaren skall vara verksam med offentlig finansiering. Vårdavtalet innebär att parterna kommer överens om verksamhetsinriktning, ersättningar, åtaganden, former för rapportering, kvalitetssäkring etc.

Ett vårdavtal kan ingås med en enskild privatpraktiserande yrkesutövare, t.ex. en läkare, en sjukgymnast eller en sjuksköterska. Ibland ingås avtalen med yrkesutövaren personligen och ibland är ett bolag avtalspart. Ett vårdavtal kan även ingås för att t.ex. en vårdcentral skall drivas i privat regi med offentlig finansiering. I sådana fall tecknas oftast avtalet med det bolag eller den stiftelse etc. som avser att driva verksamheten. Bolaget etc. blir i det aktuella fallet vårdgivare och har i sin tur att träffa avtal med de enskilda yrkesutövarna, i regel om anställning.

Utredningen om sjukvårdsupphandling har haft regeringens uppdrag att analysera tillämpningen av lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU) på hälso- och sjukvårdstjänster där den enskilde vårdgivaren för att kunna bedriva verksamhet med offentlig finansiering är hänvisad till att träffa avtal med sjukvårdshuvudmannen. I betänkandet *Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster* (SOU 1999:149) gjorde utredningen bedömningen

att vårdavtal skall föregås av ett upphandlingsförfarande enligt LOU och kraven i EG-direktiven. Utredningen föreslog också att en erinran om reglerna i LOU skall tas in i HSL och att även en definition av vad som avses med vårdavtal skall tas in i lagen. Utredningens förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Samverkansavtal

Med samverkansavtal avses avtal som ett landsting träffar med en enskild privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast där avtalets innehåll och ersättningen bestäms av lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för sjukgymnastik (LOS) samt i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning (FOL) och förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik (FOS).

För att läkarvårdsersättning skall lämnas krävs bl.a. att läkaren har specialistkompetens och bedriver mottagningsverksamhet inom sin specialitet i öppen vård för enskilda patienter. Sjukgymnastik-ersättning lämnas för sjukgymnastik som ges av en legitimerad sjukgymnast. I kapitel 3 redovisas utförligare bestämmelserna i de båda ersättningslagarna.

Vårdgivarna har rätt till ersättning utifrån tre arvodesnivåer; enkelt arvode, normalarvode och särskilt arvode. Därutöver finns s.k. ersättningstak för vårdgivarna. När det gäller justering av arvodesnivåer, ersättningstak samt övriga förändringar i förordningarna sker i huvudsak förhandlingar mellan parterna – Landstingsförbundet och Sveriges Läkarförbund respektive Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. Ett gemensamt underlag från parterna lämnas sedan till regeringen senast den 1 oktober varje år. Utifrån parternas överenskommelse beslutar därefter regeringen i förordningarna om taxornas utformning, ersättningstaken och ersättningsnivåerna.

Utredningen om sjukvårdsupphandling gjorde i betänkandet *Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster* bedömningen att det inte – till skillnad mot vårdavtal – föreligger någon upphandlingssituation då ett landsting tecknar samverkansavtal med enskilda läkare och sjukgymnaster. Utredningen föreslog också att detta skall framgå av HSL och att en definition av vad som avses med samverkansavtal skall tas in i lagen.

Utredningen anförde som skäl för sitt ställningstagande att ett samverkansavtal får ses som ett utflöde av en offentlighetslag

reglering. Vid tecknande av samverkansavtal föreligger inte någon konkurrenssituation mellan olika vårdgivare eftersom alla erbjuds samma ekonomiska villkor. Som tidigare framgått bereds utredningens förslag för närvarande inom Regeringskansliet.

2.3 Ansvarsförhållanden och kostnader inom tandvården

Tandvårdens motsvarighet till HSL är tandvårdslagen (1985:125, TL). Lagarna är i princip uppbyggda på samma vis med mål och krav för vården.

Med tandvård avses i TL åtgärder för att förebygga, utreda och behandla skador och sjukdomar i munhålan.

På motsvarande sätt som i HSL stadgas i TL att varje landsting skall erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget och åt vissa kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen. Landstinget har vidare till följd av EU-medlemskapet ett vårdansvar för vissa i Sverige ej bosatta personer. Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar tandvård skall landstinget också erbjuda sådan vård. Tandvård som landstinget själv bedriver benämns i lagen folktandvård.

Trots att skrivningarna i HSL och TL är likalydande när det gäller att varje landsting skall erbjuda en god vård åt dem som är bosatta inom landstinget etc. så finns det en skillnad mellan hur landstingets ansvar uttrycks i de båda lagarna. I TL preciseras – i motsats till i HSL – landstingets ansvar för att erbjuda vissa grupper tandvård. Det handlar om vilka grupper som skall prioriteras.

Av 7 § framgår att folktandvården skall svara för tandvård för barn- och ungdomar till och med det år de fyller nitton år samt specialisttandvård till vuxna. Landstinget får också erbjuda övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.

Landstingen får också på samma sätt som när det gäller hälso- och sjukvården sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget har ansvar för.

Det finns även i TL ett särskilt planeringsansvar för landstinget. Landstinget skall planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Ansvaret omfattar också att patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård.

Landstingen skall i det sammanhanget särskilt svara för uppsökande verksamhet bland dem som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för, får hemsjukvård, omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller är bosatta i egen bostad och har ett motsvarande behov av vård, omsorg och service som de övriga nämnda grupperna. Landstingen skall också svara för att dessa personer erbjuds nödvändig tandvård. Landstinget skall vidare se till att tandvård erbjuds till dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid (TL, 8 a §).

Planeringen skall även avse den tandvård som erbjuds av annan än landstinget. I TL skrivs också uttryckligen att de patienter med särskilda tandvårdsbehov som omnämns ovan skall ha rätt att välja om behandlingen skall utföras av folktandvården eller av en privat vårdgivare.

I likhet med HSL finns också i TL föreskrifter om samverkan samt att ledningen av folktandvården skall utövas av en eller flera nämnder. Även bestämmelser om kvalitetssäkring behandlas på samma sätt i TL som i HSL.

Tandvårdsförsäkringen

Tandvårdsförsäkringen, som är en socialförsäkringsförmån, omfattar alla som är bosatta i Sverige fr.o.m. det år de fyller 20 år. Tandvårdsersättning kan också i vissa fall – som en följd av EU-medlemskapet – lämnas med stöd av förordningen (EEG) nr 1408/71 samt med stöd av konventioner och överenskommelser.

Bestämmelser om ersättning från staten till dem som bedriver tandvård finns i 2 kap. 3 § i lagen (1962:381) om allmän försäkring. Ersättning lämnas om vården ges av en offentlig vårdgivare eller av en enskild vårdgivare som är uppförd på en förteckning upprättad av försäkringskassan. I kapitel 3 redovisas utförligare reglerna kring vårdgivares anslutning till försäkringen.

Ersättningen lämnas enligt de grunder som anges i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. De belopp som lämnas framgår av tandvårdstaxan som är intagen som en bilaga till förordningen. I tandvårdstaxan görs en uppdelning mellan bastandvård samt protetik och tandreglering.

För bastandvård lämnas ett grundbelopp för varje åtgärd, dock med undantag för undersökning av patienter mellan 29 år och 64 år.

Fr.o.m. den 1 juli 2002 får också personer över 64 år högre tandvårdsersättning för bastandvård. Ersättningsnivån motsvarar i dessa fall i huvudsak ett och ett halvt grundbelopp.

För protetik och tandreglering lämnas tandvårdsersättning när de samlade grundbeloppen under en behandlingsomgång överstiger karensbeloppet på 3 500 kronor. Reglerna om karensbeloppet, som inte gäller för avtagbara proteser, innebär att det från den tillerkända försäkringsersättningen dras 3 500 kronor innan någon ersättning från försäkringen utbetalas.

Fr.o.m. den 1 juli 2002 infördes också ett högkostnadsskydd för äldre. Högkostnadsskyddet gäller fr.o.m. det kalenderår under vilket en person fyller 65 år och avser all protetik och implantat. Kostnaden för protetiska ersättningar, exklusive kostnaden för vissa material, får under en behandlingsomgång uppgå till högst 7 700 kronor. I motsats till det ovan nämnda karensbeloppet innebär högkostnadsskyddet således ett tak för patientens kostnader för denna typ av tandvård.

En vårdgivare och en patient kan också teckna avtal om abonnemang på bastandvård. Avtalet innebär att patienten betalar ett fast pris för all bastandvård som han eller hon behöver under två år.

Människor som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård p.g.a. långvarig sjukdom eller funktionshinder har rätt till ersättning med dubbla grundbelopp för all bastandvård, om vårdbehovet beror på sjukdomen eller funktionshindret. I dessa fall ersätts också undersökningar även om patienten är äldre än 29 år. För protetik och tandreglering tillämpas inte reglerna om karensbelopp.

Försäkringskassan betalar ut tandvårdsersättning till vårdgivaren, men ersättningen skall komma patienterna till godo genom att vårdgivaren räknar av tandvårdsersättningen från totalarvodet.

Det råder fri prissättning på tandvård vilket betyder att varje vårdgivare själv bestämmer priset på den tandvård de ger. Enligt TL skall kostnaden för tandvården vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. En nyligen genomförd lagändring innebär att det i TL har förtydligats att det är landstingsfullmäktige som skall besluta om folktandvårdens priser på tandvård. Priset på en tandvårdsbehandling kan alltså variera beroende på vilken tandläkare respektive tandhygienist en patient väljer. Den fria prissättningen innebär att priset för en behandling inte står i någon fast relation till det ersättningsbelopp som lämnas från tandvårdsförsäkringen.

För att tandvårdersättning skall betalas ut måste vissa behandlingar förhandsprövas av försäkringskassan innan de påbörjas. Försäkringskassan skall ta ställning till om behandlingen är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat och om försäkringen därför skall ersätta en del av behandlingskostnaden.

Patientavgifter

Till skillnad från avgifterna inom hälso- och sjukvården varierar patienternas avgifter för tandvård mycket mellan olika patientgrupper.

Enligt TL är tandvård för barn- och ungdomar upp till 19 år avgiftsfri.

De patienter som landstinget har ett särskilt ansvar för – bl.a. patienter inom kommunernas särskilda boendeformer – är tillförsäkrade avgiftsfri uppsökande undersökning och betalar i övrigt patientavgifter enligt det avgiftssystem som gäller inom den öppna hälso- och sjukvården. Även patienter som behöver tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling betalar den avgift som gäller för öppen hälso- och sjukvård. Detsamma gäller sådana oralkirurgiska undersökningar och behandlingar som kräver tekniska och medicinska resurser som finns på ett sjukhus. Eftersom många inom de nämnda patientgrupperna har frikort, så kostar många gånger tandvården inte något för den enskilda patienten.

Som tidigare nämnts finns det också ett högkostnadsskydd för äldre patienter som innebär att kostnaden för protetiska ersättningar, exklusive kostnaden för vissa material, under en behandlingsomgång får uppgå till högst 7 700 kronor.

För övriga patienter bestäms patientavgifternas storlek av den enskilda vårdgivarens priser, eftersom det – som tidigare framgått – råder fri prissättning på tandvård.

Tandvårdsöversyn 2000

Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 överlämnade i juni 2002 sitt slutbetänkande Tandvården till 2010 (SOU 2002:53) till regeringen.

I betänkandet föreslås bl.a.:

- Att landstingens ansvar skall omfatta all tandvård som är en följd av ett väsentligt ökat behov på grund av allmänsjukdom eller funktionshinder och att all sådan tandvård skall betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård. Genom detta skulle det bli ett enhetligare ersättningssystem för tandvård som har samband med sjukdom eller funktionshinder.
- Vissa förtydliganden i tandvårdslagen när det gäller de grupper som landstinget har ett särskilt uppsökande ansvar för (8 §).
- Att de som lämnar den avgiftsfria barn- och ungdomständern skall få ett värdebevis som hos valfri tandläkare eller tandhygienist gäller som delbetalning för tandvårdsabonnemang eller åtgärdsdebiterad tandvård. Beviset skall ha ett värde på 600 kronor.
- Ökat stöd för bastandvård. Förslaget innebär bl.a. att tandvårdsersättning för undersökning införs för åldersgruppen 30–64 år, att grundbeloppet räknas upp för undersöknings- och förebyggande åtgärder m.fl. åtgärder samt att tandvårdsersättningen för förebyggande åtgärder höjs till ett och ett halvt grundbelopp för alla.
- Att regeringen ger Riksförsäkringsverket i uppdrag att i samråd med vårdgivarnas organisationer utarbeta ett förslag till kreditgarantisystem.

Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Kostnader för tandvården

År 2000 uppgick tandvårdens kostnader till drygt 14,3 miljarder kronor.

Tandvården finansieras i huvudsak av patientavgifter. Dessa utgjorde år 2000 drygt 61 procent av de totala kostnaderna. Statens andel via tandvårdsförsäkringen uppgick till drygt 11 procent.

En del av statens bidrag till tandvårdens finansiering (knappt 3 procent) ges också via landstingen. Landstingens kostnader för de patienter som skall erbjudas tandvård inom ramen för det avgiftssystem som gäller inom den öppna hälso- och sjukvården ersätts av staten.

Landstingens andel av finansieringen motsvarar ca 25 procent av kostnaderna. Av nedanstående tabell framgår kostnadernas fördelning på respektive part.

Tabell 1. Tandvårdens totala kostnader år 2000. Miljoner kronor

	<i>Kostnader</i>
Patientavgifter	8 822
- Därav offentlig tandvård	2 283
- Därav privat tandvård	6 539
Landstingens nettokostnader	3 411
Landstingens investeringsutgifter	151
Tandvårdsförsäkringen (staten)	1 414
Statsbidrag till landstingen för särskilt tandvårdsstöd	405
Administrationskostnader för försäkringen	163
<i>Summa</i>	<i>14 366</i>

Källa: Socialstyrelsen. Hälsa- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2001.

I kalkylen ingår inte kostnaderna för utbildning av tandvårdspersonal och inte heller de indirekta kostnaderna i form av patienternas inkomstbortfall vid besök i tandvården.

I sammanhanget bör också noteras att statens bidrag till tandvården har ökat jämfört med år 2000. Tandvårdsstödet tillfördes 100 miljoner kronor år 2001 och 300 miljoner kronor år 2002. För år 2003 och framåt tillförs ytterligare 300 miljoner kronor.

3 Rättslig reglering för vårdgivare med offentlig ersättning

Som framgår av kapitel 2 kan privata vårdgivare få offentlig ersättning om de träffar ett vårdavtal med landstinget. Ett vårdavtal innebär att parterna kommer överens om verksamhetsinriktning, ersättningar, åtaganden, former för rapportering m.m. Det finns således inte några nationella bestämmelser/lagstiftning om vårdavtal.

I detta kapitel redovisas tidigare och nu gällande nationella bestämmelser för privatpraktiserande läkares respektive sjukgymnasters rätt till offentlig ersättning i de fall vårdavtal inte har träffats med landstinget. Vidare redovisas de nationella reglerna för tandläkares och tandhygienisters möjlighet att arbeta inom det offentliga ersättningssystemet (tandvårdsförsäkringen). När det gäller dessa yrkesgrupper omfattas både offentliga och privata vårdgivare av regelsystemet.

Redovisningen har i huvudsak begränsats till de områden som är relevanta för utredningen, dvs. åldersgränser för yrkesutövaren samt etableringsbestämmelser för privata vårdgivare.

I kapitlet redovisas också bestämmelser om yrkesansvar och patientsäkerhet samt viss arbetsrättslig lagstiftning.

3.1 Ersättningsregler för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster

Fr.o.m. den 1 januari 1975 infördes ett nytt ersättningssystem för läkarvård hos privatpraktiserande läkare. Motsvarande system infördes den 1 april 1977 för sjukvårdande behandling som utfördes av privatpraktiserande sjukgymnast. Bortsett från ändringar i anslutningsreglerna år 1985 var ersättningsreglerna i princip oförändrade fram till år 1994. Därefter har de varit föremål för flera förändringar.

Regler 1975–1993

Den öppna vård som före år 1994 bedrevs i privat regi med offentlig finansiering enligt nationella bestämmelser skedde genom att läkarna och sjukgymnasterna var anslutna till den allmänna försäkringen.

Enligt 2 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) gavs ersättning från den allmänna försäkringen för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling med anledning av sjukdom som lämnades av läkare eller sjukgymnast om dessa var uppförda på en av den allmänna försäkringskassan upprättad förteckning. Föreskrifter om ersättning och uppförande på förteckning fanns i läkarvårdstaxan (1974:699) och förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling, den s.k. behandlingstaxan.

I läkarvårdstaxan fanns bestämmelser om anslutning till försäkringen samt om arvoden och patientavgifter. Före år 1985 rådde fri etablering för privatpraktiserande läkare. En privatpraktiserande läkare som anmälde att han eller hon avsåg att följa den av regeringen fastställda läkarvårdstaxan fördes upp på försäkringskassans förteckning. Anslutningsbestämmelserna ändrades fr.o.m. år 1985. Det var en följd av det ändrade systemet för ersättning från sjukförsäkringen till landstingen (den s.k. Dagmarreformen), som bl.a. innebar att landstingen fick det egentliga finansieringsansvaret för privata läkare och sjukgymnaster med offentlig finansiering.

För försäkringsanslutna läkare krävdes fr.o.m. den 1 januari 1985 att landstinget tillstyrkte etableringen. För läkare som hade för avsikt att bedriva heltidspraktik gjordes – inledningsvis som en försöksverksamhet som permanentades fr.o.m. år 1988 – tre undantag från kravet på tillstyrkan från landstinget.

Det gällde för det första när läkare övertog en befintlig praktik från en kollega som var försäkringsansluten och den övertagande läkaren drev praktiken vidare med i huvudsak oförändrad inriktning, s.k. ersättningsetablering. Det gällde också när läkare etablerade sig på en ort inom stödområdena 1 och 2 enligt förordningen (1990:642) om regionalpolitiskt företagsstöd eller inom vissa angivna kommuner i Norrland. Det tredje undantaget avsåg läkare som vikarierade för ansluten läkare.

En läkare som var anställd hos landstinget fick inte föras upp på förteckningen om läkarens veckoarbetstid var 17 timmar eller mer hos landstinget. Anslutningsreglerna före år 1985 innebar att en

privatpraktiserande läkare som var heltidsanställd hos landstinget kunde vara ansluten till försäkringen (fritidspraktiker).

Det fanns inga åldersgränser för rätt till ersättning. Däremot fanns två olika taxor; en normaltaxa och en särskild taxa. Den senare var något lägre än normaltaxan och gällde för anslutna läkare fr.o.m. det år läkaren fyllde 66 år. Anledningen till att ha en särskild taxa var att läkare efter 65 års ålder betalade en särskild löneskatt i stället för sociala avgifter. Löneskatten var lägre än de sociala avgifterna.

Behandlingstaxans konstruktion för sjukgymnaster motsvarade i stort sett läkarvårdstaxans. Anslutningsbestämmelserna var i princip desamma med undantag för att det inte fanns någon "17 timmarsregel". En sjukgymnast skulle för att bli uppförd på förteckningen – förutom att vara legitimerad – ha fullgjort viss tids tjänstgöring hos landstinget eller annan jämförbar tjänstgöring.

Husläkarlagen

Den 1 januari 1994 trädde lagen (1993:58) om husläkare i kraft. Ett husläkarsystem skulle successivt införas i hela landet och vara fullt utbyggt vid utgången av år 1995.

I lagen fanns bl.a. bestämmelser om hur den enskilde kunde välja och byta husläkare, husläkarens uppgifter, behörighetskrav, verksamhetens omfattning, ersättningsystemets konstruktion och etablering som husläkare.

Etableringsbestämmelserna innebar att varje läkare som uppfyllde behörighetskravet och som var beredd att ansvara för de uppgifter som en husläkare har enligt husläkarlagen eller landstingens bestämmelser hade rätt att etablera sig som husläkare i privat verksamhet. Landstingen var i dessa fall skyldiga att lämna ersättning för verksamheten.

Ersättningslagarna

Genom de s.k. ersättningslagarna – lagen (1993:1651) om läkarvårdersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS) – övertog landstingen och de då tre landstingsfria kommunerna det direkta kostnadsansvaret från staten för

ersättningen till de privata läkare och sjukgymnaster som var anslutna till försäkringskassan.

Med lagarna, som började gälla fr.o.m. den 1 januari 1994, infördes också i princip fria etableringsmöjligheter för läkare och sjukgymnaster att driva verksamhet med offentlig finansiering. Under förutsättning att läkaren eller sjukgymnasten bedrev verksamheten på heltid och inte var anställd inom något landstings hälso- och sjukvård hade man rätt till etablering med ersättning enligt ersättningslagarna och vissa av regeringen beslutade taxebestämmelser. Enligt huvudregeln krävdes det enbart att läkaren eller sjukgymnasten meddelade landstinget, senast sex månader innan verksamheten skulle påbörjas, sin avsikt att lämna läkarvård eller sjukgymnastikbehandling med offentlig finansiering.

Läkarvårdsersättning lämnades för vård som gavs av privatpraktiserande läkare med specialistkompetens och som inom den öppna vården bedrev mottagningsverksamhet för enskilda patienter. Vissa specialistkompetenser undantogs dock, bl.a. omfattades inte – mot bakgrund av husläkarreformens genomförande – specialister i allmänmedicin av detta ersättningssystem.

Sjukgymnastikersättning lämnades för behandling som gavs av legitimerad sjukgymnast i privat verksamhet. Det fanns också krav på att sjukgymnasten skulle ha varit verksam i den offentligt finansierade vården under viss tid.

Regeringen föreslog i propositionen Arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. (prop. 1993/94:75), som föregick de nya lagarna, att en åldersgräns på 70 år skulle införas i lagen om läkarvårdsersättning, i lagen om ersättning för sjukgymnastik samt i husläkarlagen. Som motiv för förslaget anfördes dels att den allmänna pensionsåldern med en rörlig del upp till 70 år även generellt bör gälla för privatpraktiserande verksamhet, dels patientsäkerhetsskäl.

Vid riksdagens behandling av propositionen menade emellertid socialutskottet att en bestämmelse om en 70-årsgräns för läkarvårdsersättning inte behövdes (bet. 1993/94:SoU14, rskr. 1993/94:118). Utskottet konstaterade att åldersgränsen i praktiken skulle gälla ett fåtal läkare. Samtidigt skulle införandet av en strikt åldersgräns medföra att äldre patienter behöver byta läkare som de anlitat sedan många år. När det gäller läkares lämplighet kunde den enligt utskottet bedömas av försäkringskassans förtroendeläkare (försäkringskassan skötte under den här perioden administrationen

av ersättningarna) och Socialstyrelsen. Socialutskottet gjorde samma bedömning för privatpraktiserande sjukgymnaster och husläkare, dvs. att någon åldersgräns inte behövdes.

Prop. 1994/95:109

Den 1 januari 1995 infördes begränsningar för läkare och sjukgymnaster att ansluta sig till den nationella ersättningsregleringen enligt husläkarlagen, lagen om läkarvårdsersättning samt lagen om ersättning för sjukgymnastik. Regeringen föreslog i proposition Vissa privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters etablering m.m. (prop. 1994/95:109) att den under år 1994 s.k. fria etableringsrätten skulle upphöra fr.o.m. den 1 januari 1995. Regeringen föreslog i stället att den som i fortsättningen ville etablera sig som privatpraktiserande husläkare, specialistläkare i öppen vård eller sjukgymnast skulle träffa ett samverkansavtal med landstinget för att få tillgång till offentlig finansiering. Samverkansavtal innebär i stort sett att den privata vårdgivaren kommer överens med landstinget om att få bedriva verksamhet med ersättning enligt nationellt fastställda bestämmelser.

I övergångsbestämmelserna föreskrevs emellertid att en läkare eller sjukgymnast som vid lagändringens ikraftträdande var verksam med ersättning enligt de aktuella lagarna hade rätt till fortsatt ersättning utan samverkansavtal enligt de nya föreskrifterna. Detsamma gällde de yrkesutövare som före den 14 november 1994 anmält sin avsikt att etablera sig men ännu inte startat sin verksamhet. Om verksamheten inte startat den 14 maj 1995 krävdes dock samverkansavtal.

Regeringen föreslog i övrigt inga undantag från kravet på samverkansavtal med landstingen, vilket i praktiken innebar att rätten till ersättningsetablering upphörde, liksom rätten till fri etablering i de s.k. stödområdena.

