Regeringens proposition 1993/94:75

Arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.

Prop. 1993/94:75

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 28 oktober 1993

Carl Bildt

Bo Könberg
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen läggs fram förslag till lag om privatpraktiserande läkares respektive sjukgymnasters rätt till ersättning från ett av landstingen finansierat och administrerat offentligt ersättningssystem för hälso- och sjukvård i de fall vårdavtal inte har träffats med landstinget.

En viktig utgångspunkt för regleringen är att de privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som i dag är uppförda på förteckning hos allmän försäkringskassa utan särskild prövning skall gå in i det nya systemet.

Den föreslagna ordningen innebär vidare att läkare och sjukgymnaster som fr.o.m. den 1 januari 1994 påbörjar privat verksamhet får rätt att erhålla ersättning från landstinget enligt de föreslagna lagarna och vissa av regeringen utfärdade taxebestämmelser under förutsättning att vissa krav på kompetens och verksamhet är uppfyllda. För både läkare och sjukgymnaster gäller bl.a. att de måste bedriva verksamheten på heltid, att de inte får ha fyllt 70 år samt att de inte får ha anställning i något landstings hälso- och sjukvård.

Läkarvårdsersättning lämnas för vård som ges av en läkare i privat verksamhet med specialistkompetens. Vissa specialiteter omfattas dock inte av rätten till ersättning.

Sjukgymnastikersättning lämnas till legitimerad sjukgymnast som efter legitimation fullgjort minst två års tjänstgöring i offentligt finansierad vård, varav minst sex månader i sluten vård eller annan därmed jämförbar erfarenhet. Minst ett av dessa två år i offentligt finansierad

vård skall ha fullgjorts under den senaste sjuårsperioden före anslutningen till ersättningssystemet.

De ersättningsmodeller för läkare och sjukgymnaster som skall gälla för den nya ordningen skall preciseras i av regeringen fastställda nationella taxor med grundnivåer som kan överskridas av landstinget. Modellerna innehåller tre arvodesgrupper som utgår från ett normalarvode. Enklare undersökningar eller behandlingar ersätts med enkelt arvode, medan tids- och kostnadskrävande åtgärder som inte ryms inom normalarvodet ersätts med särskilt arvode. För varje specialitet fastställs ett ekonomiskt tak per kalenderår för sådan läkarvårds- respektive sjukgymnastikersättning som avser åtgärder som ersätts med normalt eller enkelt arvode.

De läkare och sjukgymnaster som vid utgången av år 1993 är uppförda på förteckning hos allmän försäkringskassa har rätt till förhöjd ersättning från landstinget med 5 %.

Läkare som har rätt till förhöjd ersättning från landstinget får ta ut avgift av patienten som är högst 50 % högre än motsvarande avgift hos husläkare inom samma landsting. De läkare som inte har rätt till förhöjd ersättning får dock ta ut en avgift av patienten som är 75 % högre än hos husläkarna.

För läkare eller sjukgymnaster som efter utgången av år 1993 etablerar sig på ort inom stödområde 1 eller 2 enligt förordningen (1990:642) om regionalpolitiskt företagsstöd eller inom vissa särskilt angivna kommuner skall dock nuvarande ersättningsprinciper fortsätta att gälla, vilket innebär förhöjd läkarvårds- eller sjukgymnastikersättning om 20 % med successiv avveckling.

I avvaktan på att de nya taxorna skall träda i kraft – vilket avses ske den 1 juli 1994 – föreslås att arvodesbestämmelser motsvarande nuvarande taxor skall tillämpas.

Den nya ordningen för ersättning till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster från landstingen föranleder följdändringar i annan lagstiftning, bl.a. i lagen om allmän försäkring.

Propositionen innehåller även förslag om den principiella utformningen av en åtgärdstaxa för husläkare samt om införande av en åldergräns på 70 år för husläkare.

Vidare föreslås i propositionen att ett statligt stimulansbidrag på 50 milj. kr lämnas för att utveckla och säkra kvaliteten i äldrevården för budgetåret 1993/94.

I proposition föreslås också att skatteutjämningsavgiften för landstingen avskaffas fr.o.m. år 1994.

I propositionen lämnas även en redovisning av den överenskommelse som träffats med företrädare för sjukvårdshuvudmännen om vissa ersättningar från sjukförsäkringen m.m. för år 1994.

I propositionen förordas dessutom att tidsperioden för försöksverksamheterna i Kristianstads, Göteborgs och Bohus läns landsting samt Göteborgs kommun med alternativa ersättningssystem inom tandvården förlängs längst till utgången av år 1995.

1 Förslag till riksdagsbeslut 6
2 Lagtext 6
2.1 Förslag till lag om läkarvårdsersättning 6
2.2 Förslag till lag om sjukgymnastikersättning 11
2.3 Förslag till lag om lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring 16
2.4 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:743) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring 18
2.5 Förslag till lag om ändring i lagen (1968:430) om mervärdeskatt 19
2.6 Förslag till lag om ändring i lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. . 20
2.7 Förslag till lag om upphävande av lagen (1987:560) om skatteutjämning 21
2.8 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472) 22
2.9 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:590) om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. 24
2.10 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:591) om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor 25
2.11 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:588) om husläkare 26
3 Ärendet och dess beredning 27
4 Bakgrund 29
4.1 Den öppna hälso- och sjukvården 29
4.1.1 Svensk hälso- och sjukvård – organisation och tradition 29
4.1.2 Den öppna vården under 1900-talet 30
4.1.3 Aktuella förändringar och utvecklingstendenser . 31
4.2 Gällande system för ersättning till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster 33
4.2.1 Allmänt 33
4.2.2 Regelsystemet i läkarvårdstaxan 34
4.2.3 Regelsystemet i behandlingstaxan 36
4.2.4 Brister i gällande ersättningssystem för privatpraktiserande läkare 37
4.2.5 Översyn av läkarvårdstaxan 38
5 Statens bidrag till hälso- och sjukvården – genomförda och förestående förändringar 39
5.1 Förändringar i bidragssystemet år 1993 39
5.2 Förändringar i bidragssystemet år 1994 40
5.2.1 Bidrag till husläkarsystemet 41
5.2.2 Ett nytt system för statligt utjämningsbidrag till landsting 41
6 Hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och organisation 42

7 Överväganden och förslag 43
7.1 Förstärkt samarbete mellan landsting och privata vårdgivare 43
7.2 Ändrat ekonomiskt och administrativt huvudmannaskap för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster 44
7.3 Ett nytt ersättningssystem för privatpraktiserande läkare 47
7.3.1 Rätten till läkarvårdsersättning 49
7.3.2 Anmälan m.m. 52
7.3.3 Vikariat 52
7.3.4 Taxans konstruktion med tre arvodesgrupper, ekonomiskt tak m.m. 54
7.3.5 Patientavgifter, högkostnadsskydd och resekostnadsersättning 58
7.3.6 Uppföljning/utvärdering/kvalitetssäkring 59
7.4 Ett nytt ersättningssystem för privatpraktiserande sjukgymnaster 61
7.4.1 Utformningen av ett nytt ersättningssystem för privatpraktiserande sjukgymnaster 62
8 Uppföljning av reformen 63
9 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser 63
10 Husläkare 64
10.1 Åtgärdstaxa för husläkare 64
10.1.1 Åtgärdstaxans syfte 64
10.1.2 Åtgärdstaxans konstruktion och omfattning . . . 65
10.2 Åldersgräns för husläkare 66
11 Kvalitet i äldrevården 67
11.1 Ädelreformen 67
11.2 Statligt stimulansbidrag för kvalitet i äldrevården 69
12 Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1994 70
12.1 Inledning 70
12.2 Ersättningar och ersättningsbelopp för år 1993 72
12.3 Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1994 . . 73
13 Slopad skatteutjämningsavgift för landsting fr.o.m. 1994 . . 77
14 Försöksverksamheterna med alternativa ersättningssystem inom tandvården 78
15 Specialmotivering 79
15.1 Förslaget till lag om läkarvårdsersättning 79
15.2 Förslaget till lag om ersättning för sjukgymnastik . . . 95
15.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring och i lagen (1993:743) om ändring i nämnda lag 95
15.4 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472) 96
15.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:590) om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. 96

15.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:591) om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor 96
15.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:588) om husläkare 96
15.8 Övriga lagförslag 97

Bilaga 1 Specialisttaxeutredningens sammanfattning av betänkandet Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare (SOU 1992:118) 98
Bilaga 2 Överenskommelse om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1994 101
Bilaga 3 Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om finansiering av Handikappinstitutet för år 1994 112
Bilaga 4 Lagrådsremissens lagförslag 113
Bilaga 5 Lagrådets yttrande 123

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde 28 oktober 1993 . 130
Rättsdatablad 131

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar regeringens förslag till
   - lag om läkarvårdsersättning,
   - lag om ersättning för sjukgymnastik,
   - lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
   - lag om ändring i lagen (1993:743) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
   - lag om ändring i lagen (1968:430) om mervärdeskatt,
   - lag om ändring i lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.,
   - lag om upphävande av lagen (1987:560) om skatteutjämningsavgift,
   - lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472),
   - lag om ändring i lagen (1993:590) om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.,
   - lag om ändring i lagen (1993:591) om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor,
   - lag om ändring i lagen (1993:588) om husläkare,
2. godkänner det som regeringen förordar angående försöksverksamheterna med alternativa ersättningssystem inom tandvården (avsnitt 14),
3. till *Bidrag till kvalitet i äldrevården* på tilläggsbudget till statsbudgeten för budgetåret 1993/94 under femte huvudtiteln anvisar ett reservationsanslag på 50 000 000 kr.

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till

Lag om läkarvårdsersättning

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om vissa ersättningar till läkare i privat verksamhet i den öppna hälso- och sjukvården och om patientavgifter i samband därmed (läkarvårdsersättning). Lagen gäller inte sådana läkare i privat verksamhet som omfattas av lagen (1993:588) om husläkare eller beträffande en läkare som avses i 5 §.

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

2 § Bestämmelserna i denna lag gäller vid vård av den som är bosatt i Sverige, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

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

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

Vårdavtal

5 § En läkare i privat verksamhet som ger vård enligt avtal med landstinget, får ta emot ersättning från landstinget på de villkor och enligt de grunder som landstinget och läkaren kommit överens om.

Landstingets ansvar m.m.

6 § Landstinget skall betala den läkarvårdsersättning som inte täcks av patientavgiften. Om vården har avsett en patient som inte är bosatt inom landstingets område, skall det landsting inom vars område patienten är bosatt svara för den utbetalda läkarvårdsersättningen, om inte landstingen kommer överens om något annat.

Allmän försäkringskassa får efter överenskommelse med landstinget ha hand om utbetalning av läkarvårdsersättning.

Särskilda krav på läkarverksamheten

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

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

Läkarvårdsersättning för mottagningsverksamhet i öppen vård för enskilda patienter skall lämnas även till läkare med kompetens som allmänpraktiserande läkare (Europaläkare) om landstinget har godtagit läkarens etablering inom landstingets område. Bestämmelserna i denna lag om läkare med specialistkompetens gäller i övrigt på motsvarande sätt för Europaläkare.

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

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

9 § Läkarvårdsersättning lämnas inte till en läkare som vid vårdtillfället har fyllt sjuttio år.

Läkarvårdsersättning lämnas inte heller till en läkare som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård.

Vikariat

10 § Om en läkare på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet, får en annan läkare som har samma specialitet eller en annan specialitet inom samma grupp av specialiteter och som uppfyller villkoren enligt 7 och 9 §§ för läkarvårdsersättning vikariera under frånvaron.

Anmälan och samråd m.m.

11 § En läkare som avser att bedriva verksamhet mot ersättning enligt denna lag skall anmäla sin avsikt till landstinget senast sex månader innan verksamheten påbörjas. Läkaren skall samråda med landstinget om sin kommande verksamhet.

12 § En läkare som bedriver verksamhet mot ersättning enligt denna lag skall underrätta landstinget minst sex månader före den tidpunkt då han eller hon avser att upphöra med eller flytta sin verksamhet till ett annat sjukvårdsområde.

13 § Bestämmelserna om anmälan enligt 11 och 12 §§ gäller inte för en vikarie som avses i 10 §. Anmälan behövs inte heller före eller efter ett tillfälligt uppehåll i läkarverksamheten.

14 § En läkare som får läkarvårdsersättning skall samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet.

Läkarvårdsersättningen

Gemensamma bestämmelser

15 § Läkarvårdsersättning för viss åtgärd skall lämnas med ett belopp som utgör skälig ersättning för läkarens arbete och kostnader. Ersättningen med undantag för del därav som avser läkarens kostnader för resor i samband med sjukbesök betalas som normalarvode, enkelt arvode eller särskilt arvode. Genom patientavgiften betalar patienten hela eller en del av arvodet, om inte något annat följer av 22 eller 24 §.

16 § Normalarvodet är ett enhetligt arvode för den huvudsakliga delen av den medicinska verksamhet som förekommer inom läkarens specialitet. Normalarvodet baseras på beräknade mottagningskostnader och årlig besöksvolym inom specialiteten. Enkelt arvode är ett lägre arvode för enklare undersökningar och behandlingar som utförs av läkaren eller under dennes överinseende. Åtgärder som är särskilt tids- eller kostnadskrävande ersätts med ett högre, särskilt arvode.

17 § Om det till en läkare och vikarie i dennes verksamhet under ett kalenderår har lämnats läkarvårdsersättning, för åtgärder som ersätts med normalt eller enkelt arvode, med ett belopp som motsvarar ersättningen för en full årsarbetstid inom specialiteten, lämnas därefter ersättning för sådana åtgärder med reducerade belopp. Reducerad ersättning lämnas högst till ett belopp som motsvarar en halv årsarbetstid (ersättningstak).

Bestämmelserna i första stycket hindrar inte läkaren att ge vård mot patientavgift som anges i 23 § första stycket första meningen.

Ersättning för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller angående abort eller sterilisering ingår inte i underlaget för de i första stycket angivna gränserna för ersättning.

18 § En läkare som bedriver verksamhet mot ersättning enligt denna lag får inte ge vård mot högre arvode än som följer av lagen eller en verkställighetsföreskrift.

19 § Landstinget är inte skyldigt att betala läkarvårdsersättning tidigare än sex månader efter anmälan enligt 11 §.

Om en läkare har fått läkarvårdsersättning med för högt belopp, får landstinget återkräva det belopp som felaktigt har utbetalats. Landstinget får i sådant fall i stället avräkna beloppet från annan fordran från läkaren på läkarvårdsersättning.

Om en läkare trots påminnelser vid upprepade tillfällen eller annars i väsentlig utsträckning begär läkarvårdsersättning med för höga belopp eller på annat felaktigt sätt, får landstinget sätta ned den samlade läkarvårdsersättning som begärs för viss tid till skäligt belopp.

Särskilda bestämmelser för vissa områden

20 § Till en läkare som etablerar sig på en ort inom stödområdena 1 eller 2 enligt förordningen (1990:642) om regionalpolitiskt företagsstöd eller inom kommunerna Nordanstig i Gävleborgs län, Krokom i Jämtlands län eller Nordmaling, Robertsfors eller Vännäs i Västerbottens län skall lämnas arvoden enligt 15 § med tjugo procents förhöjning. Vad nu sagts gäller dock inte om läkaren tagit över en motsvarande praktik.

Arvodeshöjning enligt första stycket skall betalas av landstinget. Efter två år från etableringen skall höjningen minskas med fem procentenheter årligen ner till fem procent.

Särskilda bestämmelser för vissa läkare

21 § Till en läkare som vid utgången av år 1993 var uppförd på en sådan förteckning som anges i 2 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i lagrummets lydelse före den 1 januari 1994 skall lämnas arvoden enligt 15 § med fem procents förhöjning. Höjningen skall betalas av landstinget.

Patientavgift

22 § För vård som ges av en läkare som får ersättning enligt denna lag får patienten avkrävas en patientavgift. Patientavgift får inte tas ut för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller angående abort eller sterilisering. Patientavgift får inte heller tas ut om detta framgår av särskilda föreskrifter.

Om patientavgift inte får tas ut tillämpas 6 § första stycket på motsvarande sätt.

23 § Patientavgift enligt denna lag får tas ut med högst 150 procent av den patientavgift som gäller inom samma landsting hos husläkare enligt lagen (1993:588) om husläkare. Om läkaren inte har rätt till förhöjd ersättning enligt 20 eller 21 § får patientavgift dock tas ut med högst 175 procent av patientavgiften hos husläkarna i landstinget.

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

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

24 § En patient som för en viss tid har uppnått kostnadsbefrielse enligt 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. är under samma tid befriad även från att betala patientavgifter enligt denna lag.

25 § Uppkommer kostnad med anledning av att en patient uteblivit från avtalat läkarbesök, får patientavgift som anges i 23 § första stycket första meningen ändå tas ut av patienten. Bestämmelserna i 24 § befriar inte patienten från avgift enligt denna bestämmelse.

Verksamhetsuppföljning

26 § En läkare som begär läkarvårdsersättning skall medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Läkaren skall årligen till Socialstyrelsen och landstinget lämna en redovisning med uppgifter om mottagningens medicintekniska utrustning, antalet patientbesök och vårdåtgärderna.

Verkställighetsföreskrifter

27 § Regeringen meddelar verkställighetsföreskrifter till denna lag.

---

1. Denna lag träder i kraft, i fråga om 7 § tredje stycket den dag regeringen bestämmer, och i övrigt den 1 januari 1994.

2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om ersättning till privatpraktiserande läkare som avser tid före ikraftträdandet.

3. För tiden fram till den 1 juli 1994 gäller utan hinder av 15 - 17, 20 och 21 §§ att en taxa som i huvudsak motsvarar bestämmelserna om arvoden i läkarvårdstaxan (1974:699) skall tillämpas vid bestämmandet av läkarvårdsersättning.

4. En läkare som vid ikraftträdandet är uppförd på sådan förteckning hos allmän försäkringskassa som anges i 2 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i lagrummets lydelse före den 1 januari 1994 kan få ersättning enligt denna lag utan anmälan enligt 11 § och utan hinder av bestämmelserna i 7 - 9 §§ med de inskränkningar som gäller enligt punkterna 5 och 6.

5. Till en läkare som omfattas av punkt 4 kan utan hinder av ålderskravet i 9 § första stycket lämnas läkarvårdsersättning till och med utgången av år 1999.

6. Om verksamheten hos en läkare som omfattas av punkt 4 ändras i väsentligt hänseende skall frågan om rätt till läkarvårdsersättning prövas enligt denna lag. En specialist i allmänmedicin som omfattas av punkt 4 men som går över till verksamhet som husläkare enligt lagen (1993:588) om husläkare får dock åter ta upp verksamhet enligt denna lag utan sådan prövning.

7. Till en läkare som omfattas av punkt 4 och som vid ikraftträdandet bedriver verksamhet inom något av de områden som anges i 20 § och därvid med stöd av övergångsbestämmelser till läkarvårdstaxan (1974:699) har rätt till förhöjda arvoden, skall landstinget lämna läkarvårdsersättning med motsvarande förhöjning.

8. Har anmälan enligt 11 § gjorts före den 1 april 1994 får verksamhet med läkarvårdsersättning utan hinder av den paragrafen och 19 § första stycket påbörjas tre månader efter anmälan.

2.2 Förslag till

Lag om ersättning för sjukgymnastik

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om vissa ersättningar till sjukgymnaster i privat verksamhet i den öppna hälso- och sjukvården och om patientavgifter i samband därmed (sjukgymnastikersättning). Lagen gäller inte beträffande en sjukgymnast som avses i 5 §.

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

2 § Bestämmelserna i denna lag gäller vid sjukgymnastisk behandling av den som är bosatt i Sverige, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

3 § Med sjukgymnastik avses i denna lag sjukgymnastisk behandling som är föranledd av skada eller sjukdom och som ges efter remiss av läkare.

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

Vårdavtal

5 § En sjukgymnast i privat verksamhet som ger sjukgymnastik enligt avtal med landstinget, får ta emot ersättning från landstinget på de villkor och enligt de grunder som landstinget och sjukgymnasten kommit överens om.

Landstingets ansvar m.m.

6 § Landstinget skall betala den sjukgymnastikersättning som inte täcks av patientavgiften. Om sjukgymnastiken har avsett en patient som inte är bosatt inom landstingets område, skall det landsting inom vars område patienten är bosatt svara för den utbetalda sjukgymnastikersättningen, om inte landstingen kommer överens om något annat.

Allmän försäkringskassa får efter överenskommelse med landstinget ha hand om utbetalning av sjukgymnastikersättning.

Särskilda krav på sjukgymnastverksamheten

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

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

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

9 § Sjukgymnastikersättning lämnas inte till en sjukgymnast som vid behandlingstillfället har fyllt sjuttio år.

Sjukgymnastikersättning lämnas inte heller till en sjukgymnast som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård.

Vikariat

10 § Om en sjukgymnast på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet, får en annan sjukgymnast som uppfyller villkoren enligt 7 och 9 §§ för sjukgymnastikersättning vikariera under frånvaron.

Anmälan och samråd m.m.

11 § En sjukgymnast som avser att bedriva verksamhet mot ersättning enligt denna lag skall anmäla sin avsikt till landstinget senast sex månader innan verksamheten påbörjas. Sjukgymnasten skall samråda med landstinget om sin kommande verksamhet.

12 § En sjukgymnast som bedriver verksamhet mot ersättning enligt denna lag skall underrätta landstinget minst sex månader före den tidpunkt då han eller hon avser att upphöra med eller flytta sin verksamhet till ett annat sjukvårdsområde.

13 § Bestämmelserna om anmälan enligt 11 och 12 §§ gäller inte för en vikarie som avses i 10 §. Anmälan behövs inte heller före eller efter ett tillfälligt uppehåll i verksamheten.

14 § En sjukgymnast som får sjukgymnastikersättning skall samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet.

Gemensamma bestämmelser

15 § Sjukgymnastikersättning för viss åtgärd skall lämnas med ett belopp som utgör skälig ersättning för sjukgymnastens arbete och kostnader. Ersättningen med undantag för del som avser sjukgymnastens kostnader för resor i samband med behandlingsbesök betalas som normalarvode, enkelt arvode eller särskilt arvode. Genom patientavgiften betalar patienten hela eller en del av arvodet, om inte något annat följer av 22 eller 23 §.

16 § Normalarvodet är ett enhetligt arvode för den huvudsakliga delen av behandlingarna i verksamheten. Normalarvodet baseras på beräknade mottagningskostnader och årlig besöksvolym i sjukgymnastisk verksamhet. Enkelt arvode är ett lägre arvode för enklare undersökningar och behandlingar. Åtgärder som är särskilt tids- eller kostnadskrävande ersätts med ett högre, särskilt arvode.

17 § Om det till en sjukgymnast och vikarie i dennes verksamhet under ett kalenderår har lämnats sjukgymnastikersättning, för åtgärder som ersätts med normalt eller enkelt arvode, med ett belopp som motsvarar ersättningen för en full årsarbetstid, lämnas därefter ersättning för sådana åtgärder med reducerade belopp. Reducerad ersättning lämnas högst till ett belopp som motsvarar en halv årsarbetstid (ersättningstak).

Bestämmelserna i första stycket hindrar inte sjukgymnasten att ge sjukgymnastik mot patientavgift.

18 § En sjukgymnast som bedriver verksamhet mot ersättning enligt denna lag får inte ge sjukgymnastik mot högre arvode än som följer av lagen eller en verkställighetsföreskrift.

19 § Landstinget är inte skyldigt att betala sjukgymnastikersättning tidigare än sex månader efter anmälan enligt 11 §.

Om en sjukgymnast har fått ersättning med för högt belopp, får landstinget återkräva det belopp som felaktigt har utbetalats. Landstinget får i sådant fall i stället avräkna beloppet från annan fordran från sjukgymnasten på sjukgymnastikersättning.

Om en sjukgymnast trots påminnelser vid upprepade tillfällen eller annars i väsentlig utsträckning begär sjukgymnastikersättning med för höga belopp eller på annat felaktigt sätt, får landstinget sätta ned den samlade sjukgymnastikersättning som begärs för viss tid till skäligt belopp.

Särskilda bestämmelser för vissa områden

20 § Till en sjukgymnast som etablerar sig på en ort inom stödområdena 1 eller 2 enligt förordningen (1990:642) om regionalpolitiskt företagsstöd eller inom kommunerna Nordanstig i Gävleborgs län, Krokom i Jämtlands län eller Nordmaling, Robertsfors eller Vännäs i Västerbottens län skall lämnas arvoden enligt 15 § med tjugo procents förhöjning. Vad nu sagts gäller dock inte om sjukgymnasten tagit över en motsvarande verksamhet.

Arvodeshöjning enligt första stycket skall betalas av landstinget. Efter två år från etableringen skall höjningen minskas med fem procentenheter årligen ner till fem procent.

21 § Till en sjukgymnast som vid utgången av år 1993 var uppförd på en sådan förteckning som anges i 2 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i lagrummets lydelse före den 1 januari 1994 skall lämnas arvoden enligt 15 § med fem procents förhöjning. Höjningen skall betalas av landstinget.

Patientavgift

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

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

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

23 § En patient som för en viss tid har uppnått kostnadsbefrielse enligt 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. är under samma tid befriad även från att betala patientavgifter enligt denna lag.

24 § Uppkommer kostnad med anledning av att en patient uteblivit från avtalat sjukgymnastbesök, får patientavgift ändå tas ut av patienten. Bestämmelserna i 23 § befriar inte patienten från avgift enligt denna bestämmelse.

Verksamhetsuppföljning

25 § En sjukgymnast som begär sjukgymnastikersättning enligt denna lag skall medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Sjukgymnasten skall årligen till Socialstyrelsen och landstinget lämna en redovisning med erforderliga uppgifter om behandlingsåtgärderna, mottagningens utrustning och antalet patientbesök.

26 § Regeringen meddelar verkställighetsföreskrifter till denna lag.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.

2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om ersättning till privatpraktiserande sjukgymnaster som avser tid före ikraftträdandet.

3. För tiden fram till den 1 juli 1994 gäller utan hinder av bestämmelserna i 15 - 17, 20 och 21 §§ att en taxa som i huvudsak motsvarar bestämmelserna om arvoden i förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling skall tillämpas vid bestämmandet av sjukgymnastikersättning enligt denna lag.

4. En sjukgymnast som vid ikraftträdandet är uppförd på en sådan förteckning hos allmän försäkringskassa som avses i 2 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i lagrummets lydelse före den 1 januari 1994 kan få sjukgymnastikersättning utan hinder av bestämmelserna i 7 - 9 och 11 §§ med de inskränkningar som gäller enligt punkterna 5 och 6.

5. Till en sjukgymnast som omfattas av punkt 4 kan utan hinder av ålderskravet i 9 § första stycket lämnas sjukgymnastikersättning till och med utgången av år 1999.

6. Om verksamheten hos en sjukgymnast som omfattas av punkt 4 ändras i väsentligt hänseende skall fråga om rätt till sjukgymnastikersättning prövas enligt denna lag.

7. Till en sjukgymnast som omfattas av punkt 4 och som vid ikraftträdandet bedriver verksamhet inom något av de områden som anges i 20 § och därvid med stöd av övergångsbestämmelser till förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling har rätt till förhöjda arvoden, skall landstinget lämna sjukgymnastikersättning med motsvarande förhöjning.

8. Vid anmälan enligt 11 § under tiden fram till den 1 april 1994 får verksamhet med sjukgymnastikersättning utan hinder av nämnda paragraf och 19 § första stycket påbörjas tre månader efter anmälan.