Det huvudsakliga motivet till att regeringen föreslog riksdagen att ändra etableringsbestämmelserna var att ge landstingen reella möjligheter att fullgöra sitt planeringsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) genom att påverka de privata vårdgivarnas verksamhetsinriktning och lokalisering utifrån befolkningens behov. Regeringen menade också att det fanns oroande uppgifter om etableringsbestämmelsernas ekonomiska konsekvenser och

ansåg att de föreslagna ändringarna ökade möjligheterna att kontrollera totalkostnaderna.

Riksdagen godkände propositionen (bet. 1994/95:SoU10, rskr. 1994/95:133).

Prop. 1994/95:195

Genom propositionen Primärvård, privata vårdgivare m.m. (prop. 1994/95:195, bet. 1994/95:SoU24, rskr. 1994/95:383) upphävdes husläkarlagen vid utgången av år 1995. Regeringen menade att verksamhet som privatpraktiserande läkare inom primärvården och den ersättning som lämnas för sådan verksamhet i fortsättningen skulle regleras i vårdavtal mellan parterna. Lagen om läkarvårdsersättning ändrades emellertid så att även läkare i privat verksamhet i primärvården fick rätt till ersättning enligt lagen. Det blev således möjligt också för privatpraktiserande specialister i allmänmedicin att få rätt till offentlig ersättning om de träffade ett samverkansavtal med landstinget.

De husläkare som enligt övergångsbestämmelserna i samband med prop. 1994/95:109 hade rätt till fortsatt ersättning enligt husläkarlagen utan samverkansavtal fick i stället rätt till ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning.

Riksdagens och regeringens motiv för att upphäva husläkarlagen var framför allt att den var onödigt detaljerad och att varje landsting måste ges rätt att organisera primärvården efter lokala förutsättningar utan centrala påbud. När det gäller husläkarsystemet var det till skillnad från privatpraktiserande specialistläkare och sjukgymnaster inte främst kostnadsmässiga aspekter som var avgörande för att lagen skulle upphävas. Systemet i sig innebar enligt regeringen knappast något hot mot landstingens möjligheter till totalkostnadskontroll.

Propositionen innebar vidare att sjukvårdshuvudmännens planeringsansvar även för vård som utförs i privat regi preciserades i hälso- och sjukvårdslagen.

I propositionen föreslog regeringen också att läkarvårdsersättning och sjukgymnastikersättning inte längre skulle lämnas till läkare och sjukgymnaster som vid behandlingstillfället har fyllt 65 år. Enligt regeringen fanns det flera skäl som talade för en åldersgräns. Ett sådant skäl var att en åldersgräns, då 65 år, fanns för offentliganställda läkare och sjukgymnaster. Ytterligare skäl

som talade för en åldersgräns var landstingens behov av att kunna bedöma avgångar från hälso- och sjukvårdsverksamhet i privat regi i samband med planeringen av läkarnas specialistutbildning.

Samtidigt påpekades de offentliganställdas möjligheter att kvarstå i anställning efter uppnådd pensionsålder om arbetsgivaren medger detta. Regeringen noterade också att åldersgränsen i ersättningslagarna inte innebär något hinder mot vårdavtal med läkare och sjukgymnaster som uppnått 65 års ålder. Särskilt i de fall landstinget har en generös inställning när det gäller möjligheten för landstingsanställda yrkesutövare som så önskar att fortsätta arbeta även efter 65 år, bör enligt regeringen sådana vårdavtal ingås med privatpraktiker som har motsvarande önskemål. Landstinget bör i sin bedömning vidare ta erforderlig hänsyn till att pågående behandlingar inte avbryts.

Prop. 1996/97:123

I propositionen Privata vårdgivare (prop. 1996/97:123) föreslogs att vårdgivare som fyllt 65 år skulle kunna fortsätta att vara verksamma med läkarvårds- respektive sjukgymnastikersättning under förutsättning att landstingen medger detta, dvs. krav på vårdavtal som enda avtalsform föreslogs försvinna. I propositionen föreslogs också att läkare och sjukgymnaster som fyllt 65 år skulle kunna vikariera med ersättning enligt de nationella ersättningsreglerna om landstinget medger detta.

Vidare föreslogs i propositionen att kravet för sjukgymnaster på tidigare tjänstgöring i offentlig finansierad vård skulle tas bort.

Riksdagen beslutade i enlighet med förslagen (bet. 1996/97:SoU17, rskr. 1996/97:263).

Prop. 2000/01:78

I och med regeringens proposition Rätt att arbeta till 67 års ålder (2000/01:78) infördes en ny tvingande bestämmelse i lagen (1982:80) om anställningsskydd som ger en arbetstagare rätt, men inte skyldighet, att kvarstå i anställningen till 67 år.

Som en konsekvens av denna ändring höjdes också åldersgränsen för rätt till ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik till 67 år fr.o.m. den 1 sep-

tember 2001. Den höjda åldersgränsen gäller alla som vid ikraftträdandet var under 67 år.

Regeringen ansåg det däremot inte rimligt att föreslå ytterligare höjning av åldersnivån för läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik ovanför den generella gränsen för avgångsskyldighet. Gränserna bör enligt regeringens uppfattning följas åt.

Riksdagen tillstyrkte regeringens förslag att åldersgränsen i ersättningslagarna skulle höjas till 67 år (bet. 2000/01:AU10, rskr. 2000/01:211). Riksdagen ansåg också att åldersgränserna för att få de berörda formerna av ersättning i ett nästa steg skall avskaffas. Riksdagen tillkännagav regeringen att snarast återkomma med ett sådant förslag. Detta förslag skall också omfatta tandvårdsersättningen.

Sammanfattning av genomförda förändringar

De förändringar som genomförts under 1990-talet kan sammanfattas i följande tabell.

Tabell 1. Förändringar i ersättningssystemen för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster

<i>Regler om</i>	<i>1985– 1993</i>	<i>Husläkar- lagen 1994</i>	<i>Ers. lagarna 1994</i>	<i>Prop. 1994/95: 109</i>	<i>Prop. 1994/95: 195</i>	<i>Prop. 1996/97: 123</i>
Etableringsfrihet	Nej, utom i glesbygden	Ja	Ja	Nej, krav på samverkansavtal	–	–
Ersättningsetablering	Ja	Ja, följer av etb. friheten	Ja, följer av etb. friheten.	Nej, krav på samverkansavtal	–	–
Åldersgräns	Nej	Nej	Nej	Nej	65 år, med möjl. till und. vid vårdavtal	65 år*, med möjl. till und. efter ök.

*67 år fr.o.m. den 1 september 2001 (prop. 2000/01:78).

Sammanfattning av nu gällande regler

För att som privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast ha rätt till offentlig finansiering, utan att ha ett vårdavtal med landstinget, krävs enligt huvudregeln att vårdgivaren har samverkansavtal med landstinget.

Ett samverkansavtal innebär, som tidigare framgått, att en privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast kommer överens med landstinget om att bedriva verksamhet med ersättning enligt nationellt fastlagda bestämmelser i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik. Till de båda ersättningslagarna finns verkställighetsföreskrifter i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik.

Bland de läkare och sjukgymnaster som idag är verksamma och som har ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik finns emellertid både de som har träffat samverkansavtal med landstinget och läkare/sjukgymnaster som inte har något samverkansavtal. Olika övergångsbestämmelser gör att de ändå omfattas av lagarna. Det handlar om läkare och sjukgymnaster som tidigare varit anslutna till försäkringskassan eller som påbörjade sin verksamhet under tiden med etableringsfrihet samt husläkare som enligt övergångsbestämmelser övergick till att ge vård mot ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning.

För att läkarvårdsersättning skall lämnas krävs att läkaren har specialistkompetens och bedriver mottagningsverksamhet inom sin specialitet i öppen vård för enskilda patienter. Även läkare med kompetens som allmänpraktiserande läkare (Europaläkare) omfattas av ersättningsystemet. Vissa specialiteter är emellertid undantagna från rätten till ersättning. Det handlar bl.a. om läkare med specialistkompetens enbart i radiologiska specialiteter, socialmedicin och skolhälsovård.

Sjukgymnastikersättning lämnas för sjukgymnastik som ges av legitimerad sjukgymnast.

Dock lämnas varken läkarvårdsersättning eller sjukgymnastikersättning för verksamhet inom företagshälsovården. Äldre bestämmelser gäller emellertid till utgången av år 2003 för vård som lämnas av läkare eller sjukgymnast som innan den 1 januari 2000 varit verksam inom företagshälsovården och då haft rätt till ersättning enligt ersättningslagarna.

Vidare lämnas ersättning endast till den som bedriver privat läkarmottagning respektive sjukgymnastikverksamhet på heltid. Läkaren eller sjukgymnasten får inte heller vara 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.

Läkarvårdsersättning eller sjukgymnastikersättning lämnas inte till en läkare eller sjukgymnast som vid behandlingstillfället har fyllt 67 år om inte landstinget medger något annat.

3.2 Ersättningsregler för tandläkare och tandhygienister

I och med 1974 års tandvårdsreform infördes en allmän tandvårdsförsäkring – ett ersättningssystem för vuxentandvården. Ersättning för tandvård lämnades enligt 2 kap. 3 § lagen om allmän försäkring (AFL) om vården gavs vid en folktandvårdsklinik, odontologisk fakultet eller annars genom det allmännas försorg eller lämnades av tandläkare, som var uppförd på en av den allmänna försäkringskassan upprättad förteckning.

Det fanns inga åldersgränser för tandläkares eller dennes vårdpersonals rätt att arbeta inom ramen för försäkringen, men det rådde anslutningsbegränsning för privatpraktiserande tandläkare. Tandläkare kunde endast föras upp på försäkringskassans förteckning efter särskild prövning av att de uppfyllde något av följande villkor:

1. Om de avsåg att ersätta en heltidsverksam tandläkare som avlidit eller begärt att bli avförd från försäkringskassans förteckning.
2. Om de avsåg att vikariera under minst en månads tid för en heltidsverksam tandläkare som var uppförd på förteckningen.
3. Om de vid sidan av heltidstjänstgöring vid folktandvården eller odontologisk fakultet avsåg att bedriva verksamhet i enskild tandvård, fick de föras upp på förteckningen för den tid under vilken tjänstgöringstiden vid folktandvården respektive fakulteten bibehölls oförändrad.
4. Om de avsåg påbörja verksamhet i en kommun, där behovet av tandläkare var uppenbart otillräckligt tillgodosett.
5. Om det förelåg synnerliga skäl.

Om en tandläkare begärde att bli uppförd på förteckningen skulle det lokala organet för samverkan mellan folktandvården och de privatpraktiserande tandläkarna få tillfälle att yttra sig i ärendet. Begärde tandläkaren att bli uppförd på förteckningen med stöd av punkt 4 ovan skulle även landstinget få tillfälle att yttra sig. Tandläkaren hade möjlighet att överklaga beslutet.

Förändringar fr.o.m. den 1 januari 1999

Efter förslag i propositionen Reformerat tandvårdsstöd (prop. 1997/98:112, bet. 1997/98 SoU25, rskr. 1997/98:289) genomfördes en omstrukturerad tandvårdsförsäkring fr.o.m. den 1 januari 1999. Vid sidan av att ett nytt ersättningssystem infördes, avskaffades de tidigare anslutningsreglerna för privatpraktiserande tandläkare och ersattes med en anmälan till försäkringskassan. Vidare förändrades vårdgivarbegreppet så att det numera är ett tandvårdsföretag i stället för en enskild tandläkare som är ansluten till försäkringen. Genom tillkomsten av tandvårdsföretag som försäkringsanslutna vårdgivare blev det möjligt för t.ex. tandhygienister att driva ett sådant. En åldersgräns på 65 år för rätt till ersättning infördes också.

Ersättning för tandvård lämnas enligt nu gällande regler i 2 kap. 3 § lagen om allmän försäkring (AFL) om vården ges vid en folktandvårdsklinik, en högskola där odontologisk utbildning och forskning bedrivs eller annars genom det allmännas försorg. Ersättning lämnas också om vården ges hos en enskild näringsidkare, ett bolag eller annan juridisk person, under förutsättning att vårdgivaren är uppförd på en förteckning som upprättats av den allmänna försäkringskassan.

För att bli uppförd på en sådan förteckning skall vårdgivaren antingen själv vara legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist eller ha tillgång till en eller flera legitimerade tandläkare eller tandhygienister. Vidare krävs att vårdgivaren har F-skattsedel.

Ersättningen lämnas enligt de grunder som anges i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa och utgår endast om tandvården utförts av en tandläkare eller tandhygienist som inte har fyllt 67 år.¹

Som framgår av kapitel 2 har barn- och ungdomar enligt tandvårdslagen (1985:125) rätt till fri tandvård genom landstingets försorg till och med det år de fyller nitton år. Ersättning från tand-

¹ Prop. 2000/01:78 Rätt att arbeta till 67 års ålder, bet. 2000/01:AU10, rskr. 2000/01:211.

vårdsförsäkringen lämnas således inte för barn- och ungdomsvård. Tandvårdsförsäkringen omfattar inte heller tandvård för vissa andra grupper, t.ex. personer boende i särskilda boendeformer och tandvård som ges som ett led i en sjukdomsbehandling. Landstinget har ansvar för tandvården för dessa grupper.

En vårdgivare som avser att ge tandvård i enskild verksamhet mot ersättning enligt tandvårdsförsäkringen skall skriftligen anmäla detta till den allmänna försäkringskassa inom vars område verksamheten skall bedrivas. Om vårdgivaren uppfyller de krav som avses i 2 kap. 3 § AFL skall försäkringskassan föra upp denna på förteckningen. Om vårdgivaren avser att upphöra med verksamheten eller flytta den till en annan försäkringskassas område skall även detta anmälas till försäkringskassan.

I propositionen Reformerat tandvårdsstöd, som riksdagen alltså ställde sig bakom, menade regeringen att de avskaffade etableringsreglerna skulle öka möjligheterna att bedriva näringsverksamhet och att konkurrensvillkoren mellan offentlig och privat sektor skulle bli mer likvärdiga. Enligt regeringens bedömning minskade också det nya försäkringsstödet behovet av att behålla etableringsbegränsningen. En annan faktor var att det tidigare betydande överskottet av tandläkare successivt minskat, vilket innebär att risken för att utbudet av tandvård skall öka inte bedömdes vara så stor. Eftersom folktandvården är väl utbyggd i hela landet fanns det enligt regeringen inte heller risk för att det skulle uppstå brist på vårdgivare i de mindre tätbefolkade delarna av landet om slopandet av etableringsbegränsningen skulle leda till en koncentration av vårdgivare till befolkningstätare områden.

När det gäller den föreslagna åldersgränsen anförde regeringen i propositionen att den åldersgräns som följer av den allmänna pensionsåldern också bör gälla som villkor för tandvårdsersättning för vård utförd av tandläkare och tandhygienister. Regeringen menade att detta också underlättade för yngre tandläkare och tandhygienister att utöva sina yrken i större utsträckning än i dag.

Avslutande kommentarer

För tandvårdsföretag råder således fri etablering sedan den 1 januari 1999. Tandläkare och tandhygienister kan vara verksamma till 67 års ålder inom ramen för tandvårdsförsäkringen. Detta gäller

både för privata yrkesutövare och för offentligt anställda yrkesutövare.

Värt att notera i sammanhanget är att det inte, som för läkare och sjukgymnaster, finns någon möjlighet för tandläkare och tandhygienister att efter överenskommelse arbeta längre än till 67 år inom försäkringen. För tandläkare och tandhygienister som arbetar med ersättning från landstinget, t.ex. med barn- och ungdomsvård, finns emellertid en sådan möjlighet i likhet med andra grupper på arbetsmarknaden.

Som framgår av avsnitt 3.1 omfattas också tandvårdsersättningen av riksdagens tillkännagivande att regeringen snarast skall återkomma till riksdagen med förslag som innebär att åldersgränsen för tandläkares och tandhygienisters rätt till ersättning avskaffas.

3.3 Bestämmelser om yrkesansvar och patientsäkerhet

Samhället har satt upp vissa kvalitetskrav för hälso- och sjukvården för att upprätthålla målet om en god vård och för att öka patienternas säkerhet och trygghet i vården. Ett sätt för samhället att upprätthålla kvaliteten i såväl den offentliga som den privata hälso- och sjukvården är att ange vilka grundläggande skyldigheter som personalen har.

Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) trädde i kraft den 1 januari 1999. Lagen innebär en samordning av fem tidigare gällande lagar, bl.a. åliggandelagen, disciplinpåföljdslagen och 1997 års tillsynslag.

LYHS innehåller bestämmelser om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal. Därutöver finns bl.a. behörighets- och legitimeringsregler och bestämmelser om disciplinpåföljd m.m., Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) samt Socialstyrelsens tillsyn.

3.3.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesansvar

Hälso- och sjukvårdspersonal är en benämning på den personal som fullgör sjukvårdsuppgifter i offentlig eller privat hälso- och sjukvård och tandvård. Till hälso- och sjukvårdspersonalen hör enligt LYHS alla som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården. För närvarande omfattar legitimeringsreglerna

17 yrkesgrupper. Dessa är bl.a. läkare, sjukgymnaster, tandläkare och tandhygienister.

De höga krav som ställs på hälso- och sjukvårdspersonalens omdöme och kunnande och på patienternas säkerhet i vården har fått sitt legala uttryck bl.a. i de ansvarsregler som gäller för personalen. I 2 kap. LYHS anges hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter.

Ett viktigt krav som ställs på hälso- och sjukvårdspersonalen är att de skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. Vården skall så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och denne skall visas omtanke och respekt.

I personalens grundläggande skyldigheter ingår också att se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som finns. Om patienten avlidit skall personalen fullgöra sina uppgifter med respekt för den avlidne och visa de efterlevande hänsyn och omtanke.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen fullgör alltid sina vårduppgifter i förhållande till patienten under eget personligt yrkesansvar.

Det personliga yrkesansvaret innebär bl.a. att om uppgifter delegeras till en yrkesutövare utför han eller hon dessa under eget yrkesansvar. Den som delegerat uppgifterna ansvarar därefter inte för deras fullgörande men däremot för sitt delegationsbeslut, vilket inkluderar bedömningen av mottagarens möjlighet att fullgöra uppgifterna. En arbetsuppgift får överlätas till någon annan endast när detta är förenligt med en god och säker vård.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom ("Lex Maria").

Bestämmelser om tystnadsplikt m.m. inom den enskilda hälso- och sjukvården finns samlade i LYHS. Sekretesslagen (1980:100) innehåller bestämmelser om sekretess inom den allmänna hälso- och sjukvården. På detta sätt gäller i allt väsentligt samma sekretessregler för uppgifter inom den offentliga och den privata hälso- och sjukvården.

Personalen är skyldig att lämna ut uppgifter om någon vistas på en sjukvårdsinrättning till vissa rättsliga myndigheter, exempelvis domstol.

I patientjournallagen (1985:562) finns särskilda regler om bl.a. innehåll och utformning av patientjournaler. I lagen finns även bestämmelser om utlämnande av journalhandlingar inom den enskilda hälso- och sjukvården. Om rätten att ta del av journalhandlingar inom den allmänna vården finns bestämmelser i tryckfrihetsförordningen och i sekretesslagen.

Den som utfärdar intyg om någons hälsotillstånd eller vård skall utforma det med noggrannhet och omsorg.

I sammanhanget bör nämnas att lagstiftningen ställer krav också på vårdgivarna. Med vårdgivare avses fysisk eller juridisk person som bedriver hälso- och sjukvård. Privat hälso- och sjukvård kan antingen bedrivas av juridisk person (bolag, förening, stiftelse etc.) eller av en enskild yrkesutövare. Bestämmelser som reglerar vårdgivarnas skyldigheter finns i hälso- och sjukvårdslagen och i tandvårdslagen. Dessa bestämmelser motsvarar i hög grad bestämmelserna om personalens skyldigheter i LYHS.

3.3.2 Olika former för ingripanden mot hälso- och sjukvårdspersonalen

I 5 kap. LYHS finns bestämmelser om disciplinpåföljd, prøvotid, återkallelse av legitimation och annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården samt begränsning av behörighet att förskriva narkotiska och alkoholhaltiga läkemedel och teknisk sprit.

Disciplinpåföljd är en straffliknande åtgärd med ett individual- och allmänpreventivt syfte, medan prøvotid och återkallelse av legitimationen m.m. utgör skyddsåtgärder som vidtas för att upprätthålla patientsäkerheten. Ingripandena riktas enbart mot personer som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen.

Disciplinansvaret

LYHS gäller hälso- och sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning inom hälso- och sjukvården. Bestämmelserna om disciplinpåföljd omfattar endast sådan yrkesutövning som har betydelse för patientsäkerheten.

Hälso- och sjukvårdspersonal som har gjort sig skyldig till fel i sin yrkesutövning kan åläggas disciplinpåföljd. Detta gäller oavsett

om felet har begåtts uppsåtligen eller av oaktsamhet. Om felet är ringa eller om det framstår som ursäktligt får disciplinpåföljd underlåtas. Det finns två former av disciplinpåföljd; erinran och varning. Det strängare disciplinstraffet är varning.

Om hälso- och sjukvårdspersonal anmälts till åtal får disciplinärt förfarande enligt LYHS inte inledas eller fortsättas avseende samma förseelse. En straffrättslig prövning kan således inte pågå parallellt med en disciplinär. Inte heller får ett disciplinärt förfarande inledas eller fortsättas om en gärning tidigare prövats i straffrättslig ordning och av någon annan anledning än bristande bevisning, inte har ansetts vara något brott.

Det finns en preskriptionsregel som säger att disciplinpåföljd inte får åläggas någon som inte inom två år blivit underrättad om anmälan. Disciplinpåföljd får aldrig åläggas senare än tio år efter förseelsen, s.k. absolut preskription.

Återkallelse av legitimation och andra skyddsåtgärder

Socialstyrelsen utfärdar legitimation åt yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Den yrkesutövare som efter ansökan fått legitimation för ett yrke behåller livet ut sin legitimation och den omprövas normalt inte vid något tillfälle. Socialstyrelsen har emellertid möjlighet att väcka talan hos HSAN om prövotid, återkallelse av legitimationen m.m. Socialstyrelsens anmälningar leder som regel – under år 2001 i 85 procent av ärendena – till bifall.

Om en legitimerad yrkesutövare har varit oskicklig i sitt yrke eller på annat sätt visat sig olämplig för yrket kan HSAN föreskriva en prövotid om tre år. Förseelsen skall ha varit så allvarlig att varning inte framstår som en tillräckligt ingripande åtgärd.

Prövotid kan även föreskrivas en legitimerad yrkesutövare som på grund av sjukdom eller någon liknande omständighet befaras inte komma att kunna utöva sitt yrke tillfredsställande.

En legitimation kan enligt 5 kap. 7 § LYHS återkallas av fyra skäl

1. om den legitimerade varit grovt oskicklig vid utövning av sitt yrke eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket (t.ex. genom att göra sig skyldig till vissa allvarliga brott mot annans liv och hälsa),
2. om den legitimerade på grund av sjukdom eller liknande omständighet (såsom missbruk av alkohol eller narkotika) inte kan utöva yrket tillfredsställande,

3. om den legitimerade begär att legitimationen skall återkallas och det inte finns hinder mot återkallelse från allmän synpunkt, eller
4. om den legitimerade under provotid på nytt varit oskicklig vid utövningen av sitt yrke eller på annat sätt visat sig olämplig att utöva yrket.

Härutöver kan legitimationen återkallas för all legitimerad personal som fått sin auktorisation återkallad i något EES-land.

Det är endast på dessa grunder som återkallelse kan förekomma. Andra omständigheter, t.ex. lång frånvaro från yrkesutövningen eller hög ålder, påverkar således inte i sig legitimationen. Till sjukdom och liknande omständigheter kan åldersförändringar hänföras, om de mer påtagligt inverkar på förmågan att utöva yrket.

Åtgärden att återkalla en legitimation syftar till att ge allmänheten skydd mot sådana yrkesutövare som inte längre kan utöva sitt yrke på ett godtagbart sätt eller visat sig uppenbart olämplig för verksamheten. Återkallelse på grund av grov oskicklighet i yrkesutövningen förekommer i ett fåtal fall varje år. Den vanligast förekommande grunden för återkallelse av en legitimation är sjukdom och missbruk av alkohol eller narkotika.

Den legitimerade kan föreläggas att låta sig läkarundersökas om det finns grundad anledning att anta att legitimationen bör återkallas på grund av sjukdom. Det är också möjligt att samtidigt återkalla legitimation fram till dess att frågan om legitimationens återkallelse slutligt prövats, s.k. interimistisk återkallelse. Följs inte ett föreläggande om läkarundersökning inom ett år får legitimationen återkallas.