2.3 Förslag till

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

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring[1]

dels att 2 kap. 5 § skall upphöra att gälla,

dels att 2 kap. 1, 7 och 10 §§ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 kap.
	1 §[2]
Om skyldighet för *landstingskommun* och kommun som inte tillhör *landstingskommun* att erbjuda hälso- och sjukvård samt att ersätta kostnader för resor i samband med vård m. m. föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor. För denna vård och för den sjukvård som meddelas av annan vårdgivare samt för tandvård, liksom för kostnadsansvaret för resor i samband med vården, utges ersättning enligt vad nedan sägs.	Om skyldighet för *landsting* och kommun som inte tillhör *landsting* att erbjuda hälso- och sjukvård samt att ersätta kostnader för resor i samband med vård m. m. föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor. För denna vård och för den sjukvård som meddelas av annan vårdgivare samt för tandvård, liksom för kostnadsansvaret för resor i samband med vården, utges ersättning enligt vad nedan sägs.
I grunderna för ersättning enligt *2, 3 och 5* §§ kan regeringen dels bestämma den högsta patientavgift och, såvitt avser 3 *och 5* §§, det högsta arvode som får tas ut av en vårdgivare som är ansluten till försäkringen, dels meddela närmare föreskrifter för verksamhetens bedrivande hos vårdgivaren och om skyldighet för denne att lämna uppgifter om verksamheten. I grunderna för ersättning enligt 6 § kan regeringen bestämma den högsta resekostnad som den försäkrade skall svara för samt det lägsta belopp, som skall beräknas för kostnad för resa med bil som inte går i allmän trafik.	I grunderna för ersättning enligt *2 och 3* §§ kan regeringen dels bestämma den högsta patientavgift och, såvitt avser 3 §, det högsta arvode som får tas ut av en vårdgivare som är ansluten till försäkringen, dels meddela närmare föreskrifter för verksamhetens bedrivande hos vårdgivaren och om skyldighet för denne att lämna uppgifter om verksamheten. I grunderna för ersättning enligt 6 § kan regeringen bestämma den högsta resekostnad som den försäkrade skall svara för samt det lägsta belopp, som skall beräknas för kostnad för resa med bil som inte går i allmän trafik.

[1] Lagen omtryckt 1982:120.
Senaste lydelse av 2 kap. 5 § 1984:686.

[2] Senaste lydelse 1991:420.

7 §[3]

Har arbetsgivare för sjöman jämlikt sjömanslagen (1973:282) haft att vid sjömans sjukdom vidkännas kostnad som avses i 2 – *5* §§, äger han hos allmän försäkringskassa erhålla gottgörelse för kostnaden enligt bestämmelserna i denna lag.	Har arbetsgivare för sjöman jämlikt sjömanslagen (1973:282) haft att vid sjömans sjukdom vidkännas kostnad som avses i 2 – *4* §§, äger han hos allmän försäkringskassa erhålla gottgörelse för kostnaden enligt bestämmelserna i denna lag.

10 §[4]

Frågor om sjukvårdsersättning prövas i andra fall än som avses i andra stycket av den allmänna försäkringskassa, hos vilken den försäkrade är inskriven eller skulle ha varit inskriven, om han uppfyllt åldersvillkoret i 1 kap. 4 §. Denna försäkringskassa får dock uppdra åt en annan försäkringskassa att pröva sådana frågor.

Frågor om sjukvårdsersättning enligt 2, *3 och 5* §§ samt ersättning enligt 4 § som inte hänför sig till visst vårdtillfälle prövas av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde vårdgivaren bedriver sin verksamhet. Detsamma gäller sjukvårdsersättning i övrigt i de fall där den försäkrade inte är och inte heller under den förutsättning som sagts i första stycket skulle ha varit inskriven hos allmän försäkringskassa.	Frågor om sjukvårdsersättning enligt 2 *och 3* §§ samt ersättning enligt 4 § som inte hänför sig till visst vårdtillfälle prövas av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde vårdgivaren bedriver sin verksamhet. Detsamma gäller sjukvårdsersättning i övrigt i de fall där den försäkrade inte är och inte heller under den förutsättning som sagts i första stycket skulle ha varit inskriven hos allmän försäkringskassa.

Frågor om avgift enligt 12 – 12 b §§ prövas av den försäkringskassa hos vilken den försäkrade är inskriven.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.
2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om ersättning enligt 2 kap. 5 § som avser tid före ikraftträdandet.

[3] Senaste lydelse 1991:420.
[4] Senaste lydelse 1990:1466.

2.4 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1993:743) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 6 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i lagrummets lydelse enligt lagen (1993:743) om ändring i nämnda lag skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
6 §	
För resekostnader i samband med läkarvård eller annan sjukvårdande behandling, som avses i 2 *eller 5* §, eller sjukhusvård enligt 4 §, utges ersättning enligt grunder som regeringen fastställer. Detsamma gäller resekostnader i samband med	För resekostnader i samband med läkarvård eller annan sjukvårdande behandling, som avses i 2 §, eller sjukhusvård enligt 4 §, utges ersättning enligt grunder som regeringen fastställer. Detsamma gäller resekostnader i samband med

1. tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappad,
2. tandvård som avses i 3 §,
3. besök med anledning av sjukdom hos läkare inom studerandeorganisationernas hälsovård, för vilken statsbidrag betalas ut av högskolestyrelse,
4. konvalescentvård som lämnas i konvalescenthem som har tagits upp på förteckning som fastställs av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer,
5. besök för sjukvårdande behandling som ges i omedelbart samband med insats enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
6. besök för sjukvårdande behandling som ges med stöd av bestämmelserna om den kommunala hälso- och sjukvården i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
7. besök för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som ges med stöd av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård.

Ersättning för sjuktransporter utges enligt grunder som regeringen fastställer.

2.5 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1968:430) om mervärdeskatt

Härigenom föreskrivs att anvisningarna till 8 § lagen (1968:430) om mervärdeskatt skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	Anvisningar till 8 §[1]
1. Med sjukvård förstås åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar, kroppsfel och skador samt vård vid barnsbörd, om åtgärderna avser vård vid sjukhus eller annan inrättning som drivs av det allmänna eller vid inrättning som avses i 1 § stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m.m. Som sjukvård skall även anses *vård av sådan beskaffenhet som berättigar till sjukvårdsersättning enligt 2 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring samt* vård som i övrigt tillhanahålls av någon med särskild legitimation att utöva yrke inom hälso- och sjukvården. Med sjukvård jämställs medicinskt betingad fotvård.	1. Med sjukvård förstås åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar, kroppsfel och skador samt vård vid barnsbörd, om åtgärderna avser vård vid sjukhus eller annan inrättning som drivs av det allmänna eller vid inrättning som avses i 1 § stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m.m. Som sjukvård skall även anses vård som i övrigt tillhandahålls av någon med särskild legitimation att utöva yrke inom hälso- och sjukvården. Med sjukvård jämställs medicinskt betingad fotvård.

Undantaget beträffande sjukvård omfattar, förutom varor och tjänster som tillhandahålls vårdtagaren direkt av vårdgivaren, även sådana kontroller och analyser av prov som tillhandahålls vårdgivaren av annan som ett led i sjukvården. Undantaget avser inte vård av djur.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.
2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande för tid före ikraftträdandet.

[1] Senaste lydelse 1993:642.

2.6 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
1 §[1]	
Staten, *landstingskommun* och kommun erhåller ersättning från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring för rådgivning som lämnas i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering. *Ersättning för sådan rådgivning som avses i första stycket utges även till läkare som är uppförd på en av den allmänna försäkringskassan upprättad förteckning.*	Staten, *landsting* och kommun erhåller ersättning från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring för rådgivning som lämnas i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.
2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande för tid före ikraftträdandet.

[1] Senaste lydelse 1988:45.

2.7 Förslag till

Lag om upphävande av lagen (1987:560) om skatteutjämningsavgift

Härigenom föreskrivs att lagen (1987:560) om skatteutjämningsavgift skall upphöra att gälla vid utgången av år 1993. Den upphävda lagen tillämpas dock fortfarande för år 1993 och tidigare år.

2.8 Förslag till

Lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472)

Härigenom föreskrivs att 10, 63 och 64 §§ smittskyddslagen (1988:1472) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
10 §	
Varje */k/ läkare */-k/ skall i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet vara uppmärksam på förekomsten av samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas. Om läkaren har kompetens för uppgiften och inte är förhindrad att utföra den, är läkaren skyldig att undersöka den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom samt att behandla den som för smitta av en sådan sjukdom. Undersöknings- och behandlingsskyldigheten gäller dock *inte en privat verksam läkare som inte är ansluten till sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.*	Varje */k/ läkare */-k/ skall i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet vara uppmärksam på förekomsten av samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas. Om läkaren har kompetens för uppgiften och inte är förhindrad att utföra den, är läkaren skyldig att undersöka den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom samt att behandla den som för smitta av en sådan sjukdom. Undersöknings- och behandlingsskyldigheten gäller dock *för en läkare i privat verksamhet endast om läkaren är husläkare enligt lagen (1993:588) om husläkare eller får ersättning enligt lagen (1993:000) om läkarvårdsersättning.*
63 §	
All undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten inom *den landstingskommunala hälso- och sjukvården.*	All undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten inom *landstingets hälso- och sjukvård.*
En undersökning som utförs av en *privat verksam läkare* för att utreda om någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är gratis för patienten, om läkaren är *ansluten till sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.*	En undersökning som utförs av en *läkare i privat verksamhet* för att utreda om någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är gratis för patienten, om läkaren är *husläkare enligt lagen (1993:588) om husläkare eller får ersättning enligt lagen (1993:000) om läkarvårdsersättning.*

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

Bestämmelserna i denna paragraf om gratis förmåner för patienter gäller den som är sjukförsäkrad enligt lagen om allmän försäkring.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
64 §	
Landstingskommunen svarar för kostnader för åtgärder som avses i 63 § första *stycket* samt för kostnader för läkemedel som avses i 63 § tredje stycket och som förordnas inom den egna verksamheten.	*Landstinget* svarar för kostnader för åtgärder som avses i 63 § första *och andra styckena* samt för kostnader för läkemedel som avses i 63 § tredje stycket och som förordnas inom den egna verksamheten.

Staten svarar för övriga kostnader som följer av 63 §.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.
2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande för kostnader som har uppkommit före ikraftträdandet.

2.9 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1993:590) om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

Härigenom föreskrivs att 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. i lagrummets lydelse enligt lagen (1993:590) om ändring i nämnda lag skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 §	
Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har köpt prisnedsatta eller andra läkemedel som avses i 3 § eller har erlagt patientavgift för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som avses i 2 kap. 2 *och* 5 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring eller för vård eller behandling enligt lagen (1993:588) om husläkare är han befriad från att därefter betala för utskrivna läkemedel. Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från det första vårdtillfället, behandlingstillfället eller läkemedelsinköpet.	Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har köpt prisnedsatta eller andra läkemedel som avses i 3 § eller har erlagt patientavgift för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som avses i 2 kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäkring eller för vård eller behandling enligt lagen (1993:588) om husläkare, *lagen (1993:000) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:000) om ersättning för sjukgymnastik* är han befriad från att därefter betala för utskrivna läkemedel. Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från det första vårdtillfället, behandlingstillfället eller läkemedelsinköpet.

För kostnadsbefrielse enligt första stycket fordras att prisnedsatta läkemedel har inköpts för eller patientavgifter erlagts med sammanlagt minst 1 600 kronor. Om ett landsting eller en kommun som inte ingår i ett landsting har beslutat att för sin del tillämpa ett lägsta belopp som understiger 1 600 kronor, skall i stället det beloppet gälla för kostnadsbefrielse enligt första stycket för den som är bosatt inom landstinget respektive kommunen.

Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 16 år i sin vård, får barnen gemensamt kostnadsbefrielse när utgifterna för vårdtillfällen, behandlingstillfällen och läkemedelsinköp för barnen sammanlagt uppgår till vad som sägs i andra stycket.

Kostnadsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 16 år.

Med förälder avses även fosterförälder. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift eller har eller har haft barn med föräldern.

2.10 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1993:591) om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor i lagrummets lydelse enligt lagen (1993:591) om ändring i nämna lag skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
1 §	
Landsting och kommuner som inte tillhör något landsting (sjukvårdshuvudmän) skall, i fråga om personer som omfattas av sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lämna ersättning för resekostnader	
1. enligt 2 kap. 6 § nämnda lag,	
2. i samband med rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.,	
3. vid resor till och från sjukhus eller läkare som föranleds av en undersökning enligt förordningen (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtande m. m.	
I fråga om resekostnader enligt första stycket 2 skall ersättning lämnas även när rådgivningen bedrivs av organisationer med Socialstyrelsens tillstånd.	
För resekostnader som avses i 2 kap. 6 § första stycket första meningen lagen om allmän försäkring behöver ersättning lämnas endast om vården eller behandlingen getts med anledning av sjukdom eller förlossning.	
Sjukvårdshuvudmännen skall också lämna ersättning för resekostnader vid vård eller behandling som getts enligt lagen (1993:588) om husläkare med anledning av sjukdom eller förlossning.	Sjukvårdshuvudmännen skall också lämna ersättning för resekostnader vid vård eller behandling som getts enligt lagen (1993:588) om husläkare med anledning av sjukdom eller förlossning, *vid vård enligt lagen (1993:000) om läkarvårdsersättning och vid sjukgymnastik enligt lagen (1993:000) om sjukgymnastikersättning.*

2.11 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1993:588) om husläkare

Härigenom föreskrivs att 20, 21 och 24 §§ lagen (1993:588) om husläkare skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
20 §	
Ersättning till en husläkare för uppgifter enligt 9 och 10 §§ skall till övervägande del bestå av ett bestämt belopp för varje person som är förtecknad hos husläkaren (individersättning). Denna ersättning betalas av landstinget.	
Husläkarersättningen består i övrigt av ersättning för besök eller annan åtgärd (besöksersättning) som betalas av patienten (patientavgift) eller av landstinget.	Husläkarersättningen består i övrigt av ersättning för besök eller *motsvarande* åtgärd (besöksersättning) som betalas av patienten (patientavgift) eller av landstinget. *Husläkarersättningen kan slutligen bestå av särskild ersättning för åtgärder som kräver medicinsk kompetens eller utrustning utöver vad en husläkare vanligen har (åtgärdsersättning).*
21 §	
Landstinget fastställer hur individersättning och besöksersättning skall beräknas. Beräkningen skall ske enligt samma grunder för alla husläkare i sjukvårdsområdet eller del av detta.	Landstinget fastställer hur individersättning och besöksersättning skall beräknas. Beräkningen skall ske enligt samma grunder för alla husläkare i sjukvårdsområdet eller del av detta. *Regeringen meddelar verkställighetsföreskrifter rörande husläkarersättningen.*
24 §	
Om en husläkare inte uppfyller kravet i 12 § första meningen är landstinget inte längre skyldigt att betala husläkarersättning.	Om en husläkare inte uppfyller kravet i 12 § första meningen är landstinget inte längre skyldigt att betala husläkarersättning. *Sådan skyldighet föreligger inte heller för vård eller behandling som ges av en husläkaren sedan han eller hon fyllt sjuttio år.*

3 Ärendet och dess beredning

Riksdagen beslutade under våren 1992 om betydande förändringar i statsbidragssystemet för kommuner och landsting. Besluten grundade sig på regeringens förslag i kompletteringspropositionen för budgetåret 1992/93. Dessa förslag byggde på Kommunalekonomiska kommitténs betänkande Kommunal ekonomi i samhällsekonomisk balans – statsbidrag för ökat handlingsutrymme och nya samarbetsformer (SOU 1991:98) och utgick från att kravet på samhällsekonomisk balans bör vara överordnat andra krav och styra bedömningen av det ekonomiska utrymmet till den kommunala sektorn. Dessutom måste rollfördelningen mellan staten resp. kommuner och landsting vad gäller uppgifter och ekonomi vara tydlig.

Riksdagens beslut innebar en väsentligt minskad rundgång av medel mellan stat och landsting under år 1993. Det innebar också att riksdagen för det året fastställde en utgiftsram i fråga om ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen på 6 995 milj. kr.

I regeringens kompletteringsproposition för år 1993/94 (prop. 1992/93:150 bil.4) aviserades ytterligare ändringar i bidragssystemet för att skapa en nettoström av medel från staten till landstingen. Föredragande statsrådet framhöll att en sådan förändring förutsatte att sjukvårdshuvudmännen övertar såväl det direkta finansieringsansvaret som administrationen av ersättningarna till de försäkringsanslutna privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna från sjukförsäkringen och försäkringskassorna. Han konstaterade också att en sådan åtgärd skulle skapa goda förutsättningar för en avveckling av nuvarande etableringsbegränsningar för specialistläkare den 1 januari 1994. Riksdagen beslöt i enlighet med regeringens förslag och fastställde en utgiftsram på 2 703 milj. kr för år 1994 att fördela mellan sjukvårdshuvudmännen.

De nu beslutade förändringarna av systemet med bidrag från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen har inte enbart målet att renodla kostnadsansvar och betalningsströmmar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. De skall också ses i ett vidare hälso- och sjukvårdspolitiskt perspektiv. Regeringen har i olika sammanhang uttalat sina ambitioner att vidareutveckla hela den öppna vården. Vi eftersträvar ett breddat vårdutbud och en ökad valfrihet för patienten och har därför i regeringsförklaringarna uttalat att etableringsfrihet skall införas stegvis för läkare. I kompletteringspropositionen för budgetåret 1993/94 har vi vidare framfört att en motsvarande avreglering bör övervägas för de privatpraktiserande sjukgymnasterna. Detta förändringsarbete är också motiverat av den medicintekniska utvecklingen med tillkomsten av nya operationsmetoder och läkemedel.

Ett viktigt led i omstruktureringen av hälso- och sjukvården är det nationella system med husläkare som skall införas med början den 1 januari 1994. De privata husläkare som uppfyller kraven i lagen (1993:588) om husläkare har rätt att etablera sig och erhålla ersättning från landstinget. För övrig öppen läkarvård i privat regi krävs för

närvarande sjukvårdshuvudmannens tillstånd för att privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster skall kunna etablera verksamhet med ersättning från det offentliga ersättningssystemet via försäkringskassorna.

En avveckling av dessa etableringsbegränsningar måste ske på ett sådant sätt att den ger den enskilde patienten reell valfrihet i sitt vårdsökande. Den måste vidare ske med beaktande av målen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att vården skall ges på lika villkor för hela befolkningen och vara av god kvalitet. Det är också ett krav att en avveckling av etableringsbegränsningarna utformas så att finansiären ges rimliga möjligheter att förutse och kontrollera kostnaderna för privatpraktikernas verksamhet. Ett annat krav är att avregleringen inte sker på ett sådant sätt att sjukvårdshuvudmännen i realiteten fråntas möjligheten att fullgöra sitt i lag fastlagda planeringsansvar för hälso- och sjukvården. Av detta drar vi slutsatsen att fri anslutning till det offentliga ersättningssystemet inte kan införas utan att vårdgivaren uppfyller vissa villkor för sin verksamhet som privatpraktiserande läkare resp. sjukgymnast.

Regeringen tillsatte våren 1992 en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av läkarvårdstaxan (1974:699), eftersom denna i olika avseenden bedömts vara såväl föråldrad som kostnadsdrivande. Utredaren lämnade hösten 1992 sitt betänkande Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare (SOU 1992:118). En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 1*. Huvudpunkten i förslaget är att en ny ersättningsmodell skall införas som bygger på tre arvodesgrupper i stället för nuvarande sju samt att ett ekonomiskt tak införs för varje specialitet som omfattas av taxan. Syftet med konstruktionen är att göra det möjligt att i förväg kunna beräkna kostnaderna för den vård som ges av försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare. Betänkandet har remissbehandlats och remissinstanserna har varit i stort sett positiva till den föreslagna taxekonstruktionen. En förteckning över remissinstanserna samt en sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig hos Socialdepartementet (dnr S92/9235/F).

Som ett led i den fortsatta beredningen av frågan om ett ändrat ersättningssystem uppdrog regeringen den 24 juni 1993 åt Riksförsäkringsverket (RFV) att med bl.a. utgångpunkt från översynens förslag och framförda remissynpunkter utarbeta förslag till en ny läkarvårdstaxa. RFV har nyligen redovisat sitt uppdrag till regeringen. Verket kommer också att under hösten 1993 påbörja en översyn av taxan för privatpraktiserande sjukgymnaster, den s.k. behandlingstaxan (1976:1018), i syfte att harmonisera konstruktionen av denna med den nya läkarvårdstaxan.

Lagrådet

Regeringen beslutade den 30 september 1993 att inhämta Lagrådets yttrande över de lagförslag som finns i *bilaga 4*. Lagrådets yttrande finns i *bilaga 5*.

Lagrådet har inte motsatt sig förslagen men föreslagit vissa ändringar i främst förtydligande syfte. Lagrådet har också tagit upp frågor om den föreslagna regleringens förenlighet med EES-avtalet och om regeringens möjligheter att genom verkställighetsföreskrifter komplettera materiella lagbestämmelser om skyldighet att utge kostnadsersättningar.

Regeringen, som i huvudsak har följt Lagrådets förslag, återkommer till Lagrådets synpunkter i specialmotiveringen. Av de lagförslag som tillkommit faller förslagen under 2.5 och 2.8 under Lagrådets granskningsområde. Förslagens beskaffenhet är dock av sådan art att Lagrådets yttrande inte behöver inhämtas.

4 Bakgrund

4.1 Den öppna hälso- och sjukvården

4.1.1 Svensk hälso- och sjukvård - organisation och tradition

En grundläggande princip i den svenska hälso- och sjukvården är sedan länge att all yrkesmässigt bedriven hälso- och sjukvård, oavsett vem som är huvudman och praktiskt utför verksamheten, skall stå under offentlig insyn, tillsyn och kontroll. Samtidigt utförs av tradition den helt övervägande delen av hälso- och sjukvårdens tjänster i vårt land av offentliga institutioner med offentligt anställd personal.

Den öppna offentliga läkarvården har sina rötter i det svenska medicinalväsende som tillkom under andra delen av 1600-talet. År 1663 etablerades föregångaren till Socialstyrelsen - "Collegium medicorum". Tjugofem år senare infördes de första förordningar, som reglerade provinsial- och stadsläkarnas verksamhet i Sverige och då även i Finland. Provinsialläkarna arbetade på landsbygden och stadsläkarna i städerna.

Antalet läkartjänster var fram till 1900-talet mycket begränsat. Vid sekelskiftet år 1700 fanns det bara nio sådana läkare i landet inkl. Finland. I början av 1800-talet uppskattades antalet läkare i Sverige till ca 300 varav de flesta arbetade i städerna. Ute i landet där 90 % av befolkningen bodde fanns sammanlagt 37 läkare, dvs. en eller två i varje län.

Den historiska utvecklingen av hälso- och sjukvårdens organisation utgör bakgrunden till läkarkårens professionella och administrativa ställning i vårt land. De politiskt självständiga landstingen har stora möjligheter att utforma hälso- och sjukvården efter lokala behov och förutsättningar inom ramen för gällande lagstiftning. Läkarna ingår som anställda arbetstagare i administrationen och deltar i planering och utvecklingssarbete genom uppdrag baserade på individuell kompetens och liksom all annan personal i kraft av lagen om medbestämmande i arbetslivet (MBL). Endast en mindre andel av läkarna är verksamma

inom den privata sektorn. Utbildningskontrollen och hanteringen av disciplinärenden ligger inom den offentliga sfären.

Detta innebär dock inte att läkarkårens inflytande har varit eller är svagt vad gäller hälso- och sjukvårdssystemets funktion och planering – tvärtom. Som en kompetent och medveten aktör inom hälso- och sjukvården har den haft ett både formellt och informellt stort inflytande på administrationen. Sveriges Läkarförbund har en såväl accepterad som stark ställning och är representerat i utredningar och styrelser. I sjukvårdssystemet har läkarna haft möjlighet att förbehålla sig rätten att själva bestämma över sina medicinska beslut och att disponera över sin egen arbetstid utanför kontraktet med systemets arbetsgivare.

4.1.2 Den öppna vården under 1900-talet

Vid mitten av 1940-talet fanns det över 800 provinsialläkare samt stads- och stadsdistriktsläkare i landet. Dessutom hade privatläkare börjat etablera sig, huvudsakligen i de största städerna. Antalet privatläkare uppskattades till drygt 500. Vid denna tid var fler läkare verksamma utanför sjukhus än vid sjukhus och andra inrättningar för sluten vård, trots att vården vid kroppssjukhusen hade expanderat kraftigt sedan landstingen inrättades på 1860-talet.

Efter andra världskrigets slut började behovet av att reformera den öppna vården diskuteras. I utredningen Den öppna läkarvården i riket (SOU 1948:14) presenterades ett flertal förslag. Grundtanken var att skapa s.k. hälsocentraler avsedda för både sjuka och friska och som skulle omfatta såväl sjukvårdens öppna mottagningar som fristående tjänsteläkarmottagningar som centrum för både specialiserad och allmänmedicinsk öppenvård. Dessa samhällets hälsocentraler skulle tillhandahålla tillräckligt många läkare för att hela befolkningen skulle kunna erbjudas kostnadsfri öppen hälso- och sjukvård. Den enskilde skulle även fortsättningsvis ha full frihet att söka privatsjukvård.

Förslagen väckte starkt motstånd såväl från landstingen som från läkare och kom inte att realiseras. I stället inriktades reformarbetet på att införa en allmän sjukförsäkring. Denna trädde i kraft år 1954.

Under 1950-talet inleddes en kraftig expansion av sjukhusvården. Eftersom det rådde stor brist på läkare till följd av en alltför låg utbildningskapacitet kom under 1950-talet den statliga öppenvårdsorganisationen att kraftigt försvagas. Det var svårt att rekrytera läkare till den öppna vården. Den gamla tidens hembesök hos patienten och dennes familj kom nästan att upphöra helt.

Den snabba expansionen av sjukhusväsendet väckte krav på genomgripande reformer. Det statliga huvudmannaskapet för viktiga delar av sjukvården ifrågasattes. Den s.k. ÖHS-kommittén fick i uppdrag att göra en bred översyn av hälso- och sjukvården i riket. Kommittén presenterade år 1958 betänkandet Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958:15) och föreslog en huvudmannaskapsreform för provinsialläkarväsendet. Som motiv för en sådan angavs bl.a. att det behövdes en rationell arbetsfördelning mellan sjukhusen och

den öppna vården och att mer öppenvård skulle minska behovet av sjukhusutbyggnad. ÖHS-kommitténs förslag kom inte att genomföras i sin helhet, men huvudmannaskapet för provinsialläkarväsendet överfördes år 1963 från staten till sjukvårdshuvudmännen.

Efterkrigstidens utveckling befäste den i Sverige rådande ordningen med en i huvudsak offentligt producerad hälso- och sjukvård. De offentliga sjukhusen dominerade helt inom den slutna vården, och antalet sjukhusläkare i landet ökade under perioden 1950 - 1985 från nära 3 000 till över 16 000.

Även inom den öppna offentliga vården ökade antalet läkare under samma tidsperiod men inte i lika hög grad - från ca 850 till drygt 2 000 år 1985. Samtidigt hade de heltidsarbetande privatpraktiserande läkarnas antal stagnerat och uppgick år 1985 till något fler än 600.

Den öppenvård som i dag bedrivs sker till största delen i offentlig regi inom primärvården och i viss utsträckning även vid de öppna mottagningarna vid vissa sjukhuskliniker. Privat öppenvård bedrivs huvudsakligen genom att vårdgivaren är ansluten till den allmänna sjukförsäkringen eller att denne har träffat vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen.

4.1.3 Aktuella förändringar och utvecklingstendenser

Under de senaste tjugo åren har det rått stor politisk enighet i Sverige om att den öppna vården/primärvården skall utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet. I ett internationellt perspektiv har Sverige fortfarande ett stort antal platser i sluten vård i relation till antalet invånare. Trots de satsningar som gjorts under de senaste decennierna - särskilt under 1980-talet - för att utveckla den öppna vården och primärvården i enlighet med riksdagens uttalade riktlinjer används fortfarande huvuddelen av de samlade hälso- och sjukvårdsresurserna till sluten vård och till läns- och regionsjukvård. År 1991, dvs. före den s.k. Ädel-reformens genomförande, avsåg 29 % av de samlade kostnaderna primärvård (LKELP 92, Bokslutsstatistik 1991, Ekonomi), varav knappt hälften avsåg öppen vård. Mer än två tredjedelar av kostnaderna avsåg läns- och regionsjukvård, varav 7 % redovisades för öppen somatisk vård och 2 % för öppen psykiatrisk vård. Fördelningen mellan öppen resp. sluten vård var därmed 23 resp. 77 % detta år. Det innebar också att nästan 40 % av kostnaderna för den öppna vården avsåg insatser inom läns- och regionsjukvården.

En jämförelse med motsvarande uppgifter från år 1989 visar att en lägre andel av de samlade bruttokostnaderna för verksamheter inom hälso- och sjukvården togs i anspråk för primärvården år 1991. En smärre förskjutning tycks dock ha skett i riktning mot en kostnadsmässigt större andel somatisk öppenvård inom läns- och regionsjukvården. Samtidigt hade den öppna primärvården minskat sin andel av de samlade bruttokostnaderna med ett par procentenheter.

För att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i den öppna vården började flera landsting i början av 1990-talet att diskutera möjligheterna att införa ett husläkar-/familjeläkarsystem. I ett par landsting infördes sådana inom vissa delar av resp. landstingsområde. Vid årsskiftet 1992/93 hade 17 sjukvårdshuvudmän beslutat att införa ett sådant system.

Våren 1993 beslutade riksdagen att ett husläkarsystem, utformat enligt vissa nationella grundprinciper, skall införas successivt i hela landet fr.o.m. den 1 januari 1994 för att vara fullt utbyggt vid utgången av år 1995. Denna reform kommer att ha stor betydelse för den fortsatta utvecklingen av den öppna vården och ge förutsättningar för att alla invånare i landet skall kunna erbjudas en god och lätt tillgänglig vård. Reformen kommer också att radikalt ändra förutsättningarna för öppen vård i privat regi. Reformen innebär bl.a. att husläkarmottagningarna, oavsett driftsform, skall verka på lika villkor och med samma verksamhetsinnehåll inom ett givet geografiskt område. Husläkarna kommer därför att få större möjligheter att välja i vilken form de vill driva sin verksamhet under förutsättning att sjukvårdshuvudmännen erbjuder anställningar som husläkare.

Befolkningens valfrihet har spelat en central roll vid utformandet av husläkarsystemet. Det ligger stort värde i att den enskilde själv kan bestämma vem han vill vända sig till i frågor som rör hans hälsa. Sådana kontakter kräver av naturliga skäl en relation som bygger på förtroende och kontinuitet. Den enskildes valfrihet ökar också genom att han kommer att ha möjlighet att välja mellan olika läkare med skilda driftsformer för sin verksamhet.

Ändrade hälsoproblem och nya behandlingsmetoder

Hälsoproblemen förändras över tiden. Infektionssjukdomarna var de stora folksjukdomarna i början av 1900-talet. I dag ägnas stor uppmärksamhet åt bl.a. belastningssjukdomar och allergier men också åt vissa cancerformer. Vilka som blir morgondagens folksjukdomar vet vi inte i dag, men många förutspår att sjukdomar av psykosomatisk karaktär kommer att öka i omfattning. Dessa sjukdomar torde i stor utsträckning och med fördel kunna behandlas inom de öppna vårdformerna och beredskapen för sådana insatser måste utvecklas.

Ändrade behandlingsmetoder påverkar också relationen mellan öppen och sluten vård. Nya tekniker inom kirurgi och anestesi gör det möjligt att snabbt öka antalet polikliniskt utförda operationer – s.k. dagkirurgi. Många andra länder, t.ex. Canada och USA, utnyttjar dagkirurgins möjligheter i större utsträckning än Sverige. Men även här sker utvecklingen snabbt för närvarande. Ca 50 % av alla operativa ingrepp beräknas kunna ske polikliniskt i en nära framtid. Flera privata vårdgivare har tillägnat sig de nya teknikerna och arbetar i ökad utsträckning inom sina resp. specialiteter med kvalificerade behandlingsinsatser.

De rådande ekonomiska förutsättningarna för den offentliga sektorn och för hälso- och sjukvården ställer mycket höga krav på att tillgängliga resurser används på bästa möjliga sätt. Vård i öppna vårdformer är oftast mindre resurskrävande än sluten vård. Öppen vård kan också fördelas bättre över landet och därmed bli lättare att nå för en större del av befolkningen. Därför är det angeläget att tillgängliga resurser successivt fördelas om från i första hand länssjukvården till den öppna vården så att de möjligheter som i dag finns att ge en kvalitativt god och effektiv vård i sådana vårdformer utnyttjas fullt ut och målen i HSL uppnås.

4.2 Gällande system för ersättning till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster

4.2.1 Allmänt

Enligt 2 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) utges ersättning från den allmänna försäkringen för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling med anledning av sjukdom som lämnas av läkare eller sjukgymnast om dessa är uppförda på en av den allmänna försäkringskassan upprättad förteckning. Ersättningen utges enligt grunder som regeringen fastställer för högst två år i sänder efter förslag av Riksförsäkringsverket (RFV). Regeringen får meddela föreskrifter om i vilken omfattning privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster skall vara uppförda på de allmänna försäkringskassornas förteckningar. Föreskrifter om ersättning och uppförande på förteckningar finns i läkarvårdstaxan (1974:699) och förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling.

Från sjukförsäkringen lämnas invånar- och behovsbaserad ersättning till sjukvårdshuvudmännen för bl.a. öppen hälso-och sjukvård i form av allmän sjukvårdsersättning. Den nuvarande konstruktionen av ersättningssystemet för försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster innebär att försäkringskassan vid utbetalning av allmän sjukvårdsersättning till en sjukvårdshuvudman skall frånräkna det belopp som motsvarar under närmast föregående år utbetalade försäkringsersättningar till de försäkringsanslutna vårdgivare som var verksamma inom huvudmannens geografiska område. Den allmänna sjukvårdsersättningen innefattar dessutom kompensation för röntgen- och laboratorieundersökningar som sker efter remiss från försäkringsanslutna läkare vilka således inte debiteras någon kostnad för dessa undersökningar.

De försäkringsanslutna vårdgivarna debiterar arvode enligt av regeringen fastställda taxor. Arvodet utgörs av läkarvårds- resp. behandlingsersättning samt patientavgift. Läkarvårds- och behandlingsersättningen utbetalas av den försäkringskassa inom vars område läkaren eller sjukgymnasten är verksam. Patientavgiften skall vara densamma hos privatpraktiserande försäkringsansluten läkare och sjukgymnast som hos

motsvarande vårdgivare inom den offentliga öppna vården. Det är sjukvårdshuvudmannen som fastställer patientavgiften.

4.2.2 Regelsystemet i läkarvårdstaxan

Läkarvårdstaxan avser sådan vård som ges med anledning av sjukdom samt rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. som lämnas av försäkringsansluten privatpraktiserande läkare. I taxan finns bestämmelser om anslutning till försäkringen samt om arvoden och patientavgifter. Dessutom finns vissa särskilda bestämmelser av administrativt slag, sanktioner, bestämmelser om rätt för RFV att utfärda närmare föreskrifter m.m. samt övergångsbestämmelser.

Bestämmelserna om anslutning innebär att en privatpraktiserande läkare förs upp på den försäkringskassas förteckning inom vars verksamhetsområde han bedriver läkarvård under förutsättning att han åtagit sig att följa taxans bestämmelser och sjukvårdshuvudmannen tillstyrkt att han förs upp på förteckningen. För läkare som har för avsikt att bedriva heltidspraktik görs i tre fall undantag från kravet på tillstyrkan från huvudmannen.

Det gäller för det första fall när läkare övertar en befintlig praktik från en kollega som är försäkringsansluten och den övertagande läkaren driver praktiken vidare med i huvudsak oförändrad inriktning. Det gäller också när läkare etablerar 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 fallet avser läkare som vikarierar för en ansluten läkare.

En läkare som är anställd hos sjukvårdshuvudman får inte föras upp på förteckning om läkarens veckoarbetstid är 17 timmar eller mer (s.k. läkarpsykoanalytiker lägst 20 timmar) hos huvudmannen. Om en läkare som är ansluten till försäkringen ökar sin veckoarbetstid hos huvudmannen till lägst 17 resp. 20 timmar skall han således föras av från kassans förteckning.

Läkare som tillfälligt vikarierar för en ansluten kollega får föras upp på förteckning under förutsättning att den ordinarie vårdgivaren är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet på grund av sjukdom eller annat godtagbart skäl. RFV har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om vad som skall avses med annat godtagbart skäl och vad som i övrigt skall gälla.

För varje ansluten läkare gäller att högst 6 000 besök per kalenderår ersätts av kassan.Om läkaren har haft vikarie inräknas även dennes besök i detta tak.

En läkare får tillgodoräkna sig arvode för varje patientbesök. Arvodet är uppdelat på sju olika nivåer, s.k. arvodesgrupper. Grupp 1 avser rådgivning som inte sker per telefon eller en enkel undersökning av läkaren personligen eller under dennes överinseende. Grupp 2 avser rådgivning som kräver undersökning eller behandling som är mer omfattande eller tidsödande än åtgärd enligt grupp 1. Grupp 3 avser

rådgivning hos läkare med specialistkompetens när rådgivningen kräver omfattande anamnesupptagning och andra åtgärder. Grupp 4 - 7 avser rådgivning hos läkare med specialistkompetens när rådgivningen påkallar en eller flera särskilt krävande undersökningar som enligt en särskild åtgärdsförteckning är hänförliga till någon av dessa åtgärdsgrupper. Denna särskilda förteckning fastställs av RFV och är uppdelad på tolv specialiteter. För varje åtgärd inom resp. arvodesgrupp finns angivet vilken eller vilka specialistläkare som har rätt att debitera enligt denna arvodesgrupp. I förteckningen finns ca 250 olika åtgärder.

Förutom de sju arvodesgrupperna finns i taxan särskilt angivna arvoden för samtalsbehandling som meddelas av läkare som också är legitimerad psykoterapeut, preoperativ undersökning i steriliseringsärenden, rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering samt särskild ersättning för tillhandahållande av vissa preventivmedel. Dessutom finns arvode för telefonrådgivning och tilläggsarvode vid besök i hemmet. I samband med hembesök lämnas ersättning för läkarens resekostnad. Taxan innehåller också bestämmelser om vilken arvodesgrupp som är tillämplig för abort- och steriliseringsingrepp samt för provtagning för att utröna om samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen (1988:1472) föreligger och därmed sammanhängande sjukdom eller rådgivning.

För att få tillämpa arvode enligt grupperna 3 - 7 krävs att läkaren har specialistkompetens. Även annan läkare kan beviljas dispens av RFV för att få rätt till arvode enligt grupp 3 - 7 för visst slag av åtgärd.

Det finns två olika taxor, en normaltaxa och en särskild taxa. Den senare är något lägre än normaltaxan och gäller för anslutna läkare fr.o.m. det år läkaren fyller 66 år.

Läkare i gruppmottagning och vissa andra läkare har rätt till arvodeshöjning med f.n. 12 %. Denna arvodeshöjning har successivt avvecklats. En annan arvodeshöjning gäller för läkare som efter år 1985 nyetablerar sig i de tidigare nämnda stödområdena. Höjningen är 20 % och avvecklas på tre år. Även vid nyetablering utanför dessa områden - med undantag för vissa särskilt angivna kommuner inom de tre storstadsregionerna - får en arvodeshöjning på 10 % tillämpas vilken också avvecklas på tre år.

Arvodet för ett läkarvårdsbesök utgör betalning för samtliga åtgärder vid ett och samma rådgivningstillfälle och består dels av läkarvårdsersättning, dels av en patientavgift. I arvodet ingår ersättning för läkemedelsförskrivning, provtagning för klinisk laboratorieundersökning, läkarintyg som behövs för att få ut sjukpenning samt förbands- och förbrukningsmaterial. Vid rådgivning i födelsekontrollerande syfte omfattas även förskrivning av preventivmedel och kostnader för preventivmedel som lämnas ut vid besöket. Livmoderinlägg och pessar är avgiftsfria för patienten och läkaren får ersättning för dessa enligt taxan.

Vid besöket betalar patienten endast sin avgift, medan läkarvårdsersättning betalas till läkaren av försäkringskassan i efterskott. Utbetalning av läkarvårdsersättning är begränsad till högst 6 000 besök per läkare

och kalenderår. I detta antal inräknas dock inte besök enligt arvodesgrupp 1 och inte heller rådgivning i födelsekontrollerande syfte.

Även för telefonrådgivning får en avgift tas ut av patienten. Vid hembesök får läkaren ta ut en tilläggsavgift av denne. Patientavgifterna fastställs av resp. sjukvårdshuvudman. Rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering är avgiftsfri för patienten varför hela arvodet betalas av försäkringskassan. Detta gäller även provtagning beträffande samhällsfarlig sjukdom samt undersökning och rådgivning i anslutning därtill. Även för patienter som uppnått egenkostnadstaket inom det s.k. högkostnadsskyddet för öppenvård och medicin betalar kassan hela arvodet.

En läkare som förts upp på kassans förteckning har åtagit sig att följa kassans bestämmelser och får inte meddela läkarvård mot högre arvode än som följer av taxan som således är en maximitaxa. Läkaren är också skyldig att på läkarvårdsräkning redovisa all vård och andra uppgifter som RFV föreskriver till försäkringskassan på av verket fastställda formulär.

Om en försäkringsansluten läkare bryter mot en föreskrift i taxan får kassan besluta att läkaren skall föras av från förteckningen. RFV har rekommenderat att läkare som bryter mot en föreskrift i taxan av kassan bör erinras om skyldigheten att följa föreskrifterna. Fortsätter läkaren att bryta mot föreskrifterna bör kassan besluta att föra av läkaren från förteckningen. För att ett sådant beslut skall gälla med omedelbar verkan måste dock kassan särskilt besluta om detta. Har försäkringskassan betalat ut för mycket ersättning till ansluten läkare kan kassan göra läkaren återbetalningsskyldig. Även här gäller kassans beslut med omedelbar verkan endast om kassan särskilt beslutat detta.

4.2.3 Regelsystemet i behandlingstaxan

För annan sjukvårdande behandling än läkarvård som utförs av privatpraktiserande sjukgymnast eller läkare som är uppförd på en allmän försäkringskassas förteckning lämnas ersättning enligt den s.k. behandlingstaxan.

Behandlingstaxans konstruktion motsvarar i stort sett läkarvårdstaxans. Anslutningsbestämmelserna är princip desamma med undantag för att det inte finns någon regel om lägst 17 timmars veckoarbetstid för uppförande på kassans förteckning. En sjukgymnast skall för att bli uppförd på förteckningen - förutom att vara legitimerad - ha fullgjort antingen viss tids tjänstgöring hos sjukvårdshuvudman eller annan jämförbar tjänstgöring. Någon begränsning av antalet behandlingar per kalenderår för försäkringsersättning finns inte för sjukgymnaster.

Arvodet är uppdelat på tre olika nivåer, s.k. arvodesgrupper. Grupp 1 avser enkel behandling medan grupp 2 gäller behandling som är normalt omfattande eller tidskrävande. Grupp 3 avser behandling av sådan funktionsstörning som föranleder åtgärder som är angivna i en särskild förteckning. Denna förteckning som fastställs av RFV innehåller 13 olika åtgärder.

Förutom de tre arvodesgrupperna finns i taxan särskilt angivna arvoden för gruppbehandling. Dessutom finns arvode för telefonrådgivning och tilläggsarvode vid hembesök. För åtgärder som anges i nämnda särskilda förteckning kan tilläggsarvode medges vid tidsmässigt mer omfattande behandlingar.

Sjukgymnast i gruppmottagning har under vissa förutsättningar rätt till arvodeshöjning med f.n. 4 %. Denna arvodeshöjning har successivt avvecklats. I likhet med vad som ovan redovisats för läkare har sjukgymnaster som etablerar sig i vissa stödområden rätt till arvodeshöjning med 20 % med tre års avveckling. Vid nyetablering i övriga landet, med undantag för vissa särskilt angivna kommuner inom de tre storstadsregionerna, finns rätt till arvodeshöjning med 10 % med tre års avveckling.

4.2.4 Brister i gällande ersättningsystem för privatpraktiserande läkare

Gällande läkarvårdstaxa har i princip varit i kraft sedan den 1 januari 1975. Bortsett från de omfattande ändringar i anslutningsreglerna som var en följd av det år 1985 ändrade systemet för ersättning från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen har de förändringar som gjorts i taxan varit av begränsad omfattning och i regel föranletts av RFV:s årliga överläggningar med Sveriges Läkarförbund om justering av taxans arvodesnivåer.

Från skilda håll har under senare år framförts att taxan både är föråldrad och administrativt krävande för berörda intressenter. Regelsystemet i taxan innebär, som framgår av redovisningen ovan, en mycket detaljerad statlig reglering av privatpraktikernas verksamhet i olika avseenden. Inte minst gäller detta den ekonomiska ersättningen beroende på utförd prestation. Denna långtgående reglering medför bl.a. att det är mycket svårt för försäkringskassorna att följa upp läkarnas tillämpning av ersättningsbestämmelserna.

Läkarvårdstaxans detaljutformning ger stora möjligheter till individuella tolkningar vid debitering av arvode vilket för läkarna kan medföra olikheter i det ekonomiska utfallet utan att alltid vara en följd av kompetens eller kvalitet. Taxan kan också sägas premiera ett stort antal läkarbesök snarare än att läkaren ägnar tid åt patienten vid ett besök. Mycket talar för att taxans konstruktion med bl.a. sju arvodesnivåer har en påtaglig kostnadsdrivande effekt i form av s.k. taxeglidning. Med taxeglidning menas en allmän förskjutning av åtgärder från lägre till högre arvodesgrupper i en omfattning som inte kan anses vara medicinskt motiverad.

Det har också framförts att läkarvårdstaxan är föråldrad i det avseendet att den inte anpassats till den medicinska utvecklingen. Det innebär att vissa nya behandlingsmetoder inte finns intagna i taxans åtgärdsförteckning och därmed inte är ersättningsbara genom taxan. Det har också hävdats att den medicinska utvecklingen under det senaste decenniet inneburit att stora investeringar i mottagningarna varit nöd-

vändiga samtidigt som arvodesutvecklingen i taxan inte följt med. Detta kan ha medfört svårigheter för specialistläkare att konkurrera med den offentliga vården. Att taxenivån inte höjts i samma takt som mottagningskostnaderna kan också innebära risk för kvalitetsförsämring, bl.a. till följd av bristande intresse för efterutbildning av ekonomiska skäl.

4.2.5 Översynen av läkarvårdstaxan

Med anledning av att läkarvårdstaxan bedömdes vara såväl föråldrad som kostnadsdrivande beslutade regeringen i mars 1992 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av taxan. En viktig utgångspunkt för utredaren var att läkarvårdstaxan skulle ges en utformning som underlättar för privatpraktiker att i framtiden bedriva en kvalificerad mottagningsverksamhet. Utredaren skulle vidare utgå från att ett system med husläkare inom några år skulle vara infört över hela landet.

Utredningen som antog namnet Specialisttaxeutredningen avlämnade sitt betänkande Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare (SOU 1992:118) i november 1992. Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna samt en sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig hos Socialdepartementet (dnr S92/9235/F). Huvuddragen i utredningsförslaget är följande.

- Någon utökning av antalet specialiteter bör inte göras. Specialiteten klinisk fysiologi förs dock in under specialiteten invärtes sjukdomar. Med hänsyn till anpassningen till det s.k. EES-avtalet föreslås att vissa läkare utan specialistkompetens skall kunna vara anslutna till ersättningssystemet.
- En ny ersättningsmodell införs med tre arvodesgrupper med utgångspunkt i ett s.k. normalarvode för den huvudsakliga delen av en läkares verksamhet. Storleken på detta beräknas på basis av mottagningskostnaderna inom resp. specialitet och den årliga besöksvolymen och varierar därför mellan specialiteterna. Enklare undersökningar som utförs av läkaren eller under dennes överinseende ersätts med ett lägre s.k. enkelt arvode. Åtgärder som av tids- eller kostnadsmässiga skäl inte ryms inom normalarvodet ersätts med ett högre s.k. särskilt arvode. Sådana åtgärder upptas i särskild förteckning.
- Ett ekonomiskt tak införs för varje specialitet som anger hur stort det sammanlagda arvodesbeloppet under ett kalenderår får vara över vilket ingen läkarvårdsersättning utges under resten av året. Efter sjukvårdshuvudmannens godkännande får dock kassan besluta om att utbetala läkarvårdsersättning för åtgärder med särskilt arvode upp till en fastställd nivå.
- En åldersgräns på 70 år införs för anslutning till försäkringen. Den särskilda taxan på grund av ålder avskaffas.
- Vikariatsreglerna ändras på det sättet att om vikariaten för en läkare inte överstiger sammanlagt 60 dagar för år räknat får en annan läkare

föras upp som vikarie på förteckningen utan att kassan prövar skälet till vikariatet.

- Sanktionsreglerna kompletteras så att en försäkringskassa i vissa fall skall kunna besluta att, under en tid av längst tre månader, avstänga läkare från ersättning från försäkringen om denne brutit mot föreskrift i taxan men förseelsen är att anse som ringa med hänsyn till värde och övriga omständigheter.
- Försäkringskassorna ges författningsenlig rätt att ta del av ansluten läkares journaler för att bättre kunna följa upp läkarnas ersättningsanspråk.

Den i betänkandet redovisade sammanfattningen av förslaget finns intagen som *bilaga 1*.

5 Statens bidrag till hälso- och sjukvården - genomförda och förestående förändringar

5.1 Förändringar i bidragssystemet år 1993

Riksdagen beslutade våren 1992 om betydande förändringar i statsbidragssystemen för bl.a. landstingen fr.o.m. år 1993. Detta skedde i enlighet med vad regeringen föreslagit i kompletteringspropositionen för budgetåret 1992/93 (prop. 1991/92:150 del II, bet. 1991/92:FiU29, rskr. 1991/92:345). Förslagen, som byggde på slutsatserna i Kommunalekonomiska kommitténs betänkande Kommunal ekonomi i samhällsekonomisk balans - statsbidrag för ökat handlingsutrymme och nya samarbetsformer (SOU 1991:98) utgick från två grundläggande förhållanden. Det första var att kravet på samhällsekonomisk balans bör vara överordnat andra krav och därför styra bedömningen av det framtida ekonomiska utrymmet för den kommunala sektorn. Det andra kravet var att rollfördelningen mellan staten respektive kommunerna och landstingen vad gäller uppgifter och ekonomi bör vara tydlig.

För landstingens del har förändringarna inneburit i huvudsak tre saker. Det första är att rundgången av medel mellan stat och landsting har begränsats genom att avräkningsskatten avskaffats samt att skatteutjämningsavgiften för landstingen sänkts till 0,40 kronor per skattekrona. Den andra förändringen innebär en övergång till mer generella principer i fråga om fördelning av statsbidrag till sjukvårdshuvudmännen genom att sex specialdestinerade bidrag till landstingen avvecklats. Motsvarande belopp har överförts till utgiftsramen för bidraget till vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen m.m. Dessa förändringar medförde att riksdagen för år 1993 fastställt en utgiftsram i fråga om ersättningar till sjukvårdshuvudmännen uppgående till 6 995 miljoner kronor. Den tredje förändringen innebär vissa justeringar av villkoren för utbetalning av skatteutjämningsbidraget.

5.2 Förändringar i bidragssystemet år 1994

I kompletteringspropositionen för budgetåret 1992/93 aviserade regeringen att skatteutjämningsavgiften skulle avskaffas helt fr.o.m. år 1994 för att därigenom skapa en nettoström av medel från staten till landstingen. I kompletteringspropositionen för budgetåret 1993/94 (prop. 1992/93:150 bil. 4) återkom regeringen till denna fråga. Föredragande statsrådet konstaterade att en sådan förändring bl.a. skulle kräva att sjukvårdshuvudmännen gavs det direkta kostnadsansvaret för och övertog administrationen av ersättningen till försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster från försäkringskassorna. Statsrådet konstaterade också att en sådan åtgärd skulle skapa förutsättningar för ett införande av fri etableringsrätt för läkare. Riksdagen beslutade i enlighet med regeringens förslag (bet. 1992/93:FiU30, rskr. 1992/93:447).

Riksdagen har nyligen fattat beslut om införande av ett nationellt husläkarsystem för vilket sjukvårdshuvudmännen getts finansieringsansvaret. Vidare har, som vi tidigare har redovisat, en översyn företagits av läkarvårdstaxan med utgångspunkt i att ett system med husläkare införs över hela landet med början fr.o.m. år 1994. Regeringen har därefter gett RFV i uppdrag att, med utgångspunkt i översynens betänkande, utforma förslag till ny läkarvårdstaxa. RFV:s förslag, som nyligen redovisats, har tjänat som utgångspunkt för den specialistläkarvårdstaxa som regeringen föreslår skall tillämpas fr.o.m år 1994. Vi återkommer i det följande till denna taxa och angränsande frågor.

De förändringar av systemet med ersättningar till sjukvårdshuvudmännen som riksdagen beslutat har skapat förutsättningar för att fr.o.m. år 1994 helt slopa skatteutjämningsavgiften på 0,40 kronor per skattekrona. Efter reducering med 1 500 miljoner kronor, som motsvarar den tillfälliga indragning från landstingen som riksdagen beslutat om för år 1992, återstår en total utgiftsram på 2 703 miljoner kronor att fördela mellan sjukvårdshuvudmännen år 1994.

Förändringen av systemet med bidrag till ersättningar till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen m.m. syftar inte enbart till att åstadkomma en renodling av kostnadsansvar och betalningsströmmar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Förändringen skall också ses i ett vidare hälso- och sjukvårdspolitiskt perspektiv. Regeringen har en uttalad ambition att vidareutveckla den öppna vården, såväl i offentlig som privat regi. Den medicinsktekniska utvecklingen med bl.a. nya operationsmetoder och läkemedel understödjer denna utveckling. Det nationella husläkarsystem, som skall införas med början den 1 januari år 1994, utgör ett led i denna strävan. Reformen är utformad så att största möjliga konkurrensneutralitet mellan offentlig och privat vård skall kunna uppnås.

För öppen läkarvård i privat regi i andra former än husläkarsystemet råder andra förhållanden. Som tidigare redovisats krävs i princip sjukvårdshuvudmannens godkännande för att privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster skall få möjlighet att bedriva verksamhet med ersättning

från det offentliga. Regeringen eftersträvar ett diversifierat utbud av såväl privata som offentliga vårdgivare där vården kan bedrivas på lika villkor, vilket vi bl.a. slagit fast i regeringsförklaringen. Mot denna bakgrund lägger vi nu förslag med innebörd att nuvarande etableringsbegränsningar för läkare och sjukgymnaster skall avskaffas. En sådan reform innebär också att betydelsefulla steg tas mot att åstadkomma en ökad valfrihet för patienten.

5.2.1 Bidrag till husläkarsystemet

Riksdagen har tidigare detta år fattat beslut om att ett nationellt husläkarsystem skall införas fr.o.m. år 1994. Reformen skall genomföras så att alla invånare ges möjlighet att välja en egen husläkare senast vid utgången av år 1995. Husläkarsystemet finansieras av sjukvårdshuvudmännen. Staten tillskjuter dock i ett inledningsskede vissa medel som stöd för reformens genomförande. Dessa medel, som uppgår till sammanlagt högst 585 miljoner kronor under en treårsperiod, skall användas dels för att täcka vissa övergångskostnader under genomförandefasen, dels för att bl.a. utveckla informationsförsörjnings- och kvalitetssäkringssystem avpassade till husläkarverksamheten. Medlen skall också tas i anspråk för vissa utbildningsinsatser samt täcka kostnaderna för det arbete som skall utföras av Husläkardelegationen.