En yrkesutövares legitimation kan också återkallas interimistiskt i ett ärende enligt första eller fjärde punkten, om det finns sannolika skäl för återkallelse och det är påkallat från allmän synpunkt.

Om legitimation återkallats skall en ny legitimation meddelas när förhållandena medger det. Ansökan om ny legitimation prövas av HSAN.

Begränsning av förskrivningsrätten

Utöver återkallelse av legitimation får behörighet för läkare eller tandläkare att förskriva såväl narkotiska eller alkoholhaltiga läke-

medel som teknisk sprit dras in eller begränsas vid missbruk av förskrivningsrätten.

Inskränkningar i behörigheten får göras interimistiskt om det finns sannolika skäl för misstanke om missbruk av förskrivningsrätten. Sådant beslut gäller sex månader med en möjlighet till förlängning ytterligare högst sex månader om det föreligger särskilda skäl.

3.3.3 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)

Särskilda nämnder för prövning av disciplinpåföljder inom hälso- och sjukvården har funnits sedan år 1947 och verkade inom Socialstyrelsen (tidigare Medicinalstyrelsen) fram till år 1980. Vid denna tidpunkt bröts Medicinalväsendets ansvarsnämnd ut ur Socialstyrelsen och blev en självständig myndighet – Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Utbrytningen motiverades i propositionen (prop. 1978/79:220, s. 22) främst med att det av hänsyn till rättssäkerheten för såväl patienterna som sjukvårdspersonalen var en fördel att nämnden stod fri i förhållande till tillsynsmyndigheten.

Av 7 kap. 1 § LYHS framgår att frågor om disciplinpåföljd och frågor om återkallelse av legitimation m.m. prövas av HSAN. I 2–21 §§ ges bestämmelser om bl.a. nämndens sammansättning och handläggning i nämnden.

Frågor om disciplinpåföljd skall tas upp på anmälan av Socialstyrelsen eller av den patient som saken gäller. Om patienten själv inte kan anmäla saken, kan en närstående till patienten göra det. Frågor om återkallelse av legitimation m.m. tas upp på anmälan av Socialstyrelsen eller på ansökan av den legitimerade.

Socialstyrelsen kan få kännedom om missförhållanden i hälso- och sjukvården på olika sätt. Det kan t.ex. ske genom Lex-Maria-anmälningar, brev, telefonsamtal eller uppgifter i massmedia om en viss yrkesutövares behandlingsverksamhet.

Anmälan eller ansökan till HSAN skall göras skriftligen. Den skall innehålla uppgift bl.a. om anmälarens eller sökandens namn, vem anmälan eller ansökan avser och vilken anmärkning som riktas mot en anmäld.

Om anmälan eller ansökan är så ofullständig att den inte kan läggas till grund för prövning i sak, skall nämnden förelägga anmälaren

eller sökanden att inom viss tid komma in med kompletterande uppgifter. Annars kan ärendet inte tas upp till prövning.

Förfarandet i HSAN är i regel skriftligt. Muntlig förhandling får emellertid förekomma, när det kan antas vara till fördel för utredningen. Underrättelse om anmälan skall snarast överlämnas till den anmälde. En sådan underrättelse behövs inte om det är uppenbart att anmälan inte kan bifallas eller att underrättelsen är onödig.

Det är HSAN som svarar för att ett ärende blir tillräckligt utrett. Nämnden kan förelägga hälso- och sjukvårdspersonal att ge in journaler och andra handlingar som behövs för ärendets utredning och nämnden kan såväl förelägga som utdöma vite för att få in dessa handlingar. Nämnden kan också inhämta yttrande från myndigheter, tjänstemän och andra om det krävs särskild sakkunskap i ärendet.

Ordföranden får ensam fatta vissa beslut. Det gäller t.ex. beslut som inte gäller en fråga av principiell beskaffenhet och då det finns grundad anledning att anta att ärendet inte kan leda till någon disciplinpåföljd.

HSAN består av en ordförande och ytterligare åtta ledamöter som utses av regeringen för tre år. Ordföranden skall vara ordinarie domare och övriga ledamöter skall ha särskild insikt i hälso- och sjukvård. En ledamot utses efter förslag från Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet tillsammans. Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens Centralorganisation (TCO) och Sveriges Akademikers Centralorganisation (SACO) föreslår vardera en ledamot. De fyra återstående ledamöterna utses bland personer som särskilt kan anses företräda allmänhetens intresse.

Till nämndens förfogande står ett kansli. Det finns två heltidsanställda ordföranden i nämnden, varav en har titeln generaldirektör. Till nämndens kansli är också knutet experter, med särskild erfarenhet och övrig kompetens från olika vetenskapliga discipliner, vilka även är föredragande i nämnden.

Överklagande m.m.

Bestämmelser om överklagande m.m. finns i 8 kap. LYHS.

HSAN:s beslut kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Eftersom HSAN är belägen i Stockholm skall överklaganden riktas till Länsrätten i Stockholms län. För överklagande av länsrättens avgörande till kammarrätten krävs prövningstillstånd. Kravet på

prövningstillstånd innebär att kammarrätten endast kommer att pröva ärendet om det anses vara av vikt för rättstillämpningen, om det är möjligt att länsrätten dömt fel eller om det annars finns synnerliga skäl. Också vid överklagande hos nästa instans, Regeringsrätten, krävs prövningstillstånd.

Överklagande kan göras av den som gjort anmälan till HSN om beslutet gått denne emot. Också den som blivit anmäld till HSN kan överklaga om beslutet gått denne emot. Slutligen har Socialstyrelsen alltid möjlighet att överklaga för att tillvarata allmänna intressen.

3.3.4 Socialstyrelsens tillsyn m.m.

I 6 kap. LYHS finns enhetliga bestämmelser om tillsyn över hälso- och sjukvården. Där framgår att Socialstyrelsens tillsyn främst skall syfta till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården och dess personal står under Socialstyrelsens tillsyn. Man brukar i dessa sammanhang skilja på individ- och verksamhetstillsyn. Verksamhetstillsyn avser tillsyn över verksamheten som sådan och riktas mot vårdgivaren. Individtillsynen däremot, sätter fokus på de enskilda yrkesutövarna.

Socialstyrelsen utövar tillsyn – såväl verksamhetstillsyn som individtillsyn – över all hälso- och sjukvård oavsett driftsform. Det enda undantaget är den sjukvård som ges inom Försvarsmakten.

Med hälso- och sjukvård avses i det här sammanhanget samma sak som i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Det innebär att tillsynen omfattar såväl de sjukdomsförebyggande åtgärderna som den direkt sjukvårdande verksamheten. Till hälso- och sjukvården räknas även sådan verksamhet som omfattas av tandvårdslagen samt verksamhet inom främst Apoteket AB.

Även när någon, i en verksamhet som inte utgör hälso- och sjukvårdsverksamhet, tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning som utgör led i bedömningen av en patients hälsotillstånd eller behandling, står denna verksamhet under tillsyn av Socialstyrelsen.

Varje vårdgivare är skyldig att bedriva arbete med kvalitetssäkring avseende den egna vårdverksamheten. Enligt 31 § HSL skall kvaliteten i hälso- och sjukvårdsverksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. En motsvarande bestämmelse

finns i 16 § tandvårdslagen. Bestämmelserna innebär att inom all hälso- och sjukvård respektive tandvård skall arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten i vården ständigt pågå. Kvalitetssäkringsarbetet skall bedrivas fortlöpande som en noggrant planerad systematisk verksamhet i syfte bl.a. att så långt det är möjligt förebygga skador, avvikelser och felbehandlingar. När ett missförhållande eller någon brist har identifierats, skall de åtgärder vidtas som behövs. Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.

För att underlätta tillsynen finns en skyldighet för vårdgivare att anmäla till Socialstyrelsen om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom ("Lex Maria"). Det finns, som tidigare framgätt, en motsvarande anmälningsskyldighet för vårdpersonalen till vårdgivaren. Även tandvården omfattas av dessa bestämmelser.

Den som bedriver verksamhet som står under Socialstyrelsens tillsyn är skyldig att på styrelsens begäran lämna handlingar, prover och annat material som rör verksamheten samt att lämna de upplysningar om verksamheten som styrelsen behöver för sin tillsyn. I sin tillsynsverksamhet har Socialstyrelsen även rätt att göra inspektioner.

Det finns också ett sanktionssystem gentemot den som bedriver hälso- och sjukvård. Om Socialstyrelsen finner att en vårdgivare inte uppfyller kraven på god vård och missförhållandena är av betydelse för patientsäkerheten, får styrelsen förelägga vårdgivaren att avhjälpa påtalade missförhållanden. Föreläggande får förenas med vite.

Om föreläggande inte följs och missförhållandena är allvarliga, har Socialstyrelsen rätt att helt eller delvis förbjuda hälso- och sjukvårdsverksamheten. Är det fara för patientens liv, hälsa eller personliga säkerhet i övrigt, får Socialstyrelsen utan föregående föreläggande helt eller delvis förbjuda verksamheten.

Den som fortsätter att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet efter det att Socialstyrelsen beslutat att förbjuda verksamheten kan dömas till böter eller fängelse i högst sex månader.

Som tidigare nämnts finns det också en skyldighet för Socialstyrelsen att anmäla till HSN då det finns skäl för disciplinpåföljd, föreskrift om prøvotid, återkallelse av legitimation m.m. Styrelsen skall även göra anmälan till åtal om yrkesutövaren är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått ett brott för vilket

fängelse är föreskrivet. Även HSAN är skyldig att i motsvarande fall göra anmälan till åtal.

Den som vill bedriva hälso- och sjukvård skall anmäla detta till Socialstyrelsen. Anmälan skall bl.a. innehålla uppgifter om verksamhetens inriktning, var verksamheten bedrivs, vem som är chef för verksamheten och vem som svarar för anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria-bestämmelsen. Den som påbörjar verksamhet eller i väsentlig del ändrar tidigare verksamhet utan att ha gjort en anmälan till Socialstyrelsen om detta döms till böter.

Socialstyrelsen skall föra ett centralt register över verksamhet som anmälts enligt LYHS. Det skall vara möjligt att använda registret i tillsynsarbetet och för forskning. Vidare får det användas för framställning av statistik.

Socialstyrelsen har i en skrivelse till regeringen föreslagit att bestämmelserna om anmälningsskyldighet, register m.m. upphävs (dnr S2000/1724/HS). Bakgrunden är att svårigheterna att skapa ett nationellt vårdgivarregister visat sig väsentligt mycket större än vad som kunnat förutses. Därutöver anför Socialstyrelsen bl.a. att de resursmässiga kraven för såväl vårdgivarna som för Socialstyrelsen har visat sig bli mycket stora och de står inte i rimlig proportion till nyttan med ett register ur tillsynsynpunkt.

3.3.5 Patientnämnderna

Förutom Socialstyrelsen och HSAN kan patienter eller anhöriga som är missnöjda med vården vända sig till patientnämnderna i landstingen och kommunerna.

Patientnämnder skall enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. finnas inom varje landsting eller kommun. Deras arbetsområde omfattar all offentligt finansierad hälso- och sjukvård, vissa socialtjänstinsatser inom äldreomsorgen samt den tandvård som bedrivs av landsting.

Patientnämndernas arbetsuppgifter framgår av lagen. De skall utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården genom att

- hjälpa patienterna att få den information som behövs för att de skall kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården,
- främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,
- hjälpa patienterna att vända sig till rätt myndighet,

- rapportera iakttagelser och avvikelser till vårdgivare och vårdenheter.

Däremot har patientnämnderna inga disciplinära befogenheter eller möjligheter i övrigt att besluta om ingripanden mot enskilda yrkesutövare/vårdgivare.

Här kan också nämnas att det finns särskilda förtroendenämnder dit privattandläkarnas patienter kan vända sig om de inte är nöjda med vården hos sin tandläkare.

3.3.6 Tillsyn och kontrollmöjligheter i övrigt

Utöver den tidigare redovisade tillsynen har arbetsgivaren ett tillsynsansvar enligt arbetsrättslagstiftningen och personalen ett ansvar enligt straffrättsliga regler. Inom den arbetsrättsliga lagstiftningens ramar har arbetsgivaren rätt att utöva sin arbetsledning. Med stöd av kollektivavtal kan arbetsgivaren ha rätt att utkräva disciplinansvar, dvs. vidta disciplinära åtgärder.

Enligt det straffrättsliga regelverket kan den som uppsåtligen eller av oaktsamhet vid myndighetsutövning genom handling eller underlåtenhet åsidosätter vad som gäller för uppgiften dömas för tjänstefel, enligt 20 kap. 1 § brottsbalken, till böter eller fängelse i högst två år. Om gärningen är att anse som ringa, skall inte dömas till ansvar. Om brottet har begåtts uppsåtligen och är att anse som grovt, kan dömas för grovt tjänstefel till fängelse, lägst sex månader och högst sex år.

I brottsbalken finns också särskilda straffbestämmelser för brott mot tystnadsplikten. Den som gör sig skyldig till sådant brott kan dömas till böter eller fängelse i högst ett år.

Förutom tjänstefel och brott mot tystnadsplikten kan andra allmänna regler i brottsbalken också bli tillämpliga på hälso- och sjukvårdspersonal i fråga om handlingar i deras yrkesverksamhet. Det gäller t.ex. olika brott mot liv och hälsa som mord och dråp, misshandel och vållande till annans död eller vållande till kroppsskada samt framkallande av fara för annan.

3.3.7 Sammanfattning

För att uppnå målet om en god vård ställer samhället upp vissa kvalitetskrav på hälso- och sjukvården, som syftar till att öka patienternas säkerhet och trygghet i vården. Det gäller såväl krav på hälso- och sjukvårdens organisation och utformning – dess verksamhet – som på hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens. Det finns ett omfattande regelverk med det övergripande syftet att värna patienternas säkerhet i vården.

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) innehåller regler om hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesansvar, förutsättningarna för disciplinär bestraffning och återkallelse av legitimation, Socialstyrelsens tillsyn m.m.

I lagen anges vilka grundläggande skyldigheter hälso- och sjukvårdspersonalen har. Det rör sig t.ex. om att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och att ge patienten sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav.

LYHS innehåller också bestämmelser om olika former av ingripanden mot hälso- och sjukvårdspersonal. Disciplinpåföljd är en straffliknande åtgärd med ett individual- och allmänpreventivt syfte. Prövotid och återkallelse av legitimation m.m. utgör skyddsåtgärder som vidtas för att upprätthålla patientsäkerheten.

Det är framför allt två statliga myndigheter som är viktiga när det gäller lagstiftningens tillämpning; Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och Socialstyrelsen. HSAN är en myndighet med domstolsliknande funktioner. Frågor om disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation m.m. prövas av HSAN.

Hälso- och sjukvården och dess personal står också under Socialstyrelsens tillsyn. Det innebär att Socialstyrelsen i princip utövar tillsyn över all hälso- och sjukvård inklusive tandvård, oavsett driftsform.

Socialstyrelsen kan vidta särskilda åtgärder för att komma till rätta med missförhållanden som upptäcks. Myndigheten kan t.ex. göra en anmälan till HSAN för prövning av frågan om någon skall få behålla sin legitimation eller ålägga en vårdgivare att vidta vissa nödvändiga förändringar i verksamheten.

Vidare skall inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården, oberoende av vem som driver verksamheten, bedrivas ett fortlöpande kvalitetsutvecklings- och kvalitetssäkringsarbete.

Slutligen kan också nämnas arbetsgivarnas tillsynsansvar med stöd av arbetsrättslig lagstiftning samt personalens ansvar enligt straffrättsliga regler. De brott som främst kan komma i fråga inom vården är tjänstefel, brott mot tystnadsplikten samt brott mot liv och hälsa.

3.4 Arbetsrättslig lagstiftning

När man diskuterar åldersgränsen för vårdgivares rätt till ersättning enligt de olika ersättningslagarna kan det vara av intresse att göra en jämförelse med vad som gäller på arbetsmarknaden i övrigt. Mot den bakgrunden redovisas nedan vilken rätt man som arbetstagare har att stanna kvar i sin anställning.

Tidpunkten för när en arbetstagare var skyldig att avgå med ålderspension reglerades före den 1 september 2001 genom kollektivavtal, enskilt avtal eller förordning. Den vanligaste åldern för avgångsskyldighet var 65 år, men både lägre och högre ålder förekom.

Den 1 september 2001 skedde en principiellt viktig förändring genom att en ny tvingande regel infördes i 32 a § lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS). En arbetstagare skall enligt regeln alltid ha rätt, men inte skyldighet, att stanna kvar i anställningen till 67 års ålder. Det skall i fortsättningen inte vara möjligt att träffa avtal om att arbetstagare är skyldig att avgå innan de fyllt 67 år. Av övergångsbestämmelserna till den nya bestämmelsen i 32 a § LAS följer att kollektivavtal, som har ingåtts före lagens ikraftträdande den 1 september 2001, gäller till dess avtalet löpt ut, dock längst till och med utgången av år 2002.

I regeringens proposition (prop. 2000/01:78, bet. 2000/01:AU10, rskr. 2000/01:211) anføres att en grundläggande princip i det nya ålderspensionssystemet är livsinkomstprincipen som innebär att hela livets inkomster påverkar pensionen. Ett bakomliggande syfte med denna princip är att stimulera till arbete och att det under betydligt längre tid än tidigare skall vara möjligt för den enskilde att påverka sin pension. För att öka människors möjligheter att förbättra sin pension ansågs det därför väsentligt att åldern för avgångsskyldigheten höjdes. Vidare anføres i propositionen att den demografiska utvecklingen med stora pensionsavgångar kan föra med sig en period med allmän arbetskraftsbrist, vilket på sikt skulle kunna bli tillväxthämmande.

4 Omfattningen av den offentligt finansierade privata vården samt tandvårdsförsäkringen

4.1 Inledning

I utredningens uppdrag ingår att se över vissa villkor för offentlig ersättning för fyra yrkesgrupper; läkare med ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, sjukgymnaster med ersättning enligt lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik samt ersättning till tandläkare och tandhygienister enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

I detta kapitel redovisas ett antal uppgifter om dessa yrkesgrupper. Beträffande läkare och sjukgymnaster omfattar redovisningen enbart den offentligt finansierade privata vården. För grupperna tandläkare och tandhygienister redovisas också uppgifter om den offentligt drivna tandvården, eftersom tandvårdsersättning kan utgå både för privat och offentligt producerad vård.

4.2 Läkare

Antalet läkare m.m.

Sammanlagt finns det ca 30 000 yrkesverksamma läkare i Sverige (AMS – Den framtida personalförsörjningen inom vård och omsorg. Ura 2002:3). Ett fåtal av dessa är verksamma som privatläkare. Landstingsförbundet sammanställer årligen statistikuppgifter avseende läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för sjukgymnastik¹. Av dessa redovisningar framgår att antalet läkare som fick ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning, den s.k. nationella taxan uppgick

– under år 1997 till 1 667

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

- under år 1998 till 1 426
- under år 1999 till 1 323
- under år 2000 till 1 261
- under år 2001 till 1 211.

Antalet läkare som får ersättning enligt den nationella taxan varierar kraftigt över landet.

Tabell 1. Totalt antal läkare och antal per 1 000 invånare som fått ersättning enligt den nationella taxan efter huvudman år 2001

<i>Huvudman</i>	<i>Antal läkare</i>	<i>Antal per 1 000 inv.</i>
Stockholm	498	0,27
Uppsala	34	0,11
Sörmland	21	0,08
Östergötland	18	0,04
Jönköping	12	0,04
Kronoberg	10	0,06
Kalmar	12	0,05
Blekinge	13	0,09
Skåne	239	0,21
Halland	28	0,10
Västra Götaland	182	0,12
Värmland	17	0,06
Örebro	14	0,05
Västmanland	8	0,03
Dalarna	14	0,05
Gävleborg	18	0,06
Västernorrland	10	0,04
Jämtland	7	0,05
Västerbotten	12	0,05
Norrbotten	37	0,14
Gotland	7	0,12
<i>SUMMA</i>	<i>1 211</i>	<i>0,14</i>

Läkarna är framför allt etablerade i de största lands-tingen/regionerna. Ca 76 procent av samtliga taxeanslutna läkare är verksamma hos tre av huvudmännen (Stockholm, Västra Götaland och Skåne). Ställt i relation till invånarantalet varierar utbudet av läkare mycket mellan olika delar av landet, från 0,03 läkare per

1 000 invånare (Västmanlands läns landsting) till 0,27 (Stockholms läns landsting).

Det finns också ett antal läkare som i dag har vårdavtal, men som har rätt att återgå till ersättning enligt den nationella taxan efter utgången av vårdavtalets giltighetstid. Av den förfrågan utredningen gjort till landstingen framgår att det rör sig om ca 580 sådana läkare, varav 232 st. i Stockholm läns landsting.

Av nedanstående tabell framgår åldersfördelningen bland de privatpraktiserande läkarna.

Tabell 2. Procentuell andel privatpraktiserande läkare i olika åldersgrupper

<i>Ålder</i>	<i>Procentuell andel</i>
-40 år	0,5 %
41-50 år	22,5 %
51-60 år	59 %
61-67 år	18 %

Källa: Svenska Privatläkarföreningen. Privatläkarfakta 2002

Som framgår av tabellen är de flesta privatpraktiserande läkarna i dag mellan 51 och 60 år. Det finns också ca 500 medlemmar i Svenska Privatläkarföreningen som är äldre än 67 år. Uppgift saknas emellertid om hur många av dessa som är yrkesverksamma.

Antalet läkarbesök

För att visa omfattningen av hela den offentligt finansierade privata öppna läkarvården redovisas nedan även uppgifter om verksamhet som bedrivs av läkare med vilka huvudmannen har tecknat vårdavtal. Det finns som tidigare nämnts en rörlighet mellan de olika ersättningsformerna. Efter vad utredningen erfarit har nästan alla enskilda läkare med vårdavtal gått från ersättning enligt den nationella taxan till ersättning enligt vårdavtal. Emellertid finns det bland vårdavtalen också sådan verksamhet som landstingen har lagt ut på entreprenad, t.ex. hela vårdcentraler. För läkare med ersättning enligt vårdavtal redovisas i Landstingsförbundet statistiksammansättning antalet besök för samtliga avtal oberoende av hur

många vårdgivare som omfattas av avtalet. (Denna redovisning gjordes t.o.m. år 2000.)

Det totala antalet offentligt finansierade besök hos privata läkare uppgick under år 2000 till ca 6,6 miljoner. Dessa besök utgjorde en fjärdedel av drygt 25 miljoner läkarbesök år 2000. Antal besök hos läkare som fått ersättning enligt den nationella taxan uppgick år 2000 till drygt 2,7 miljoner. Antal besök hos läkare som fått ersättning enligt vårdavtal uppgick samma år till drygt 3,9 miljoner.

Tabell 3. Antal offentligt finansierade besök hos privatläkare 1997–2001

<i>År</i>	<i>Besök med ersättning enligt nationella taxan</i>	<i>Förändring jämfört med föregående år, procent</i>	<i>Besök med ersättning enligt vårdavtal</i>	<i>Summa</i>	<i>Förändring jämfört med föregående år, procent</i>
1997	3 897 902	–8,7	2 170 175	6 068 077	–2,4
1998	3 198 128	–18,0	3 126 838	6 324 966	4,2
1999	2 987 957	–6,6	3 259 890	6 247 847	–1,2
2000	2 718 027	–9,0	3 918 550 ¹⁾	6 636 577 ¹⁾	4,2 ²⁾
2001	2 609 488	–4,0	³⁾	³⁾	³⁾

¹⁾ Varav ca 126 800 besök vid S:t Görans sjukhus AB

²⁾ Förändring exklusive S:t Görans sjukhus AB

³⁾ Uppgifter har ej insamlats

Antal besök hos läkare som fått ersättning enligt den nationella taxan uppgick år 2001 till ca 2,6 miljoner, en minskning med 4 procent jämfört med föregående år.

Utbetalad ersättning

Totalt utbetalades under år 2000 närmare 4,2 miljarder kronor till privata läkare. Av dessa uppgick den utbetalda ersättningen till läkare med ersättning enligt den nationella taxan till drygt 1,3 miljarder kronor. Den utbetalda ersättningen till läkare med ersättning enligt vårdavtal uppgick till ca 2,8 miljarder kronor.