5.2.2 Ett nytt system för statligt utjämningsbidrag till landsting

År 1993 infördes ett nytt system för statligt utjämningsbidrag till kommuner. Det nya bidraget innebär en relativt långtgående inkomstutjämning. Bidraget består av tre delar – bidrag för utjämning av kommunens skatteinkomster, tillägg eller avdrag på grund av skillnader i strukturella förhållanden, samt tillägg för större befolkningsminskningar. Ett mål för det nya utjämningsbidraget är att stimulera förnyelse och utveckling av den offentliga sektorn. Ett annat mål är att ge kommunerna likvärdiga ekonomiska förutsättningar så att skillnader i skattesatser avspeglar såväl skillnader i service och avgiftsnivåer som skillnader i olika verksamheters effektivitet.

I kompletteringspropositionen för budgetåret 1993/94 anfördes att det faktum att landsting och kommuner har olika system för skatteutjämning ger upphov till vissa problem. Systemen hanterar t.ex. inte på ett konsekvent sätt bidragsgivningen mellan och inom länen när det föreligger skillnader i fördelningen mellan kommuner och landsting vad gäller ansvaret för vissa verksamheter. Det gäller bl.a. kollektivtrafiken samt delvis vården och omsorgen om de äldre. Vidare innebär nuvarande konstruktion av skatteutjämningsbidraget för landsting att bidragets storlek ökar med automatik. Bidragskonstruktionen medger alltså inte att en viss bidragsram fastställs på det sätt som gäller för utjämningssystemet för kommuner. Detta är inte förenligt med principen att samhällsekonomiska hänsyn bör ligga till grund för beslut om bidragets storlek. Ett annat problem i sammanhanget är att varken utjämnings-

bidraget för kommuner eller skatteutjämningsbidraget för landsting omfattar samtliga kommuner resp. landsting.

Mot denna bakgrund har regeringen i juni detta år bemyndigat chefen för Finansdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att föreslå ett reviderat system för utjämningsbidrag till landsting och landstingsfria kommuner (dir. 1993:63). Inriktningen på utredarens arbete skall vara att utforma ett förslag till utjämningssystem för landsting som bättre överensstämmer med utjämningssystemet för kommuner bl.a. så att de problem som här har redovisats begränsas. Utredaren skall också överväga möjligheten att inordna bidragsgivningen till kommuner och landsting i ett gemensamt system. Utredningsarbetet skall bedrivas så att det nya bidragssystemet skall kunna träda i kraft senast år 1996 och i vissa delar redan under år 1995.

6 Hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och organisation

Ett intensivt förändringsarbete pågår för närvarande inom hälso- och sjukvården där bl.a. nya organisations- och styrformer prövas inom ramen för gällande lagstiftning och ansvarsfördelning mellan huvudmännen. Samtidigt har mer övergripande frågor kring hur hälso- och sjukvården skall finansieras och organiseras i framtiden aktualiserats.

Regeringen bemyndigade den 12 mars 1992 det statsråd som har till uppgift att föredra ärenden som rör hälso- och sjukvård m.m. att tillkalla en parlamentarisk kommitté med uppdrag att dels analysera hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras på den övergripande samhällsnivån. Kommittén har antagit namnet HSU 2000.

Kommitténs överväganden skall grundas på en analys och värdering av i första hand tre olika finansierings- och organisationsmodeller – en reformerad landstingsmodell, en modell där hälso- och sjukvårdens samtliga resurser läggs hos primärvården samt en modell där resurserna samlas hos en eller flera försäkringsgivare.

Utredningsarbetet skall bedrivas med utgångspunkt att hälso- och sjukvården skall utvecklas inom ramen för en samhällsekonomi i balans. Detta innebär att de olika modellerna bl.a. skall värderas utifrån förutsättningarna för kostnadseffektivitet och kostnadskontroll.

En annan viktig utgångspunkt är möjligheten att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. De olika modellernas styrka och svagheter måste här bedömas utifrån vårdens tillgänglighet och kvalitet för olika befolkningsgrupper och i olika delar av landet.

En expertgrupp har enligt direktiven knutits till kommittén med uppdrag att utveckla och analysera de olika modellerna. Resultat av expertgruppens arbete har redovisats i rapporten Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller (SOU 1993:38).

HSU 2000 har genomfört en rad seminarier kring expertgruppens rapport för att inhämta synpunkter inför det fortsatta arbetet där kommitténs uppdrag är att lämna ett eller flera förslag till hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och organisation.

Kommittén skall redovisa sina överväganden och förslag i mars 1994.

7 Överväganden och förslag

7.1 Förstärkt samarbete mellan landsting och privata vårdgivare

Regeringens bedömning: Samarbetet mellan landstingen och de privata vårdgivarna bör stärkas. Strävan bör vara att landstinget i sin egenskap av finansiär och den privata vårdgivaren skall nå samsyn kring vårdverksamhetens innehåll, omfattning och lokalisering varvid vårdavtal kan träffas.

Ur ett patientperspektiv är det av stor vikt att samarbetet är gott mellan privata och offentliga vårdgivare så att vårdkedjor kan upprätthållas och patienten därmed erbjudas en god vård och omsorg.

Skälen för regeringens bedömning: Landstingen är både hälso- och sjukvårdens finansiär och den helt dominerande producenten av hälso- och sjukvårdstjänster. De flesta landsting har också till nyligen haft en budgetstyrd verksamhet där inslagen av prestationsbaserade ersättningar och konkurrens varit blygsamma. De privata vårdgivarnas andel av det totala vårdutbudet har varit liten och i princip bestämts av landstingen genom de nu rådande etableringsbestämmelserna. Trots att förhållandet mellan offentliga och privata vårdgivare på de flesta håll i landet har varit gott finns det också viss ömsesidig misstro och ett konkurrensförhållande som verkar negativt. Detta sammanhänger bl.a. med att privata vårdgivare ibland har upplevt att det integrerade svenska systemet har omöjliggjort konkurrens genom att landstingen har gynnat den egna produktionen.

Vid 1980-talets slut började mera genomgripande förändringar att diskuteras i vissa landsting. Bakgrunden var bl.a. att de finansiella restriktionerna blev allt tydligare och att produktivitetsutvecklingen bedömdes som alltför låg och den enskildes valmöjligheter som alltför begränsade.

Lösningar som diskuterades var modeller där ansvaret för att finansiera och beställa vård skulle separeras från ansvaret att producera och tillhandahålla vård. Vårdgivarna skulle dessutom ersättas per prestation och agera i någon form av konkurrens. En parallell utveckling var att valfriheten för den enskilde stärktes.

Under år 1992 hade sammanlagt nio landsting infört någon form av beställarorganisation som ersatte åtminstone någon del av sjukvårdsproduktionen per prestation. Under år 1993 har det tillkommit ytterligare två. Skillnaderna vad gäller styrformer är dock mycket stora. I vissa landsting ersätts endast mycket begränsade delar enligt prestation medan i andra i princip hela verksamheten ersätts på detta sätt.

De nya styrformerna har i vissa fall gett bättre förutsättningar för att bedriva verksamhet i t.ex. bolags- eller stiftelseform. Öppenhet för privata alternativ har också ökat inom många landsting och åtminstone i ett landsting, Stockholms läns, har ett konkurrensprogram utarbetats där mål vad gäller överföring till privat regi anges.

De begränsade resurser som kan avsättas till hälso- och sjukvård måste ge största möjliga hälsovinster. Detta kräver såväl att de övergripande finansierings- och organisationssystemen är ändamålsenliga som att enskilda insatser är kostnadseffektiva.

I syfte att använda resurserna på bästa möjliga sätt och att tillförsäkra befolkningen en god hälso- och sjukvård anser regeringen att vårdavtal mellan landstinget och de privata vårdgivarna bör vara den normala samarbetsformen. Genom ett avtalsförfarande kan frågor kring verksamhetens inriktning och omfattning diskuteras och regleras. Ur patientsäkerhetssynpunkt är det viktigt att det råder en samsyn mellan offentliga och privata vårdgivare om hur samverkan skall ske mellan olika vårdgivare och vårdnivåer.

På flera håll i landet pågår en omstrukturering av vården, där inriktningen på verksamheten vid vissa sjukhus förändras och vissa behandlingar koncentreras till ett färre antal orter. Möjligheterna att utföra allt fler behandlingar i öppenvård ökar. Även sett i detta perspektiv är det väsentligt med en dialog och ett samspel mellan offentliga och privata vårdgivare så att resurser i form av lokaler och utrustning utnyttjas effektivt så att kapitalförstöring kan undvikas.

Enligt regeringens bedömning finns det goda förutsättningar att förstärka samarbetet mellan landstingen och de privata vårdgivarna. Lagen om läkarvårdsersättning blir tillämplig i de fall landstinget och den privata vårdgivaren inte träffar ett vårdavtal.

7.2 Ändrat ekonomiskt och administrativt huvudmannaskap för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster

Regeringens förslag: Ansvaret för finansiering av ersättningar till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster överförs från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen den 1 januari 1994. Samtidigt överförs administrationen av dessa ersättningar från försäkringskassorna till sjukvårdshuvudmännen. En allmän försäkringskassa får dock även efter denna tidpunkt efter överenskommelse med landstinget sköta utbetalningar av läkarvårdsersättning.

Skälen för regeringens förslag: I regeringens kompletteringsproposition för budgetåret 1993/94 redogjordes för det förändringsarbete som pågår vad gäller dels systemet med statsbidrag till landstingen, dels den öppna hälso- och sjukvården. Denna vård förändras bl.a. genom införandet av ett nationellt system med husläkare och ändrad läkarvårdstaxa jämte slopande av gällande begränsningar för anslutning till det offentliga ersättningssystemet för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. En redovisning av detta förändringsarbete finns i föregående avsnitt.

Den nuvarande konstruktionen av ersättningssystemet för anslutna läkare och sjukgymnaster innebär att försäkringskassan vid utbetalning av allmän sjukvårdsersättning till en sjukvårdshuvudman skall frånräkna det belopp som motsvarar de under närmast föregående år utbetalda ersättningarna till nämnda vårdgivare som varit verksamma inom huvudmannens geografiska område. Av detta följer att sjukvårdshuvudmannen i praktiken har finansieringsansvaret för dessa privatpraktiserande vårdgivares verksamhet samtidigt som möjligheten att förutse och kontrollera kostnaderna för dessa är mycket begränsade.

I propositionen framhåller föredraganden att med hänsyn till att sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1994 avses överta det direkta kostnadsansvaret för dessa vårdgivares verksamhet skall någon avräkning av utbetalda ersättningar till vårdgivarna för år 1993 inte ske. Detta bedöms inte innebära någon ökning av statens kostnader år 1994 eftersom de kostnader privatpraktikernas verksamhet ger upphov till år 1993 balanseras av att landstingen avses svara för dessa kostnader år 1994.

Utgångspunkten vid utarbetandet av de nya ersättningssystemen för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster har varit att ge förutsättningar för såväl en fri etablering och därmed ökad konkurrens som en möjlighet för landstingen att kontrollera kostnaderna.

Det nya ersättningssystemet innebär bl.a. en förändrad taxekonstruktion. Utgångspunkten är att denna skall utformas inom en oförändrad kostnadsram i förhållande till den ersättning som de privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna idag uppbär från försäkringskassan. Skulle privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster öka sitt utbud av vård och därmed svara för en allt större andel av vårdproduktionen anser regeringen att det i landstingens övergripande ansvar ligger att ha kostnadskontroll och således vid behov anpassa den egna öppenvårdsproduktionen till tillgängliga finansiella ramar. Den s.k. finansieringsprincipen som avser kostnadsfördelningen mellan stat och kommun gäller enbart i de fall sjukvårdshuvudmännens totala kostnader förändras till följd av statsmakternas beslut. Mot denna bakgrund bör förslagen i denna del inte föranleda någon ekonomisk reglering mellan staten och sjukvårdshuvudmännen.

Regeringens förslag innebär också att landstingen skall överta administrationen av ersättningarna till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster från försäkringskassorna. Detta innebär ökade administrationskostnader för landstingen medan dessa kostnader bortfaller för försäkringskassorna. De medel som kan frigöras från försäkringskassorna bör

överföras till sjukvårdshuvudmännen. Regeringen avser återkomma till riksdagen i denna fråga vid senare tillfälle.

Regeringen har för avsikt att ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med Landstingsförbundet följa upp och utvärdera reformens effekter bl.a. vad avser hälso- och sjukvårdens struktur och kostnader. Styrelsen bör lämna årliga delrapporter och en slutrapportering bör avges senast den 30 juni 1998.

Ett överförande av det faktiska finansieringsansvaret till sjukvårdshuvudmännen ligger i linje med såväl hälso- och sjukvårdslagens intentioner som regeringens ambitioner att tydliggöra kostnadsansvar och renodla betalningsströmmar för offentligt finansierad verksamhet. Omläggningen skapar också förutsättningar för en enhetlig och rationell uppföljning av hela den öppna hälso- och sjukvården i fråga om produktivitet, effektivitet och resursutnyttjande i stort.

I kompletteringspropositionen föreslogs också att det för bidraget till vissa ersättningar från sjukförsäkringen skulle fastställas en utgiftsram på totalt 2 703 milj. kr för år 1994. Vidare angavs att regeringen skulle återkomma till riksdagen efter sommaren 1993 angående de konsekvensändringar som föranleds av förslagen och då även redovisa resultatet av överläggningar med företrädare för sjukvårdshuvudmännen om den närmare fördelningen av utgiftsramen. Riksdagen godkände de föreslagna riktlinjerna för ändringarna i ersättningssystemet och fastställde utgiftsramen för år 1994 (bet. 1992/93:FiU30, rskr 1992/93:447).

Det landstingskommunala övertagandet av finansiering och administration avseende ersättningen till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster föranleder ändringar i bl.a. AFL.

Regeringens förslag: För att reglera villkoren för ersättning till privatpraktiserande läkare i de fall läkaren och landstinget inte träffar ett vårdavtal om ersättning för läkarens verksamhet införs en särskild lag om läkarvårdsersättning den 1 januari 1994. I lagen anges, förutom att landstingen skall finansiera och administrera ersättningen till privatpraktiserande läkare, ramar för rätten att vara ansluten till ersättningssystemet och att uppbära läkarvårdsersättning av sjukvårdshuvudmännen. Lagen innefattar även regler för vikariat, patientavgifter, uppföljning m.m. I lagen anges också grundläggande principer för beräkningen av läkarvårdsersättning, vilka avses preciseras i verkställighetsföreskrifter av regeringen. Vidare införs för privatpraktiserande läkare ett ekonomiskt tak för läkarvårdsersättning under ett kalenderår.

De föreslagna lagarna om läkarvårdsersättning och sjukgymnastikersättning gäller även för de privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som är och kommer att vara verksamma i de kommuner där försöksverksamhet med kommunal primärvård bedrivs. Även i dessa kommuner skall dock landstinget ha finansieringsansvaret om inte kommunen och landstinget kommer överens om annat.

Skälen för regeringens förslag: Med hänsyn till att sjukvårdshuvudmännen skall överta det finansiella och administrativa ansvaret för ersättningar till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster bortfaller en rad kopplingar till reglerna i vad avser sjukvårdsförmåner i väsentliga avseenden. För att sjukvårdshuvudmännen skall kunna överta och svara för ersättningsfrågorna på ett sätt som tillförsäkrar såväl vårdgivarna som de försäkrade rätt till ersättning och vård enligt vissa grundvillkor som är enhetliga över hela landet krävs regler som anger ramarna för detta. Vi vill understryka att lagen gäller endast om ett vårdavtal mellan läkaren och landstinget inte träffats. Enligt vår bedömning är det önskvärt att privatpraktiserande läkare och landsting i största möjliga utsträckning sluter vårdavtal om verksamheten, eftersom en sådan ordning bör kunna vara till fördel såväl för patienterna som den enskilde läkaren och landstinget.

Enligt lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård har kommuner möjlighet att med huvudmans ansvar överta primärvården från landsting. Sådan försöksverksamhet får bedrivas fr.o.m. år 1992 till utgången av år 1996 om landstinget och kommunen har kommit överens om det och fått tillstånd till det. Socialstyrelsen prövar frågor om tillstånd och får fastställa villkor för verksamheten.

Hälso- och sjukvårdslagen eller lagstiftningen i övrigt innehåller inte någon definition av begreppet primärvård. Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov och har frihet att organisera vården efter förutsättningarna inom landstinget.

Primärvården kan därför ha olika innehåll i skilda delar av landet. Lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård innebär i sig inget avsteg från principen om fri organisation av hälso- och sjukvården efter lokala behov och förutsättningar. Däremot måste landstinget och kommunen lägga samma innebörd i primärvårdsbegreppet vid sådan försöksverksamhet. Denna måste därför grundas på ett avtal som närmare anger vad som omfattas och vilken ersättning landstinget lämnar till kommunen för verksamheten i fråga.

I sju kommuner (Ale, Aneby, Helsingborg, Håbo, Katrineholm, Kävlinge och Sigtuna) pågår för närvarande försöksverksamhet med kommunal primärvård. De avtal mellan resp. kommuner och landsting, som ligger till grund för verksamheten omfattar inte de privatpraktiserande läkare med försäkringskasseanslutning som kan vara verksamma i dessa kommuner. Detta innebär att det i princip är landstingen som finansierar dessa läkares verksamhet. Motsvarande gäller för privatpraktiserande sjukgymnaster.

Den föreslagna lagen om läkarvårdsersättning kommer att gälla även för de privatpraktiserande läkare som är och kommer att vara verksamma i de kommuner där försöksverksamhet med kommunal primärvård bedrivs. Om berörda kommuner och landsting inte kommer överens om och avtalar om något annat är det landstingets uppgift att finansiera dessa läkares verksamhet. I Helsingborgs kommun t.ex. finns relativt många privatpraktiserande läkare och ett tiotal är intresserade av att driva en husläkarverksamhet. Förhandlingar pågår mellan huvudmännen om vilka effekter detta bör få vad gäller den ekonomiska regleringen. Vidare diskuteras kommunens möjlighet att ta över ansvaret för den sjukgymnastik som bedrivs i privat regi.

Förslaget till lag om läkarvårdsersättning innehåller i stora stycken bestämmelser som härrör från Specialisttaxeutredningens förslag till ny läkarvårdstaxa. Detta har varit föremål för remissbehandling. I det följande behandlas de olika bestämmelserna i lagförslaget.

Regeringens förslag: De läkare som vid utgången av år 1993 är anslutna till försäkringskassan skall vara berättigade till ersättning för sin verksamhet från sjukvårdshuvudmännen utan någon prövning av att de uppfyller vissa nya krav.

Fr.o.m. år 1994 införs för läkare rätt till anslutning med läkarvårdsersättning till det av sjukvårdshuvudmännen administrerade ersättningssystemet för privatpraktiserande läkare enligt följande förutsättningar.

Läkaren skall bedriva verksamhet som privatpraktiker på heltid, inte ha fyllt 70 år samt inte vara anställd inom något landstings hälso- och sjukvård.

Läkarvårdsersättning skall lämnas för vård som meddelas av privatpraktiserande läkare med specialistkompetens som inom den öppna vården bedriver mottagningsverksamhet för enskilda patienter. Detta gäller dock inte läkare med specialistkompetens enbart i allmänmedicin, radiologiska specialiteter, kliniska laboratoriespecialiteter utom klinisk fysiologi, socialmedicin, företagshälsovård, skolhälsovård, rehabiliteringsmedicin eller klinisk näringslära. Det innebär att husläkare inte omfattas av detta ersättningssystem. Vidare innebär det att legitimerad läkare utan specialitet inte har rätt till läkarvårdsersättning.

Läkarvårdsersättning får dock lämnas för vård hos allmänpraktiserande läkare (Europaläkare) men det bör ankomma på resp. sjukvårdshuvudman att i varje enskilt fall avgöra om anslutning till ersättningssystemet skall medges. En annan förutsättning för rätt till ersättning är att vårdgivaren årligen skall redovisa resultatet av sin verksamhet till sjukvårdshuvudmannen samt att vissa uppgifter skall finnas tillgängliga hos läkaren för huvudmannens uppföljningsbehov.

Utredningens förslag: Någon utökning av antalet specialiteter som skall omfattas av reglerna om läkarvårdsersättning föreslås inte. Specialiteten klinisk fysiologi bör föras in under specialiteten invärtes sjukdomar. Läkare med specialistkompetens i allmän medicin skall inte kunna få anslutning om han är verksam som husläkare. Leg. läkare som saknar specialistkompetens skall liksom nu kunna omfattas av ersättningssystemet. Även s.k. Europaläkare bör få vara anslutna till ersättningssystemet. Läkare som fyllt 70 år bör inte längre få vara ansluten till systemet. För redan anslutna läkare behöver övergångsbestämmelser införas.

Remissinstanserna: Flera landsting och Landstingsförbundet anser att specialiteten allmänmedicin skall tas bort eller endast övergångsvis få finnas kvar i taxan medan Praktikertjänst AB och Svenska Privatläkarföreningen anser att privatläkare i allmänmedicin skall kunna välja mellan att ingå i husläkarsystem och att som allmänmedicinare vara

ansluten till taxesystemet. Svenska Arbetsgivarföreningen, Föreningen Svensk Företagshälsovård, Försäkringskasseförbundet och Sveriges Läkarförbund föreslår att även specialiteten företagshälsovård skall omfattas av taxan. Nästan samtliga remissinstanser accepterar åldergränsen på 70 år. Sveriges Läkarförbund samt pensionärsorganisationerna SPF och PRO är dock negativa till en åldersgräns.

Skälen för regeringens förslag: I regeringsförklaringarna under mandatperioden har vi uttalat vår avsikt att införa fri etablering för privatpraktiserande läkare. I 1993 års kompletteringsproposition framhöll vi att en motsvarande avreglering borde övervägas även för sjukgymnaster. En sådan avreglering för läkare och sjukgymnaster tillsammans med det numera beslutade införandet av ett husläkarsystem innebär ett breddat vårdutbud och en ökad valfrihet för patienterna vilket är två viktiga mål i vår hälso- och sjukvårdspolitik. Som framhållits i nämnda kompletteringsproposition kommer de läkare och sjukgymnaster som vid utgången av innevarande år är anslutna till försäkringskassan att vara tillförsäkrade fortsatt anslutning till sjukvårdshuvudmännens ersättningssystem utan särskild prövning.

Vid vår bedömning av frågan om fri anslutning till ersättningssystemet har kravet på en effektiv kostnadskontroll och sjukvårdshuvudmännens planeringsansvar för hälso- och sjukvården enligt HSL varit viktigt. Vi har kommit till den slutsatsen att det bör vara möjligt att slopa nuvarande anslutningsbegränsningar och införa generell rätt till ersättning från det offentliga ersättningssystemet under vissa förutsättningar.

Någon möjlighet för läkare att få anslutning till taxesystemet inom specialiteten allmän medicin föreslås inte med hänsyn till att det är en förutsättning för husläkarreformens genomförande att dessa specialister bedriver verksamhet som husläkare. Ett annat skäl till att en husläkare inte skall kunna vara både ansluten till ersättningssystemet för specialistläkare och verksam inom husläkarsystemet är att ersättningen då kan bli för hög eftersom läkaren skulle kunna ersättas två gånger.

I likhet med utredningen anser vi att någon utökning av antalet specialiteter med t.ex. företagshälsovård inte är motiverad. Företagshälsovård är sedan 1 januari 1992 en medicinsk specialitet. I Socialstyrelsens målbeskrivning för specialiteten anges att företagshälsovård syftar till att hindra och bota sjukdom hos människor som förvärvsarbetar, att inom det enskilda företaget skapa respekt för personal och arbetsmiljö samt att tillsammans med företaget skapa utvecklande arbetsmiljöer för alla. Målgruppen är den enskilde individen eller gruppen med framför allt det enskilda företaget som ram. Företagshälsovårdens huvuduppgift är således att arbeta förebyggande inom främst arbetsmiljöområdet med inriktning på grupp- och organisationsinriktade insatser. Den specialistkompetente läkaren skall bl.a. ha allmän klinisk kompetens som i rent medicinskt avseende väl liknar allmänmedicinarens. Specialiteten allmänmedicin föreslås av skäl som tidigare redovisats, inte få anslutning till ersättningssystemet.

Företagsläkare med erfarenhet från företagshälsovård har insikter i hur människors hälsa påverkas av faktorer i arbetslivet och kunskap inom

arbetsrehabilitering. Detta kan vara en tillgång i en husläkarverksamhet för den yrkesverksamma befolkningen. Företagsläkare som inte har specialistkompetens i allmänmedicin kan få dispens att vara verksam som husläkare.

Allmänpraktiserande läkare (Europaläkare) föreslås fr.o.m. år 1995 få rätt till läkarvårdsersättning. När EES-avtalet träder i kraft kommer Sverige att omfattas bl.a. av den frihet inom EG som benämns fri rörlighet för personer. För att underlätta för läkare att vara verksamma i andra medlemsländer finns vissa bestämmelser om ömsesidigt godkännande av kompetensbevis. Dessa innebär bl.a. att kompetens som allmänpraktiserande läkare fr.o.m. den 1 januari 1995 blir ett villkor för att kunna utöva verksamhet som läkare ansluten till ett lands socialförsäkringssystem. Som en följd därav införs en särskild utbildning och krav på ömsesidigt godkännande av kompetensbevis. Utbildningen är tvåårig och på heltid med huvudsakligen praktisk inriktning. I Sverige bör fullgjord allmäntjänstgöring (AT) och ytterligare nio månaders praktisk tjänstgöring kunna berättiga till Europaläkarkompetens (prop. 1992/93:83, sid 30). För att uppnå svensk specialistkompetens krävs vidareutbildning under minst fem år efter AT och legitimationen. Europaläkare har således betydligt kortare, mer än fyra år kortare utbildning, än de privata specialister som i övrigt kommer att omfattas av läkarvårdsersättning. Vi anser mot den bakgrunden att en Europaläkare inte bör ha rätt till ersättning utan godkännande av landstinget.

När det gäller kravet på heltidsverksamhet för rätt till läkarvårdsersättning är det rimligt att verksamheten i vissa fall tillåts bedrivas i mindre omfattning. Som exempel härpå kan nämnas sjukdom, ledighet för vård av barn som inte fyllt 8 år, vidareutbildning, forskning samt politiska eller fackliga uppdrag. Vi anser också att det är rimligt att läkaren först ett år efter det att verksamheten påbörjades behöver ha nått upp till heltidskravet. Sjukvårdshuvudmannen bör kunna medge att ersättning får lämnas även under andra jämförbara förhållanden när kravet på heltid inte kan tillgodoses.

Beträffande förslaget om en åldersgräns på 70 år för rätt till ersättning delar regeringen utredningens uppfattning att den allmänna pensionsåldern med en rörlig del upp till 70 år även generellt bör gälla för privatpraktiserande verksamhet. Den studie som Socialstyrelsen nyligen företagit av ett antal privatpraktiserande läkare och tandläkare äldre än 70 år ger också stöd för en åldersgräns på 70 år.

Av ovanstående följer vidare att ett landsting kan upphöra med att betala läkarvårdsersättning när en läkare som är ansluten till landstingets ersättningssystem i något avseende inte längre uppfyller villkoren för rätt till läkarvårdsersättning.

Regeringens förslag: En läkare som avser att driva verksamhet med läkarvårdsersättning från huvudmannen skall anmäla sin avsikt till landstinget sex månader innan verksamheten påbörjas. Om en läkare avser att upphöra med eller flytta sin verksamhet skall landstinget underrättas om detta minst sex månader före tidpunkten för detta.

Skälen för regeringens förslag: Med hänsyn till landstingets i hälso- och sjukvårdslagen ålagda planeringsansvar för vården är det rimligt att en privatpraktiker som vill starta verksamhet tillkännager sina planer i god tid. Läkare och sjukvårdshuvudman kan behöva samråda om t.ex. specialitet/inriktning, verksamhetens omfattning och lokalisering, uppföljning och utvärdering samt särskilt arvode. Det är också angeläget att patienterna hinner få information om vilka privatläkare som omfattas av läkarvårdsersättning, eftersom detta är avgörande för storleken på patientavgiften och för om besöket skall omfattas av bestämmelserna om högkostnadsskydd och sjukresor. Sex månader har därvid ansetts vara tillräckligt för att dessa olika åtgärder skall hinna företas. Av samma skäl är det motiverat med en motsvarande bestämmelse när en läkare skall upphöra med eller flytta sin verksamhet.

Om en läkare i något avseende inte längre uppfyller kraven för rätt till ersättning, t.ex. inte bedriver tillräckligt omfattande verksamhet, följer av bestämmelserna att denne inte längre skall uppbära läkarvårdsersättning.

7.3.3 Vikariat

Regeringens förslag: Om en läkare på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl är helt eller delvis förhindrad att driva sin verksamhet får annan läkare som uppfyller villkoren för ersättning vikariera under frånvarotiden. Den som vikarierar för en ansluten läkare skall ha samma kompetens (specialitet) som den anslutne men får inte ha fyllt 70 år och inte vara anställd inom ett landstings hälso- och sjukvård.

Utredningens förslag: Om vikariaten för en läkare inte överstiger 60 dagar sammanlagt under ett år får en annan läkare föras upp som vikarie på förteckningen utan att skälet till vikariatet prövas av försäkringskassan.

Remissinstanserna: Utredningens förslag till vikariatsregler accepteras i stort sett eller hälsas med tillfredsställelse av alla instanser som yttrat sig i frågan. Några landsting framhåller dock att vikariatsreglerna måste utformas så att de inte utnyttjas maximalt och att antalet vikarier

måste begränsas till ett fåtal per frånvarotillfälle utifrån strävandena att få kontinuitet.

Skälen för regeringens förslag: Utredningens förslag innebär en betydande förenkling av de gällande vikariatsreglerna. Med hänsyn till att ett ekonomiskt tak för läkarvårdsersättning avses bli infört för varje specialitet och att såväl läkarens som vikariatstagarens ersättning skall inräknas i detta tak har vi gjort den bedömningen att behovet av detaljerade föreskrifter för att få vikariera med ersättning inte längre framstår som nödvändiga. Med hänsyn till vad vi tidigare anfört i fråga om rätt till läkarvårdsersättning bör läkare som fyllt 70 år och läkare som är anställd inom ett landstings hälso- och sjukvård inte kunna vikariera för en ansluten läkare.

Landstinget har möjlighet att generellt eller för visst fall medge undantag från dessa regler. Vi utgår från att vikariatsfrågorna kan lösas lokalt på ett sätt som tillgodoser patienternas behov.

7.3.4 Taxans konstruktion med tre arvodesgrupper, ekonomiskt tak m.m.

Regeringens förslag: En nationell grundtaxa, som bygger på de grundläggande bestämmelserna i lagen, fastställs av regeringen efter förslag från RFV och införs fr.o.m. den 1 juli 1994. En särskild delegation inrättas som ett organ för förhandlingar och beredning av frågor rörande ersättningsnivåer m.m. i läkarvårds- och sjukgymnastiktaxorna. Delegationen skall ledas av en opartisk ordförande.

Taxan omfattar tre arvodesgrupper med utgångspunkt i ett normalarvode. Enklare undersökningar som utförs av läkaren eller under hans överinseende ersätts med ett enkelt arvode. Tids- och kostnadskrävande åtgärder som inte ryms inom normalarvodet ersätts med ett särskilt arvode. Vilka åtgärder som kan omfattas av särskilt arvode skall fastställas av regeringen.

För varje specialitet fastställs ett ekonomiskt tak för läkarvårdsersättning. Det innebär att landstinget när läkarens sammanlagda ersättning för sådana åtgärder som ersätts med normalt eller enkelt arvode under ett kalenderår uppgår till detta tak inte längre utbetalar ersättning. Taket får dock överskridas av läkaren med sjukvårdshuvudmannens medgivande.

De läkare som vid utgången av år 1993 är uppförda på förteckning hos allmän försäkringskassa har rätt till förhöjd ersättning från landstinget med 5 %. För läkare som efter utgången av år 1993 etablerar sig på ort inom stödområdena 1 och 2 enligt förordningen (1990:642) om regionalpolitiskt företagsstöd eller inom kommunerna Nordanstig, Krokom, Nordmaling, Robertfors och Vännäs behålls nuvarande bestämmelser om 20 % förhöjd taxa med successiv avveckling. Dock skall 5 % högre ersättning från landstinget kvarstå.

En läkare som har rätt till läkarvårdsersättning får tills vidare kostnadsfritt remittera patienter till sådana röntgen- och laboratorieundersökningar inom den offentliga vården som är särskilt omfattande. Inte heller tas någon avgift ut av en läkare då laboratorieundersökning utförs av Smittskyddsinstitutet efter remiss från denne.

Utredningens förslag: Överensstämmer i stort sett med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Nästan samtliga remissinstanser anser att den föreslagna taxemodellen är bra eller innebär en förbättring jämfört med nuvarande taxa, eftersom den bedöms leda till mindre taxeglidning och bättre kostnadskontroll. Konkurrensverket anser dock att utformningen av ersättningsmodellen med enhetliga priser innebär onödig prisstelhet och bör ersättas med regionalt och lokalt anpassade arvoden. Verket anser också att ett grundläggande krav för att nå konkurrensneutralitet mellan privat och offentlig vård är att ersättningssystemet omfattar i

princip alla behandlingar som är möjliga att utföra i privat regi och som har sin motsvarighet i den offentligt producerade vården.

Socialstyrelsen anser att den föreslagna taxekonstruktionen verkar för en kvalitetshöjning inom vården. Landstingsförbundet och samtliga landsting ser i grunden positivt på konstruktionen men förutsätter därvid att åtgärderna enligt särskilt arvode skall omfattas av det ekonomiska taket. Dessa remissinstanser framhåller också att de av utredningen redovisade taxebeloppen leder till betydande kostnadsökningar för huvudmännen som dessa inte skall stå för. Även RFV och Försäkringskasseförbundet pekar på detta problem. Praktikertjänst AB, Sveriges läkarförbund och Svenska Privatläkarföreningen ser i huvudsak positivt på den föreslagna modellen, men förordar i vissa avseenden andra lösningar. Bl.a. framhålls att de särskilda åtgärderna inte kan rymmas under de uppsatta ekonomiska taken. Det framförs även att arvodet för telefonkonsultationer bör bibehållas och beloppet motsvaras av enkelt arvode.

I fråga om de s.k. fria nyttigheterna i form av för läkaren avgiftsfria röntgen- och laboratorieundersökningar anser flertalet remissinstanser – inte minst landstingen – att avgiftsfriheten skall avskaffas.

Skälen för regeringens förslag: Vi anser att det finns starka skäl att behålla en nationell läkarvårdstaxa även vid en övergång till en av landstingen finansierad och administrerad ersättning till de privatpraktiserande vårdgivarna. Ett starkt skäl till detta är stadgandet i hälso- och sjukvårdslagen om vård på lika villkor för hela befolkningen. En omläggning av detta slag får enligt vår uppfattning inte riskera att medföra negativa ekonomiska konsekvenser för de nu försäkringsanslutna privatläkarna. Till följd härav anser vi att regeringen på basis av de grundläggande bestämmelserna i lagen skall fastställa läkarvårds- och sjukgymnastiktaxorna. En särskild delegation bör inrättas med uppgift att vara regeringens beredning- och förhandlingsorgan vad gäller nivåerna i läkarvårds- och sjukgymnastiktaxorna. I delegationen skall bl.a. företrädare för Landstingsförbundet och berörda vårdgivarorganisationer ingå. Bl.a. mot bakgrund av att RFV besitter erforderlig kompetens och har erfarenheter av olika vårdersättningsfrågor, avses verket bistå delegationen med kansliresurser.

Utgångspunkten för konstruktionen av den nationella läkarvårdstaxan skall vara att taxan sätts på en nivå som motsvarar sjukvårdshuvudmännens kostnader för annan vård, dock med hänsyn tagen till sådana kostnader som följer av att sjukvårdshuvudmannen har det övergripande ansvaret för att bereda befolkningen hälso- och sjukvård. Huvudmännen skall sålunda svara för viss akutberedskap, bereda plats för utbildning och forskning samt i övrigt fullgöra den planeringsskyldighet som följer av hälso- och sjukvårdslagen. Genom en sådan utformning av taxan skapas också incitament för privatläkare att sluta vårdavtal med sjukvårdshuvudmännen.

Vi anser i likhet med utredningen att det är nödvändigt att i största möjliga utsträckning förenkla ersättningssystemet och bedömer utredningens förslag med tre arvodesnivåer vara en lämplig avvägning.

Eftersom det är fråga om en grundtaxa kan sjukvårdshuvudmännen besluta om att tillämpa högre arvodesnivåer. Genom konstruktionen med ett enhetligt s.k. normalarvode som skall beräknas med utgångspunkt i en kvalificerad mottagningsverksamhet uppnås flera positiva effekter. Den kostnadsdrivande effekt som finns i gällande detaljerade taxa motverkas. Samtidigt ges läkarna större möjlighet att följa med i den medicinska utvecklingen och kan erhålla ersättning för förändrade undersöknings- och behandlingsmetoder utan att dessa behöver vara preciserade i en taxa. Härigenom underlättas också administrationen för både läkare och landsting.

En stor brist med den nuvarande taxekonstruktionen är att den är kostnadsdrivande och att kostnadsutvecklingen inte kan förutses. Den nuvarande maximala besöksvolymen på 6 000 för ett kalenderår uppnås av endast ett fåtal läkare och för att kunna närma sig denna gräns har en del läkare systematiskt anlitat vikarier. Mot denna bakgrund anser vi att förslaget om ett ekonomiskt tak för varje specialitet är en tilltalande lösning. Denna bedömning delar vi med i stort sett alla remissinstanser. Det är angeläget att det ekonomiska taket konstrueras så att det gör det möjligt för en läkare att bedriva en kvalificerad verksamhet inom sin specialitet. Detta innebär att taket bör grundas på uppgifter om mottagningskostnader och besöksvolymer som för varje specialitet legat till grund för beräkningen av normalarvodet. Vi anser dock att det ekonomiska taket inte bör omfatta de särskilda arvodena. Taket avses bli utformat så att när en läkare erhållit läkarvårdsersättning som motsvarar full årsarbetstid för specialiteten får denne uppbära reducerad ersättning för en ytterligare vårdvolym motsvarande 50 % av full årsarbetstid. För vård härutöver får läkaren endast uppbära patientavgift.

När det gäller nivå på ersättningen från det offentliga ersättningssystemet har vi gjort den bedömningen att läkare som utan särskild prövning går in i det nya ersättningssystemet skall erhålla ersättning från landstinget som är något högre, 5 %, än de som ansluter sig till ersättningssystemet efter utgången av år 1993. Med hänsyn till det mycket starka samhällsekonomiska kravet på kostnadskontroll har vi funnit det motiverat att föreslå att de läkare som vill ansluta sig till ersättningssystemet efter denna tidpunkt lämnas en något lägre offentligt finansierad ersättning. Vi anser dock att även dessa läkare bör kunna erhålla en nästan lika stor läkarvårdsersättning per vårdbesök och att det därför måste vara möjligt för dessa läkare att ta ut en något högre avgift av patienten. Vi föreslår således att nyanslutna läkare får ta ut en avgift av patienten som är något högre än vad som gäller för läkare med högre ersättning från landstinget.

När det gäller nyanslutning på ort i stödområde 1 eller 2 eller i kommunerna Nordanstig, Krokom, Nordmaling, Robertsfors eller Vännäs anser vi att det inte finns skäl att slopa de nuvarande bestämmelserna om förhöjd taxa med inledningsvis 20 %. Höjningen bör successivt reduceras till en taxa med 5 procents kvarstående förhöjning.

Vilka åtgärder som bör omfattas av särskilt arvode måste närmare övervägas med hänsyn till behovet av en effektiv kostnadskontroll.

Regeringen kommer därför att uppdra åt RFV att i samråd med företrädare för sjukvårdshuvudmännen, läkarna och sjukgymnasterna och Socialstyrelsen utarbeta förslag till en sådan åtgärdsförteckning.

Vi anser vidare att privatläkarnas avgiftsfrihet i fråga om remiss av patienter till särskilt omfattande röntgen- och laboratorieundersökningar inom främst den offentliga vården skall kvarstå tills vidare för de läkare som kommer att ha rätt till läkarvårdsersättning. Alltfler landsting introducerar numera styrsystem där kostnaderna för bl.a. röntgen- och laboratorieundersökningar interndebiteras i syfte att stärka kostnadsmedvetenheten hos de remitterande läkarna. Det kan finnas starka skäl att överväga en ändrad ordning även vad avser de privatpraktiserande läkarna i detta avseende. Denna fråga måste dock beredas ytterligare vad gäller avvägning mellan behovet av en god kostnadskontroll i förhållande till de risker som kan finnas för undervård.

I anslutning härtill vill vi framhålla att den föreslagna ändringen av ersättningssystemet inte påverkar den gällande ordningen i fråga om remisser från företagsläkare till röntgen- och laboratorieundersökningar. Det innebär att en företagsläkare vid företagshälsovård som avses i 3 kap. 2 § arbetsmiljölagen även efter den 1 januari 1994 kostnadsfritt skall kunna remittera en patient för sådana särskilt krävande undersökningar hos sjukvårdshuvudmännen.

När det gäller de av Specialisttaxeutredningen beräknade arvodesbeloppen grundas dessa på inhämtade uppgifter från läkare verksamma i Stockholmsområdet och RFV:s statistikregister. I underlaget för kostnadsberäkningarna har utredningen räknat med en patientavgift på 100 kr per besök. Sammantaget har detta av utredningen beräknats leda till en årskostnad för privatläkarvården som ligger ca 20 % högre än motsvarande kostnader år 1992. Mot bakgrund av den ändrade inriktning för utvecklingen av privatläkarvården som beslutats enligt 1993 års kompletteringsproposition har regeringen uppdragit åt RFV att utifrån utredningens förslag och framförda remissynpunkter utarbeta ett förslag till ny läkarvårdstaxa. Därvid har bl.a. angetts att arvodesnivåerna i den föreslagna taxan samt de åtgärder som torde komma att ersättas enligt särskilt arvode skall sättas så att summan av utbetalda läkarvårdsersättningar ryms inom ramen för nuvarande kostnader för privatläkarvården samt att kostnadsramen därvid skall reduceras med den beräknade ersättningssumman för de privatläkare som förväntas bli husläkare. RFV har redovisat sitt uppdrag till regeringen den 14 september 1993. Regeringen kommer senare under hösten 1993 att ta ställning till RFV:s förslag.

Regeringens förslag: För vård hos en privatläkare med läkarvårdsersättning skall patienten, om inte annat är föreskrivet, betala en avgift som är högst en och halv gång patientavgiften hos en husläkare. Avgiften omfattas av bestämmelserna om högkostnadsskydd för öppen sjukvård och läkemedel.

För vård hos en läkare som inte har förhöjd ersättning från landstinget med 5 eller 20 % får dock patientavgiften vara högst 75 % högre än hos en husläkare.

Bestämmelserna om resekostnadsersättning vid sjukresor skall gälla vid besök hos privatpraktiserande läkare som har rätt till läkarvårdsersättning genom det av sjukvårdshuvudmännen administrerade ersättningssystemet.

Skälen för regeringens förslag: I prop. 1992/93:160 om husläkare m.m. framhölls att det borde ankomma på sjukvårdshuvudmännen att besluta i frågor om avgifter vid husläkarbesök. Det angavs därvid att behovet av kostnadskontroll inom hälso- och sjukvården talade för att avgiften för ett besök hos husläkare är lägre än för ett direktbesök hos specialist med undantag för besök hos barnläkare, gynekolog och geriatriker.

Riksdagens socialutskott gjorde dock den bedömningen (bet. 1992/93:SoU22) att det är angeläget att patientavgiften hos andra privatpraktiserande specialistläkare än de som nämnts i propositionen bestäms till belopp som inte alltför mycket avviker från avgiften hos en husläkare. Utskottet ansåg att patientavgiften hos dessa privatpraktiserande läkare bör vara högst en och en halv gång avgiften hos en husläkare. Riksdagen beslutade i enlighet med detta (rskr. 1992/93:355).

Som vi tidigare redovisat skall ersättningen från landstinget till läkare som utan särskild prövning går in i det nya ersättningssystemet fr.o.m. den 1 juli 1994 vara 5 % högre än för de läkare som ansluter sig till ersättningssystemet efter utgången av år 1993. För att läkarvårdsersättningen i det närmaste skall bli densamma måste nyanslutna läkare få rätt att ta ut en något högre avgift av patienten. Avgiften skall till följd härav kunna uppgå till högst 175 % av avgiften hos en husläkare.

När det gäller frågan om nivån på patientavgiften för specialistvård i landstingets regi utgår vi från att denna också kommer att fastställas enligt den princip som har angetts av riksdagen, dvs. 150 % av avgiften hos husläkare.

Enligt gällande bestämmelser omfattas patientavgift vid besök hos försäkringsansluten privatpraktiker av det s.k. högkostnadskyddet för öppen sjukvård och läkemedel. Resor för vård eller behandling hos en sådan läkare omfattas av bestämmelserna om resekostnadsersättning vid sjukresor. Det saknas anledning att ändra på detta förhållande.

Som framgår av vårt förslag finns det vidare anledning att till följd av de förväntade skillnaderna i patientavgift mellan husläkare och övriga läkare i öppen vård komplettera bestämmelserna om högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedel för att motverka onödiga kostnadsökningar för staten och sjukvårdshuvudmännen. Eftersom nivån på patientavgiften för besök hos privatpraktiserande och offentligt anställda specialistläkare sannolikt kommer att vara högre än hos husläkare, skulle de som inriktar sina läkarbesök på förstnämnda specialister snabbare nå egenkostnadstaket och erhålla frikort. Vi avser därför att senare återkomma med ett förslag om ändring i 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. med innebörd att högre avgift än den som gäller hos patientens husläkare inte får tillgodoräknas vid kvalificering för högkostnadsskydd.

7.3.6 Uppföljning/utvärdering/kvalitetssäkring

Regeringens förslag: Den privatläkare som erhåller ersättning från landstinget skall lämna en årlig verksamhetsredovisning till Socialstyrelsen och sin sjukvårdshuvudman.

Regeringens bedömning: Socialstyrelsens regionala enheter gör uppföljningar tillsammans med landstinget, varvid en sammanvägning av ekonomiska och medicinska bedömningar sker. En uppföljning skall också ske på nationell nivå på basis av enhetliga avidentifierade uppgifter. Ett utvecklingsarbete bör inledas för att utveckla metoder för detta med företrädare för Socialstyrelsen, Spri, sjukvårdshuvudmännen och berörda yrkesgrupper.

Utredningens förslag: Försäkringskassorna föreslås få författningsenlig rätt att ta del av en ansluten läkares patientjournaler. En arbetsgrupp bör ges i uppdrag att utarbeta ett system som gör det möjligt att följa upp och bedöma privatläkarnas vårdkvalitet.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser delar utredningens uppfattning att försäkringskassorna bör ges författningsenlig rätt att ta del av patientjournaler för arbetet med kvalitetssäkring och uppföljning. Många anser att det är en nödvändig förutsättning för att uppföljningsarbetet skall kunna bedrivas effektivt. Några remissinstanser, bl.a. Försäkringsöverdomstolen och Kammarrätten i Göteborg, anser att den föreslagna regeln i så fall behöver kompletteras med föreskrifter om i vilka situationer journalgranskning får ske och vilka befattningshavare som får tillgång till journalerna. Sveriges Läkarförbund tillstyrker under vissa förutsättningar förslaget och anser att denna rätt inte får användas för en allmän uppföljning av läkarnas verksamhet utan avse situationer där misstanke måste föreligga om oegentligheter från en läkares sida.

Förslaget om att tillsätta en arbetsgrupp för att utarbeta ett system för kvalitetssäkring tillstyrks.

Skälen för regeringens förslag och bedömning: Socialstyrelsen har det centrala myndighetsansvaret för uppföljning och utvärdering av vårdkvalitet och samhällets resursinsatser inom hälso- och sjukvården. I enlighet med detta ansvar har Socialstyrelsen nyligen utfärdat föreskrifter (SOSFS:9) om kvalitetssäkringsarbetet inom hälso- och sjukvården.

I förskrifterna anges bl.a. att legitimerad vårdpersonal, t.ex. privatpraktiserande läkare och sjukgymnast, fortlöpande skall bedriva systematiskt och dokumenterat kvalitetssäkringsarbete.

Verksamhetsuppföljning är dels ett instrument för att följa upp det egna arbetet dels ett instrument som skall göra det möjligt för andra att följa upp och bedöma verksamheten. Den verksamhetsuppföljning som sker av den egna verksamheten utvecklas bäst inom professionen och i samarbete med kollegor. I verksamhetsredovisningen skall vårdgivaren redovisa system och program för kvalitetssäkring, hur detta tillämpas och hur resultaten påverkar det fortsatta kvalitetsarbetet. Vidare skall uppgifter finnas som gör det möjligt för bl.a. finansiären, sjukvårdshuvudmannen, tillsynsmyndigheten m.fl. att bedöma prestationer, effekter och kostnader. Redovisningarna kan därför skilja i innehåll och detaljeringsgrad beroende på vem som är mottagare.

Sjukvårdshuvudmannens ansvar för planering och finansiering av hälso- och sjukvården medför ett stort och berättigat behov av att följa upp att verksamheten bedrivs på ett sätt som totalt ger ett bra resultat i hela hälso- och sjukvården med avseende på kostnader, effektivitet och kvalitet. Socialstyrelsen och sjukvårdshuvudmännen har i sina respektive roller gemensamma intressen och samverkansbehov kring uppföljning/utvärdering och kvalitetssäkring. Till följd härav kan riktade studier genomföras, t.ex. genom medverkan av styrelsens regionala enheter.

Det är också angeläget att följa upp vårdgivarnas verksamhet på nationell nivå. Grundläggande för kvalitetssäkringsarbete och uppföljning/utvärdering är ett enhetligt informationssystem för prestationer, effekter och kostnader. Ett sådant system saknas för närvarande. En utgångspunkt att bygga vidare på är pågående utvecklingsarbete med att utforma kvalitetsindikatorer för husläkarverksamheten. Samma metoder och former för hur den öppna vården skall följas upp och utvärderas bör gälla oavsett driftsform – privat eller offentlig. Socialstyrelsen, Spri och företrädare för sjukvårdshuvudmännen bör ges i uppdrag att i samarbete med yrkeskåren utarbeta metoder för att följa upp och utvärdera den verksamhet som bedrivs av specialister i öppen hälso- och sjukvård och sjukgymnaster.

Den nu föreslagna reformen innebär betydande förändringar såväl vad avser privatpraktiserande läkares möjlighet att etablera sig med ersättning från det offentliga som landstingens förutsättningar att styra och planera denna del av hälso- och sjukvården.

Regeringen finner det mycket angeläget att det nu pågående reformarbetet inom hälso- och sjukvården följs upp och utvärderas. Vi har därför för avsikt att ge ett uppdrag till Socialstyrelsen att i samråd med Landstingsförbundet följa upp och utvärdera de nu föreslagna föränd-

ringarna. I uppföljningen och utvärderingen bör särskild uppmärksamhet ges åt reformens effekter vad gäller hälso- och sjukvårdens struktur och kostnader. I detta sammanhang bör även den fria etableringens betydelse för en ökad konkurrens uppmärksammas. Ett av syftena med de nu föreslagna förändringarna är att åstadkomma en ökad valfrihet och tillgänglighet för patienten. Socialstyrelsen bör därför uppmärksamma hur olika patientgruppers vårdsökande och vårdinsatser påverkas.

7.4 Ett nytt ersättningssystem för privatpraktiserande sjukgymnaster

Regeringens förslag: De grundläggande villkoren för privatpraktiserande sjukgymnasters rätt till sjukgymnastikersättning regleras i en särskild lag. Lagen ansluter i allt väsentligt till vad som föreslås gälla för privatpraktiserande läkare under avsnitt 7.3.

Skälen för regeringens förslag: De skäl som vi anfört för den föreslagna nya lagregleringen avseende privatpraktiserande läkares rätt till läkarvårdsersättning m.m. kan också anföras beträffande vårt lagförslag rörande privatpraktiserande sjukgymnaster. I anslutning härtill vill vi fästa uppmärksamheten på att överförandet av finansieringsansvaret för de privatpraktiserande sjukgymnasterna till sjukvårdshuvudmännen inte får leda till att dessa av kostnadsskäl i möjligaste mån avstår från att remittera patienter till privata sjukgymnaster, eftersom det krävs remiss av läkare för att behandling av privatpraktiker skall omfattas av ersättning från landstinget.

7.4.1 Utformningen av ett nytt ersättningssystem för privatpraktiserande sjukgymnaster

Regeringens förslag: En nationell grundtaxa med samma principiella konstruktion som den som föreslås för privatpraktiserande läkare under avsnitt 7.3 införs för privatpraktiserande sjukgymnaster som ansluts till landstingens ersättningssystem.

Sjukgymnastikersättning lämnas för behandling som meddelas av legitimerad sjukgymnast i privat verksamhet som efter legitimation har tjänstgjort i offentligt finansierad vård under en tid som motsvarar minst två års heltidstjänstgöring, varav minst sex månader i sluten vård eller har motsvarande erfarenhet. Sjukgymnasten skall också under de senaste sju åren ha tjänstgjort i offentligt finansierad vård under tid som motsvarar minst ett års heltidstjänstgöring.

Skälen för regeringens förslag: Den gällande behandlingstaxan har varit i kraft sedan den 1 april 1977 och har inte varit föremål för någon

allmän översyn. De brister som framförts angående läkarvårdstaxan gäller i stort sett också behandlingstaxan även om den inte är av samma detaljeringsgrad. Det är därför enligt vår mening angeläget att införa en ny och administrativt enklare ersättningsmodell som skapar förutsättningar för kostnadskontroll genom ett ekonomiskt tak för varje vårdgivare, men som även ger bättre villkor för att bedriva en mer kvalificerad verksamhet. Legitimerade sjukgymnasters riksförbund har också framfört önskemål om att ett nytt ersättningssystem utreds och utformas efter mönster av förslaget till ny läkarvårdstaxa.

RFV kommer under hösten 1993 att företa en översyn av behandlingstaxan med syfte att harmonisera konstruktionen av taxan med den nya läkarvårdstaxan. Vi utgår från att RFV och Socialstyrelsen inom ramen för detta översynsarbet prövar möjligheterna att avskaffa kravet på läkarremiss för sjukgymnastikersättning. Med hänsyn till att översynsarbetet inte kommer att kunna slutföras så att en ny taxa kan träda i kraft den 1 januari 1994 måste nuvarande taxa, efter revision på vissa punkter, kunna tillämpas för landstingsadministration tills den nya taxan kan träda i kraft. Detta beräknas ske senast den 1 juli 1994.

8 Uppföljning av reformen

Regeringens bedömning: Regeringen bör återkomma till riksdagen med en uppföljning och bedömning av den nu föreslagna reformen i samband med ställningstagandet till HSU 2000. Uppföljningen bör särskilt ta sin utgångspunkt i utvecklingen av sjukvårdshuvudmännens kostnader för den privata läkarvården. En motsvarande uppföljning bör företas även för den privata sjukgymnastiken.