Tabell 4. Utbetalad ersättning (tkr) till privata läkare 1997–2001

År	Ersättning enligt nationella taxan	Förändring jämfört med föregående år, procent	Ersättning enligt vårdavtal	Summa	Förändring jämfört med föregående år, procent
1997	1 727 218	-3,3	1 526 115	3 253 333	1,8
1998	1 451 289	-16,0	2 020 087	3 471 376	6,7
1999	1 402 972	-3,3	2 240 880	3 643 851	5,0
2000	1 337 463	-4,7	2 814 780 ¹⁾	4 152 243 ¹⁾	9,1 ²⁾
2001	1 459 879	9,2	³⁾	³⁾	³⁾

¹⁾ Varav 177,5 miljoner kronor till S:t Görans sjukhus AB

²⁾ Förändring exklusive ersättning till S:t Görans sjukhus AB

³⁾ Uppgifter har ej insamlats

Den utbetalda ersättningen till läkare med ersättning enligt den nationella taxan uppgick under år 2001 till närmare 1,5 miljarder kronor. Det var en ökning med 122 miljoner kronor eller 9,2 procent jämfört med föregående år.

4.3 Sjukgymnaster

Antalet sjukgymnaster m.m.

Det finns för närvarande drygt 11 000 yrkesverksamma sjukgymnaster i landet (AMS – Den framtida personalförsörjningen inom vård och omsorg. Ura 2002:3). Knappt 1 600 arbetar med ersättning enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik, den s.k. nationella taxan. Av Landstingsförbundets statistiksammanställningar framgår att antalet sjukgymnaster som fått ersättning enligt den nationella taxan uppgick

- under år 1997 till 2 136
- under år 1998 till 1 855
- under år 1999 till 1 732
- under år 2000 till 1 628
- under år 2001 till 1 564

Liksom för läkarna varierar antalet sjukgymnaster som får ersättning enligt den nationella taxan över landet.

Tabell 5. Totalt antal sjukgymnaster och antal per 1 000 invånare som fått ersättning enligt den nationella taxan efter huvudman år 2001

<i>Huvudman</i>	<i>Antal sjukgymnaster</i>	<i>Antal per 1 000 inv.</i>
Stockholm	506	0,27
Uppsala	22	0,07
Sörmland	13	0,05
Östergötland	52	0,13
Jönköping	32	0,10
Kronoberg	25	0,14
Kalmar	28	0,12
Blekinge	14	0,09
Skåne	281	0,25
Halland	48	0,17
Västra Götaland	202	0,13
Värmland	27	0,10
Örebro	24	0,09
Västmanland	49	0,19
Dalarna	49	0,18
Gävleborg	29	0,10
Västernorrland	19	0,08
Jämtland	38	0,29
Västerbotten	40	0,16
Norrbottn	61	0,24
Gotland	5	0,09
<i>SUMMA</i>	<i>1 564</i>	<i>0,17</i>

Av sjukgymnasterna är ca 63 procent av samtliga taxeanslutna sjukgymnaster verksamma i Stockholms läns landsting samt i Västra Götalands- och Skåne-regionen. Antalet sjukgymnaster per 1 000 invånare är också högt i vissa landsting i norra Sverige. Detta är med stor sannolikhet en följd av den fria etableringsrätten som fanns inom vissa stödområden innan år 1994. Ställt i relation till invånarantalet varierar utbudet av sjukgymnaster från 0,05 sjukgymnaster per 1 000 invånare i Sörmlands läns landsting till 0,29 i Jämtlands läns landsting.

Det finns också ett antal sjukgymnaster som har vårdavtal med landstinget, men som har rätt att återgå till ersättning enligt den

nationella taxan efter utgången av vårdavtalets giltighet. Av den förfrågan utredningen gjort till landstingen framgår att det rör sig om ca 530 sådana sjukgymnaster, varav 313 st. i Stockholms läns landsting.

Av nedanstående tabell framgår åldersfördelningen bland de privatpraktiserande sjukgymnasterna.

Tabell 6. Procentuell andel privatpraktiserande sjukgymnaster i olika åldersgrupper

<i>Ålder</i>	<i>Procentuell andel</i>
-32 år	2 %
33-42 år	20 %
43-52 år	42 %
53-62 år	33 %
63 år-	3 %

Källa: Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbunds medlemsregister år 2002

Som framgår av tabellen är de privatpraktiserande sjukgymnasterna något yngre än de privatpraktiserande läkarna. De flesta sjukgymnasterna återfinns i åldersgruppen mellan 43 och 52 år.

Antalet sjukgymnastbesök

Av samma skäl som tidigare har redovisats när det gäller läkare, redovisas nedan även uppgifter om verksamhet som bedrivs av sjukgymnaster med vilka huvudmannen har tecknat vårdavtal. Enligt vad utredningen erfarit har i huvudsak samtliga enskilda sjukgymnaster med vårdavtal gått från ersättning enligt den nationella taxan till ersättning enligt vårdavtal.

Landstingsförbundets statistiksammanställning visar att det totala antalet besök hos offentligt finansierade privata sjukgymnaster under år 2000 uppgick till närmare 5,2 miljoner. Dessa besök utgjorde ca 60 procent av närmare 9 miljoner besök hos sjukgymnaster år 2000. Antal besök hos sjukgymnaster som fått ersättning enligt den nationella taxan uppgick till drygt 3,8 miljoner under år 2000. Antal besök hos sjukgymnaster som fått ersättning enligt vårdavtal uppgick samma år till ca 1,3 miljoner.

Tabell 7. Antal offentligt finansierade besök hos privata sjukgymnaster 1997–2001

År	Besök med ersättning enligt nationella taxan	Förändring jämfört med föregående år, procent	Besök med ersättning enligt vårdavtal	Summa	Förändring jämfört med föregående år, procent
1997	4 691 734	0,8	278 758	4 970 492	2,6
1998	4 388 559	-6,5	752 055	5 140 614	3,4
1999	4 021 511	-8,4	1 110 656	5 132 167	-0,2
2000	3 835 737	-4,6	1 325 028 ¹⁾	5 160 765 ¹⁾	0,1 ²⁾
2001	3 585 196	-6,5	³⁾	³⁾	³⁾

¹⁾ Varav ca 21 600 besök vid S:t Görans sjukhus AB

²⁾ Förändring exklusive S:t Görans sjukhus AB

³⁾ Uppgifter har ej insamlats

Antal besök hos sjukgymnaster som fått ersättning enligt den nationella taxan uppgick under 2001 till närmare 3,6 miljoner, en minskning med ca 250 000 besök eller 6,5 procent jämfört med föregående år.

Utbetalad ersättning

Totalt utbetalades under år 2000 närmare 1,2 miljarder kronor till privata sjukgymnaster. Av dessa uppgick den utbetalda ersättningen till sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan till närmare 827 miljoner kronor. Den utbetalda ersättningen till sjukgymnaster med ersättning enligt vårdavtal uppgick till ca 346 miljoner kronor.

Tabell 8. Utbetalad ersättning (tkr) till privata sjukgymnaster 1997–2001

År	Ersättning enligt nationella taxan	Förändring jämfört med föregående år, procent	Ersättning enligt vårdavtal	Summa	Förändring jämfört med föregående år, procent
1997	915 155	8,4	57 577	972 732	10,9
1998	856 735	-6,4	185 617	1 042 352	7,2
1999	825 007	-3,7	276 156	1 101 163	5,6
2000	826 990	0,2	346 069 ¹⁾	1 173 058 ¹⁾	5,8 ²⁾
2001	854 069	3,3	³⁾	³⁾	³⁾

1) Varav ca 7,9 miljoner kronor till S:t Görans sjukhus AB

2) Förändring exklusive ersättning till S:t Görans sjukhus AB

3) Uppgifter har ej insamlats

Den utbetalda ersättningen till sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan uppgick år 2001 till cirka 854 miljoner kronor, en ökning med 27 miljoner kronor eller 3,3 procent jämfört med föregående år.

4.4 Tandläkare

Det fanns år 2001 ca 7 600 yrkesverksamma tandläkare i Sverige. Av dessa var ca 4 300 offentligt verksamma och ca 3 300 privat-tandläkare. Som framgår av tabellen nedan har det har skett en successiv minskning av antalet tandläkare under 1990-talet.

Tabell 9. Offentligt anställda respektive privata tandläkare 1999–2001

Verksamhetsform	1990	1995	1998	1999	2000	2001
Offentligt verksamma	5 125	4 683	4 227	4 382	4 391	4 281
Privattandläkare	4 467	4 198	3 440	3 455	3 331	3 313
Samtliga	9 592	8 881	7 667	7 837	7 722	7 594

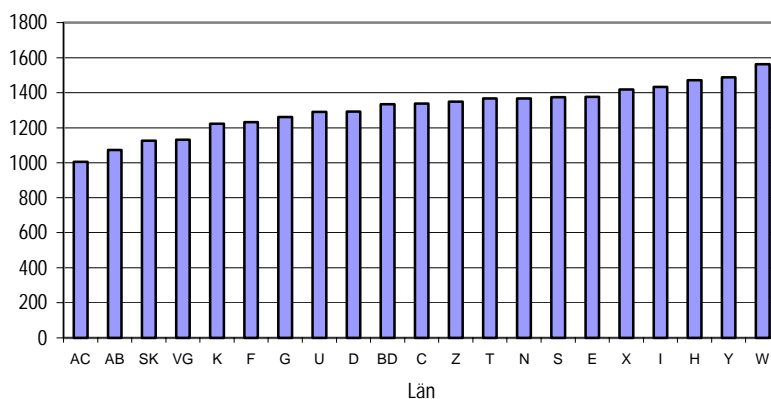
Källa: Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2001 samt Tandvården till 2010 (SOU 2002:53)

Det är inte enbart antalet tandläkare som är av betydelse. I sammanhanget bör nämnas att deltidsarbete är vanligt bland de offent-

ligt verksamma tandläkarna (tjänstetandläkare). Av Tjänstetandläkarförningens medlemsenkät i mars 2001 framgår att 33 procent arbetar deltid.

I slutbetänkandet Tandvården till 2010 (SOU 2002:53) av utredningen Tandvårdsöversyn 2000, framgår att antalet tandläkare varierar över landet.

Diagram 1. Antal invånare per yrkesverksam tandläkare inom landsting och privat verksamhet år 2001 fördelade efter län



Källa: Landstingsförbundet och Sveriges Privattandläkarförning

Tandläkartillgången är störst i de fyra län där tandläkarutbildning bedrivs. Antal invånare i landet per tandläkare varierar från ca 1 000 Västerbotten (AC) till nästan 1 600 i Dalarna (W). Enligt utredningen Tandvårdsöversyn 2000 kan god tandläkartillgång dock vara något missvisande. En ojämn spridning över länet medför ofta att tandläkartillgången i de större tätorterna är god på bekostnad av andra delar av länet.

Av nedanstående tabell framgår tandläkarnas åldersfördelning.

Tabell 10. Procentuell andel tjänstetandläkare respektive privat-tandläkare i olika åldersgrupper

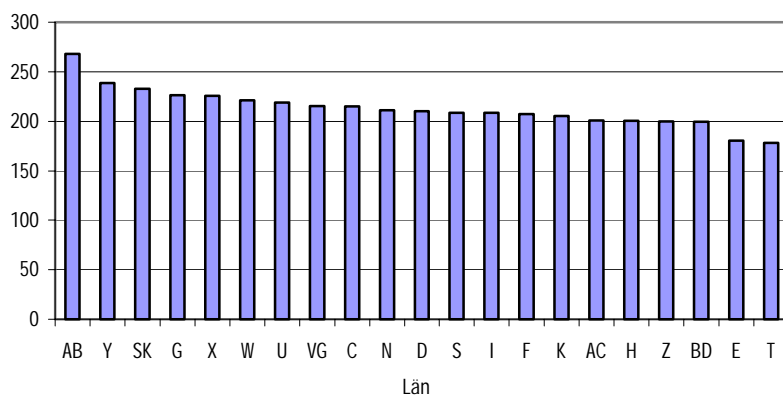
Ålder	Tjänstetandläkare, procentuell andel	Privattandläkare, procentuell andel
-30 år	6 %	1 %
31-40 år	17 %	10 %
41-50 år	36 %	41 %
51-60 år	34 %	36 %
60 år-	7 %	12 %

Källa: Sveriges Tandläkarförbunds och Sveriges Privattandläkarförenings medlemsregister år 2002

Som framgår av tabellen är privattandläkarkåren något äldre än tjänstetandläkarna. Det kan i och för sig vara naturligt att man arbetar en tid inom folktandvården innan man öppnar en privat praktik.

Som framgår av kapitel två kostade tandvårdsförsäkringen (inklusive administrationskostnader) år 2000 knappt 1,6 miljarder kronor.

I utredningen Tandvårdsöversyn 2000 redovisas försäkringsersättningen per invånare.

Diagram 2. Försäkringsersättning per invånare 20 år och äldre fördelade efter län

Källa: Riksförsäkringsverket

Försäkringsersättningen per invånare varierar mellan 180 kronor och 270 kronor med ett genomsnittligt uttag på 225 kronor per invånare i landet. Högsta uttaget per invånare har Stockholm (AB) medan Örebro (T) har det lägsta uttaget.

4.5 Tandhygienister

Det fanns år 2001 drygt 2 500 yrkesverksamma tandhygienister i Sverige (Sveriges Tandhygienistförenings medlemsregister). Av dessa var ca 1 600 anställda i landstingen och ca 900 egna företagare eller anställda i privat verksamhet.

I likhet med situationen för tandläkare varierar antalet invånare per tandhygienist över landet. Antalet invånare per tandhygienist är högst i Kalmar, Västernorrland och Östergötland med drygt 5 000 invånare per tandhygienist. I Stockholm, Region Skåne, Västra Götalandsregionen samt Västerbotten är det drygt 4 000 invånare per tandhygienist medan det i Värmland och Gävleborg är 2 000 invånare per tandhygienist (Tandvårdsstödet. RFV Anser 2000:3).

I motsats till tandläkarna har emellertid antalet tandhygienister ökat under den senaste tioårsperioden. Tandhygienisterna är också den yrkesgrupp som är ”yngst” i tandvården. Av nedanstående tabell framgår tandhygienisternas åldersfördelning.

Tabell 11. Procentuell andel tandhygienister i olika åldersgrupper

<i>Ålder</i>	<i>Procentuell andel</i>
-34 år	20 %
35-44 år	28 %
45-54 år	34 %
55 år-	18 %

Källa: Sveriges Tandhygienistförenings medlemsregister år 2002

Efter den lagändring som genomfördes den 1 januari 1999 kan tandhygienister vara anslutna till försäkringen på samma villkor som tandläkarna. Redovisningen om tandvårdsersättningen i föregående avsnitt omfattar mot den bakgrunden även den ersättning som har utbetalats till tandhygienister.

5 Bestämmelser om åldersgränser och etablering i Norden

I detta kapitel redovisas översiktligt systemen för offentligt finansierad privat öppenvård och tandvård i Finland, Norge och Danmark.

Förutom de olika ländernas regler om etablering och åldersgränser uppmärksammas andra möjligheter till styrning av den privata vården. Exempel på mekanismer som används är ersättningssystem och patientavgifter samt krav på remiss för vissa behandlingar.

5.1 Finland

Offentligt finansierad privat öppenvård och tandvård

I Finland ansvarar de cirka 450 primärkommunerna för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård. Kommunerna har också ansvar för den tandvård som bedrivs i offentlig regi.

Vid sidan av den offentligt drivna vården finns en privat hälso- och sjukvård och tandvård som subventioneras genom en allmän sjukförsäkring. Denna statliga försäkring administreras av Folkpensionsanstalten (FPA), som också fastställer taxorna för de privata vårdgivarna. Centrala förhandlingar och avtal mellan parterna används däremot inte som en metod för att bestämma villkoren för de privata vårdgivarna.

Omfattning

Den privata vården är vanligast i storstäderna. Framför allt erbjuds läkar- och tandläkarvård, sjukgymnastik, laboratorie- och röntgenundersökningar samt företagshälsovård.

Cirka en tredjedel av läkarkåren är privatpraktiker. En stor andel av privatläkarna kombinerar emellertid en offentlig anställning med

en privat mottagning utanför den ordinarie arbetstiden. Vanligt förekommande specialistinriktningar är gynekologi, psykiatri och öronsjukdomar. Hälften av tandläkarna och sjukgymnasterna arbetar som privatpraktiker.

Etablering

Det står vem som helst fritt att som legitimerad yrkesutövare vara verksam som privatpraktiker. Den allmänna sjukförsäkringen ersätter läkar- eller tandläkarvård som utförts av en privatpraktiserande yrkesutövare under förutsättning att denne är legitimerad och registrerad hos Rättsskyddscentralen för hälsovården. Av andra yrkesutövare än läkare och tandläkare krävs, att deras yrke finns med på en särskild förteckning. Detta för med sig att t.ex. tandhygienister inte kan ansluta sig till försäkringen på egen hand utan måste samarbeta med en tandläkare.

En privat s.k. serviceproducent som avser att bedriva hälso- och sjukvård behöver tillstånd från länsstyrelsen. Verksamheten skall i medicinskt avseende bedrivas på ett behörigt sätt och ta hänsyn till patientsäkerheten.

Med serviceproducent menas en enskild eller ett bolag etc. som har en enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. En självständig yrkesutövare som på egen hand utövar sitt yrke räknas inte som serviceproducent.

Åldersgränser

Det finns inga åldersgränser för rätt till offentlig ersättning.

Ersättning till vårdgivare och patientavgifter

Inom den privata vården råder fri prissättning. Den allmänna sjukförsäkringen ersätter en del av patienternas kostnader för den privata hälso- och sjukvården och tandvården. Endast kostnader för nödvändig hälso- och sjukvård, som har orsakats av sjukdom, graviditet eller förlossning, ersätts. Inte heller inom tandvården betalas ersättning för alla åtgärder. Exempelvis ersätts inte tandreglering och protetiska åtgärder.

Ersättningen för tandvård har utvidgats stegvis. Fr.o.m. den 1 december 2002 omfattas hela befolkningen. Fram till den 1 april 2001 var personer födda 1956 eller senare berättigade till ersättning för tandvård och fr.o.m. den 1 april 2001 alla som var födda 1946 eller senare.

Kostnadsersättningen för läkar- och tandläkararvoden m.m. beräknas enligt särskilda taxor. Taxorna fastställs av FPA utifrån grunder som bestäms av Social- och hälsovårdsministeriet.

När det gäller läkar- och tandläkararvoden ersätts 60 procent av det belopp som anges i taxan. För övriga yrkesgrupper, som sjukgymnaster, ersätts 75 procent av taxebeloppet. Vård och behandling som ges av sjukgymnast ersätts endast till den del kostnaderna överstiger en fast självriskandel (ca 120 svenska kronor).

I praktiken innebär systemet (fri prissättning i kombination med fasta taxor) att knappt 40 procent av patienternas kostnader ersätts av det allmänna. För läkararvoden rör det sig om strax över 30 procent. Inom den privata vården betalar patienterna således ungefär 60 procent själva.

Försäkringsersättningen betalas ut till patienten och inte till vårdgivaren. Genom avtal med FPA kan privatpraktikern istället få ersättningen och patienten betalar då endast den resterande delen.

Inom den offentliga vården finns ett högkostnadsskydd som innebär att en patient inte skall behöva betala mer än cirka 4 000 svenska kronor årligen för sin vård. I beloppet ingår också tandvård. Någon motsvarighet finns inte för den privata vården.

Regler för remisser

Inom den privata vården finns inget krav på remiss för att uppsöka en specialistläkare. För att få ersättning för magnetundersökningar och datortomografier utförda inom den privata sektorn behövs emellertid en remiss från en privatpraktiserande specialist. Vidare krävs remiss för att få ersättning för undersökning och behandling som utförs av en privatpraktiserande sjukgymnast.

Huvudprincipen är att en patient remitteras vidare antingen inom det offentliga eller inom det privata sjukvårdssystemet. En patient som remitteras från den offentliga vården till den privata vården får inte ersättning från sjukförsäkringen. Ett undantag från denna regel är sjukgymnastik. Vård av privatpraktiserande sjuk-

gymnast ersätts alltid av försäkringen oavsett vem som utfärdat remissen.

5.2 Norge

Offentligt finansierad privat öppenvård och tandvård

I Norge är det primärkommunerna och de statliga hälsoföretagen som i huvudsak ansvarar för hälso- och sjukvården. Fylkeskommunerna ansvarar för vissa delar av tandvården.

Därutöver finns en statlig socialförsäkring (folketrygden) som ersätter kostnader för privat hälso- och sjukvård och, i viss mån, tandvård. Det utgår också ersättning till de privata vårdgivarna från kommunerna och de statliga hälsoföretagen.

Villkoren för den privata vården förhandlas fram och fastställs i centrala avtal mellan parterna (t.ex. Kommunernas centralförbund och Norska läkarförbundet). Staten medverkar i denna process genom sin förhandlingsorganisation.

Omfattning

Det finns ett betydande inslag av privat vård inom såväl den öppna hälso- och sjukvården som tandvården. Husläkare, specialistläkare, sjukgymnaster, psykologer, tandläkare och kiropraktorer kan vara verksamma som privatpraktiker och erhålla offentlig ersättning i varierande utsträckning.

En husläkarreform genomfördes nyligen och i stort sett samtliga husläkare är privatpraktiserande. Det finns också cirka 1 100 privatpraktiserande specialistläkare inom den öppna vården. Dessa utgör cirka 10 procent av specialistläkarkåren. Ungefär hälften av samtliga sjukgymnaster är privatpraktiserande.

De privata tandläkarna är mer än dubbelt så många som de offentligt anställda. Merparten av all tandvård till vuxna patienter ges av privata tandläkare. Det finns endast ett fåtal privata tandhygienister och de samarbetar i allmänhet med en tandläkare. Orsaken är att tandhygienisterna inte på egen hand kan ansluta sig till försäkringen (folketrygden).

Etablering

Den läkare eller sjukgymnast som vill arbeta med offentlig ersättning måste ha avtal med kommunen eller de statliga hälsoföretagen. Allmänläkarna och sjukgymnasterna tecknar avtal med kommunerna och övriga läkarspecialister med de statliga hälsoföretagen.

Samtliga avtal gäller tillsvidare och revideras årligen. En förutsättning för att ett avtal skall kunna sägas upp är att det finns saklig grund för detta. Om en kommun vill dra in en praktik förpliktar sig kommunen att täcka den förlust som ägaren gör.

Nya och lediga etableringar som läkare skall ledigförklaras enligt en särskild ordning. När en praktik är ledig skall kommunen göra en bedömning av antalet läkartjänster i förhållande till det totala utbudet och av kommunen fastställd hälsoplan. Dessutom sker en nationell kontroll genom ett statligt råd, som skall ge sitt godkännande i samband med etablering av en ny läkarpraktik. På motsvarande vis hanteras utlysning av tjänster som sjukgymnast.

Storleken på den ersättning som ges när en specialistläkare överläter sin praktik till en kollega regleras i det centrala avtalet mellan parterna. I husläkarsystemet avtalar läkarna fritt om priset på den praktik som överläts. Det är emellertid kommunen som avgör vem som är mest kvalificerad att överta läkarpraktiken. I de fall då läkarna inte kan enas om ett pris, hänskjuts frågan till en särskild nämnd.

De privatpraktiserande tandläkarna har rätt att fritt etablera sig och bl.a. utföra sådan tandvård som till viss del subventioneras av samhället.

Åldersgränser

Rätten att driva praktik med offentlig finansiering upphör, enligt de centrala avtalen, när läkaren eller sjukgymnasten uppnått en ålder av 70 år. Det är dock möjligt att fortsätta arbeta efter överenskommelse.

Det finns också en fast övre åldersgräns för legitimationsinnehav. I avsnitt 8.2 redovisas detta regelverk.

Ersättning till vårdgivarna och patientavgifter

En del av kostnaderna för den privata vården ersätts av folketrygden. Vilka ersättningar som skall ges inom ramen för den statliga socialförsäkringen anges i särskilda taxor. Dessa taxor förhandlas fram mellan parterna och fastställs av Helsedepartementet.

Som tidigare framgått ger kommunerna och de statliga hälsoföretagen också en viss ersättning till de privata vårdgivarna. Husläkarna får exempelvis en fast ersättning från kommunen som utgår ifrån hur många patienter de har på sin lista. Slutligen betalar de patienter som besöker en privatpraktiserande yrkesutövare själva en del av kostnaden för vården, en s.k. egenandel.

Varje år fastställs ett tak som anger hur mycket en patient maximalt skall betala för sin vård under ett år. År 2002 uppgick detta belopp till cirka 1 500 svenska kronor. Den patient som nått upp till taket får ett frikort och behöver inte betala några egenandelar resten av året. I detta högkostnadsskydd ingår vård hos läkare och psykolog, läkemedel samt sjukresor.

En del patienter, som lider av vissa närmare angivna sjukdomar, har rätt till gratis sjukgymnastik. I övrigt betalar patienterna en egenandel också för den vård som ges av sjukgymnaster. Egenandelens storlek beror på vilken typ av behandling det rör sig om. Däremot finns inget högkostnadsskydd.

Inom den privata tandvården behandlas vuxna patienter som betalar merparten av sin tandvård själva. Det råder fri prissättning inom denna sektor. En viss subventionering förekommer inom ramen för socialförsäkringssystemet. Den del av kostnaden som samhället står för är dock liten och knuten till vissa diagnoser och några typer av behandlingar.

Ett nytt högkostnadsskydd har föreslagits från år 2003. Taket uppgår enligt förslaget till cirka 5 000 svenska kronor per år. I detta belopp skall ingå sjukgymnastik, ersättningsberättigad tandvård (med undantag för tandreglering), vistelse vid rehabiliteringsinstitution samt behandlingsresor till utlandet.

Regler för remisser

För vård hos sjukgymnast krävs remiss från läkare. Remisskrav finns också för vård hos specialistläkare. Det är dock möjligt att

söka vård hos en specialistläkare utan remiss, men då utgår inte någon ersättning från folketrygden.

5.3 Danmark

Offentligt finansierad privat öppenvård och tandvård

I Danmark har de 14 amtskommunerna, som motsvarar de svenska landstingen, ansvaret för merparten av hälso- och sjukvården. Primärkommunerna ansvarar för vissa delar av tandvården, t.ex. barn- och ungdomstandvård.

Amtskommunerna har också ansvar för den privata öppna hälso- och sjukvården och tandvården som bedrivs inom ramen för en allmän sjukförsäkring. Sjukförsäkringen ingår i amternas åtaganden och finansieras av dem. Den är således inte någon statlig angelägenhet.

Genom centrala avtal bestäms villkoren och taxorna för den privata vården. I avtalen, som är relativt omfattande, kommer man överens om en önskvärd utveckling av vården. Avtalet med läkarna har kommit längst och tar bland annat upp frågor som kvalitetsutveckling, samarbetsformer och användning av IT i vården.

Omfattning

All produktion av öppenvård som finansieras genom den allmänna sjukförsäkringen sköts av privatpraktiker. De yrkesgrupper som arbetar inom ramen för försäkringen är allmänpraktiserande läkare (husläkare), läkare som är specialister i öppenvård, tandläkare, sjukgymnaster, kiropraktorer, foterapeuter och psykologer. Tandhygienisterna har däremot inte möjlighet att ansluta sig till försäkringen.

Etablering

I de centrala avtalen, bortsett från avtalet med tandläkarna, finns bestämmelser som begränsar möjligheterna att fritt etablera sig som privatpraktiserande yrkesutövare.

Detta innebär att de privata vårdgivarna måste sluta ett individuellt avtal med amtskommunen för att få ersättning från försäk-

ringen. Avtalen löper tills vidare, men omförhandlas som regel vart annat år.

Inom tandvården finns däremot inte någon etableringskontroll. Det är således möjligt för de privata tandläkarna att fritt etablera sig och arbeta inom ramen för försäkringen. En förutsättning är dock att tandläkaren dels är medlem av sin yrkesorganisation, dels har tillkännagett för amtet att han eller hon önskar vara verksam inom försäkringen.

Möjligheten till etablering för övriga grupper är helt kopplat till befolkningsunderlaget. En etablering kan endast ske genom övertagande eller utvidgning av en befintlig praktik samt genom etablering av en ny praktik på grund av ökning i befolkningsunderlaget.

Vad gäller husläkare skall amtskommunen underrätta samarbetsudvalget (samarbetsorganisationen på landstingsnivå) inom vilket område en etablering är möjlig. När samarbetsorganisationen fått besked om behovet tillfrågas först de etablerade vårdgivarna i det aktuella området. Därefter annonseras vilka områden som är öppna för etablering och hur många vårdgivare som kan etablera sig. Samarbetsorganisationen beslutar vilka som får rätt att etablera sig.

Det är möjligt för en vårdgivare som avser att upphöra med sin verksamhet att överlåta sin praktik till en annan vårdgivare. Vilket pris som skall tas ut i samband med överlåtelsen görs upp av parterna och är inte reglerat. Den vårdgivare som inte lyckas överlåta sin praktik får inte någon ekonomisk kompensation från det allmänna.

Om en praktik skall upphöra därför att det inte längre finns behov av den vård som erbjuds har vårdgivaren rätt till ekonomisk kompensation.

Åldersgränser

Det finns inte någon generell åldersgräns för hur länge man kan vara verksam som privat vårdgivare med offentlig ersättning. Ett undantag är psykologer och kiropraktorer för vilka det finns en åldersgräns i avtalen som är satt till 70 år.

Ersättning till vårdgivarna och patientavgifter

Ersättningen och övriga villkor för de privatpraktiserande vårdgivarna grundas i sin helhet på de avtal och prislistor som förhandlats fram mellan Sygesikringens Forhandlingsudvalg och de privatpraktiserande vårdgivarnas organisationer. Amdsrådsföreningen (motsvarande vårt Landstingsförbund) fungerar som sekretariat i dessa sammanhang.

På det lokala planet finns möjligheter till kompletterande avtal för de privatpraktiserande vårdgivarna som redan är etablerade. Även vid dessa tilläggsavtal styrs ersättningen och övriga villkor av de avtal som förhandlats fram mellan parterna på central nivå.

Vård hos husläkare liksom vård hos öppenvårdsspecialist är avgiftsfri. Avgift betalas för läkemedel, sjukgymnastik, vård hos kiropraktor och fotterapeut samt hos psykolog. Vissa grupper av patienter med kroniska sjukdomar har dock rätt till fri sjukgymnastik. Något högkostnadsskydd finns inte.

Inom den privata tandvården får vuxna patienter en mindre del av sina tandvårdskostnader täckta genom sjukförsäkringen. Det är främst bastandvård som ersätts till viss del. Andra former av tandvård (t.ex. broar, protetik) ersätts inte överhuvudtaget. Prissättningen är inte fri utan en särskild taxa reglerar priserna och nivåerna på ersättningen.

Regler om remisser

Normalt krävs remiss från husläkare för vård hos öppenvårdsspecialist och för vård hos andra personalgrupper, t.ex. sjukgymnaster, som finansieras av det allmänna. Ett par undantag finns från denna grundregel. Exempelvis kan vård hos ögon- och öronläkare ske utan remiss.

Ett undantag från regeln om avgiftsfri vård och remisskravet gäller för patienter som valt att stå utanför husläkarsystemet. Cirka två procent av befolkningen har valt att göra detta. Till skillnad från resten av befolkningen kan de söka specialistläkarvård utan remiss. De får då själva betala en del av kostnaden. Resten betalas av den allmänna sjukförsäkringen.

5.4 Avslutande kommentarer

Omfattningen på den privata öppna hälso- och sjukvården varierar mellan de olika länderna. I såväl Norge som Danmark finns husläkarsystem och i stort sett samtliga husläkare är privatpraktiserande.

Ett gemensamt drag inom tandvården är att det offentliga tillhandahåller tandvård för vissa grupper som barn- och ungdomar, medan de privata vårdgivarna står för merparten av vuxentandvården.

I Finland finansieras den privata vården med hjälp av en statlig allmän sjukförsäkring. I Norge finns en statlig socialförsäkring som tillsammans med bidrag från kommunerna och de statliga hälsoföretagen står för finansieringen av den privata hälso- och sjukvården. I Danmark däremot, är den allmänna sjukförsäkringen en del av amtskommunernas ansvar och finansieras av dem. Försäkringen är således inte någon statlig angelägenhet.

I Norge och Danmark sluts centrala avtal som innehåller villkoren, t.ex. ersättningsnivåer, för den privata vården. I de danska avtalen, som är mer omfattande än de norska, anges förutom de grundläggande villkoren också den önskvärda framtida inriktningen på vården.

I Finland är etableringen inom den privata sektorn fri. Samtidigt betalar patienterna som söker privat vård betydligt högre patientavgifter och det finns inte heller något högkostnadsskydd. I både Danmark och Norge finns system för kontroll av etableringen av privata vårdgivare. Vårdgivarna måste sluta individuella avtal med det allmänna för att kunna arbeta med offentlig finansiering. Avtalen bygger på de centrala avtalen. I dessa länder är patientavgifterna generellt sett lägre och i vissa fall är vården helt avgiftsfri. I Norge finns ett högkostnadsskydd som skyddar patienterna mot alltför höga kostnader.

I samtliga länder råder fri etablering för tandläkare. De vuxna patienter som behandlas inom den privata tandvården betalar merparten av sin tandvård själva. Det är inte heller all form av tandvård som ersätts. Prissättningen är fri i Finland och Norge, men inte i Danmark.

Regler om åldersgränser för privata vårdgivare förekommer i två av länderna. En åldersgräns på 70 år för rätt att driva praktik med offentlig finansiering finns i Norge. I Danmark finns en åldersgräns

för privatpraktiserande psykologer och kiropraktorer, som också den är satt till 70 år.

Inte i någon av länderna pågår, på motsvarande sätt som i Sverige, en diskussion kring åldersgränser.

Krav på remiss från läkare för vård hos privatpraktiserande sjukgymnast finns i alla länder. I Norge och Danmark krävs i regel remiss också för vård hos specialistläkare inom den privata öppenvården. Dock har patienterna i dessa länder vissa möjligheter att söka vård utan remiss. De får då betala en högre patientavgift än annars.

6 Behovet av och viljan att fortsätta arbeta efter 67 års ålder

Enligt direktiven skall utredningen analysera om ett avskaffande av åldersgränsen för vissa privata vårdgivare skulle kunna bidra till att undanröja brister på personalresurser och om detta i så fall är den mest ändamålsenliga lösningen för att avhjälpa bristen på vårdgivare. I utredningens uppdrag ingår däremot inte att kartlägga rekryteringsbehovet inom hälso- och sjukvården. Det kan ändå vara av intresse att redovisa några av de prognoser som finns över det framtida behovet av läkare, sjukgymnaster, tandhygienister och tandläkare. I avsnitt 6.1 belyses därför ett antal frågor om personalförsörjningen inom hälso- och sjukvården.

Personalbehovet i framtiden inom hälso- och sjukvårdsområdet styrs i grunden av den samhällsekonomiska utvecklingen, alltså i vilken utsträckning sektorn kan expandera. I det sammanhanget är det av intresse att belysa frågan om äldres deltagande i arbetslivet ur ett annat perspektiv. Det finns en trend i samhället med senare inträde i arbetslivet på grund av ökade krav på utbildning och tidigt utträde från arbetsmarknaden. Samtidigt medför den demografiska utvecklingen att det blir fler äldre. Sammantaget kommer detta att leda till att allt färre skall försörja allt fler. En viktig fråga för framtiden är således att förmå äldre arbetskraft att stanna kvar i arbetslivet. Vissa åtgärder har redan vidtagits i detta syfte. Det nya pensionssystemet är konstruerat så att det är lönsamt för den enskilde att arbeta längre. Vidare har den generella avgångsåldern för arbetstagare nyligen höjts till 67 år.

Flera utredningar och arbetsgrupper har också uppmärksammat frågan hur man skall förmå äldre arbetskraft att stanna kvar i arbetslivet och även föreslagit åtgärder både på kort och på lång sikt. Vi återkommer till detta i avsnitt 6.2.

6.1 Hälso- och sjukvårdens och tandvårdens personalförsörjning

Få sektorer i samhället är så beroende av personal som hälso- och sjukvården. Detta avsnitt syftar till att belysa ett antal frågor om tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal idag och personalförsörjningen i framtiden, samt till att diskutera möjliga lösningar för att bemästra bristsituationer.

6.1.1 Brist – inte bara en fråga om antal

Sett ur ett historiskt perspektiv har antalet anställda i hälso- och sjukvården expanderat sedan slutet av 1960-talet på ett sätt som då knappast kunde ha förutsetts. Exempelvis fanns det år 1968 totalt 9 800 yrkesverksamma läkare i Sverige, vilket motsvarade 124 läkare per 100 000 invånare. År 1995 fanns det 27 000 yrkesverksamma läkare, vilket motsvarar 303 läkare per 100 000 invånare (Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok, 1998). Situationen på 1960-talet har beskrivits som en period av markant brist på hälso- och sjukvårdspersonal. Trots att tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal således har ökat kraftigt sedan dess har underskottet på personal återigen blivit en central fråga i den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten. Den framtida rekryteringen beskrivs rent av som en ödesfråga för hälso- och sjukvårdssektorn.

Socialstyrelsen konstaterar i sin Hälso- och sjukvårdsrapport (2001) att ordet "brist" i ordböckerna brukar definieras som en obalans mellan tillgång och efterfrågan. De uppgifter som redovisas ovan illustrerar samtidigt att brist är något relativt.

Socialstyrelsen pekar också på en rad omständigheter som försvårar för den som har till uppgift att beskriva framtida behov av arbetskraft. Svårigheterna med att beskriva brist eller underskott på hälso- och sjukvårdspersonal hänger, enligt Socialstyrelsen, samman med att det saknas underlag som beskriver bristsituationer på ett entydigt sätt. De databaser/register som finns över hälso- och sjukvårdspersonal har alla sina begränsningar, eftersom de i första hand skapats för andra syften. Det finns inte – med ett enda undantag – några normtal för hur många anställda som behövs för att driva en viss verksamhet. Undantaget är allmänläkare, där den politiska ambitionen är att det skall finnas en läkare per 1 500 invånare (prop. 1999/2000:149).

Regeringen har emellertid vidtagit åtgärder för att underlätta en långsiktig planering av personalförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla ett nationellt planeringsstöd. Detta innebär att fortlöpande ta fram underlag för bedömningen av hälso- och sjukvårdens behov av läkare och sjuksköterskor, både på kort och på lång sikt. Genom planeringsstödet skapas ett nationellt perspektiv vad gäller personalförsörjningen. Därigenom kan man bl.a. bidra med kunskap för att verka för en mer långsiktig planering av läkare- och sjuksköterskeförsörjningen, liksom en bedömning av behov av olika specialister och hur dessa behov fördelar sig över landet. I förlängningen skall planeringsstödet även vara ett underlag för dimensionering av grundutbildningen av läkare och sjuksköterskor. En första rapport skall lämnas till regeringen den 31 januari 2003.

Socialstyrelsen har därutöver fått i uppdrag av regeringen att ta fram underlag för bedömningen av tandvårdens behov av tandläkare och tandhygienister. Fr.o.m. år 2004 skall Socialstyrelsen årligen rapportera de bedömningar man gör av den aktuella situationen och av den framtida utvecklingen.

Socialstyrelsen konstaterar i hälso- och sjukvårdsrapporten att det idag finns mycket stora variationer mellan landstingen vad gäller antalet landstingsanställda läkare, sjuksköterskor och undersköterskor per 10 000 invånare. I Uppsala läns landsting (högst) fanns det t.ex. 38 läkare per 10 000 invånare år 2000. Motsvarande siffra för Kronobergs läns landsting (lägst) var 22. I Västerbottens läns landsting (högst) fanns det 116 sjuksköterskor per 10 000 invånare och i Sörmlands läns landsting (lägst) var antalet 67. Vad gäller undersköterskor fanns det i Västerbottens läns landsting (högst) 56 per 10 000 invånare, medan Stockholms läns landsting (lägst) hade 31. De regionala variationerna består över tiden, dvs. de landsting som hade en tätposition i början på 1990-talet har behållit den.

Socialstyrelsen frågar sig hur dessa regionala variationer skall tolkas i förhållande till begreppet "brist"? Föreligger en konstant brist i de landsting som har lägst antal anställda per 10 000 invånare? Eller har de landsting som har högst antal anställda ett överskott? Eller handlar det om olika typer av verksamhet där den optimala bemanningen skiljer sig åt? Även om det inte finns något omedelbart svar på dessa frågor tyder de regionala skillnaderna på att brist inte enbart handlar om antal.

Socialstyrelsen tar också upp att det finns olika typer av brist eller underskott på hälso- och sjukvårdspersonal. Bristen kan vara generell, dvs. det finns för få utbildade inom en eller alla kategorier. Den kan också vara specialitetsrelaterad, dvs. det kan finnas gott om t.ex. läkare generellt sett, men det finns en brist inom vissa specialiteter. Vissa typer av verksamhet kan lida brist på personal, t.ex. den kommunala hälso- och sjukvården, även om tillgången i övrigt är god.

I en norsk undersökning¹ av läkarbristen i ett sjukvårdsområde har fyra kategorier av läkarbrist identifierats av författarna

- traditionell läkarbrist (svårigheter att rekrytera till glesbygden),
- expansiv efterfrågebaserad läkarbrist (vid införandet av nya krävande behandlingsmetoder),
- lokalt konstruerad läkarbrist (beror på lokala och organisatoriska förhållanden, exempelvis indelning i många små enheter och dåligt fungerande journalsamarbete),
- professionsdriven läkarbrist (en följd av krav på en ökande specialisering och med jourlinjer inom varje specialitet).

Författarna drar slutsatsen att brist kan uppstå av många olika anledningar, och att det därmed också finns behov av olika typer av lösningar för att komma till rätta med bristsituationer.

Socialstyrelsen redogör vidare i hälso- och sjukvårdsrapporten för några av de faktorer som påverkar tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal.

Socialstyrelsen konstaterar att efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal på ett övergripande plan styrs av samhällsekonomiska faktorer och politiska beslut. Befolkningsutveckling och befolkningsstruktur är faktorer som påverkar vårdbehovet, som i sin tur påverkar efterfrågan. Reformen och riktade statsbidrag till olika verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården, ger också en ökad efterfrågan.

Tillgången på arbetskraft hänger enligt Socialstyrelsen samman med arbetskraftens åldersfördelning och arbetsmarknadsbeteende (t.ex. sysselsättningsgrad). De äldsta och de yngsta åldersgrupperna har lägre andel som deltar i arbetskraften, och de i dessa två åldersgrupper som arbetar har en lägre genomsnittlig arbetstid än övriga åldersgrupper.

¹ Kjekshus L.E., Tjora A. Hn 1998: Hvor reell er mangelen på leger? En kartlegging av legebemanningen i ett fylke. NIS-rapport 3/98. SINTEF Unimed. Norsk Institutt for sykehusforskning. Trondheim.

6.1.2 Tillgången idag och i framtiden

Flera myndigheter, fackliga organisationer m.fl. presenterar regelbundet prognoser och bedömningar som berör vårdsektorn. Nedan redovisas ett urval av dessa prognoser.

AMS

Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) beskriver de tendenser och trender som finns på arbetsmarknaden i rapporten *Den framtida personalförsörjningen inom vård och omsorg – Tillgång och rekryteringsbehov till år 2015*.

Inledningsvis lyfter AMS fram det problem som blir alltmer framträdande på dagens arbetsmarknad nämligen att tillgången på arbetskraft krymper. I rapporten analyseras efterfrågan och utbud av arbetskraft i ett 15-årigt perspektiv fram till år 2015. AMS understryker att rapporten inte är en prognos ("så här kommer det att bli") utan ett scenario om vad som inträffar om inga ytterligare åtgärder vidtas, dvs. om nuvarande mönster på arbetsmarknaden består. Resultaten i rapporten är en signal till olika aktörer som kan påverka utvecklingen inom området om att göra insatser för att förändra bilden. Förhoppningen är att olika insatser vidtas för att komma till rätta med det underskott på arbetskraft som beskrivs inom vård och omsorg, vilket i så fall leder till att scenariot inte blir verklighet.

AMS rapport visar att den framtida bristen på vårdpersonal kommer att omfatta nästan alla yrkeskategorier, såväl inom personalgrupper med krav på högskoleutbildning som bland vårdpersonal med gymnasiekompetens. De allvarligaste rekryteringssvårigheterna för de kommande femton åren väntas uppkomma för sjuksköterskor. Det antalsmässigt största rekryteringsbehovet kommer emellertid att finnas inom den kommunala vården och omsorgen och det mest efterfrågade yrket är undersköterska.

Enligt AMS är arbetslösheten idag obefintlig i *läkargruppen* och det råder särskild brist på läkare inom primärvården. AMS bedömer att efterfrågan på läkare kommer att öka. Detta hänger samman med att efterfrågan på vård ökar på grund av en förändrad befolkningsstruktur och nya och växande behov genom den medicinsktekniska utvecklingen. Under de närmaste 15 åren beräknas i genomsnitt cirka 1 000 läkare gå i pension årligen, vilket samman-

lagt motsvarar hälften av dagens personalstyrka. Avgångarna kommer att påverka tillgången på specialistläkare, främst efter år 2007, vilket gäller samtliga specialinriktningar. För de kommande femton åren kommer avgångarna att överstiga tillskottet från den svenska läkarutbildningen. I prognosen har hänsyn tagits till invandringen av utländska läkare.

AMS prognos tyder på att det samlade rekryteringsbehovet kommer att uppgå till sammanlagt 20 000 läkare under den kommande 15-årsperioden eller 1 300 per år. En del av rekryteringsbehovet kan enligt AMS endast tillgodoses genom en utökad utbildningsvolym med några hundra platser. Utbildningstiden för läkare är mycket lång, vilket gör att det krävs en god framförhållning för att komma till rätta med en bristsituation.

AMS bedömer att efterfrågan på *sjukgymnaster* kommer att öka i takt med en ökande samverkan med andra yrkesgrupper kring patienten t.ex. vid rehabilitering av äldre. 4 300 sjukgymnaster kommer att lämna yrkeskåren till och med år 2015, vilket är en tredjedel av de sysselsatta idag. Åldersstrukturen är dock jämt fördelad, vilket gör att rekryteringsbehovet inte ökar i någon större utsträckning under de kommande nio åren utan i stort sett väntas vara i takt med antalet examinerade. Fr.o.m. år 2010 bedöms avgångarna öka något.

Rekryteringsbehovet under prognosperioden beräknas uppgå till sammanlagt 8 700 sjukgymnaster, vilket ger en årlig efterfrågan på cirka 600 personer. För de närmaste åren är utbildningsdimensioneringen i fas med arbetsmarknadsbehovet. Under den sista delen av prognosperioden, då efterfrågan på rehabiliteringspersonal ökar både inom kommunerna och inom företagshälsovården (ergonomer), kommer det att uppstå viss brist på utbildade sjukgymnaster.

AMS konstaterar att det för närvarande är brist på *tandläkare* på många håll i landet. Detta är särskilt påtagligt i glesbygdsområdena, där det är svårare att rekrytera tandvårdspersonal.

Under 1990-talet har antalet legitimerade tandläkare visserligen ökat, men samtidigt har antalet yrkesverksamma tandläkare minskat. Cirka 1 000 tandläkare har sökt sig utomlands under de senaste tio åren. Tidigare överetablering i Sverige och högre löner utomlands anges som de viktigaste skälen för utvandringen.

AMS konstaterar att efterfrågan på tandvård har ökat. Detta kan tillskrivas den förbättrade samhällsekonomin, vilket lett till en ökad köpkraft bland hushållen. Den framtida efterfrågan på tandläkare är

enligt AMS beroende av eventuella förändringar i tandvårdsförsäkringen och av hushållens inkomstutveckling.

Pensionsavgångarna kommer att vara stora för tandläkarkåren under de kommande femton åren. Äldreavgångarna blir störst efter år 2010 och beräknas tredubblas jämfört med idag till cirka 300 personer år 2015. Totalt under perioden lämnar 3 500 personer arbetsmarknaden, vilket är nästan hälften av antalet sysselsatta tandläkare idag.

Antalet utbildningsplatser har minskat under början av 1990-talet till en nivå av i snitt 200 nya studerande vid landets tandläkarutbildningar. En delförklaring till nedgången är den tidigare överetableringen av privatpraktiserande tandläkare. Antalet examineerade har i det närmaste halverats till dagens volym på cirka 150 personer.

Enligt AMS:s prognos kommer det sammanlagda rekryteringsbehovet att uppgå till cirka 300 tandläkare årligen till och med år 2015. Under förutsättning att dagens utbildningsdimensionering behålls oförändrad blir följderna att betydande rekryteringssvårigheter uppstår under de kommande åren.

AMS konstaterar att bristen på *tandhygienister* har ökat i landet, särskilt på mindre orter. Faktorer som påverkar tandhygienisternas framtida arbetsmarknad är arbetsfördelningen mellan dem och tandläkarna samt de effekter som tandvårdsförsäkringen ger upphov till.