Skälen för regeringens bedömning: HSU 2000 skall senast i mars 1994 lämna ett eller flera förslag beträffande hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och organisation. En av de centrala frågeställningar som diskuteras i kommittén är hur förhållandet mellan hälso- och sjukvårdens finansiering och produktion skall se ut och regleras. I detta sammanhang utgör förutsättningarna för olika producenters möjlighet att få del av den offentliga finansieringen liksom utformningen av ersättningssystemen naturliga delar. Med hänsyn till att Sveriges ekonomi för närvarande befinner sig i ett mycket svårt läge måste kraven på kostnadseffektivitet och möjlighet till uppföljning väga tungt vid bedömningen av hur ett framtida system bäst kan konstrueras. Andra centrala frågor som är föremål för diskussion är vårdens tillgänglighet och dess kvalitet.

Vi vill i detta sammanhang understryka det angelägna i att målen i hälso- och sjukvårdslagen att varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landsting samt att vården sker på lika villkor för hela befolkningen fullföljs genom denna reform. Om

så inte skulle bli fallet är vi beredda att vidta de åtgärder som kan bli nödvändiga.

Med hänsyn dels till de förslag HSU 2000 utifrån ett helhetsperspektiv på hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering kan komma att lägga på den nu föreslagna reformen, dels till de erfarenheter som har vunnits bör regeringen återkomma till riksdagen med en uppföljning och bedömning i samband med sitt ställningstagande till det slutbetänkande HSU 2000 kommer att avlämna.

9 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag: För tiden fram till den 1 juli 1994 gäller att en taxa som i huvudsak motsvarar bestämmelserna om arvoden i nuvarande läkarvårdstaxa respektive behandlingstaxa skall tillämpas vid bestämmandet av ersättning till läkare respektive sjukgymnaster.

En läkare eller en sjukgymnast, som vid den föreslagna lagens ikraftträdande den 1 januari 1994 är ansluten till försäkringskassans ersättningssystem, kan utan anmälan och prövning få rätt till ersättning enligt de nya lagarna.

En läkare eller sjukgymnast som uppnått eller under de närmaste fem åren kommer att uppnå 70 års ålder har rätt till ersättning längst till utgången av år 1999.

Skälen för regeringens förslag: Som redan framhållits i 1993 års kompletteringsproposition skall de läkare och sjukgymnaster som vid utgången av år 1993 är uppförda på förteckning hos allmän försäkringskassa utan särskild prövning ha rätt till ersättning enligt de nya bestämmelser som avses träda i kraft den 1 januari 1994. Vidare avses det ekonomiska och administrativa huvudmannaskapet för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samtidigt övergå till sjukvårdshuvudmännen den 1 januari 1994.

I regeringens lagförslag rörande läkarvårdsersättning respektive sjukgymnastikersättning ingår vidare att allmän försäkringskassa efter överenskommelse får ha hand om utbetalning av ersättningar. Detta kan dels underlätta för sjukvårdshuvudmännen i samband med genomförandet av reformen, dels utgöra ett mer permanent alternativ för sjukvårdshuvudmännen vad gäller administrationen av det offentliga ersättningssystemet.

Som vi tidigare redovisat skall den nuvarande taxekonstruktionen ändras i grunden. RFV har nyligen på regeringens uppdrag inkommit med ett förslag till ny läkarvårdstaxa. Med hänsyn till den omfattande förändring som det är fråga om anser vi att det inte är möjligt att genomföra dessa förändringar samtidigt som lagen avses träda i kraft, dvs. den 1 januari 1994. Både privatpraktiker och landsting behöver en

rimlig tid för administrativa förberedelser sedan regeringen fastställt den nya taxan. Vi anser mot den bakgrunden att de nya taxorna bör träda i kraft den 1 juli 1994.

Vi har tidigare redovisat skäl för att införa en åldersgräns på 70 år för rätt till ersättning. En sådan bestämmelse måste kompletteras med övergångsregler, eftersom förutsättningarna att bedriva verksamhet väsentligt förändras för de läkare och sjukgymnaster som har uppnått eller de närmaste åren kommer att uppnå denna åldersgräns. Det kan t.ex. gälla genomförda eller planerade investeringar i utrustning och lokaler. Mot den bakgrunden anser vi att utgången av år 1999 bör gälla som den bortre gränsen för rätt att uppbära ersättning för dem som redan passerat eller under år 1994 passerar åldersgränsen. För dem som ännu inte passerat denna åldersgräns blir det således en kortare övergångstid.

10 Husläkare

10.1 Åtgärdstaxa för husläkare

I regeringens proposition 1992/93:160 om husläkare m.m. föreslog regeringen att ersättningen för husläkarverksamheten bör bestå av två delar, dels en fast ersättning per individ för de personer en husläkare åtagit sig att ha ansvaret för, dels en ersättning per besök antingen i form av patientavgift eller av en besöksersättning eller en kombination av dessa två. Den fasta individrelaterade ersättningen skall utgöra den större delen av husläkarersättningen. Regeringen föreslog också att ersättningsnivåerna fastställs av resp. sjukvårdshuvudman.

Riksdagens beslut i frågan om husläkare m.m. (bet. 1992/93:SoU22, rskr. 1992/93:355) följde i huvudsak regeringens förslag i propositionen. Vad gäller principerna för ersättningen till husläkarverksamheten beslutade dock riksdagen att en tredje ersättningsdel i form av en s.k. åtgärdstaxa skall införas och att förslag till kompletterande bestämmelser om en sådan taxa skall lämnas till riksdagen i sådan tid att bestämmelserna kan träda i kraft samtidigt som husläkarreformen. En åtgärdstaxa bör enligt riksdagens beslut omfatta diagnos och terapi som ligger vid sidan om allmänmedicinen och som är så krävande att de i propositionen föreslagna ersättningsdelarna inte kan anses tillräckliga.

10.1.1 Åtgärdstaxans syfte

Tillgängliga resurser inom hälso- och sjukvårdssektorn måste utnyttjas på effektivast möjliga sätt. Detta innebär bl.a. att det som ur medicinsk behandlingssynpunkt är lämpligt och möjligt att utföra inom den öppna vården också bör utföras inom denna vårdnivå. Syftet med att införa en åtgärdstaxa för husläkare är att stimulera och uppmuntra dessa att själva bistå sina patienter i stället för att skriva remiss till sjukhus eller annan specialistvård i de fall de anser sig vara kompetenta att utföra åtgärden

i fråga och har de i övrigt praktiska möjligheterna att utföra den. En åtgärdstaxa kan på så sätt bidra till att underlätta den eftersträvade omstruktureringen att minska andelen länssjukvård till förmån för den öppna vården, som i regel finns närmare och är bättre tillgänglig för större delen av befolkningen i vårt land.

10.1.2 Åtgärdstaxans konstruktion och omfattning

Regeringens förslag: Alla husläkare skall i princip kunna få del av åtgärdstaxan. Ett begränsat antal åtgärder, inledningsvis ett femtontal, bör ersättas enligt särskild taxa. Regeringen fastställer vilka åtgärder som skall ersättas och nivån på ersättningen.

Regeringens bedömning: Övriga delar av ersättningen till husläkarverksamhet, dvs. den fasta individrelaterade ersättningen och besöksersättning/patientavgift, bör inte påverkas av att en åtgärdstaxa införs.

Skälen för regeringens ställningstaganden: Genom sin legitimation får läkaren behörighet att utföra sin verksamhet. Vilka åtgärder han själv kan vidta och vilka han anser sig behöva remittera till någon annan bedömer han själv utifrån sin kompetens och erfarenhet. Sin legitimation får läkaren efter fullgjord grundutbildning och AT-tjänstgöring.

Enligt lagen (1993:588) om husläkare är kompetenskravet för husläkare specialistkompetens i allmänmedicin. Även andra specialister kan få behörighet som husläkare enligt de bestämmelser som anges i förordningen (1993:594) om behörighet som husläkare. Detta innebär att de svenska husläkarna i jämförelse med många av sina utländska kollegor kommer att ha hög formell kompetens genom längre och mer omfattande utbildning. Dessutom kommer de att ha en längre tids erfarenhet av medicinskt vård- och behandlingsarbete innan de kan etablera sig som husläkare. För att inom den öppna vården kunna ta tillvara denna kompetens och erfarenhet skall i pricip alla husläkare kunna få del av åtgärdstaxan.

De åtgärder som ersätts enligt en särskild taxa skall vara sådana som ligger vid sidan av vad som normalt kan anses ingå i allmänmedicin. För att utföra dem behöver husläkaren särskild kunskap, träning eller utrustning. Det kan också vara frågan om åtgärder som är särskilt tidskrävande. Grundläggande är dock att det gäller åtgärder som i regel skulle innebära en remiss från allmänläkare till sjukhus eller annan specialistvård.

Genom inriktningen under sin specialistutbildning i allmänmedicin, genom att ha dubbelspecialitet eller genom sin praktiska yrkesverksamhet kan husläkaren ha skaffat sig de kunskaper och de erfarenheter som behövs för att han skall kunna utföra de åtgärder som ersätts enligt särskild taxa. Det ankommer alltså på resp. husläkare att själv bedöma

om han själv mot denna bakgrund skall utföra åtgärden i fråga eller remittera sin patient till annan instans.

Åtgärder som ersätts enligt särskild taxa bör gälla ett begränsat antal väldefinierade åtgärder. De främsta skälen till detta är hänsynen till utformningen av ersättningssystemet till husläkarverksamhet i stort och behovet av totalkostnadskontroll. En husläkare skall inte vara beroende av ersättningar enligt en särskild åtgärdstaxa för att kunna bedriva en husläkarmottagning enligt det åtagande och de ersättningsnivåer för detta som respektive sjukvårdshuvudman har fastställt. Den fasta individrelaterade ersättningen och besöksersättningen/patientavgiften bör bl.a. därför inte påverkas av att en åtgärdstaxa införs. Inkomster från en särskild åtgärdstaxa bör också bara utgöra en mindre del av den sammanlagda ersättningen för en husläkarverksamhet.

Ersättningen enligt åtgärdstaxan är ett alternativ till remiss till sjukhus eller annan specialistvård och bör ur ett totalkostnadsperspektiv belasta utrymmet för sådan vård. En åtgärdstaxa kan i detta perspektiv bidra till att stimulera den sedan länge eftersträvade omfördelningen av resurser från sluten till öppen vård.

Erfarenheter från den nuvarande privatläkartaxan bör vara vägledande när man fastställer vilka åtgärder som skall ersättas enligt särskild taxa. Sådana erfarenheter talar bl.a. för att särskild ersättning i princip inte bör lämnas till åtgärder av utredningskaraktär. De åtgärder som skall komma i fråga bör vara lätta att avgränsa och möjliga att följa upp.

Det bör ankomma på regeringen att, efter samråd med Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Sveriges Läkarförbund fastställa vilka åtgärder som skall omfattas av en särskild taxa.

Det bör också vara en uppgift för regeringen att fastställa ersättningsnivån för de åtgärder som ersätts enligt den särskilda åtgärdstaxan. Skälen för detta är dels att regeringen fastställer normalarvoden och de särskilda ersättningarna enligt lagen om läkarvårdsersättning, dels att den fasta individrelaterade ersättningen och besöksersättningarna/patientavgifterna inte bör påverkas av att en särskild åtgärdstaxa införs för husläkare. En utgångspunkt för detta arbete bör vara att åtgärdsersättningen inom husläkarverksamheten så långt möjligt bör vara neutral i förhållande till ersättning för motsvarande vård enligt lagen om läkarvårdsersättning.

Husläkarens rätt att uppbära åtgärdsersättning begränsas till de personer som finns på hans lista.

10.2 Åldersgräns för husläkare

Regeringens förslag: Husläkarersättning lämnas inte till den husläkare som fyllt sjuttio år.

Skälen för regeringens förslag: I propositionen 1992/93 om husläklare m.m. berörde det föredragande statsrådet frågan om en eventuell

åldersgräns för husläkare. Han anförde då att denna fråga inte borde prövas innan remissinstansernas synpunkter på Specialisttaxeutredningens betänkande Taxa för vård hos specialistläkare (SOU 1992:118) hade inhämtats. Skälet för detta var att frågan om åldersgräns för husläkare inte hade behandlats i Ds 1992:41 Husläkare - för kontinuitet och trygghet i vården och därmed i regel inte kommenterats av remissinstanserna i det sammanhanget.

Vi har tidigare redovisat (avsnitt 7.3.1) att alla remissinstanser med undantag av Sveriges Läkarförbund och pensionärsorganisationerna SPF och PRO accepterar en åldersgräns på 70 år för anslutning till det offentliga ersättningssystemet för privatpraktiserande läkare. Regeringen föreslår nu också att en sådan begränsning införs i lagen om läkarvårdsersättning.

Specialisttaxeutredningen ansåg att dess förslag om att en läkare som fyllt 70 år inte längre skulle ha rätt att vara ansluten till försäkringen borde samordnas med vad som skall gälla i ett husläkarsystem. Regeringen delar bedömningen att samma åldersgränser bör tillämpas för samhällsfinansierad läkarverksamhet oavsett i vilken form sådan ersättning lämnas eller vilken lag som reglerar den. I lagen (1993:588) om husläkare bör det därför införas en bestämmelse om att husläkarersättning inte lämnas till husläkare som fyllt 70 år.

11 Kvalitet i äldrevården

11.1 Ädelreformen

Den s.k. Ädelreformen som trädde i kraft den 1 januari 1992 innebär att kommunerna har fått ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg till äldre och handikappade. Reformens främsta syfte är att ge kommunerna förutsättningar att förverkliga de övergripande målen om valfrihet, trygghet och integritet i vården och omsorgen av äldre människor och personer med funktionshinder. Ett sammanhållet ansvar ökar också möjligheterna till att utnyttja samhällets resurser på ett effektivt sätt.

På regeringens uppdrag följer och utvärderar Socialstyrelsen effekterna av Ädelreformen vad gäller innehåll, kvalitet och kostnader.

Socialstyrelsen har nyligen till regeringen överlämnat sin andra årsrapport om Ädelreformen. Av denna framgår att det allmänna omdömet om reformen är positivt. Det har också varit betydligt mindre problematiskt att genomföra den än vad många befarade.

Ädelreformen har i flera avseenden varit framgångsrik. Antalet medicinskt färdigbehandlade personer inom akutsjukvården har minskat. Som följd har vårdresurser frigjorts för akutsjukvård, vilket bl.a. kommit äldre personer tillgodo.

De problem som Socialstyrelsen uppmärksammat i sin utvärdering av Ädelreformen kan relateras till verksamhetsområden där kommuner och

landsting har ett delat ansvar såsom hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel. Hälften av landets kommuner har i dag ett samlat huvudmannaskap för hemsjukvården genom att de har ansvar även för denna verksamhet i ordinärt boende. I resterande kommuner och landsting har landstinget ansvaret för hemsjukvård i ordinärt och tidigare samordningsproblem kvarstår på många håll. Enligt Socialstyrelsen kan nuvarande oklarhet i ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting inom rehabiliteringsområdet leda till att enskilda personer inte får den rehabilitering de behöver eller att dessa insatser fördröjs.

Hjälpmedelsförsörjningen fungerar i huvudsak på samma sätt som tidigare, men med den skillnaden att kommunerna nu köper dessa tjänster. En positiv effekt av Ädelreformen är emellertid att den arbetstekniska utrustningen och individuella utprovningen av hjälpmedel har utvecklats. Parallella organisationer skapar dock ett merarbete för personalen.

När det gäller den av kommunerna övertagna sjukhemsverksamheten finns det - liksom före Ädelreformen - stora skillnader i kvalitet och innehåll mellan olika sjukhem. Vissa sjukhem har en undermålig boendestandard och det finns brister i den medicinska vården.

Socialstyrelsens uppföljningen visar också att såväl äldre i allmänhet som de flesta brukare av äldre- och handikappomsorg ger goda omdömen om service, vård och omsorg. Men det är för tidigt att uttala sig om eller i vilken utsträckning Ädelreformen i sig bidragit till detta. Det finns enskilda exempel på att så är fallet, men den samlade bilden är motsägelsefull. Bl.a. är det svårt att särskilja vad som är effekter av Ädelreformen och annan pågående utveckling i såväl samhället som sektorn i stort. Inom flera områden saknas också data om hur förhållandena var före den 1 januari 1992, vilket begränsar möjligheterna till att göra jämförelser över tid. Dessutom kan det vara svårt att finna underlag för generella slutsatser om reformens konsekvenser, då effekterna till stor del påverkas av lokala förhållanden.

Regeringens förslag: För att utveckla och säkra kvaliteten i de mer hälso- och sjukvårdsinriktade delarna av den s.k. Ädelreformen samt i samspelet mellan de sociala och medicinska insatserna skall staten lämna ett stimulansbidrag om 50 miljoner kronor. Medlen skall finnas tillgängliga fr.o.m. den 1 januari 1994 och användas till utvecklingsarbete inom sådana områden som rör kvaliteten i äldrevården vad gäller bl.a. rehabilitering, kvalitetssäkring i den medcinskt inriktade vården, samspelet mellan dessa insatser och sociala insatser, samverkan mellan huvudmännen vid övergången från somatisk akutsjukvård till särskilda boendeformer, den medicinskt ansvariga sjuksköterskans roll och funktion samt den geriatriska klinikfunktionen. Erforderliga anslagsmedel under budgetåret 1993/94 anvisas på tilläggsbudget.

Skälen för regeringens ställningstagande: Service och vård till äldre och personer med funktionshinder är viktiga inslag i välfärdspolitiken. Det är också angeläget att dessa tjänster är lätt tillgängliga och av god kvalitet. Ädelreformens främsta syfte är också att uppnå de övergripande målen om valfrihet, trygghet och integritet i vården och omsorgen av äldre och handikappade. Reformen har också i flera avseenden varit framgångsrik och de hittillsvarande erfarenheterna är i huvudsak positiva.

Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering tyder dock på att det finns vissa områden där det inte skett någon märkbar utveckling utan tidigare problem kvarstår. Det gäller bl.a. delar av den kommunala sjukhemsverksamheten där det fortfarande finns stora skillnader i fråga om kvalitet och innehåll mellan olika sjukhem. I detta sammanhang har inte minst de mer sjukvårdsinriktade insatserna uppmärksammats. Dessutom är det i vissa avseenden oklart hur ansvaret fördelar sig mellan landsting och kommuner, bl.a. vad gäller rehabiliteringsinsatser.

För att äldre och personer med funktionshinder skall kunna få en även ur kvalitetshänseende god vård och omsorg är det angeläget att att huvudmännen samarbetar och samordnar sina insatser. Detta gäller alltid men är särskilt viktigt inom de områden där ansvaret fortfarande är oklart eller delat, t.ex. inom hemsjukvården.

Mot bakgrund av Socialstyrelsens uppföljning av Ädelreformen och den debatt som förekommit i anslutning till den årsrapport som nyligen redovisats anser regeringen att det är viktigt att stödja huvudmännen i deras fortsatta arbete med att genomföra Ädelreformen. Vi förslår därför att bidrag om sammanlagt 50 miljoner kronor skall kunna lämnas för utvecklingsarbete kring kvaliteten i äldrevården, där tyngdpunkten bör ligga på den mer medicinskt inriktade vården och samspelet mellan denna och de sociala insatserna. Exempel på områden som bör bli aktuella i sådant utvecklingsarbete är rehabilitering, den medcinskt

ansvariga sjuksköterskans roll och funktion, kvalitetssäkring i de medicinska insatserna, samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen vid övergången från akutsjukvård till särskilda boendeformer och den geriatriska klinikfunktionen.

Regeringen har för avsikt att återkomma till riksdagen på tilläggsbudget för budgetåret 1993/94 med förslag om att anvisa ett reservationsanslag på 50 000 000 kr avseende Bidrag till kvalitet i äldrevården.

12 Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1994

12.1 Inledning

Det år 1985 införda systemet med schabloniserad ersättning från den allmänna sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen innebar en övergång från prestationsbundna ersättningar till en samlad ersättning per invånare i form av en allmän sjukvårdsersättning. Härvid infördes även en samordning med försäkringens ersättningar till försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster i syfte att förbättra en gemensam planering av den offentliga och den privata hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Förutom en allmän sjukvårdsersättning har varje år från försäkringen lämnats ett varierande antal specialdestinerade ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för olika ändamål.

År 1988 företogs en viktig förändring i fråga om fördelningen av den allmänna sjukvårdsersättningen genom att principen om en invånarbaserad sådan ersättning kompletterades med ett antal behovskriterier. Denna socioekonomiska fördelningsmodell är helt genomförd sedan år 1990. De fördelningskriterier som ligger till grund för den behovsbaserade fördelningen är skillnader i befolkningens dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspensionering samt antalet ensamboende äldre.

Den överenskommelse som träffades för år 1993 innebar vissa förändringar jämfört med tidigare träffade överenskommelser fr.o.m. år 1985. Förändringarna var föranledda av riksdagens beslut om betydande förändringar i statsbidragssystemen för bl.a. landstingen fr.o.m. år 1993 i enlighet med vad regeringen föreslagit i kompletteringspropositionen för budgetåret 1992/93 (prop. 1991/92:150 del II, bet. 1991/92:FiU29, rskr. 1991/92:345).

För landstingens vidkommande innebar förändringarna att rundgången av medel mellan stat och landsting begränsades genom att avräkningsskatten avskaffades samt att skatteutjämningavgiften för landstingen sänktes till 0,40 kronor per skattekrona. En annan förändring var en övergång till mer generella principer i fråga om fördelning av statsbidrag till sjukvårdshuvudmännen genom att sex specialdestinerade statsbidrag avskaffades. Dessa förändringar medförde att riksdagen för

år 1993 fastställde en utgiftsram i fråga om ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen på 6 995 milj. kr.

Fördelningen av utgiftsramen för år 1993 skedde med utgångspunkt i att nivån på den allmänna sjukvårdsersättningen måste tillgodose två viktiga krav. För det första skulle den allmänna sjukvårdsersättningens storlek överstiga summan av de försäkringsersättningar som under föregående år har utbetalats av försäkringskassan till de försäkringsanslutna läkare och sjukgymnaster som varit verksamma inom huvudmannens geografiska område. För det andra skulle den behovsbaserade fördelningsprincipen behållas. Detta ledde sammantaget fram till en allmän sjukvårdsersättningen på sammanlagt 5 006 milj. kr år 1993.

I kompletteringspropositionen för budgetåret 1992/93 aviserade regeringen ett avskaffande av skatteutjämningsavgiften fr.o.m. år 1994 för att skapa en nettoström av medel från staten till landstingen. I kompletteringspropositionen för budgetåret 1993/94 återkom regeringen i denna fråga. Föredragande statsrådet anförde att en sådan förändring bl.a. skulle kräva att sjukvårdshuvudmännen gavs det direkta kostnadsansvaret för och övertog administrationen av ersättningen till försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster från kassorna. Han konstaterade också att en sådan åtgärd skulle skapa förutsättningar för ett införande av fri anslutning för läkare. I propositionen aviserade regeringen därför vad gäller systemet med bidrag till ersättningar till sjukvårdshuvudmännen ett slopande av skatteutjämningsavgiften på 0,40 kronor per skattekrona och en reducering med 1 500 milj. kr motsvarande den tillfälliga indragning från landstingen som riksdagen beslutat om för år 1992. Härefter skulle en total utgiftsram på 2 703 milj. kr återstå att fördela mellan sjukvårdshuvudmännen år 1994. Riksdagen beslöt i enlighet med regeringens förslag (prop. 1992/93:150, bet. 1992/93:FiU30, rskr. 1992/93:447).

Med utgångspunkt i riksdagens beslut har parterna nu enats om fördelningen av nämnda utgiftsram för år 1994. Vidare har parterna vid överläggningarna behandlat frågan om ett överförande av administrationen av avgifter vid sjukhusvård för pensionärer. Parterna har därvid gjort den bedömningen att frågan behöver utredas och övervägas ytterligare, bl.a. vad gäller möjligheterna till att utforma ett för landstingen bättre anpassat avgiftssystem än det nuvarnade för de berörda pensionärsgrupperna.

Det av riksdagen godkända överförandet till sjukvårdshuvudmännen av det finansiella ansvaret för de försäkringsanslutna privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna fr.o.m. år 1994 har varit av stor betydelse för fördelningen av utgiftsramen, eftersom behovet att avsätta ett visst belopp som allmän sjukvårdsersättning inte längre föreligger. Utgångspunkten för beräkningen av ersättningsbeloppets storlek har denna gång varit att den nuvarande behovsbaserade fördelningsprincipen av ersättningen skall kunna bibehållas. Det innebär bl.a. att skillnaden i ersättningen skall vara 50 kr per invånare mellan var och en av de tre behovsklasser som sjukvårdshuvudmännen är uppdelade i. Detta har resul

terat i att parterna ansett att storleken på den allmänna sjukvårdsersättningen skall vara 700 milj. kr för år 1994.

Beträffande fördelningen av utgiftsramen i övrigt har parterna enats om att några större förändringar inte skall företas i förhållande till vad som gäller för år 1993. Det kan dock nämnas att parterna funnit att de särskilda ersättningarna för att förbättra kapaciteten inom hälso- och sjukvården för rehabiliterings- och behandlingsinsatser och för psykoterapeutisk verksamhet skall höjas från 485 resp. 24,5 milj. kr år 1993 till 510 resp. 39,5 milj. kr år 1994.

Vi förordar att det som angivits i överenskommelsen genomförs i enlighet med vad som redovisas i det följande.

Riksdagen bör beredas tillfälle att ta del av överenskommelsen genom att den fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 2*. Regeringen kommer senare att besluta om de förordningsändringar som krävs för ett genomförande.

12.2 Ersättningar och ersättningsbelopp för år 1993

Det totala ersättningsbelopp som lämnas från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen uppgår till 6 995 milj. kr för år 1993. Härav utgörs 5 006 milj. kr av en allmän sjukvårdsersättning.

Den allmänna sjukvårdsersättningen fördelas sedan år 1988 enligt en behovsbaserad modell mellan sjukvårdshuvudmännen, vilka delas in i tre behovsklasser. Differensen i ersättning per invånare mellan klasserna är 50 kr. Det innebär således att ersättningen per invånare i klass 3 är 100 kr högre än i klass 1.

År 1991 infördes en särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen för att förbättra kapaciteten inom hälso- och sjukvården för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser. Denna ersättning uppgår till högst 485 milj. kr år 1993.

De särskilda ersättningarna för handledning av kiropraktorer, för vissa patientöverföringar till Finland samt för anordnande av rikssjukvård för HIV-smittade utgör för år 1993 högst 1, 1 resp. 5,5 milj. kr.

I likhet med tidigare år finansieras, enligt en särskild överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet, Handikappinstitutets verksamhet inom ramen för den allmänna sjukförsäkringen. Bidraget, som tidigare ingick i ersättningen för tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade, utges som ett direkt bidrag från sjukförsäkringen och uppgår till 51 milj. kr.

Vidare lämnas under år 1993 särskild ersättning med sammanlagt högst 24,5 milj. kr till sjukvårdshuvudmännen för att göra det möjligt för dessa att öka tillgången på psykoterapeutiska behandlingsresurser.

För åtgärder hos sjukvårdshuvudmännen som syftar till en förbättrad informationsförsörjning och till de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för nationella register för produktkontroll lämnas under år 1993 ersättning med sammanlagt högst 20 milj. kr.

Under år 1993 lämnas även ersättning med högst 5 milj. kr som delfinansiering för inrättandet av ett epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen.

Dessutom utges sjukreseersättning till sjukvårdshuvudmännen med 1 396 milj. kr för år 1993.