Enligt AMS beräknas 1 200 tandhygienister lämna arbetsmarknaden under perioden 2001–2015. Under samma period pekar arbetsmarknadens rekryteringsbehov på en årlig volym på cirka 130 tandhygienister. Tillskottet i form av examineerade från utbildningen beräknas till cirka 160 om man utgår från dagens utbildningsdimensionering och är i nivå med det framtida personalbehovet. Den allmänna tendensen för den framtida tandvården är en utveckling mot förebyggande vård och därmed en ökad efterfrågan på tandhygienistkompetens. Bedömningen blir därför att en viss brist på tandhygienister kan komma att uppstå. Den kan till och med komma att bli framträdande om ett stort underskott uppstår på tandläkare.

SCB

Statistiska centralbyrån (SCB) ger i rapporten *Trender och prognoser (2002)* en översikt över den framtida befolkningsutvecklingen och en belysning av aktuella utvecklingstendenser på utbildningsområdet och inom arbetsmarknaden. SCB:s beräkningar sträcker sig cirka 20 år framåt i tiden.

Enligt SCB:s prognoser tenderar bristen på arbetskraft med hälso- och sjukvårdsutbildning att öka och bli mycket omfattande på lång sikt. Samtidigt som efterfrågan ökar minskar nämligen tillgången. Bristen handlar i första hand om personer med gymnasial vårdutbildning, men bristen kan bli stor även på exempelvis sjuksköterskor, trots att utbildningskapaciteten höjs. Efterfrågeökningen kommer framför allt från den kommunala vården och omsorgen, men till viss del även från landstingens hälso- och sjukvård.

SCB konstaterar att det redan i dag är brist på *läkare* i hela landet. Utanför utbildningsorterna är situationen särskilt bevärlig. Bristsituationen kommer att förvärras ytterligare eftersom många läkare går i pension under de närmaste 10–15 åren. Särskilt besvärlig kommer bristen på specialistläkare att bli. Samtidigt tar utbildningen av en läkare, från antagningen till läkarutbildningen till färdig specialist, minst 12,5 år.

För *sjukgymnasternas* del slår SCB fast att efterfrågan på och utbudet av sjukgymnaster för närvarande är i stort sett balanserat på nationell nivå. I vissa regioner råder dock brist på yrkeserfarna sjukgymnaster. Tillgången på sjukgymnaster kommer att öka något under de närmaste åren. Från år 2005 väntas emellertid examinationen och pensionsavgångarna vara ungefär lika stora. Efterfrågan på sjukgymnaster bedöms öka till följd av ett ökat antal äldre. Även en ökad satsning på förebyggande verksamhet och rehabilitering betyder att det behövs fler sjukgymnaster. I vilken utsträckning behoven kommer att realiseras beror på den ekonomiska situationen och vilka prioriteringar som görs inom kommuner och landsting. Med dagens dimensionering av sjukgymnastutbildningen bedömer SCB att en bristsituation uppstår på lång sikt.

Enligt SCB råder stor brist på *tandläkare* för närvarande, medan situationen i mitten av 1990-talet snarare präglades av stor tillgång på tandläkare. Bakom dessa svängningar ligger enligt SCB variationer i efterfrågan på tandvård, i första hand till följd av förändringar i tandvårdsförsäkringen.

Tandläkarkåren har en hög medelålder och stora pensionsavgångar kommer att äga rum under de kommande 20 åren. 60 procent av de förvärvsarbetande år 1999 kommer att ha uppnått pensionsåldern om 20 år. Antalet platser på tandläkarutbildningen minskade kraftigt under 1980-talet och ligger fortfarande på en betydligt lägre nivå än under 1970-talet. Detta leder enligt SCB till att antalet examinerade kraftigt kommer att understiga pensionsavgångarna under prognosperioden. Därtill kommer utflyttningen av färdigutbildade. Under delar av 1980- och 1990-talen flyttade en relativt stor del av de examinerade utomlands efter avslutade studier. Om detta mönster består leder det tillsammans med de stora pensionsavgångarna till att kåren nära nog halveras på 20 år.

SCB förutser en måttlig ökning av efterfrågan på tandvård. Bristen på tandläkare kommer ändå att bli stor om inte antalet utbildningsplatser ökas kraftigt. SCB bedömer att bristen på tandläkare blir avsevärd även om utflyttningen skulle minska väsentligt under prognosperioden.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen anger i sin Hälso- och sjukvårdsrapport (2001) att hälso- och sjukvårdspersonalens genomsnittsålder är relativt hög. Detta innebär, med nuvarande utbildningskapacitet, att pensionsavgångarna om cirka 10–15 år kommer att överskrida tillskottet i form av nyutbildade. Hälso- och sjukvårdssektorn kommer då dessutom att utsättas för konkurrens från andra sektorer, eftersom arbetsmarknaden som helhet utsätts för stora pensionsavgångar och minskade ungdomskullar.

När det gäller tandvården bedömer Socialstyrelsen att den kraftiga minskningen av yrkesverksamma *tandläkare* under 1990-talet kommer att få betydelse i framtiden. Orsakerna till minskningen är flera. En är att många tandläkare pensionerats under 1990-talet. Men den viktigaste orsaken är enligt Socialstyrelsen utflyttningen av nyutexaminerade tandläkare till andra länder, i synnerhet Storbritannien.

Socialstyrelsen har försökt beräkna hur mycket antalet yrkesverksamma tandläkare kan väntas minska de närmaste tio åren. Kalkylen visar att det inte blir någon minskning, förutsatt att nettoförlusten av tandläkare till utlandet upphör, att tandläkarna pensionerar sig först vid 65 års ålder samt att alla som börjar stu-

dera till tandläkare examineras. Dessa förutsättningar torde enligt Socialstyrelsen vara svåra att uppnå, varför man kan förvänta sig ett minskat antal tandläkare.

Samtidigt kommer antalet tandhygienister att öka den närmaste tioårsperioden. Tandvården står därför enligt Socialstyrelsen inför en omställning där alltmer av vårduppgifterna skulle kunna utföras av tandhygienister i stället för tandläkare.

Tandvårdsöversyn 2000

Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 behandlar i sitt slutbetänkande Tandvården till 2010 (SOU 2002:53) också frågan om det framtida personalbehovet inom tandvården.

Utredningen slår fast att antalet yrkesverksamma *tandläkare* har reducerats med nästan 2 000 sedan år 1990. De tre senaste åren, 1999–2001, har antalet minskat med nästan 300 till cirka 7 600.

Under 1990-talet minskade antalet utbildningsplatser på tandläkarutbildningen till 180. Under de senaste sex åren har antalet tandläkare med utländsk utbildning, som erhållit svensk legitimation, ökat påtagligt. År 1996 utgjorde andelen tandläkare med utländsk utbildning 4,2 procent och år 2001 24,4 procent av alla som erhöll legitimation. Den stora ökningen av antalet utländska tandläkare beror, enligt utredningen, sannolikt på att de svenska landstingen varit lyckosamma i sin rekrytering utomlands. Det är troligt att Sverige även fortsättningsvis kommer att vara en attraktiv arbetsmarknad för akademiker från andra länder. Det som skulle kunna tala mot en större inflyttning är att det svenska språket är litet. En del yrkesutövare drar sig troligtvis för att i vuxen ålder flytta till ett land där de tvingas börja lära sig ett helt nytt språk.

Utredningen konstaterar vidare att många svenska tandläkare har sin yrkesverksamhet förlagd till annat land än Sverige. Enligt den svenska tandläkarsammanslutningen i England var i maj 2002 drygt 847 svenska tandläkare yrkesverksamma där. Norska myndigheter uppger att antalet svenska tandläkare i offentlig tjänst i Norge år 2001 uppgick till 47.

Om en svensk tandläkare har för avsikt att arbeta i ett annat land än Sverige fordras ett intyg om "good standing" från Socialstyrelsen. Utredningen redovisar uppgifter från Socialstyrelsen som visar att antalet intyg som utfärdats de tre senaste åren nådde sin kulmen

är 2000 då 590 intyg utfärdades. År 2001 utfärdades 355 intyg, vilket enligt utredningen kan tolkas som om den svenska arbetsmarknaden är attraktivare än för några år sedan.

Drygt 1 800 yrkesverksamma tandläkare uppnår 65 års ålder under perioden fram till år 2011. Med nuvarande examinationsvolym kan pensionsavgångarna fram till år 2011 inte kompenseras fullt ut med tillskottet av nyutbildade tandläkare ens om samtliga skulle välja att bli yrkesverksamma i Sverige. Utredningen bedömer emellertid att det torde vara möjligt att bibehålla tandläkarresurserna på dagens nivå, omkring 7 600 yrkesverksamma tandläkare, också om tio år. För att detta skall kunna uppnås krävs att antalet utbildningsplatser är oförändrat, dagens examinationsvolym ökar något, antalet utflyttningar respektive pensionsavgångar inte ökar och att antalet rekryteringar från andra länder inte minskar. Därtill förutsätts att långtidssjukskrivningarna inte nämnvärt ökar från dagens nivå.

Utredningen understryker dock att prognoser alltid är behäftade med svagheter. Även med de förutsättningar som utredningen skisserat kan t.ex. en kraftig och bestående efterfrågeökning på kronor, broar och implantat leda till att tandläkarresurserna inte räcker till. Resurserna är också beroende av sysselsättningsgraden. Ett oförändrat antal tandläkare garanterar inte heller att dessa fördelar sig jämnt över landet. En ökad koncentration till storstadsområdena kan uppstå, vilket får till följd att allt fler får resa för att få tandvård.

Mot den bakgrunden föreslår utredningen att den grundläggande tandläkarutbildningen utökas med 20 utbildningsplatser och att dessa förläggs till Umeå universitet.

Enligt Tandvårdsöversyn 2000 är pensionsavgångarna bland *tandhygienister* mycket måttliga jämfört med övriga personalkategorier inom tandvården. Sammantaget uppnår inte fullt 500 legitimerade tandhygienister 65 års ålder fram till år 2011.

Med nuvarande examinationsvolym, cirka 195 tandhygienister per år, gör utredningen bedömningen att tandhygienistkåren utökas med totalt 1 500 yrkesutövare under kommande tioårsperiod.

I likhet med Socialstyrelsen och AMS tar utredningen upp frågan om den framtida arbetsfördelningen mellan tandläkare och tandhygienister. En förändrad arbetsorganisation skulle enligt utredningen kunna medföra att arbetsuppgifter, som ligger inom tandhygienisternas kompetensområde, skulle kunna överföras från

tandläkare till tandhygienister. Exempel på sådana arbetsuppgifter och kompetensområden är enligt utredningen primäransvar för barn- och ungdomstandvården, revisionsundersökningar och förebyggande vård till patienter i olika åldersgrupper. Uppsökande verksamhet hos den allt större gruppen äldre patienter och undervisning av vårdpersonal ingår också i tandhygienisternas kompetensområde. Tandvårdsutredningen menar att såväl effektivitet som samarbete skulle främjas med en förändrad arbetsorganisation. Samtidigt skulle en tandläkarbrist kunna undvikas.

Sammanfattning

De prognoser som redogjorts för ovan har tillkommit på olika sätt och olika antaganden har legat till grund för dem. Sättet att beskriva såväl dagens situation som framtiden skiljer sig också åt. I tabellen nedan görs ändå ett försök att ge en sammanfattande bild.

Tabell 1. Sammanställning av prognoser över den framtida personalsituationen

	<i>Läkare</i>	<i>Sjukgymn.</i>	<i>Tandläkare</i>	<i>Tandhygienister</i>
AMS	Brist i framtiden, ökad utbildningsvolym nödvändig	I dag och under de närmaste åren balans, viss brist på sikt	För närvarande brist på många håll i landet, betydande rekryteringsvärigheter i framtiden	Viss brist kan uppstå
SCB	I dag brist i hela landet, bristsituationen förvärras i framtiden	I dag i stort sett balans, brist på lång sikt	Stor brist för närvarande, stor brist i framtiden om ej ökad utbildningsvolym	-
SoS	-	-	Minskat antal yrkesverksamma i framtiden	Antalet ökar i framtiden
Tandvårdsöversyn 2000	-	-	Möjligt bibehålla dagens nivå antalsmässigt, dock stor osäkerhet	Antalet ökar i framtiden

6.1.3 Strategier för att lösa personalbristen

Personalförsörjningssituationen inom hälso- och sjukvårdssektorn har uppmärksamats i flera länder under de senaste åren. Flera utredningar och arbetsgrupper har belyst problemet och gett förslag till lösningar på kort och lång sikt. I Sverige har den s.k. Vårdkommissionen presenterat rapporten *Den ljusnande framtid är vård* (Ds 1999:44). I Danmark och Norge har rapporter med liknande inriktning lagts fram: *Rekruttering, Fastholdelse og Faggraenser i Sundhedssektorn – en analyse av arbejdsmarkedet for læger og sygeplejersker* (Sundhedsministeriet 2001) och *Pasienten først* (Sosial- og Helsedepartementet 1997).

Vårdkommissionens rapport innehåller förslag till åtgärder för att underlätta rekryteringen av personal och på så vis motverka kommande bristsituationer inom vården. Kommissionen föreslår bl.a.

- att antalet nybörjarplatser i läkar- och sjuksköterskeutbildningen ökas,
- att regeringen är beredd att överväga särskilda mål för antalet utbildningsplatser även beträffande övriga grupper inom vård- och omsorgssektorn,
- att huvudmannaskapet för de landstingskommunala vårdutbildningarna inom högskolan i sin helhet bör överföras till staten,
- att det skall vara en målsättning dels att öka examinationen av studenter från gymnasiet omvårdnadsprogram väsentligt, dels att ett betydligt större antal skall utbildas inom vuxenutbildningen med relevanta kurser,
- att åtgärder vidtas för att förbättra omvårdnadsprogrammet och stärka dess ställning,
- att kommunförbunden och staten åtar sig att verka för att heltidsanställningar erbjuds deltidsarbetslösa inom vård och omsorg och att detta skall gälla även vid upphandling av verksamhet,
- att en satsning sker på ledarskapsfrågor inom vård- och omsorg, där prioritet ges åt ledarskapsutbildning och ledarutveckling.

Regeringen har bl.a. mot bakgrund av dessa förslag vidtagit en rad åtgärder för att förbättra möjligheterna att klara personalförsörjningen i framtiden. Läkarutbildningen utökades från och med hösten 2001 med 200 platser. En successiv utökning av sjukskö-

terskeutbildningen har påbörjats och utbildningen beräknas år 2003 ha utökats med fler än 1 000 platser. Staten övertog vidare huvudmannskapet för landstingens vårdutbildningar från och med den 1 januari 2002, vilket förbättrar regeringens möjligheter att anpassa dimensioneringen av dessa utbildningar.

Satsningar görs dessutom på att underlätta för personer med utländsk utbildning, bl.a. läkare, att få svensk legitimation.

Vid en jämförelse mellan Vårdkommissionens förslag och de förslag som förts fram i Norge och Danmark går det att urskilja vissa gemensamma nämnare. De strategier som föreslås i de olika länderna kan sammanfattas på följande vis

- en ökad utbildningskapacitet,
- att utnyttja personalresurserna bättre, t.ex. genom att se över fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper,
- rekrytering av bl.a. utländsk hälso- och sjukvårdspersonal och andra yrkesgrupper där det finns övertalighet (det kan också handla om återrekrytering av personal som har utbildning, men som av olika skäl har valt att inte arbeta inom hälso- och sjukvården),
- förbättrad organisation, ledning och arbetsmiljö.

Ytterligare en strategi kan vara att vidta åtgärder för att behålla den arbetskraft som redan finns i verksamheten. Det gäller framför allt att undvika att arbetstagare väljer att gå i tidig pension eller väljer att minska sin arbetstid.

6.2 Äldres deltagande i arbetslivet

Flera utredningar har på senare tid behandlat frågan om äldres situation i samhället i allmänhet och deras deltagande i arbetslivet i synnerhet.

Den parlamentariska äldreberedningen, SENIOR 2005, påbörjade sitt arbete under våren 1999. SENIOR 2005 har i uppdrag att bidra till att skapa en bred diskussion om äldrepolitikens roll, möjligheter och begränsningar. Särskild vikt skall läggas vid förslag som syftar till att öka äldre människors möjligheter att delta och att ha inflytande i arbetsliv och samhälle.

SENIOR 2005 har i diskussionsbetänkandet Riv Ålderstrappan! Livslopp i förändring (SOU 2002:29), presenterat förslag till tänk-

bara framtidsbilder och möjliga vägval. Senast den 1 november 2003 skall ett slutbetänkande överlämnas till regeringen.

I oktober 2001 tillsattes en arbetsgrupp, den s.k. Seniorgruppen, inom Näringsdepartementet med uppgift att undersöka vilka hinder som finns i avtal och lagstiftning för äldre att vara kvar på arbetsmarknaden. Gruppen fick även i uppgift att vid behov föreslå ändringar i författningar.

Seniorgruppen arbetade med frågor som ligger nära SENIOR 2005:s uppdrag. Skillnaden består emellertid i att SENIOR 2005 skall föreslå långsiktiga åtgärder medan Seniorgruppen inriktade sitt arbete på frågor som är aktuella också i ett kortare perspektiv. Seniorgruppen presenterade i april 2002 rapporten Riv hindren för äldre i arbetslivet! (Ds 2002:10). Gruppen föreslog att rapporten skulle behandlas inom ramen för trepartssamtalen mellan regeringen och arbetsmarknadens parter.

6.2.1 En mörk framtidsbild

Såväl SENIOR 2005 som Seniorgruppen konstaterar att det för närvarande finns en trend i samhället med tidigt utträde från arbetsmarknaden och senare inträde i arbetslivet på grund av ökade krav på utbildning. Samtidigt blir de äldre åldersgrupperna allt större och det föds få barn. Dessa trender kommer att skapa en situation där allt färre skall försörja allt fler.

I sammanhanget kan dock nämnas att SCB i sina senaste prognoser förutspår ett ökat barnafödande i framtiden och att ett födelseöverskott återigen kommer att uppstå från år 2003. Utvecklingen under det första halvåret 2002, med en något större ökning av barnafödandet än vad man tidigare hade räknat med, förstärker denna bild.

Av Seniorgruppens rapport framgår att samtidigt som medellivslängden ökar, sjunker pensionsåldern. När man år 1913 beslutade införa allmän folkpension från 67 års ålder var medellivslängden 56 år. I dag är medellivslängden 80 år och den genomsnittliga faktiska pensionsåldern 61 år.

Enligt SENIOR 2005 förväntas uppemot 50 procent av de anställda i vissa yrkesgrupper att gå i pension fram till år 2015. Seniorgruppen konstaterar att befolkningen i arbetsför ålder från år 2008 och framåt kommer att minska för första gången i historien. Trots ett i internationellt perspektiv högt arbetskraftsdeltagande

kommer den åldrande befolkningen att innebära en kraftigt ökad försörjningsbörda för dem som är förvärvsarbetande. I dag går det 2,1 yrkesaktiv per pensionär. Om utvecklingen fortsätter kommer vi år 2030 att ha endast 1,4 yrkesaktiv per pensionär. Detta innebär stora påfrestningar för den yrkesverksamma generationen och för samhället.

Det finns enligt SENIOR 2005 en stor potential av arbetskraft i åldrarna 50 år och äldre. Antalet sysselsatta bedöms kunna öka med 180 000 personer fram till år 2010 om andelen i varje åldersklass i åldrarna 50–64 år som stannar kvar i arbete ökar från nuvarande nivå till 75 procent. År 2001 var 67 procent av 60-åringarna och 30 procent av 64-åringarna sysselsatta.

SENIOR 2005 konstaterar vidare att det finns flera sätt att beskriva och förklara orsakerna till varför många lämnar arbetslivet i förtid. En förklaring är utstötning på grund av förhållandena på arbetsmarknaden, en annan förklaring är att vissa ersättningssystem kan göra det attraktivt att lämna arbetslivet och en tredje förklaring är individens egen motivation och de prioriteringar man vill göra mellan arbete och fritid. Pensionsvillkoren har förbättrats i sådan utsträckning att allt fler har möjlighet till tidig pensionering med god ekonomisk standard under pensionsåren.

I det material om äldres situation på arbetsmarknaden som Seniorgruppen har tagit del av utkristalliserar liknande tendenser:

- Många människor har en önskan att lämna arbetslivet tidigt.
- Det finns starka ekonomiska incitament för äldre att lämna arbetslivet.
- Många arbetsgivare är negativa till att anställa äldre.
- Arbetsmarknaden klarar inte av nödvändiga omställningar, vilket drabbar äldre.
- Tjänstepensionssystemen är dåligt samordnade med det allmänna pensionssystemet.
- Nuvarande system för förtidspension tar inte tillvara människors kvarvarande arbetsförmåga.

Den pågående utvecklingen står således i stark kontrast till att vi i stället skulle behöva allt fler som stannar längre tid i arbetslivet. Seniorgruppen gör emellertid iakttagelsen att det finns en faktor som mycket tydligt bryter av i detta mönster. Det nya allmänna pensionssystemet har gjorts om på ett sådant sätt att det dels är hållfast i förhållande till vars och ens intjänade pensionsrätter, dels

är flexibelt i förhållande till pensioneringstillfället. Systemet ger incitament till att fortsätta att arbeta så länge man kan och vill.

6.2.2 Åtgärder på kort och lång sikt

Såväl SENIOR 2005 som Seniorgruppen föreslår åtgärder som syftar till att stimulera och underlätta äldres deltagande i arbetslivet.

Ekonomiska incitament att fortsätta arbeta

Seniorgruppen anser att en rad regler som påverkar individens val av pensioneringstidpunkt måste göras om i syfte att i ökad grad stimulera till arbete. I de situationer där den enskilde ställs inför valet att gå i pension eller stanna kvar i arbetslivet måste ekonomiska incitament finnas till förmån för fortsatt arbete. Exempelvis kan pensionsavtalen behöva omarbetas så att de inrymmer sådana incitament.

En flexibel övergång mellan arbetsliv och pensionärliv

Huvudbudskapet i SENIOR 2005:s betänkande är att vi måste komma ifrån det synsätt som gör att den kronologiska åldern avgör vilken roll vi skall ta på oss i livets olika skeenden. Många regelverk är konstruerade och tillämpade på ett sätt så att övergången från arbetslivet till ett liv efter pensionen sker abrupt och definitivt på grund av sjukdom, arbetslöshet eller ålder. I stället bör varje individ ges möjlighet att påverka det egna livsloppet så att utbildning, arbete och fritid flyter parallellt.

Seniorgruppen anser också att det är nödvändigt att se "pensionsåldern" endast som ett riktmärke. Pensionsåldern kan och bör variera med individen. Människor åldras olika snabbt och varje arbetssituation är unik. Därför måste också varje beslut om pensionering ytterst vara individuellt.

En flexibel anställning

Arbetsituationen måste anpassas till äldres förutsättningar. En viktig komponent är arbetstiden. Den äldre arbetskraften måste enligt SENIOR 2005 ges möjlighet till flexibla arbetstider och stimuleras till deltidarbete i stället för att sluta helt. Deltidsarbete kan vara ett sätt att göra det möjligt och intressant för många som annars hade slutat helt att vara kvar i arbetslivet ytterligare ett antal år.

Det allmänna pensionssystemet ger goda möjligheter att kombinera förvärvsarbete och pension efter 61 års ålder. Insatser bör enligt SENIOR 2005 göras för att informera om dessa möjligheter. Överhuvudtaget måste enligt SENIOR 2005 lagstiftning och avtal som förhindrar, försvarar eller gör det ekonomiskt ointressant för personer som vill kombinera förvärvsarbete med pension identifieras och undanröjas. Vilka förändringar som kan göras i arbetsrätten och skattelagstiftningen för att stimulera arbetsgivarna att anställa redan pensionerade personer måste undersökas.

Även Seniorgruppen pekar på att lagstiftningen bör ses över, t.ex. beträffande deltidarbete. Enligt Seniorgruppen är det logiskt att införa en laglig rätt till deltidarbete för äldre mot bakgrund av den enskildes rätt att ta ut allmän pension i fjärdedelar från 61 års ålder.

Stimulera egenföretagande

SENIOR 2005 tar i betänkandet upp frågan om de möjligheter som finns att stimulera och stödja egenföretagande bland äldre. År 1999 var 39 500 personer i åldern 65 år och äldre egna företagare. Det motsvarar 34 procent av de yrkesaktiva personerna 65 år eller äldre.