Nu redovisade ersättningsbelopp och grunderna för dem har - med undantag för statsbidraget till allmän sjukvård m.m. - fastställts av regeringen i förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

12.3 Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1994

Som vi redovisat i avsnittet 7.2 har riksdagen godkänt de föreslagna riktlinjerna för ändringarna i systemet med ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. den 1 januari 1994 (bet. 1992/93:FiU30, rskr. 1992/93:447). Riksdagen har också anvisat anslagen Bidrag till hälso- och sjukvård och Bidrag till sjukförsäkringen med utgångspunkt i den föreslagna utgiftsramen för vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen.

Parterna har med utgångspunkt i riksdagens beslut fört överläggningar om hur utgiftsramen på 2 703 milj. kr bör fördelas på åtgärder vilka i olika avseenden bygger på medverkan från staten och den allmänna försäkringen.

Överförandet av det direkta finansieringsansvaret för vården av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster innebär att behov inte längre föreligger att utge en allmän sjukvårdersättning som skall överstiga försäkringsersättningarna för dessa vårdgivare inom resp. sjukvårdshuvudmans geografiska område. Detta har medfört att parterna enats att en jämfört med tidigare år mindre del av den totala ersättningen skall utgöras av en allmän sjukvårdsersättning, vilken fr.o.m. den 1 juli 1994 avses bli omvandlad till ett allmänt statsbidrag till hälso- och sjukvård och utges enligt samma fördelningsmodell som den allmänna sjukvårdsersättningen.

Med anledning av att sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. den 1 januari 1994 avses överta det direkta kostnadsansvaret för ersättningarna till dess vårdgivare blir det inte längre aktuellt att frånräkna ersättningarna till dessa vid utbetalning av allmän sjukvårdsersättning.

Den 1 januari 1992 övertog sjukvårdshuvudmännen det ekonomiska och administrativa huvudmannaskapet för sjukresorna, inkl. de luftburna akuta sjuktransporterna. Detta förutsätter, enligt en tidigare träffad särskild överenskommelse, att parterna årligen kan komma överens om ett ersättningsbelopp för sjukreseersättning avseende det kommande året. Med hänsyn till den nu redovisade kostnadsutvecklingen på området under år 1992 har parterna enats om att ett något reducerat ersättningsbelopp för detta ändamål bör lämnas under år 1994.

RFV och Landstingsförbundet har tillsammans företagit en uppföljning av den år 1991 införda särskilda ersättningen på 400 milj. kr för att för-

bättra kapaciteten inom hälso- och sjukvården för rehabiliterings- och behandlingsinsatser. Den framtagna uppföljningsrapporten grundar sig på redovisningar från sjukvårdshuvudmännen och försäkringskassorna. Sammanfattningsvis konstaterar de i den gemensamma rapporten Dagmar 400 att sjukvårdshuvudmän och försäkringskassor anser att väsentliga förbättringar i tillgänglighet och rehabiliterings- och behandlingskapacitet snabbt har uppnåtts med stöd av dessa medel. Det framhålls också att många av 1991 års projekt uppnått eller överträffat målsättningen med denna särskilda ersättning, nämligen att minska utbetalningarna från socialförsäkringen med ett belopp som minst motsvarande storleken på den särskilda ersättningen till sjukvårdshuvudmannen. Verkets och Landstingsförbundets uppfattning är att ersättningsformen även haft mycket stor betydelse utöver den som direkt kan mätas eller uppskattas i ekonomiska termer. Som exempel härpå nämns att samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen och försäkringskassorna har utvecklats och fördjupats samt livskvalitet ökat för de patienter som fått tillgång till snabbare och bättre hjälp genom de olika projekten. Avslutningsvis framhålls att denna särskilda ersättning på sikt torde kunna ge än större effekter beroende på att viktiga "investeringar" redan är gjorda t.ex. i form av olika inlärningskostnader och upparbetade kontaktvägar.

För år 1993 uppgår denna särskilda ersättning till 485 milj. kr. Mot bakgrund av de positiva resultaten som framkommit vid RFV:s och Landstingsförbundets uppföljning och utvärdering av medlens användning för år 1991 har parterna bedömt det vara angeläget att fortsätta med denna ersättningsform även under år 1994 och att beloppet skall höjas till 510 milj. kr.

I de senaste årens överenskommelser har parterna framhållit att uppföljning och utvärdering av utvecklingen inom hälso- och sjukvården måste förbättras i olika avseenden. Inte minst behöver åtgärder vidtas hos sjukvårdshuvudmännen för en bättre informationsåterföring inom hälso- och sjukvården och därmed bättre möjligheter att kunna följa upp och utvärdera vårdutnyttjande, utförda prestationer, kostnader och kvalitet. Ett intensivt sådant utvecklingsarbete har också inletts på olika nivåer. För detta arbete har parterna enats om att även under år 1994 avsätta medel som syftar till en förbättrad informationsförsörjning med högst 21 milj. kr. Beloppet inkluderar även den under föregående år i särskild ordning beslutade ersättningen till de sjukvårdshuvudmän som åtagit sig att svara för nationella register för produktkontroll. Landstingsförbundet lämnar efter samråd med Socialstyrelsen förslag till fördelning av dessa medel till RFV.

Parterna har som ett viktigt led i en förbättrad informationsförsörjning, i syfte att bl.a. förbättra folkhälsan, enats om att även under år 1994 avsätta högst 5 milj. kr som delfinansiering av ett Centrum för epidemiologi och social analys vid Socialstyrelsen. Centrumets uppgift skall i huvudsak vara att på nationell nivå följa och analysera orsaker till ohälsa och förekomst av olika sjukdomar. Socialstyrelsen och Landstingsförbundet skall lämna en gemensamt upprättad plan över verksam-

heten vad avser hälso- och sjukvård vid detta centrum till RFV för beslut om ersättning.

Sedan år 1990 har parterna varit eniga om att en särskild ersättning för psykoterapeutisk verksamhet skall lämnas till sjukvårdshuvudmännen. Syftet med detta ekonomiska stöd är att möjliggöra för huvudmännen att genom vårdavtal med legitimerade privata vårdgivare öka tillgången på psykoterapeutisk behandling till rimliga kostnader för de försäkrade. Parterna har ansett det vara angeläget att denna ersättningsform förstärks betydligt under år 1994 och att beloppet höjs till högst 39,5 milj. kr.

Vidare har parterna – på grundval av en särskild överenskommelse – enats om att ersättning även under år 1994 skall lämnas direkt från sjukförsäkringen för finansiering av Handikappinstitutets verksamhet och att beloppet skall vara oförändrat under år 1994. Denna särskilda överenskommelse finns i *bilaga 3*.

I övrigt har parterna enats om att de fr.o.m. år 1991 införda särskilda ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen för handledd praktiktjänstgöring av kiropraktorer, för överföring av vissa patienter från Sverige till Finland samt för anordnande av rikssjukvård för HIV-smittade skall kvarstå även under år 1994. De totala ersättningsbeloppen skall dock förändras något i förhållande till år 1994. För samtliga dessa tre ersättningsområden gäller att Socialstyrelsen svarar för handläggningen av förekommande ärenden och lämnar ett underlag till RFV för beslut.

Dessutom har parterna enasts om att egenkostnadstaket inom högkostnadsskyddet skall vara 1 600 kr under år 1994 samt att den högsta sjukhusvårdsavgiften som sjukvårdshuvudmännen får ta ut per vårddag är 80 kr även under år 1994.

Ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen för år 1994 skall i enlighet med vad som nu redovisats sammanfattningsvis vara följande:

a) *Allmän sjukvårdsersättning/bidrag till hälso- och sjukvård på* 700 milj. kr avseende såväl öppen som sluten vård m.m. med fördelning enligt den behovsmodell som gällt sedan år 1988 och som tidigare beskrivits. Fördelning av ersättningen mellan sjukvårdshuvudmännen framgår av bilaga 2.2

b) För *sjukresor inkl. akuta luftburna sjuktransporter* lämnas sjukreseersättning med 1 370 milj. kr. Medlen fördelas i särskild ordning mellan huvudmännen och framgår av bilaga 2.3.

c) För att förstärka hälso- och sjukvårdens resurser för *rehabiliterings- och behandlingsinsatser* utges under vissa förutsättningar ersättning med sammanlagt 51 milj. kr. Fördelningen av dessa medel mellan sjukvårdshuvudmännen sker enligt en särskild fördelningsmodell, som är baserad på det s.k. ohälsotalet och invånarantalet. Medlen utbetalas av försäkringskassan när kassan och huvudmannen träffat en lokal överenskommelse om medlens användning. Någon utbetalning bör dock inte företas beträffande ett projekt förrän detta har påbörjats. Fördelningen av ersättningen mellan huvudmännen framgår av bilaga 2.4.

d) För finansiering av *Handikappinstitutets* verksamhet lämnas ersättning med 51 milj. kr enligt en särskild överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet. Ersättningen utbetalas av RFV.

e) För att möjliggöra för sjukvårdshuvudmännen att öka tillgången på *psykoterapeutiska behandlingsresurser* utges ersättning med sammanlagt högst 39,5 milj. kr. Ersättningen fördelas mellan huvudmännen och utges dels med 350 000 kr per huvudman, dels med 3,50 kr per invånare. Den lämnas efter särskild rekvisition av RFV under förutsättning att sjukvårdshuvudmannen träffat av Socialstyrelsen godkända vårdavtal med legitimerade privata vårdgivare.

f) För åtgärder hos sjukvårdshuvudmännen som syftar till en *förbättrad informationsförsörjning* och till de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för *nationella register för produkt- och kvalitetskontroll* utges ersättning med sammanlagt högst 21 milj. kr. Landstingsförbundet lämnar efter samråd med Socialstyrelsen förslag till fördelning av medlen till RFV, som därefter beslutar om fördelning och utbetalning av ersättningen.

g) För verksamheten vid *Centrum för epidemiologi och social analys* vid Socialstyrelsen lämnas ersättning med högst 5 milj. kr. Socialstyrelsen och Landstingsförbundet lämnar - för den del som omfattar hälso- och sjukvården - en gemensamt upprättad plan över denna verksamhet vid centrumet till RFV för utbetalning av ersättningen.

h) För de sjukvårdshuvudmän som svarar för handledd *praktiktjänstgöring av kiropraktorer* enligt Socialstyrelsens anvisningar utges ersättning med sammanlagt högst 0,5 milj. kr. Ersättning lämnas med högst 95 000 kr per praktikant. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och tillställer RFV underlag för utbetalning av ersättningen.

i) För *överföring av vissa patienter från Sverige till Finland* utges ersättning med högst 0,25 milj. kr. I varje enskilt fall lämnas ersättning för hälften av den vårdkostnad som uppkommer sedan sjukvårdshuvudmannens ansvar för kostnaden upphört efter ett halvt år. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och tillställer RFV underlag för den årsvisa utbetalningen av ersättningen.

j) För *anordnande av institutioner för HIV-smittade* som omhändertas för isolering enligt smittskyddslagen lämnas ersättning med sammanlagt högst 5,75 milj. kr. Ersättning utges därvid med högst 575 000 kr per plats och år. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och tillställer RFV underlag för utbetalning av ersättningen.

Till följd av vissa planerade förändringar av anslagsteknisk karaktär avses Socialstyrelsen fr.o.m. den 1 juli 1994 svara för utbetalningarna avseende ersättningarna enligt a) samt e) - j)

Fördelningen av den för år 1994 fastställda utgiftsramen, vilken även utgör vårt förslag om hur denna ram skall fördelas, framgår av följande sammanställning.

Ändamål	Totalbelopp milj. kr
1. Allmän sjukvårdsersättning/bidrag till hälso- och sjukvård	700
2. Särskild ersättning för sjukresor inkl. akuta lufttransporter	1 370
3. Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser	510
4. Ersättning till Handikappinstitutet	51
5. Särskild ersättning för psykoterapeutisk verksamhet	39,5
6. Särskild ersättning för informationsförsörjning och produktkontroll	21
7. Särskild ersättning till Centrum för epidemiologi och social analys	5
8. Särskild ersättning för handledning av kiropraktorer	0,5
9. Särskild ersättning för vissa patientöverföringar	0,25
10. Särskild ersättning för rikssjukvård för HIV-smittade	5,75
	2 703,00

Överenskommelsen innebär i förhållande till år 1993 att det totala ersättningsbeloppet från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen minskar med 4 292 milj. kr. För sjukförsäkringens finansiering lämnas också ett särskilt statsbidrag. I enlighet med förslaget i föregående års budgetproposition (prop. 1992/93:100) har för budgetåret 1993/94 under punkt D 1. Bidrag till hälso- och sjukvård anvisats ett förslagsanslag på 1 211 332 000 kr. Av detta särskilda statsbidrag får RFV disponera 1 117 300 000 kr som bidrag till den allmänna sjukvårdsersättningen för år 1993/94.

13 Slopad skatteutjämningsavgift för landsting fr.o.m. år 1994

Regeringens förslag: Skatteutjämningsavgiften för landsting avskaffas fr.o.m. år 1994.

Skälen för regeringens förslag: Skatteutjämningsavgiften avskaffades för kommuner fr.o.m. år 1993 och sänktes för landstingen till

0,40 kr/skr (prop. 1991/92:150 del II, bet. 1991/92:FiU29, rskr. 1991/92:345). De landstingsfria kommunerna erlägger inte någon avgift. Som anfördes i 1993 års kompletteringsproposition måste nuvarande system för ersättningar till sjukvårdshuvudmännen göras om för att skatteutjämningsavgiften för landstingen skall kunna avskaffas fr.o.m. år 1994. En översyn av systemet för ersättningar till sjukvårdshuvudmännen har gjorts med syfte att finna en ny utformning av systemet. Erforderliga förändringar föreslås träda i kraft den 1 januari 1994. Skatteutjämningsavgiften bör avskaffas fr.o.m. samma tidpunkt, dvs 1 januari 1994. Om riksdagen antar förslaget till upphävande av lagen (1987:560) om skatteutjämningsbidrag kommer regeringen att besluta om upphävande av den till lagen anknutna förordningen (1992:679) om skatteutjämningsavgift.

14 Försöksverksamheterna med alternativa ersättningssystem inom tandvården

Regeringens förslag: Tidsperioden för försöksverksamheterna i Kristianstads och Göteborgs och Bohus läns landsting samt i Göteborgs kommun med alternativa ersättningssystem inom tandvården bör förlängas så att de får pågå längst till utgången av år 1995.

Skälen för regeringens förslag: För att få underlag för det inledda förändringsarbetet inom tandvårdsförsäkringens område påbörjades – efter rikdagens medgivande – hösten 1991 försökverksamheter med syfte att pröva olika system för fast ersättning från försäkringen till vårdgivarna. I förordningen (1991:1234) om försöksverksamhet inom tandvården har föreskrifter utfärdats för försöksverksamheter inom Kristianstads och Göteborgs och Bohus läns landsting samt i Göteborgs kommun. I förordningen anges i enlighet med riksdagens godkännande av riktlinjer för försöksverksamheterna att dessa skall få pågå under längst tre år räknat från den 1 oktober 1991, dvs. till utgången av september 1994.

Tandvården i Göteborgs kommun och i Göteborgs och Bohus läns landsting påbörjade hösten 1991 försöksverksamhet med alternativ ersättningsmodell för vuxentandvård, s.k. frisktandvård. Försöksverksamheten har rönt stort intresse såväl bland patienter och vårdpersonal som inom tandvårdssektorn mer allmänt. För närvarande har försökskliniken i Göteborg ca 2 000 patienter försäkrade och kliniken i Tanumshede ca 600 patienter. Av de försäkrade är det endast ca 40 som varit med från oktober 1991 och som således omfattas av hela försöksperioden. Patienterna försäkras i dessa försök för ett år i taget. Föreskriften om en treårig försöksperiod innebär att försöksklinikerna skulle behöva upphöra att försäkra nya patienter efter den 1 oktober 1993.

Det är angeläget att den inledda försöksverksamheten kan bedrivas fullt ut och utan avbrott fram tills dess ett nytt ersättningssystem träder i kraft. Det är också väsentligt att projekten får bästa möjliga förutsättningar för en tillförlitlig utvärdering. Dessa förutsättningar ökar om antalet patienter som omfattas av ett försök är stort och försökperioden är så lång som möjligt. Vi anser därför att det finns starka skäl för att försöksperioden för nämnda verksamheter förlängs så att de får pågå längst till utgången av år 1995.

15 Specialmotivering

15.1 Förslaget till lag om läkarvårdsersättning

Inledande bestämmelser

1 §

I den inledande paragrafen anges den huvudsakliga avgränsningen av lagens tillämpningsområde. Det anges att lagen innehåller bestämmelser om vissa ersättningar till läkare i privat verksamhet i den öppna hälso- och sjukvården och om patientavgifter i samband därmed. Ersättningarna benämns läkarvårdsersättning. Med begreppet öppen vård avses detsamma som enligt 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Den öppna vården är således hälso- och sjukvård som inte ges under intagning i sjukhus. En närmare redogörelse för den öppna vårdens utveckling och omfattning har lämnats i avsnitt 4.

För att yrkesmässigt få bedriva enskild läkarverksamhet i Sverige krävs enligt 6 § lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (behörighetslagen) legitimation som läkare. Det finns däremot inte några särskilda bestämmelser om vilka ersättningar eller avgifter en privatpraktiserande läkare får begära för att meddela vård. Det är endast om läkaren begär att få ta del av den offentliga finansieringen som vissa krav och begränsningar åläggs läkaren.

Enligt 5 § hälso- och sjukvårdslagen i dess lydelse enligt SFS 1993:587 skall landstinget organisera den öppna vården så att alla som är bosatta i landstinget får tillgång till och kan välja en husläkare. En husläkare kan vara såväl offentligt som privat anställd eller verksam som enskild företagare. I paragrafen anges att lagen inte gäller sådana läkare i privat verksamhet som omfattas av lagen (1993:588) om husläkare.

I första stycket anges vidare att lagen inte gäller beträffande en läkare som avses i 5 §, dvs en läkare i privat verksamhet som ger vård enligt avtal med landstinget (jfr kommentaren till den paragrafen).

I paragrafens andra stycke anges att vad som sägs om landsting även gäller kommuner som inte ingår i ett landsting. Av hälso- och sjukvårdslagen följer att det är landstingen och de kommuner som står

utanför ett landsting (Gotlands, Göteborgs och Malmö kommuner) som har det grundläggande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt alla. Vid försöksverksamhet med stöd av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård kan en kommun inom ett landsting ta över ansvaret för den del av hälso- och sjukvården som benämns primärvården. I försöksområdena skall landstinget stå för kostnaden för de privatpraktiserande specialisterna om inte annat överenskommits. Det kan finnas skäl för landstingen och kommunerna att se över de avtal som närmare reglerar försöksverksamheten.

En kommun som ingår i ett landsting kan med stöd av lagen (1985:1089) om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område helt eller delvis få bedriva primärvård utan att huvudmannaansvaret går över på kommunen. Försöksverksamheten kräver bl.a. Socialstyrelsens medgivande. Eftersom landstinget har kvar sitt huvudmannaansvar gäller de bestämmelser som reglerar landstingets ansvar och uppgifter inom primärvården även i ett försöksområde av detta slag.

2 §

Enligt paragrafen gäller lagen vid vård av den som är bosatt i Sverige om inte något annat är särskilt föreskrivet. Det görs inte någon närmare bestämning av bosättningsbegreppet i lagen. Avsikten är att samma bosättningsbegrepp skall tillämpas som inom folkbokföringen. Reglerna härom finns i folkbokföringslagen (1991:481). Motsvarande bosättningsbegrepp används även i hälso- och sjukvårdslagen. Personkretsen överensstämmer inte helt med den personkrets som omfattas av sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (jfr 1 kap. 3 § lagen om allmän försäkring, AFL). En anledning härtill är att en svensk medborgare som är bosatt utomlands inte är bosatt i något landsting (jfr 6 §). Sjukvårdsersättning enligt 2 kap. AFL för bl.a. vård som lämnas av vissa privatpraktiserande läkare utgår dock inte för annan försäkrad än den som är bosatt i Sverige (2 kap. 8 § AFL) om inte regeringen med stöd av 20 kap. 15 § träffat överenskommelse med främmande makt angående utsträckt tillämpning av AFL.

Med bosatta kommer att likställas sådana personer som enligt lagen (1992:1776) om samordning av systemen för social trygghet när personer flyttar inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES), skall omfattas av svensk lagstiftning såvitt gäller hälso- och sjukvård och annan social trygghet (jfr prop. 1991/92:170, del II, bilaga 4, bet. 1992/93:EU1, rskr. 1992/93:18) samt sådana personer som enligt nämnda lag, utan att omfattas av svensk lagstiftning, har rätt till i första hand akut sjukvård i Sverige på samma ekonomiska villkor som gäller personer som är bosatta i Sverige. I sistnämnda grupp ingår t.ex. turister från ett annat EES-land. Den nämnda lagen träder i kraft den dag regeringen bestämmer.

Med särskilda föreskrifter i övrigt avses åtaganden på grund av konventioner om social trygghet. Frågan om hur vården enligt dessa regler skall ersättas är fortfarande under beredning. Lagen innebär inte något vidgat åtagande i detta hänseende för landstingens del.

3 §

I paragrafen avgränsas begreppet vård så som det används i lagen. Det är endast för åtgärder som faller in under detta begrepp som läkarvårdsersättning lämnas. Med vård avses först och främst läkarvård och annan medicinsk behandling eller undersökning som ges av en läkare eller utförs under dennes överinseende. Vården innefattar alla de individinriktade åtgärder som en läkare vanligen och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet har att utföra. I takt med den medicinska vetenskapens utveckling ändras dessa åtgärder.

Med vård som kan ersättas enligt denna lag likställs rådgivning som lämnas av en läkare i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering. Bestämmelsen innebär ingen saklig förändring.

4 §

De läkare som kommer att få ersättning enligt denna lag tar i inte oväsentlig utsträckning emot patienter från ett större område än enbart det landsting inom vars område läkaren har sin mottagning. I lagen avses dock, om inte annat sägs, med landsting det landsting inom vars område läkaren bedriver eller avser att bedriva sin verksamhet oavsett i vilket landsting patienten är bosatt (jfr kommentaren vid 6 § första stycket).

Vårdavtal

5 §

I den allmänna motiveringen (särskilt avsnitt 7.1) har betonats det önskvärda i att privatpraktiserande läkare och landsting i stor utsträckning sluter vårdavtal. Av denna paragraf följer att läkaren och landstinget i sådana fall har stor frihet att utforma de närmare villkoren för vårdens bedrivande och grunderna för ersättningen till läkaren.

Lagen gäller enligt 1 § inte i de fall vårdavtal har ingåtts mellan landstinget och en läkare. Parterna får, om vårdavtal träffas, förutsättas ta ställning till vad som skall gälla i fråga om läkarens möjligheter att utöva verksamhet som ersätts på annat sätt än genom vårdavtalet. Om ett vårdavtal inte täcker heltidssysselsättning för en läkare bör sålunda anges i avtalet vad som avses gälla för återstående tid.

I vårdavtal kan de privatpraktiserande läkarnas verksamhet vad gäller t.ex. dess inriktning och omfattning regleras. Detta är i allmänhet enligt regeringens uppfattning till fördel såväl för patienterna som för den enskilde läkaren och landstinget. Genom vårdavtal kan avvikelser göras från såväl de särskilda krav som lagen ställer upp på läkaren och dennes verksamhet för rätt till ersättning som beträffande ersättningssystemet. Att landstinget och läkaren måste beakta annan lagstiftning på sjukvårdsområdet säger sig självt. Landstingen måste t.ex. se till att hälso- och sjukvårdslagens krav uppfylls.

6 §

I första stycket regleras landstingets grundläggande ansvar enligt denna lag. Enligt första meningen skall landstinget betala den läkarvårdsersättning som inte täcks av patientavgiften. Skälen för att landstinget skall ha det faktiska ansvaret för läkarvårdsersättningen har redovisats i avsnitt 7.2. Som framgår i det sammanhanget har landstinget redan tidigare i praktiken haft detta ansvar.

Med landstinget avses enligt 4 § det landsting inom vars område läkaren bedriver sin verksamhet. En privatpraktiserande läkare som uppbär läkarvårdsersättning skall alltid vända sig till det landsting inom vars område han eller hon är verksam. Det är detta landsting som gentemot läkaren ansvarar för utbetalningen av läkarvårdsersättningen oberoende av från vilket landsting patienten kommer. Om vården har avsett en patient som är bosatt i ett annat landstings område, skall dock patientens hemlandsting, i enlighet med de grundläggande bestämmelserna om ansvaret för att erbjuda vård i hälso- och sjukvårdslagen, svara för den utbetalda ersättningen (jfr även 22 §). Hur den ekonomiska regleringen mellan landstingen skall hanteras får landstingen själva bestämma. Landstingen kan komma överens om att kvitta kostnaderna sinsemellan.

Av bestämmelserna om läkarvårdsersättningens beståndsdelar och om patientavgifter framgår att patienten genom att betala patientavgift i vissa situationer står för hela den ersättning som läkaren får uppbära. Det framgår också att landstinget kan ha att svara för patientavgiften.

I betalningsansvaret enligt första stycket ligger också att landstinget skall administrera ersättningssystemet. I andra stycket anges dock att allmän försäkringskassa, efter överenskommelse med landstinget, får ha hand om utbetalning av läkarvårdsersättning. Bestämmelsen behövs eftersom försäkringskassan enligt 18 kap. 5 § AFL inte utan lagstöd får bedriva annan verksamhet än som anges i AFL eller i bestämmelser som har utfärdats med stöd av AFL. I begreppet utbetalningar ligger också en kontroll av att begärd ersättning stämmer med vidtagna åtgärder. Försäkringskassan kan därför, i landstingets namn, med stöd av 19 § denna lag bl.a. återkräva ett utbetalat belopp.

Att landstinget inom ramen för sina befogenheter enligt kommunallagen (1991:900) kan låta även annan administrera utbetalningarna behöver inte särskilt anges i lagen.

Särskilda krav på läkarverksamheten

7 §

I 7 - 9 §§ finns de grundläggande krav angivna som en läkare måste uppfylla för att få rätt till läkarvårdsersättning. Kraven på läkarverksamheten bärs upp av patientsäkerhetsskäl men motiveras även av skäl som har att göra med kostnadseffektiviteten i systemet. Genom övergångsregler gäller delvis andra bestämmelser för sådana läkare som vid ikraftträdandet är anslutna till en försäkringskassas ersättningssystem.

Enligt den inledande paragrafen i detta avsnitt skall läkaren för det första ha specialistkompetens. Läkaren skall vidare driva mottagningsverksamhet i öppen vård inom sin specialitet för enskilda patienter. Vilka specialiteter som avses har redovisats i avsnitt 7.3.1. Att bestämmelsen endast avser läkare i privat verksamhet följer av 1 §.

Vad som avses med specialistkompetens regleras i den tidigare nämnda behörighetslagen och i den till lagen anslutande förordningen (1984:445) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (behörighetsförordningen). Specialistkompetens kan sedan år 1992 erhållas i sammanlagt 60 specialiteter indelade i 16 grupper (SFS 1991:1325).

I andra stycket finns uttryckligen uppräknat ett antal specialiteter eller grupper av specialiteter som inte berättigar till läkarvårdsersättning. Bakgrunden till bestämmelsen har redovisats i det nyss nämnda avsnitt 7.3.1.