För personer som har yrkesarbetat i många år och skaffat sig kunskaper, erfarenheter och kontakter kan egenföretagande enligt SENIOR 2005 vara ett intressant alternativ till anställning för att kunna styra och kontrollera sin arbetsituation. Det finns undersökningar som visar att många av dem som vill fortsätta yrkeslivet efter normal pensionsålder vill göra det som egna företagare.

Hälsa och arbetsmiljö

SENIOR 2005 framhåller att goda arbetsförhållanden och möjligheter till kompetens- och löneutveckling under hela yrkeslivet är en viktig förutsättning för att fler i den äldre arbetskraften skall vilja, orka och kunna arbeta.

Seniorgruppen pekar i sin rapport på att systemet vid förtidspensioneringar bör göras om så att den arbetsförmåga som finns hos många av de pensionerade tas tillvara. Formerna för förtidspensionering måste omprövas samtidigt som omfattande insatser måste till i form av rehabilitering m.m.

6.2.3 Rapport från Arbetslivsinstitutet

I föregående avsnitt har en rad olika förslag till åtgärder beskrivits som alla syftar till att öka äldres deltagande i arbetslivet. Det kan emellertid i detta sammanhang också vara av intresse att få reda på hur enskilda individer bedömer sina möjligheter att fortsätta arbeta fram till eller efter normal pensionsålder. Det är också värdefullt att känna till vilka faktorer, t.ex. arbetsmiljö och ekonomi, som har betydelse för viljan och förmågan att fortsätta arbeta.

Arbetslivsinstitutet har i rapporten *Under vilka förhållanden vill äldre personer yrkesarbeta?* (Arbetslivsinstitutet, Arbetslivsrapport 2002:2) beskrivit i vilken utsträckning och under vilka förhållanden befolkningen i åldrarna 50 till 75 år vill yrkesarbeta i framtiden. Resultaten bygger på en enkätundersökning.

Av dem som var aktiva på arbetsmarknaden trodde 55 procent av männen och 43 procent av kvinnorna att de kommer att arbeta fram till normal pensionsålder. Betydligt färre, 18 procent av männen och 9 procent av kvinnorna ville fortsätta arbeta efter normal pensionsålder. Många ville minska sin arbetstid de sista åren före pension, 52 procent av männen och 58 procent av kvinnorna.

De som tror att de kommer att arbeta fram till normal pensionsålder har både god hälsa och god arbetsförmåga. Varken kvinnor eller män tycker att arbetet påverkar familjelivet speciellt ofta. De vill arbeta heltid och ha goda karriärmöjligheter.

Å andra sidan tyder enkätsvaren på att en del av dem som tror att de kommer arbeta till normal pensionsålder gör det för att de inte har andra alternativ. En del har antagligen inte så välavlönade arbeten att de har råd att gå i pension tidigare och lönen räcker inte till

ett pensionssparande. Att ha ett heltidsarbete med anställningstryggghet är viktigt för dessa personer.

Den grupp som kan tänka sig att fortsätta arbeta efter normal pensionsålder lägger stor vikt vid karriärmöjligheter, kan tänka sig att arbeta utomlands, ta expertuppdrag eller arbeta som mentorer. Egna företagare är en grupp som har möjlighet att styra och kontrollera sin arbetsituation och därför kan tänka sig att fortsätta arbeta efter normal pensionsålder.

De som vill gå ned i arbetstid de sista åren före pensionen anser sig ha sämre hälsa och arbetsförmåga. Mest markant för den gruppen är att de upplever att arbetsliv och familjeliv är svårt att förena. Det är vanligast förekommande att kvinnor har den uppfattningen. Både män och kvinnor har oftare ett fysiskt ansträngande arbete och negativa erfarenheter av organisationsförändringar.

Slutligen konstateras i rapporten att bland dem som har tagit steget ut från arbetsmarknaden är det inte så många som är intresserade av att gå tillbaka till arbete igen.

7 Erfarenheter av äldre yrkesutövare inom hälso- och sjukvården

Utredningen skall enligt direktiven analysera konsekvenserna av ett avskaffande av åldersgränsen för läkare enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, för sjukgymnaster enligt lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik samt för tandläkare och tandhygienister enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. I detta sammanhang skall utredningen ta hänsyn till sådana faktorer som inverkar på hälso- och sjukvårdens innehåll och kvalitet, vilket har betydelse för patientsäkerheten.

Utredningen har mot denna bakgrund kartlagt de erfarenheter som finns av äldre yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Det är framför allt från Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) som sådana erfarenheter kan hämtas.

7.1 Erfarenheter hämtade från Socialstyrelsens tillsynsverksamhet m.m.

Nedan redovisas ett antal rapporter från Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (Meddelandeblad nr 4/93) "Äldre privatpraktiserande läkare och tandläkare. En studie av 49 läkare och 20 tandläkare äldre än 70 år"

Under 1992 gjorde Socialstyrelsen en studie av äldre privatpraktiserande läkare och tandläkare. Styrelsen besökte 49 läkare och 20 tandläkare över 70 års ålder för att granska deras verksamhet. Medelåldern hos dem som besöktes var 78 år i såväl läkar- som tandläkargruppen.

Det bör påpekas att de som ingick i studien inte utgjorde ett representativt urval av äldre läkare och tandläkare. En del av dem granskades på grund av signaler till Socialstyrelsens regionala

enheter om att allt inte stod rätt till med deras verksamhet. Socialstyrelsen gjorde därför bedömningen att det kan vara svårt att dra generella slutsatser med anledning av studien. Socialstyrelsens ansåg vidare att resultatet inte kunde användas för något ställningstagande beträffande övre åldersgräns för legitimation eller anslutning till offentligt finansieringssystem.

Mer än hälften av mottagningarna bedömdes ha en verksamhet av helt tillfredsställande kvalitet.

Hos 13 läkare fann Socialstyrelsen skäl att rikta kritik mot verksamhetens yttre förutsättningar (lokaler, utrustning och hygien). Som exempel på anmärkningsvärda förhållanden kan nämnas att det ibland saknades patienttoalett eller t.o.m. tvättmöjligheter.

Hälften av de besökta tandläkarmottagningarna var helt modernt utrustade och endast tre kunde betraktas som mer eller mindre föråldrade. I två fall gav inspektionen anledning till kritik av de hygieniska förhållandena hos tandläkarna.

I 22 läkar- och 13 tandläkarmottagningar förekom bristfällig journalföring eller att patientjournaler förvarades på ett sätt så att obehöriga kunde få tillgång till dem.

Av samtliga läkare uppgav 15 att de hade problempatienter, som t.ex. endast söker för sjukskrivning eller för att få läkemedel, där det föreligger misstanke om missbruk. Lika många läkare förskrev bensodiazepiner och 12 av dem ansåg sig tidvis ha haft problem med denna förskrivning.

Två läkare och en tandläkare anmäldes till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Socialstyrelsen planerade att aktivt följa upp 18 av de besökta läkarna samt 1 tandläkare.

Inventeringen visade att mottagningar i läkarnas bostäder genomgående var av sämre kvalitet än de som bedrevs i särskilda lokaler. Man kunde också konstatera att läkare som delade lokal eller arbetade i grupp oftast hade bättre fungerande verksamhet än de som hade ensamtagningar. Ett sätt att lösa detta problem kan enligt Socialstyrelsen vara att satsa på grupp-mottagningar e.dyl. knutna till vårdcentraler. Då skulle laboratorieresurser, assisterande personal och diskussionspartners inom professionen finnas till hands i större utsträckning och fortbildning skulle bli mer tillgänglig. Stödet att tillhöra en grupp kan också förväntas minska trycket från läkemedelsmissbrukare och "intygskunder" som ofta försöker utnyttja ensamma äldre läkares situation.

Socialstyrelsen konstaterade sammanfattningsvis att studien visat att det finns behov av fortsatt tillsyn riktad mot denna grupp av yrkesutövare.

Socialstyrelsen "Överförskrivande läkare, en tillsynsrapport från 2001"

Rapporten innehåller en redovisning och analys av 29 ärenden beträffande överförskrivning av läkemedel, som kan ge beroende eller underhålla missbruk, vilka under åren 1998–2000 handlagts vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Malmö.

I den sammanfattande diskussionen konstaterar Socialstyrelsen att de överförskrivande läkarna ofta stod att finna bland äldre, ensampraktiserande privatpraktiker. Inte sällan bedrev de sin verksamhet som en slags "pensionärssyssla". Dessa läkare gav ibland uttryck för en oväntat godtrogen uppfattning om människors godhet och syften med att be om eller kräva att få just beroendeframkallande läkemedel eller andra läkemedel, som är attraktiva av andra skäl än som droger, utskrivna. Något långsiktigt behandlingsperspektiv på receptutskrivningarna i de enskilda patientfallen fanns sällan. Socialstyrelsen bedömer att dessa läkare i sin mer utsatta situation som ensampraktiker, lättare än de som arbetar på sjukhus eller vårdcentral, kan tänkas bli offer för hot eller utpressning.

Enligt Socialstyrelsen visar genomgången av ärendena, att det ofta inte genom påpekanden går att varaktigt förändra förskrivningsmönstret hos en läkare, som etablerat sig som överförskrivare. Detta beror inte minst på att verksamheterna, i t.ex. fallet med de äldre läkarna, bygger på att endast utföra mycket enkla undersökningar, skriva recept och intyg och få det att gå runt ekonomiskt. De granskade läkarna saknade i många fall utrustning, hjälpkrafter och kompetens för att kunna driva en väl fungerande praktik.

En av Socialstyrelsens slutsatser är att äldre läkare, som varit eller är privatpraktiserande, utgör en "riskgrupp" vad gäller överförskrivningar av läkemedel. Det är enligt Socialstyrelsen sannolikt att de verkligt överförskrivande läkarna utgör en mycket liten del av yrkeskåren, men deras verksamhet kan dock få mycket negativa konsekvenser för patienter med missbruk och för samhället.

Rapport från Socialstyrelsen "Kvalitetsarbete bland privatpraktiker i västra Sverige 1997–2000"

Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Göteborg önskade kartlägga hur långt de privata vårdgivarna i västra Sverige kommit i sitt kvalitetsarbete samt utvärdera om kvalitetsarbetet ökat i omfattning över tiden. Två enkätundersökningar genomfördes därför; dels en kartläggning år 1997, dels en uppföljning år 2000.

Kartläggningen omfattade cirka 1 500 legitimerade privatpraktiserande yrkesutövare inom yrkena läkare, tandläkare, psykologer, barnmorskor, sjuksköterskor, tandhygienister, kiropraktorer och naprapater i västra Sverige.

Av de 1 500 var cirka hälften tandläkare, 35 procent läkare och 10 procent psykologer. Övriga kategorier utgjorde sammanlagt 5 procent. Medelåldern bland de privatpraktiserande i kartläggningen var 50 år.

Antalet som var anslutet till större vårdbolag varierade mellan yrkeskategorierna. Flest anslutna fanns bland tandläkare och läkare, 41 respektive 20 procent. En påtagligt stor andel, mellan 60 och 70 procent, av både läkare och tandläkare uppgav att de arbetade utan kollega i sin privata mottagning. Inte någon av de tandhygienister som deltog i kartläggningen var vårdbolagsanslutna eller arbetade ensamma.

Kartläggningen år 1997 visade att drygt 60 procent av de privata yrkesutövarna, enligt vad de själva uppgav, hade någon form av kvalitetssäkring. Dock kunde endast hälften av dessa uppge något pågående, planerat eller genomfört projekt. Knappt 25 procent av yrkesutövarna angav att de hade ett kvalitetssystem.¹ Närmare 40 procent av yrkesutövarna uppgav att de inte hade infört någon kvalitetssäkring alls.

Samtliga kategorier av vårdgivare som deltog i studien ägnade under år 1996 i genomsnitt 11,2 dagar åt fortbildning i form av kurser, konferenser och föreläsningar. Läkare utbildade sig i genomsnitt 15 dagar. Tandläkare och tandhygienister tillhörde den grupp som utbildade sig minst (6–8 dagar).

Uppföljningen år 2000 gjordes bland ett urval av de vårdgivare som år 1997 uppgivit att de inte hade kvalitetssystem. Enligt Socialstyrelsen visade uppföljningen att kvalitetsarbetet utvecklats något.

¹ Med kvalitetssystem menas de rutiner etc. som är nödvändiga för ledning och styrning av verksamheten med avseende på kvalitet. Inom ramen för ett kvalitetssystem pågår t.ex. kvalitetssäkringsaktiviteter.

Tandläkarna svarade för den kraftigaste ökningen av antalet kvalitetssäkringsaktiviteter mellan de två undersökningstillfällena. Under de tre åren fram till år 2000 visade läkargruppen en relativt svag vidareutveckling avseende kvalitetsarbete. Å andra sidan hade läkarna redan år 1997 ett, som Socialstyrelsen bedömde det, förhållandevis aktivt kvalitetssäkringsarbete.

För gruppen privata vårdgivare i sin helhet visade undersökningen att anslutning till större vårdbolag var positivt för förekomsten av kvalitetsarbete. Det framkom även att de fackliga organisationerna kan vara till hjälp i detta arbete. Yngre yrkesutövare bedrev år 1997 kvalitetsarbete i större utsträckning än äldre och hade också en kraftigare utveckling av kvalitetsarbetet fram till år 2000.

Sammanfattningsvis konstaterar Socialstyrelsen att en utveckling av kvalitetsarbetet pågår. Fortfarande år 2000 saknade emellertid två av tre yrkesutövare ett kvalitetssystem för sin verksamhet och nästan hälften ett system för avvikelshantering.² Vissa grupper kan enligt Socialstyrelsen behöva ytterligare kunskaper om hur kvalitetssystem byggs upp. Detta gäller särskilt de som arbetar ensamma utan någon anslutning till ett vårdbolag samt äldre yrkesutövare.

Individtillsynsändan år 2001

När det gäller läkare har Socialstyrelsen även gjort en sammanställning av samtliga individtillsynsändan för år 2001 hos de olika regionala tillsynsenheterna.

² Med avvikelse avses en icke förväntad händelse som kan innebära en skada eller risk för patienten.

Tabell 1. Socialstyrelsens individtillsynsärenden år 2001, läkare

<i>Regional enhet</i>	<i>Totalt antal ärenden</i>	<i>varav äldre (över 65 år)</i>	<i>varav allvarligt – äldre</i>
RT-Malmö	118	7	2
RT-Göteborg	62	6	1
RT-Jönköping	21	1	1
RT-Stockholm	108	14	8
RT-Örebro	54	5	1
RT-Umeå	23	0	0
<i>Totalt</i>	<i>384</i>	<i>33</i>	<i>13</i>

Källa: Socialstyrelsen. Vårdgivarutredningens hearing om patientsäkerhet den 27 augusti 2002.

Sammanställningen visar att cirka 8 procent av samtliga ärenden i landet avsåg läkare som var äldre än 65 år. Storstadsområdena, i synnerhet Stockholm, var överrepresenterade. Enligt Socialstyrelsen gällde flertalet ärenden klagomål på läkarens beteende, problem att få ut journalen eller brister av mindre allvarlig karaktär. I drygt en tredjedel av "äldreärendena" var anmälningsorsaken överförskrivning av läkemedel, kompetensbrister eller sjukdom. I ett par fall var saken enligt Socialstyrelsen av så allvarlig art att den anmäldes till HSAN.

Antalet individtillsynsärenden rörande tandläkare är enligt Socialstyrelsen få till antalet. Det rör sig om ungefär tio ärenden per år. Detta för med sig att den procentuella andelen äldreärenden kan skilja sig en hel del från ett år till ett annat. Socialstyrelsen valde därför att inte göra någon motsvarande sammanställning av tandläkarärenden.

7.2 HSAN – anmälningar

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) är en fristående myndighet, som har till uppgift att pröva frågor om disciplinansvar för hälso- och sjukvårdspersonal och frågor om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården. Med behörighetsärenden menas ärenden om återkallelse av legitimation eller annan behörighet, prövotid, begränsning av förskrivningsrätt eller ansökan om ny legitimation m.m. En mer utförlig beskrivning av det regelverk som styr HSAN:s verksamhet finns i kapitel 3.

I de allra flesta ärenden³ hos HSAN är det yrkesutövarnas disciplinansvar som prövas. De s.k. behörighetsärendena utgör endast en mindre del av samtliga ärenden. Under år 2001 avgjordes endast omkring 60 behörighetsärenden av totalt cirka 3 200 ärenden.

Det totala antalet yrkesutövare som anmäldes under åren 1999–2001 samt deras åldersfördelning framgår av nedanstående tabell. I redovisningen saknas ett antal personer på grund av att personnumret inte är känt.

Tabell 2. Totalt antal anmäld hälso- och sjukvårdspersonal åren 1999–2001, efter ålder

<i>Ålder</i>	<i>År 1999</i>	<i>År 2000</i>	<i>År 2001</i>
21–30 år	119	168	178
31–40 år	752	724	682
41–50 år	1 851	1 722	1 536
51–60 år	1 886	1 747	1 699
61–70 år	509	389	378
71–80 år	30	21	26
81–90 år	3	3	1
91–100 år	16	0	1
<i>Samtliga</i>	<i>5 166</i>	<i>4 774</i>	<i>4 501</i>

Källa: Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds årsredovisning år 2001.

Av den anmälda hälso- och sjukvårdspersonalen var cirka 70 procent läkare, cirka 10 procent sjuksköterskor och barnmorskor och ungefär 5 procent tandläkare. Övriga yrkesgrupper stod för de resterande 15 procenten.

Det bör här påpekas att flertalet anmälda ärenden inte ledde fram till någon åtgärd från HSAN:s sida. Under år 2001 ålades disciplinpåföljd i 12 procent av samtliga ärenden där en sådan påföljd kunde förekomma.

Behörighetsärenden

Under åren 1999–2001 avgjordes, enligt uppgift från HSAN, 103 behörighetsärenden rörande yrkeskategorierna läkare och tand-

³ Ett ärende kan avse mer än en yrkesutövare.

läkare. Utredningen har gått igenom dessa ärenden bl.a. för att bilda sig en uppfattning om hur många ärenden som rör äldre yrkesutövare.

Sjukgymnaster och tandhygienister förekommer ytterst sällan i denna typ av ärenden. Under den nu aktuella tidsperioden förekom inget sådant ärende.

Läkare

De allra flesta behörighetsärenden gällde läkare, närmare bestämt 94 stycken. Av nedanstående tabell framgår antalet behörighetsärenden fördelade efter läkarnas ålder.

Tabell 3. Antal behörighetsärenden avseende läkare åren 1999–2001, fördelade efter ålder

<i>Ålder</i>	<i>År 1999</i>	<i>År 2000</i>	<i>År 2001</i>	<i>Samtliga ärenden</i>
31–40 år	3	2	1	6
41–50 år	12	11	11	34
51–60 år	9	14	8	31
61–70 år	7	3	3	13
71–80 år	4	-	3	7
81–90 år	-	2	1	3
<i>Samtliga ärenden</i>	<i>35</i>	<i>32</i>	<i>27</i>	<i>94</i>

Av samtliga 94 ärenden ledde 10 ärenden inte till någon, för den enskilde, negativ åtgärd från HSAN. Dessa ärenden mynnade oftast ut i att en yrkesutövare efter ansökan återfick sin legitimation eller förskrivningsrätt. Av nedanstående tabell framgår HSAN:s beslut i övriga ärenden. Det förekom att HSAN beslutade om två olika ingripanden, t.ex. disciplinpåföljd och indragen förskrivningsrätt, i ett och samma ärende.

Tabell 4. Beslut i HSAN i behörighetsärenden avseende läkare åren 1999–2001, fördelade efter ålder

Ålder	Samtliga ärenden åren 1999–2001	Varav återkallelse av leg.	Varav indragning av förskrivningsrätt	Varav provotid	Varav disciplinpåföljd	Varav avslag på yrkande ¹⁾
31–40 år	6	-	3	-	-	1
41–50 år	34	7	9	5	1	5
51–60 år	31	8	7	3	5	5
61–70 år	13	4	5	1	4	-
71–80 år	7	3	2	-	2	1
81–90 år	3	1	1	-	1	-
Samtliga	94	23	27	9	13	12

¹⁾ Med avslag på yrkande avses de läkare som har begärt att få tillbaka legitimation eller förskrivningsrätt, men som inte har fått bifall till detta.

Antalet ärenden rörande privatpraktiserande läkare som vid tidpunkten för beslutet var 67 år eller äldre var 13. Ett flertal av dessa ärenden rörde missbruk av behörigheten att förskriva narkotiska läkemedel. Det var också vanligt att Socialstyrelsen och HSAN riktade kritik mot läkaren för brister i journalföringen. I en del ärenden konstaterade HSAN att hygien på mottagningen var oacceptabel och att utrustningen var gammal och bristfällig. Uppgifter om vacklande hälsa, t.ex. dålig syn, förekom i ärendena. Att sjukdom anfördes som huvudsakligt skäl till att återkalla legitimationen var däremot mindre vanligt.

När det gäller den grupp läkare som var yngre än 67 år handlade ärendena i stor utsträckning om att yrkesutövaren själv missbrukade alkohol eller narkotika eller hade drabbats av sjukdom. Det var främst när yrkesutövaren led av psykisk sjukdom som återkallelse kom i fråga, eftersom det vid dessa sjukdomstillstånd ofta brister i sjukdomsinsikt. Ibland utgjorde brottslighet grunden för ett yrkande från Socialstyrelsens sida. Det kunde t.ex. vara fråga om allvarliga våldsbrott som i allmänhet hade begåtts utanför yrkesverksamheten. Missbruk av behörigheten att förskriva narkotiska läkemedel förekom även bland de ”yngre” yrkesutövarna. Att legitimationen återkallades på grund av allvarliga brister i yrkes-

utövandet, t.ex. upprepade felbehandlingar av patienter, var sällsynt.

Tandläkare

I 9 behörighetsärenden var tandläkare inblandade. Av nedanstående tabell framgår antalet behörighetsärenden fördelade efter tandläkarnas ålder.

Tabell 5. Antal behörighetsärenden avseende tandläkare åren 1999–2001, fördelade efter ålder

<i>Ålder</i>	<i>År 1999</i>	<i>År 2000</i>	<i>År 2001</i>	<i>Samtliga ärenden</i>
41–50 år	3	1	-	4
51–60 år	1	-	-	1
61–65 år	2	1	1	4
<i>Samtliga ärenden</i>	<i>6</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>9</i>

Inte någon av tandläkarna var äldre än 67 år. Det fanns dock fyra ärenden där tandläkaren var äldre än 61 år, varav den äldste var 65 år gammal.

Av de 9 ärendena innebar 2 ärenden att en ansökan om att återfå legitimationen eller förskrivningsrätten bifölls. Av nedanstående tabell framgår HSN:s beslut i övriga ärenden.

Tabell 6. Beslut i HSAN i behörighetsärenden avseende tandläkare åren 1999–2001, fördelade efter ålder

Ålder	Samtliga ärenden åren 1999–2001	Varav återkallelse av leg.	Varav indragning av förskrivningsrätt	Varav prøvotid	Varav disciplinpåföljd	Varav avslag på yrkande ¹⁾
41–50 år	4	2	-	-	-	-
51–60 år	1	-	-	-	1	-
61–65 år	4	2	1	-	1	1
<i>Samtliga</i>	<i>9</i>	<i>4</i>	<i>1</i>	<i>-</i>	<i>2</i>	<i>1</i>

¹⁾ Med avslag på yrkande avses de tandläkare som har begärt att få tillbaka legitimation eller förskrivningsrätt, men som inte har fått bifall till detta.

I vissa ärenden hade tandläkaren missbruksproblem och/eller sviktande psykisk hälsa. Missbruk av behörigheten att förskriva narkotiska läkemedel förekom också i tandläkargruppen, liksom brottslighet. I ett par ärenden riktades kritik mot tandläkarens behandling av patienterna. Dessa båda tandläkare ansågs inte i lagens mening varit grovt oskickliga i yrkesutövningen eller på annat sätt visat sig uppenbart olämpliga att utöva tandläkaryrket. HSAN tilldelade dem emellertid disciplinpåföljd.

8 System för att upprätthålla kvalitet och säkerhet

Enligt direktiven skall utredningen, för det fall ett avskaffande av åldersgränsen i de olika ersättningslagarna föreslås, överväga behovet av att införa särskilda kontrollrutiner för att bedöma äldre yrkesutövares fortsatta lämplighet. Som framgår av kapitel 3 finns det i dag regler som syftar till att upprätthålla kvalitet och säkerhet i hälso- och sjukvården, bl.a. krav på att vårdgivaren skall ha kvalitetssystem. Det anges däremot inte vilken modell för kvalitetssystem som skall användas. Mot denna bakgrund redovisas inledningsvis i detta kapitel olika kvalitetssystem som i dag tillämpas i vården.

Därutöver finns metoder för att upprätthålla kvalitet och säkerhet, som inte har prövats i vårt land eller i huvudsak prövats inom andra samhällssektorer än hälso- och sjukvården. Det kan handla om en fast övre åldersgräns för innehav av legitimation, certifieringsförfarande m.m. Kapitlet innehåller en redovisning av sådana exempel. Vidare speglar utredningen den diskussion som förts om för- och nackdelar med de olika systemen.

8.1 Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen bedriver i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet ett arbete med att förbättra informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom hälso- och sjukvården. Det övergripande målet för arbetet är att utveckla grundförutsättningarna för att information om prestationer, kostnader, kvalitet (inklusive resultat) skall bli tillgänglig.

Socialstyrelsen har vidare gett ut föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:24). Av föreskrifterna framgår att all hälso- och sjukvård och tandvård skall omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten. Vårdgivaren skall ge

direktiv och säkerställa att det i varje verksamhet finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem med organisation, resurser, rutiner och metoder som säkerställer kvaliteten i verksamheten.

Socialstyrelsen rekommenderar däremot inte någon särskild modell för hur kvalitetssäkring skall genomföras. Tvärtom sägs att varje verksamhet behöver anpassa sitt kvalitetssystem till de egna förutsättningarna. För närvarande förekommer en rad olika kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården och tandvården.

KvalPrak AB är ett företag som erbjuder bl.a. privatpraktiserande läkare produkter i form av program för kvalitetssäkring m.m. KVALPRAK BAS/2000 är ett kvalitetssäkringsinstrument för enskilda yrkesutövare. KIV (Kvalitet i Vården) är ett kvalitetssäkringsprogram som är tänkt att användas av större vårdenheter. Programmet vänder sig bl.a. till läkare som arbetar tillsammans med andra läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal i t.ex. läkarhus, gruppomtagningar, företagshälsomottagningar och kliniker. KIV är uppbyggt av ett antal moduler från vilka varje organisation kan utveckla sitt eget anpassade kvalitetssystem. Samtliga medarbetare involveras i kvalitetsarbetet. KIV består av ett kvalitetsprotokoll för verksamhetens övergripande funktioner och individuella yrkesrelaterade protokoll för varje medarbetare.

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund har gett ut en handbok i kvalitetsarbete för sjukgymnaster, Avstampet – att växa med kvalitet. Handbokens syfte är att bidra till utvecklingen av sjukgymnasternas kvalitetsarbete och vara ett redskap i arbetet med att beskriva kvaliteten inom sjukgymnastens olika verksamhetsgrenar. Den skall också underlätta och stötta ett förändringsarbete.

Företaget Preventum har tillsammans med olika representanter från tandvården tagit fram QULAN, som är ett verktyg för kvalitetssäkring inom tandvården. Kvalitetssäkring av verksamheten med QULAN innebär att arbetslaget följer en plan som är uppdelad i tio olika avsnitt. Genom bl.a. rutiner för dokumentation och avvikelserapportering skall vårdgivarens verksamhet bli säkrare.

Ett annat välkänt instrument är QUL (Kvalitet-Utveckling-Ledarskap) som är framtaget av Landstingsförbundet. QUL är ett ledningsinstrument som ger möjlighet att skapa överblick över en organisations hela verksamhet. Avsikten med QUL är i första hand att stimulera den egna utvecklingen och skapa förutsättningar för en mer kundfokuserad inriktning av verksamheten. Den som så önskar kan få sin verksamhetsbeskrivning utvärderad genom att söka Kvalitetsutmärkelsen Svensk Hälso- och Sjukvård.

Praktikertjänst har ett internt kvalitetssystem (Kvalitetspolicy inom Praktikertjänst), som bl.a. syftar till att åstadkomma kvalitetsförbättringar genom att skapa rutiner för att förebygga skador, avvikelser och felbehandlingar. Materialet innehåller också avsnitt om kompetensutveckling, journalföring, informationssäkerhet, hygienrutiner m.m. Tanken är att kvalitetssystemet skall fungera som ett verktyg på de enskilda mottagningarna för att utveckla verksamheten. Kvalitetsarbetet är enligt Praktikertjänst en process som ständigt skall pågå. Den mottagning som genomför ett godkänt kvalitetsarbete får ett diplom. Diplomeringsen bygger på årlig uppföljning.

8.2 Det norska regelverket om legitimation

I Norge finns en fast övre åldersgräns för innehav av auktorisation (legitimation). Den norska helsepersonelloven (Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v) innehåller bestämmelser om att yrkesutövarens auktorisation eller licens automatiskt upphör vid 75 års ålder. Åldersgränsen omfattar samtliga legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Yrkestiteln kan dock fortfarande användas. Hälso- och sjukvårdspersonal över 75 år kan också åta sig uppdrag som sakkunnig och bedriva undervisning m.m. Det är i första hand den kliniska, patientinriktade verksamheten som de blir avskurna från.

En s.k. licens för fortsatt verksamhet kan emellertid fås efter ansökan. Detta förutsätter att yrkesutövaren kan visa att han eller hon har förmåga att utöva yrket även efter 75 års ålder. Under vilka förutsättningar en sådan licens kan ges framgår av en föreskrift från Helsedepartementet (Forskrift av 21. desember 2000 om lisens til medicinske studenter og til helsepersonell over 75 år).

Licens kan ges för en bestämd tidsperiod och högst två år åt gången. Efter 80 års ålder ges licens för högst ett år i taget. Bakgrunden till de relativt korta tidsperioderna är att det enligt föreskriften behövs ett antal kontrollpunkter då man kan förvissa sig om att yrkesutövaren fortfarande är lämplig att utöva yrket. Licensen kan begränsas, t.ex. vad gäller rätten att förskriva läkemedel.

En ansökan om licens skall innehålla de upplysningar som är nödvändiga för att bedöma lämpligheten i förhållande till den verksamhet som skall bedrivas. Det kan t.ex. röra sig om följande uppgifter

- den verksamhet som sökanden har bedrivit tidigare, särskilt de fem senaste åren,
- den verksamhet som sökanden har för avsikt att bedriva i framtiden,
- sökandens egen uppfattning om sitt psykiska och fysiska hälsotillstånd.

Läkare och tandläkare skall också uppge om de vill ha fullständig förskrivningsrätt för läkemedel och i så fall redogöra för behovet. Vidare skall läkarintyg bifogas.

Vid prövningen av en ansökan skall enligt föreskriften avgörande vikt läggas vid omfattningen på den verksamhet som yrkesutövaren har för avsikt att bedriva. Verksamheten bör inte vara av mindre omfattning än 20 procent av full tid. Vidare skall stor hänsyn tas till om yrkesutövaren följer och har för avsikt att även fortsättningsvis följa med i den utveckling som sker inom yrket och hålla sig uppdaterad inom fackområdet. Utlåtanden från eventuell arbetsgivare har betydelse i den mån de rör den patientinriktade verksamheten.

Inträffar det under licensperioden en väsentlig förändring av licensinnehavarens psykiska och fysiska hälsa som kan ha betydelse för möjligheten att utöva yrket skall han eller hon genast underätta ansvarig myndighet om detta. Yrkesutövaren kan också själv begära att licensen återkallas. På motsvarande sätt skall någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen som får kännedom om en sådan förändring av hälsotillståndet hos en licensinnehavare underrätta ansvarig myndighet. Den läkare som har utfärdat ett läkarintyg kan också lämna sådana upplysningar utan hinder av sekretess.

Helsepersonelloven trädde i kraft den 1 januari 2001. Bestämmelser om en åldersgräns infördes emellertid ursprungligen år 1980 och är i princip överförda från det tidigare gällande regelverket. En skillnad är dock att åldersgränsen tidigare enbart gällde läkare och tandläkare, men nu omfattar alla grupper av auktoriserad hälso- och sjukvårdspersonal.

I förarbetena till den tidigare gällande lagstiftningen angavs att hänsynen till patienternas liv och hälsa skall komma främst när införandet av en åldersgräns övervägs. Det konstaterades vidare att hur länge en läkare kan vara verksam i sitt yrke varierar beroende på det fysiska och psykiska hälsotillståndet samt intresset för yrket. Avsikten med att införa en åldersgräns var enligt förarbetena inte att förhindra äldre läkare från att utöva ett yrke som de är kvalificerade för, utan att ge det allmänna en möjlighet att mer omedelbart

kunna gripa in mot oförsvarlig läkarverksamhet. Vidare angavs i förarbetena att denna hänsyn väger tyngre än en önskan från yrkesutövaren om att få behålla en livslång auktorisation. Åldersgränsen på 75 år motiverades med att när det gäller bristfällig läkarverksamhet har erfarenheterna visat att det ofta rör om läkare som är äldre än 75 år.

Statens autorisationskontor för helsepersonell (SAFH) har sedan den 1 augusti 2001 ansvar för att ge licenser. Dessförinnan låg denna uppgift på fylkesläkarna (läkare med bl.a. särskilda tillsynsuppgifter).

Av SAFH:s årsrapport framgår att myndigheten under perioden 1 augusti – 31 december 2001 prövade 25 ansökningar om licens för läkare, två för sjukgymnaster och tre för tandläkare. Fem läkare fick avslag på sina ansökningar. I övrigt bifölls ansökningarna.

Under perioden 1 januari – 15 november 2002 gavs 51 licenser till läkare över 75 år, medan 35 läkare fick avslag på sina ansökningar. Sju tandläkare och lika många sjukgymnaster gavs licens under samma period. Ingen som tillhör dessa yrkeskategorier fick avslag.

Enligt SAFH är det vanligaste motivet till att neka en yrkesutövare licens att kravet på verksamhetens omfattning (minst 20 procent av full tid) inte är uppfyllt.

Diskussion om behovet av en fast övre åldersgräns i Sverige

I Sverige behandlade 1994 års behörighetskommitté frågan om det finns behov av en fast övre åldersgräns för giltighet av legitimation (SOU 1996:138). Kommittén konstaterade att för en övre åldersgräns talar patienternas berättigade krav på att legitimationen alltid, oavsett yrkesutövarens ålder, skall utgöra en garanti för vårdens kvalitet. Mot en övre åldersgräns talade enligt kommittén bl.a. behovet av kontinuitet i vården. För patienterna är det ofta betydelsefullt att slippa byta vårdgivare. Särskilt vid långvariga sjukdomar och inom psykiatrin kan detta vara av stort värde. Möjligheten att ta tillvara värdefull kompetens hos äldre legitimerade yrkesutövare var enligt kommittén ett annat argument mot en fast övre åldersgräns.

Å andra sidan konstaterade kommittén att det i många fall kan vara förenat med vissa svårigheter för en yrkesutövare, som har en äldre grundutbildning, att vidareutbilda sig i en hälso- och sjukvård

stadd i ständig förändring och utveckling. Den svårighet som det innebär för äldre yrkesutövare att följa med i den snabba utvecklingen inom hälso- och sjukvården måste, enligt kommitténs uppfattning, i en del fall ha betydelse för patientsäkerheten.

Av detta skäl övervägde kommittén att lägga fram ett förslag om en övre åldersgräns för legitimationsinnehav. Emellertid ansåg kommittén att det, bl.a. med tanke på åldersgränsen i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik, inte fanns något uttalat behov av att införa bestämmelser om en fast övre åldersgräns för legitimation eller yrkesutövning eller andra restriktioner av äldre legitimerade personers yrkesverksamhet. Kommittén betonade dock att det är viktigt att följa utvecklingen och utvärdera lagstiftningen.

Vid Vårdgivarutredningens hearing om patientsäkerhet den 27 augusti 2002 uttrycktes från representanten för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) ett visst stöd för det norska regelverket. HSAN menade att en återkallelse av en legitimation i dag upplevs som en oerhörd kränkning. En generell gräns som gäller alla skulle kunna upplevas som mindre utpekande för den enskilde yrkesutövaren. Man skulle också kunna undvika de ofta långdragna och för de inblandade individerna plågsamma processerna i HSAN och domstolarna.

Både företrädarna för HSAN och Patientnämnden i Stockholm menade att det kan vara rimligt att vid en viss ålder kräva att yrkesutövaren inkommer med någon form av ansökan för att få fortsätta i yrket.

Representanterna från Socialstyrelsen varnade för sin del för att ett dispensförfarande generellt är resurskrävande. Om man i Sverige skulle överväga att införa en motsvarighet till det norska systemet menar Socialstyrelsen att kriterierna för förlängning bör vara tydligt restriktiva. Under alla förhållanden behövs enligt styrelsen en fördjupad analys av resursförbrukningen för själva dispensförfarandet i förhållande till vinsterna för patientsäkerheten och andra prioriterade områden för tillsyn av hälso- och sjukvården.

8.3 Certifiering och ackreditering

Kännetecknande för certifiering och ackreditering är att en revision eller undersökning utförs av ett oberoende organ som tillämpar en viss standard.

Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll (SWEDAC) är en central myndighet med uppgift att bl.a. verka som nationellt ackrediteringsorgan. Detta innebär att SWEDAC kompetensprövar de organ som skall utföra certifiering, en process som kallas ackreditering.

Certifiering förekommer av verksamheter inom hälso- och sjukvården. Intresset av att få till stånd en extern tredjepartsgranskning ökar också. SWEDAC tror att detta i viss mån kan förklaras med den ökande privatiseringen inom sjukvården.

Många laboratorier, företagshälsovårdsmottagningar, sjukhem och behandlingshem är certifierade. Certifiering förekommer även bland radiologiska och medicintekniska enheter. Vidare har en barn- och ungdomsklinik och en rehabiliteringsklinik, liksom en enhet inom primärvården, certifierats.

En certifiering kräver som regel en genomlysning av organisationen före själva certifieringsrevisionen. Blir organisationen certifierad måste den genomgå uppföljningsrevisioner för att behålla sin status. Kraven på hur ofta sådana revisioner skall göras bestäms av villkoren för certifieringsorganets ackreditering.

Ackreditering och certifiering är i allmänhet frivillig och brukar vara självfinansierad. Vid ackreditering och certifiering anlitas alltid branschexperter (läkare, sjuksköterskor etc.) från aktuellt område inom hälso- och sjukvården för att säkerställa att kraven är adekvata och gagnar kvaliteten inom sjukvården.

Personcertifiering

Med certifiering av personer menas ett intygande om att en fysisk persons kompetens överensstämmer med en given kravspecifikation. Flera olika yrkeskategorier är i Sverige föremål för personcertifiering, t.ex. svetsare, miljörevisorer och kraftverksoperatörer. Däremot förekommer inte personcertifiering inom hälso- och sjukvården. Utomlands finns emellertid denna företeelse.

Kravspecifikationen skall innehålla kraven på den person som skall certifieras. Den kan t.ex. grunda sig på en nationell eller inter-

nationell standard, en myndighetsföreskrift eller ett branschdokument. Specifikationen skall även ge anvisningar om innehåll i och omfattning av certifieringsprocessen, om övervakning av den certifierade samt anvisningar om förnyelse av certifikat. Den skall vara så detaljerad och klart utformad att det finns förutsättningar för två eller flera certifieringsorgan att, oberoende av varandra komma till samma resultat.

Den process som ligger till grund för personcertifiering består av tre delar; examinering - bedömning, beslut om certifiering och uppföljning av certifikatet.

Certifieringsorganet genomför examineringen genom att bedöma personen mot kraven i den aktuella kravspecifikationen. Bedömningen kan bestå av både praktiska och teoretiska prov. Dessutom kan förekomma andra krav på till exempel en viss utbildning eller yrkeserfarenhet.

Beslutet om certifiering fattas av en särskild funktion inom certifieringsorganet, som inte varit inblandad i bedömningen av personen. Certifieringsorganet utfärdar därefter ett certifikat.

Efter genomförd certifiering har certifieringsorganet ansvar för uppföljningen av den certifierade personen för att säkerställa att villkoren uppfylls under certifikatets giltighetstid, som är 1-5 år. Hur uppföljningen praktiskt skall gå till finns beskrivet i kravspecifikationen, men för det mesta sker det genom en kontroll av yrkesverksamhet, fortbildning, referenser m.m. När giltighetstiden för certifikatet löpt ut genomförs en recertifiering som innebär att en helt ny bedömning görs av den som certifierats.

Tidigare behandling av frågor om certifiering och ackreditering

Frågan om användning av certifiering och ackreditering inom hälso- och sjukvården har diskuterats i olika sammanhang.

I departementspromemorian Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården (Ds 1995:35) anfördes att förfarandet i de flesta fall kan antas medföra kvalitetsvinster, men att det också är förenat med vissa nackdelar. Systemet kan exempelvis bli kostsamt och resurskrävande.

1994 års behörighetskommitté behandlade också frågan om certifiering inom hälso- och sjukvården. Kommittén konstaterade att ackreditering och certifiering redan idag används som ett instrument för kvalitetskontroll av olika verksamheter. Sådana system

kan fungera som ett komplement och hjälpmedel för ansvarig myndighet i dess tillsyn över vissa funktioner. I framtiden skulle man enligt kommittén också kunna tänka sig ett obligatoriskt krav på ackreditering respektive certifiering för vissa delar av en sjukvårdsverksamhet.

Kommittén konstaterade att systemet med personcertifiering ännu inte har prövats i Sverige för hälso- och sjukvårdspersonal. En certifiering av personal innebär att den faktiska kompetensen granskas. Ett argument som dock, enligt kommittén, kan anföras mot ett obligatoriskt certifierings- eller ackrediteringssystem är den brist på rättssäkerhet som ett sådant system kan innebära. Den yrkesutövare som efter ansökan om certifiering inte anses uppfylla de krav som ställs har i princip inga möjligheter att överklaga ett sådant ställningstagande.

Avslutningsvis gjorde kommittén bedömningen att ett obligatoriskt certifieringsförfarande av vissa personalkategorier inom hälso- och sjukvården skulle kunna vara ett komplement till legitimation och annan behörighetsreglering. Det finns, menade kommittén, skäl att utreda denna fråga ytterligare och därvid bl.a. analysera rättssäkerhetsaspekterna.

I sammanhanget kan också nämnas att företrädare för Socialstyrelsen – vid Vårdgivarutredningens hearing – ställde sig positiva till tanken att i någon form införa återkommande bedömningstillfällen av hälso- och sjukvårdspersonalens yrkeskunnande, även om de inte direkt förespråkade certifiering. Ett sådant kontrollsystem bör, enligt styrelsen, vara lika för alla yrkesutövare oavsett ålder.

8.4 Några jämförelser med andra yrkesgrupper

Kontroller av olika yrkesgrupper förekommer i Sverige. Det rör sig om yrkesgrupper vars verksamhet har betydelse för människors liv och hälsa, t.ex. lokförare, piloter, yrkeschaufförer, sjömän m.fl. Kontrollerna består av regelbunden uppföljning av hälsotillståndet och i vissa fall också av yrkeskunskaperna.

Järnvägstrafiken m.m.

Järnvägsinspektionen har gett ut föreskrifter om hälsoundersökning och hälsotillstånd för personal med arbetsuppgifter av bety-

delse för trafiksäkerheten. De personalkategorier det rör sig om är lokförare m.fl.

Den som utför de aktuella arbetsuppgifterna skall genomgå en hälsoundersökning

- vart femte år t.o.m. 45 års ålder,
- vart tredje år fr.o.m. 46 års ålder t.o.m. 59 års ålder,
- varje år fr.o.m. 60 års ålder.

De medicinska krav som ställs är bl.a. att det inte får förekomma sjukdomar som kan påverka medvetandet, nedsätta vakenheten eller medföra ett försämrat omdöme. Rörligheten får inte genom sjukdom, fysiskt handikapp eller funktionshinder vara så nedsatt att det innebär en risk för trafiksäkerheten. Krav ställs också på syn- och hörsel-funktionen.

Sjöfarten

I mönstringslagen (1983:929) finns bestämmelser om hälsokontroller för sjömän. Ytterligare bestämmelser finns i Sjöfartsverkets kungörelse med föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av sjöfolk.

För att få tillträda en befattning ombord skall en sjöman med ett särskilt läkarintyg visa att hinder på grund av hans hälsotillstånd inte föreligger mot tjänstgöringen.

Även i övrigt gäller att sjömän skall genomgå regelbundna läkarundersökningar. För sjömän på fartyg som uteslutande används i inre fart får läkarundersökningen begränsas till syn- och hörsel-förmåga.

Läkarintyget gäller i högst två år (för dem under 18 år högst ett år). Har en sjömans hälsotillstånd påtagligt försämrats under läkarintygets giltighetstid får redaren eller befälhavaren begära att sjömannen skall förete ett nytt läkarintyg innan befattningen tillträds. Om det finns särskilda skäl, får Sjöfartsverket besluta att en sjöman skall genomgå ny läkarundersökning.

Luftfarten

Även för piloter m.fl. inom luftfarten finns bestämmelser bl.a. om medicinska undersökningar och hälsokrav.

Det krävs medicinska undersökningar för olika slags certifikat m.m. För trafikflygare gäller följande giltighetstid för allmän läkarundersökning

t.o.m. 39 års ålder	12 månader,
40–49 års ålder	6 månader,
fr.o.m. 50 års ålder	6 månader.

Inom luftfarten finns dessutom i regelverket krav på återkommande kunskapskontroller av trafikflygare. Trafikflygarnas kunskaper skall kontrolleras två gånger om året. Det rör sig dels om kunskaper som behövs för att få behålla sitt flygcertifikat, dels kunskaper om det aktuella flygbolagets rutiner m.m.

9 Allmänna utgångspunkter

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

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

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

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

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

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

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

Europakonventionen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Utredningens iakttagelser om ersättningsystemet för läkare och sjukgymnaster

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10 Åldersgränser för vårdgivares rätt till offentlig ersättning

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

10.1 Frågans tidigare behandling och utredningens uppdrag

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.2 Utredningens överväganden om konsekvenserna av ett avskaffande av åldersgränserna

10.2.1 Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens organisation och ekonomi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.2.2 Konsekvenser för personalförsörjningen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.2.3 Konsekvenser för vårdens kontinuitet och kvalitet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.2.4 Utredningens samlade konsekvensbedömning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1 Inledning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12 Ersättningsetablering för läkare och sjukgymnaster

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

12.1 Utredningens uppdrag

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

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

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

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

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

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

12.2 Tidigare behandling av frågan om ersättningsetablering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabell 1. Nya samverkansavtal under åren 1999–2001

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12.4 Utredningens överväganden och förslag om ersättningsetablering för läkare och sjukgymnaster

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13 Ekonomiska och andra konsekvenser av utredningens förslag

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14 Författningskommentarer

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

2 kap. 3 §

Förslaget har behandlats i kapitel 11.

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

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

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

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

9 §

Förslaget har behandlats i kapitel 10.

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

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

9 §

Förslaget har behandlats i kapitel 10.

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

Särskilda yttranden

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Utredaren skriver:

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

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

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

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

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

Särskilt yttrande av Lennart Nordgren

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

Tandvården

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

Som företrädare för Sveriges privattandläkare vill vi framföra följande.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referenser

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

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

Offentligt tryck

Promemorior

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

Utredningsbetänkanden

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

Propositioner

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

Utskottsbetänkanden

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

Kommittédirektiv

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

Beslut vid regeringssammanträde den 20 december 2001.

Sammanfattning av uppdraget

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

Utredaren skall

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

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

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

Bakgrund

Åldersgränsen för ersättning med offentliga medel

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

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

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

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

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

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

Överlåtelse av praktik med offentlig finansiering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uppdraget

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

Avskaffandet av åldersgränser för vissa vårdgivares rätt till offentlig ersättning

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

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

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

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

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

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

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

Översyn av förutsättningarna för överlåtelse av privat vårdetablering

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

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

Tidsplan för arbetet m.m.

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

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

(Socialdepartementet)

Deltagare vid Vårdgivarutredningens hearing om patientsäkerhet den 27 augusti 2002

Avdelningschefen Catarina Andersson Forsman, Socialstyrelsen,
Tillsynsavdelningen

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

Enhetschefen Ulla Fryksmark, Socialstyrelsens regionala tillsyns-
synsenhet i Göteborg

Enhetschefen Björn Forsberg, Socialstyrelsens regionala tillsyns-
synsenhet i Jönköping

Enhetschefen Torsten Mossberg, Socialstyrelsens regionala tillsyns-
synsenhet i Stockholm

Generaldirektören Anita Werner, Hälso- och sjukvårdens
ansvarsnämnd

Förvaltningschefen Åsa Rundqvist, Patientnämnden i
Stockholm.