Enligt tredje stycket skall läkarvårdersättning för angiven mottagningsverksamhet lämnas även till läkare med kompetens som allmänpraktiserande läkare (Europaläkare). Denna kompetensnivå har införts i behörighetslagen som en följd av EES-avtalet (prop. 1992/93:83, bet. 1992/93:SoU8, rskr. 1992/93:87). Bestämmelsen i behörighetslagen träder i kraft den dag regeringen bestämmer. Med hänsyn till att Europaläkare har en kompetens som inte når upp till specialistens nivå ställs särskilda villkor upp för rätt till läkarvårdsersättning. En Europaläkare får ersättning endast om landstinget har godtagit läkarens etablering inom landstingets område. Avsikten är att denna behörighetsnivå skall berättiga till läkarvårdsersättning från och med år 1995. Europaläkare kommer att få ersättning med lägre belopp än specialistkompetenta läkare. I övriga frågor gäller lagens bestämmelser för specialister på motsvarande sätt för Europaläkare.

Lagrådet har inte motsatt sig förslaget angående Europaläkare. Enligt Lagrådet kan dock tvekan råda om den föreslagna regleringen är förenlig med EES-avtalet. Lagrådets uttalande synes grundad på uppfattningen att EES-avtalet innebär inte bara fri rörlighet inom området utan också en fri etableringsrätt för läkare. Enligt regeringens uppfattning kan EES-avtalet och de rättsakter som rör omsesidigt erkännande av kompetensbevis för verksamhet inom hälso- och sjukvården inte ges denna innebörd. Inom EES är särbehandling som kan utgöra hinder för en förvärvsverksamhet förbjuden i den mån behandlingen grundar sig på nationalitet. Den föreslagna regeln innebär inte någon sådan särbehandling. Det är även inom EES möjligt att genom nationella regler ställa krav på t.ex. särskild utbildning för en viss verksamhet eller att införa etableringsbegränsningar av olika slag. Sådana regler är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården.

En konsekvens av paragrafen är att en läkare med enbart legitimation som läkare, vilket enligt behörighetslagstiftningen berättigar till privat läkarverksamhet, inte kan få läkarvårdsersättning med stöd enbart av denna lag.

8 §

I paragrafen finns ytterligare begränsningar av vilka läkare som kan få läkarvårdsersättning. En förutsättning enligt denna bestämmelse är att läkaren bedriver verksamhet enligt den föregående paragrafen på tid som motsvarar heltidssyssla. I kravet på heltidsarbete ligger att s.k. fritidspraktiker inte blir berättigade till ersättning enligt lagen. Heltidskravet skall ha uppnåtts senast ett år efter det att läkaren startade sin verksamhet. Under det första året kan således läkaren kombinera verksamhet med läkarvårdsersättning med annan verksamhet.

Lagrådet har förordat att det införs en bestämmelse som gör det möjligt för landstinget att fortlöpande pröva om verksamheten kan antas komma att få en sådan omfattning som utgör ett villkor för att läkarvårdsersättning skall lämnas. Den av Lagrådet föreslagna bestämmelsen innebär att landstinget redan när läkaren inleder sin verksamhet måste gör en bedömning av verksamhetens omfattning ett år senare. Om landstinget därvid finner att läkaren inte kan komma upp i full sysselsättning kan landstinget vägra att betala läkarvårdsersättning.

Enligt vår bedömning måste en sådan prognos i ett enskilt fall vara mycket svår att göra och förenad med betydande osäkerhet. Den föreslagna bestämmelsen kan vidare användas som ett starkt konkurrensbegränsande medel. Vi anser att en läkare skall ges möjlighet att under det första årets verksamhet bygga upp sin praktik utan att någon annan än läkaren skall bedöma förutsättningarna för att nå upp till heltidskravet. Det är först efter utgången av detta år som heltidskravet måste vara uppfyllt.

I paragrafen definieras vidare heltidsbegreppet. Av bestämmelsen framgår att läkaren antingen kan fortlöpande visa att han eller hon arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller att läkaren har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.

I andra stycket finns ett undantag som gäller läkare som till följd av sjukdom eller vård av barn inte bedriver sin verksamhet på heltid. En sådan läkare kan få läkarvårdsersättning även vid kortare veckoarbetstid än 35 timmar i genomsnitt.

9 §

Enligt första stycket lämnas läkarvårdsersättning inte till en läkare som vid vårdtillfället har fyllt sjuttio år. Bakgrunden till bestämmelsen, som motiveras bl.a. av patientsäkerhetsskäl, har redovisats i avsnitt 7.3.1. För att en läkare som fyllt sjuttio år skall kunna fortsätta att verka med ersättning från landstinget krävs ett vårdavtal mellan läkaren och landstinget. Ålderskravet kan, liksom lagen i övrigt, dispenseras av ett sådant avtal.

Enligt andra stycket lämnas läkarvårdsersättning inte heller till en läkare som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård. Den verksamhet som betalas genom läkarvårdsersättning bör vara läkarens huvudsakliga syssla. Bestämmelsen i denna paragraf innebär att en läkare inte skall kunna uppbära ersättning från landstinget både som lön

och som läkarvårdsersättning även om anställningen i landstinget är av endast mindre omfattning.

Vikariat

10 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om vikariat. För att en vikarie skall kunna få läkarvårdsersättning krävs dels att den till ersättningssystemet anslutne läkaren är förhindrad att bedriva sin verksamhet på grund av sjukdom eller något annat av de i paragrafen uppräknade skälen eller annat liknande skäl, dels att vikarien uppfyller kraven på kompetens enligt 7 § och ålders- och anställningskraven i 9 §.

Det kan förutsättas att riktlinjer i bl.a. detta hänseende utarbetas av Landstingsförbundet i samverkan med privatläkarnas företrädare. Om så inte skulle ske kan regeringen genom verkställighetsföreskrifter närmare ange vad som skall anses som godtagbara skäl för vikariat som berättigar till läkarvårdsersättning.

Anmälan och samråd m.m.

11 §

För att hälso- och sjukvården skall fungera på bästa sätt för enskilda patienter och samhället i sin helhet krävs samverkan mellan olika vårdgivare. Denna fråga har utförligt tagits upp i avsnitt 7.1. Bestämmelserna i 11 - 14 §§ behandlar läkarnas anmälnings- och samrådsskyldighet.

För att en läkare skall vara berättigad till läkarvårdsersättning uppställs vissa krav på läkaren enligt 7 - 9 §§. Det finns däremot inte, utom för Europaläkare, något krav på att landstinget - eller något annat samhällsorgan - skall ha godkänt läkarens etablering. För att landstinget skall kunna leva upp till sitt planeringsansvar enligt 7 § hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs i denna paragraf att en läkare som avser att bedriva verksamhet enligt lagen skall anmäla sin avsikt till landstinget senast sex månader innan verksamheten påbörjas. Det finns inte någon annan sanktion kopplad till en utebliven anmälan än att landstinget inte är skyldigt att betala läkarvårdsersättning förrän sex månader efter anmälan (jfr 19 § första stycket).

Enligt paragrafen skall läkaren vidare samråda med landstinget om sin kommande verksamhet. I vilken form eller utsträckning samrådet skall ske regleras inte. Det torde vara naturligt att samråd sker i vart fall i sådana frågor som verksamhetens omfattning och inriktning samt mottagningens lokalisering.

En motsvarande skyldighet för landstinget att samverka med andra finns i 8 § hälso- och sjukvårdslagen.

12 §

På motsvarande sätt som enligt 11 § skall en läkare som redan bedriver verksamhet mot läkarvårdsersättning underrätta landstinget minst sex månader innan han eller hon avser att upphöra med sin verksamhet.

Underrättelse skall också ske inom samma tid om läkaren avser att flytta sin verksamhet till ett annat sjukvårdsområde. Andra förändringar i verksamheten behöver enligt denna paragraf inte anmälas till landstinget. Ett närmare samarbete mellan landstinget och de privatpraktiserande specialisterna i bl.a. detta hänseende är dock önskvärt. Ett sådant samarbete kan uppnås genom vårdavtal.

13 §

Anmälnings- och underrättelseskyldigheten enligt 11 och 12 §§ motiveras av landstingets planeringsansvar. Vid ett tillfälligt vikariat och före eller efter ett tillfälligt uppehåll i läkarverksamheten behöver därför anmälan inte göras. Närmare avgränsning av vad som skall anses som ett tillfälligt uppehåll kan göras i form av allmänna råd från Socialstyrelsen eller, om detta inte anses tillräckligt, i form av verkställighetsföreskrifter som regeringen meddelar.

14 §

Enligt paragrafen skall en läkare som får läkarvårdsersättning samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet. De läkare som kommer att få läkarvårdsersättning är ofta högt specialiserade inom ett visst medicinskt verksamhetsområde. De kommer mera sällan att ha ett samlat ansvar för den enskildes totala hälsotillstånd. Detta ansvar och uppgiften att se till att den enskildes behov av kontakter med andra vårdgivare blir tillgodosett kommer vanligen att åvila den enskildes husläkare. För att vård- och behandlingsinsatser både för patienten och ur samhällets synpunkt skall leda till så goda resultat som möjligt krävs dock en samverkan mellan olika vård- och rehabiliteringsorgan. En sådan samverkansskyldighet föreskrivs därför. Det anges inte i vilka former eller i vilken utsträckning samverkan skall eller kan ske. Även i detta hänseende kan verkställighetsföreskrifter meddelas av regeringen om inte behövliga riktlinjer kan uppnås på annat sätt.

Läkarvårdsersättningen

Gemensamma bestämmelser

15 §

I 15 - 21 §§ finns de grundläggande bestämmelserna om läkarvårdsersättningens beståndsdelar och beräkningen av dessa. Avsikten är att regeringen, inom ramen för dessa bestämmelser, skall meddela verkställighetsföreskrifter med närmare bestämmelser i detta hänseende (jfr 27 §). I den mån sådana föreskrifter inte meddelas ankommer det på landstinget att bedöma vilka belopp som krävs för att lagens krav skall vara uppfyllda.

Den inledande paragrafen i detta avsnitt har utformats i enlighet med Lagrådets förslag. Enligt första meningen i paragrafen skall läkarvårdsersättning för viss åtgärd lämnas med ett belopp som utgör skälig ersätt-

ning för läkarens arbete och kostnader. Ersättning skall således, i likhet med hittillsvarande läkarvårdstaxa, lämnas för specifika åtgärder och inte för t.ex. en viss tidsperiod eller för ett visst antal patienter.

I paragrafen föreskrivs vidare att ersättningen skall betalas som normalarvode, enkelt arvode eller särskilt arvode. En närmare bestämning av dessa arvoden finns i nästkommande paragraf.

Av bestämmelsen framgår också att patientavgiften är en del av läkarvårdsersättningen. Patienten skall i normalfallet betala en del av arvodet till läkaren genom patientavgiften. Vid sådana åtgärder som ersätts med enkelt arvode kan patientavgiften utgöra hela ersättningen. Av bestämmelserna i 22 och 24 §§, som det hänvisas till, följer att en patient ibland är befriad från att betala patientavgift. Det gäller för vissa åtgärder, t.ex. inom smittskyddet, och för patienter som nått det s.k. högkostnadstaket.

Ersättning lämnas även för läkarens resekostnader i samband med sjukbesök (jfr 10 § läkarvårdstaxan). Av bestämmelsen framgår att denna ersättning inte anses som en del av arvodena. Rutinbetonade prov och undersökningar avses däremot bli täckta genom de vanliga arvodesnivåerna medan mera omfattande undersökningar som t.ex. datortomografi inte skall ingå i läkarvårdsersättningen. Läkaren skall tills vidare kunna kostnadsfritt remittera patient till särskilt omfattande röntgen- och laboratorieundersökningar.

16 §

I paragrafen anges grunderna för beräkning av de tre arvodesnivåernas storlek. Bestämmelserna kan som framgår av 5 § ersättas av ett vårdavtal mellan läkaren och landstinget.

Utgångspunkten är normalarvodet. Detta enhetliga genomsnittsarvode avses utgöra ersättning för den huvudsakliga delen av en specialistläkares medicinska verksamhet inom specialiteten. Normalarvodet skall baseras på sedvanliga, beräknade mottagningskostnader och årlig besöksvolym inom resp. specialitet. Beräkningen skall avse en specialistkompetent läkare som driver en kvalificerad mottagningsverksamhet med huvudsaklig inriktning på undersökningar och behandlingar inom sin specialitet. Eftersom såväl kostnaderna som besöksvolymen varierar mellan olika specialiteter kommer normalarvodet att variera på motsvarande sätt. Uppgifter om mottagningskostnader och antal besök finns på olika håll, bl.a. hos RFV och Läkarförbundet. Bestämmelsen anger inte i vilken relation till dessa uppgifter normalarvodet skall stå.

Normalarvodet skall motsvara arvodet för undersökningar och behandlingar enligt arvodesgrupperna 3, 4 och 5 samt delar av arvodesgrupperna 2 och 6 i hittillsvarande läkarvårdstaxa. Exempel på flertalet av dessa åtgärder finns angivna i RFVs föreskrifter (RFFS 1982:8, omtryckt 1991:39) med förteckning över särskilt krävande undersökningar eller behandlingar enligt 7 § grupperna 4 - 7 läkarvårdstaxan (1974:699). Det bör dock observeras att det inte är en förutsättning för att normalarvode skall lämnas att åtgärden finns angiven i en särskild förteckning.

Enkelt arvode är enligt bestämmelsen ett lägre arvode för enklare undersökningar och behandlingar som utförs av läkaren själv eller under dennes överinseende. Det enkla arvodet skall ersätta åtgärder som hittills har ersatts enligt arvodesgrupp 1 och i viss mån grupp 2 i läkarvårdstaxan. Enkelt arvode skall således ersätta enklare rådfrågningar och sådana enklare undersökningar och behandlingar som t.ex. kontroll av patienten i samband med injektion, omläggningar och därmed jämförliga åtgärder. Enkelt arvode bör i allmänhet täckas av patientavgiften.

Särskilt arvode skall vara ett högre arvode för att ersätta åtgärder som är särskilt tids- eller kostnadskrävande. Det är endast inom vissa specialiteter som sådana åtgärder kan komma i fråga. Inom t.ex. psykiatriska specialiteter finns inte några vårdåtgärder som bör ersättas med särskilt arvode. Avsikten är att i en förteckning ange vilka åtgärder som skall ersättas med särskilt arvode. Förteckningen skall fastställas av regeringen i form av verkställighetsföreskrifter. De åtgärder som avses måste vara klart definierade och avgränsade. Det skall vara fråga om åtgärder som kräver dyrbar utrustning eller som är mycket tidskrävande.

17 §

I paragrafen, som har utformats enligt Lagrådets förslag, anges vissa bestämmelser som begränsar landstingets skyldighet att betala läkarvårdsersättning. Detta gäller dock endast i fråga om ersättning för sådana åtgärder som ersätts med normalt eller enkelt arvode. För sådan läkarvårdsersättning finns en stegvis avtrappning av ersättningen, som betala med 100 procent upp till ett belopp som skall motsvara full årsarbetstid inom specialiteten. Härutöver kan en reducerad ersättning lämnas upp till ett sammanlagt belopp som motsvarar högst årsarbetstiden ökad med 50 procent. Detta utgör det s.k. ersättningstaket. Sedan detta uppnåtts är inte landstinget skyldigt att betala ytterligare sådan ersättning. Däremot kan läkaren ge vård mot patientavgift, antingen den betalas av patienten själv eller av landstinget som ett led i högkostnadsskyddet. Patientavgiften får vara högst den som anges i 23 § första stycket första meningen, dvs 150 % av patientavgiften hos en husläkare.

Vid beräkning av ersättningsgränserna skall de patientavgifter som läkaren haft rätt att ta ut beaktas. Om läkaren faktiskt tagit ut lägre patientavgifter påverkar detta inte ersättningstaket (jfr 23 § andra stycket).

Om läkaren anlitat vikarie under någon del av året skall ersättningen till vikarien inräknas vid tillämpningen av begränsningsreglerna.

Åtgärder som ersätts med särskilt arvode ligger sålunda utanför begränsningsreglerna, liksom rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller steriliserings.

Avsikten är att bestämmelserna skall preciseras genom verkställighetsföreskrifter. Bakgrunden har redovisats i avsnitt 7.3.4. Som framgår där är det behovet av kostnadskontroll som motiverar ersättningsbegränsningarna.

18 §

Enligt paragrafen får en läkare som bedriver verksamhet mot ersättning enligt lagen inte meddela vård mot högre arvode än vad som följer av lagen eller en verkställighetsföreskrift. Bestämmelsen motsvarar 20 § första meningen läkarvårdstaxan. Praktiskt innebär bestämmelsen att läkaren inte får ta ut andra avgifter än vad som följer av lagen. Att läkaren inte får ta ut en högre patientavgift följer av 23 §.

19 §

Paragrafen har i huvudsak utformats på det sätt Lagrådet föreslagit. För att en läkare skall vara berättigad till läkarvårdsersättning måste han eller hon för det första uppfylla de krav som lagen anger. Ett av dessa krav är anmälan enligt 11 §. Enligt första stycket är landstinget inte skyldigt att betala läkarvårdsersättning tidigare än sex månader efter sådan anmälan även om läkaren i övrigt uppfyller lagens krav. Anmälan kan naturligtvis ersättas av ett vårdavtal.

För rätt till ersättning måste läkaren vidare självfallet ha utfört den eller de åtgärder som det begärs ersättning för. Det är i princip läkarens sak att visa att det finns grund för ersättningsanspråket. Om det visar sig att en läkare inte har utfört en åtgärd som läkaren begär ersättning för, får landstinget naturligtvis vägra att betala. För detta behövs inte någon särskild bestämmelse i lagen. Om en läkare har fått läkarvårdsersättning med för högt belopp får landstinget vidare, enligt andra stycket, återkräva det felaktigt utbetalda beloppet. I stället för återkrav kan landstinget avräkna beloppet mot läkarens fordran på ytterligare läkarvårdsersättning, dvs kvittning. Om läkaren inte godtar landstingets ståndpunkt får tvisten avgöras av allmän domstol.

Enligt tredje stycket får landstinget sätta ned den samlade läkarvårdsersättning som begärs för viss tid till skäligt belopp om en läkare trots påminnelser vid upprepade tillfällen eller annars i väsentlig utsträckning begär läkarvårdsersättning med för höga belopp eller på annat felaktigt sätt. Detta är en konsekvens av att läkaren har att visa att en påstådd åtgärd har utförts och att tillhandahålla det underlag som behövs för bedömningen. Om läkarens kostnadsräkning inte framstår som tillförlitlig har landstinget knappast någon annan möjlighet än att göra en skälighetsbedömning av begärt belopp. Skulle det senare utredas att läkaren är berättigad till högre ersättning än vad som antagits skall självfallet det överskjutande beloppet utbetalas.

Lagrådet har föreslagit att tredje stycket skall kompletteras med en bestämmelse om att landstinget inte får sätta ned den begärda läkarvårdsersättningen om det framgår av tillgänglig utredning att läkaren är berättigad till den ersättning han begär.

Det framgår enligt vår mening redan att nedsättning till skäligt belopp inte skall ske om det är utrett att läkarens krav på ersättning är berättigat.

Felaktig debitering av läkarvårdsersättning kan ibland vara att anse som bedrägeri eller annat brottsligt beteende. Vid sådan misstanke bör polisanmälan göras.

Det bör framhållas att lagen endast tar upp vissa ekonomiska påföljder som kan drabba en läkare. Läkarens medicinska yrkesansvar och de skyldigheter som följer av andra författningar förändras inte genom den föreslagna lagen. Läkaren står alltjämt under Socialstyrelsens tillsyn och hans eller hennes yrkesutövning kan bli föremål för prövning i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). En läkare som förlorar sin legitimation får enligt behörighetslagstiftningen inte längre arbeta i privat verksamhet och kan naturligtvis inte få fortsätta att ta emot läkarvårdsersättning.

Särskilda bestämmelser för vissa områden

20 §

I paragrafen finns särskilda ersättningsbestämmelser för läkare som etablerar sig inom de angivna stödområdena eller i de andra angivna kommunerna. Paragrafen har utformats enligt Lagrådets förslag. Bestämmelserna motsvarar i princip vad som har gällt enligt läkarvårdstaxan.

Som framgår av paragrafen är de läkare som påbörjar verksamhet med läkarvårdsersättning inom angivna områden berättigade till en högre ersättning än vad som följer av de gemensamma ersättningsbestämmelserna. Det är dock endast vid nyetablering som högre ersättning kan utgå. Om en läkare tar över en motsvarande praktik är det inte fråga om en nyetablering. Med motsvarande praktik avses att läkarna arbetar inom samma specialitet eller grupp av specialiteter. Avsikten med bestämmelserna är självfallet att göra det mer attraktivt för läkare att etablera sig i områden som erfarenhetsmässigt har visat sig ha svårigheter att locka till sig läkare.

Den högre ersättningen gäller vid enskilda vårdtillfällen men inte för de ersättningsgränser som anges i 17 §. En läkare med förhöjd ersättning når dock upp till ersättningstaket med färre patientbesök.

Av 6 § framgår att patienten skall betala en del av läkarvårdsersättningen. För att det inte skall råda någon tvekan om att landstinget skall svara för den höjning som följer av paragrafen anges detta särskilt i andra stycket. I detta stycke finns också föreskrifter om nedtrappning av det särskilda glesbygdsstödet. Efter två år skall arvodeshöjningen minskas med fem procentenheter årligen. Läkaren är dock, så länge han eller hon stannar kvar i området, berättigad till fem procents högre ersättning än vad som följer av de generella ersättningsbestämmelserna och verkställighetsföreskrifterna till dessa.

Särskilda bestämmelser för vissa läkare

21 §

Ersättningsreglerna i lagen har utformats under stort hänsynstagande till behovet av kostnadskontroll. Enligt regeringens bedömning bör dock läkare som enligt hittillsvarande regler bedrivit verksamhet med offentlig finansiering få en något högre ersättning från landstinget än nytill-

kommande läkare (jfr avsnitt 7.3.4). I paragrafen finns särskilda ersättningsbestämmelser för de läkare som etablerat sig enligt tidigare gällande ersättningsregler. Andra särskilda bestämmelser för sådana läkare finns i 23 § och i övergångsreglerna. Vi återkommer till dessa.

Avgörande för om läkaren skall få högre ersättning eller inte är vid vilken tidpunkt läkaren inledde sin offentligt finansierade verksamhet. Högre ersättning kan således utgå till läkare som vid utgången av år 1993 var uppförd på en allmän försäkringskassas förteckning enligt 2 kap. 5 § AFL i dess dåvarande lydelse. Till en sådan läkare skall lämnas arvoden enligt 15 § med fem procents förhöjning. Höjningen skall inte drabba den del av arvodet som betalas av patienten. Det anges därför att landstinget skall betala höjningen.

Högre ersättning betalas inte enbart på den grunden att läkarverksamheten fanns vid utgången av år 1993. Om en läkare som inte var uppförd på en försäkringskassas förteckning vid nämnda tidpunkt övertar en praktik från en läkare med förhöjd ersättning upphör rätten till högre ersättning.

I likhet med vad som gäller vid högre ersättning enligt den föregående paragrafen får läkare som har rätt till högre ersättning enligt denna paragraf inte någon höjning av den maximala årliga ersättning som följer av 17 §.

Patientavgift

22 §

I 22 - 25 §§ finns bestämmelser om de avgifter som en patient har att betala för vård hos en läkare med läkarvårdsersättning. Enligt den inledande paragrafens första mening får patienten avkrävas en patientavgift. I likhet med vad som hittills gällt får patientavgift dock inte tas ut för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller angående abort eller sterilisering. Patientavgift får inte heller tas ut om detta framgår av särskilda föreskrifter. Sådan föreskrift finns t.ex. i smittskyddslagen (1988:1472). Avsikten är att de bestämmelser om avgiftsfri vård som finns skall gälla även i fortsättningen.

Av andra stycket framgår genom hänvisning till 6 § att patientens hemlandsting skall svara för kostnad för patientavgift som inte får tas ut av patienten. Läkaren skall dock alltid vända sig till det landsting inom vars område han är verksam.

23 §

I paragrafen finns begränsningar i läkarens rätt att bestämma nivån på patientavgifterna. Frågor om patientavgifter har tagits upp i avsnitt 7.3.5. Patientavgiften får enligt första stycket första meningen tas ut med högst 150 procent av den patientavgift som gäller hos husläkarna i samma landsting. Bestämmelsen har tillkommit mot bakgrund av riksdagens uttalanden i samband med behandlingen av regeringens förslag om husläkare (jfr bet. 1992/93:SoU22 s. 24). En viss avgiftsdifferentiering mellan avgiften hos den enskildes husläkare och avgiften hos andra

specialistkompetenta läkare i öppen vård är enligt regeringens mening befogad. Denna skillnad bör dock inte vara alltför stor.

Enligt andra meningen skall vissa läkare få ta ut en något högre patientavgift. Även denna högre avgift är relaterad till patientavgiften hos husläkare (175 procent av avgiften hos husläkarna i landstinget). Det är de läkare som inte har rätt till högre ersättning av landstinget enligt 20 eller 21 § som skall få ta ut en högre patientavgift. Det gäller således läkare som påbörjar sin verksamhet med läkarvårdsersättning utanför det särskilda stödområdet efter det att det föreslagna nya regelsystemet har trätt ikraft. Genom en högre patientavgift kan dessa läkare i viss mån kompenseras för den högre landstingsersättning som de redan etablerade läkarna får enligt 21 §. En förutsättning härför är dock att de nytillkommande läkarna, trots en högre patientavgift, är tillräckligt efterfrågade av patienterna.

Den nu föreslagna bestämmelsen kan således leda till att patienter kan få betala olika mycket för i princip samma vårdåtgärder. Detta kan framstå som svårförenligt med bl.a. den kommunala likställighetsprincipen (jfr 2 kap. 2 § kommunallagen). Som framgår av den allmänna motiveringen har dock regleringen ansetts nödvändig med hänsyn till det rådande samhällsekonomiska läget och behovet av kostnadskontroll.

Landstinget bestämmer självt grunderna för avgiftssättningen (jfr 26 § hälso- och sjukvårdslagen). Regeringen förutsätter dock att landstingen kommer att upprätthålla en relation mellan avgiften hos husläkarna respektive hos de landstingsanställda specialisterna i öppen vård som överensstämmer med vad riksdagen har uttalat beträffande de privatpraktiserande specialisterna.

En läkare har rätt att ta ut en lägre patientavgift än vad som följer av första stycket. Om så sker skall detta dock enligt andra stycket inte föranleda att landstingets del av läkarvårdsersättningen höjs.

I tredje stycket finns ytterligare en begränsning i den enskilde läkarens rätt att bestämma patientavgiftens storlek. Eftersom det enkla arvodet kan komma att vara lägre än i vart fall den högre patientavgift som vissa läkare får ta ut enligt första stycket, föreskrivs att patientavgiften aldrig får vara högre än arvodet.

Paragrafen gäller, liksom lagen i övrigt, endast vid vård av den som är bosatt i Sverige. För vård som meddelas en person som inte är bosatt i Sverige eller enligt en särskild föreskrift skall likställas med den som är bosatt i Sverige, får patienten betala hela det belopp som motsvarar arvodet för läkarens åtgärder.

24 §

Enligt paragrafen gäller det s.k. högkostnadsskyddet enligt lagen om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. även patientavgifter enligt denna lag. Som framgått av avsnitt 7.3.5 överväger regeringen vissa ändringar i detta hänseende. Av huvudregeln i 6 § följer att patientens hemlandsting skall svara för de patientavgifter som inte betalas av patienter som uppnått det s.k. högkostnadsskyddet.

25 §

Om en patient uteblir från ett avtalat läkarbesök får patientavgift med 150 procent av patientavgiften hos husläkare ändå tas ut av patienten. En förutsättning är dock att det uppkommit en kostnad. Läkarverksamheten torde ofta kunna organiseras så att läkaren och personalen i övrigt kan syssla med andra uppgifter om en patient uteblir. De nyss angivna bestämmelserna om patientavgiftens storlek gäller även vid avgift enligt denna bestämmelse med undantag av att förhöjd patientavgift enligt 23 § första stycket andra meningen inte får tas ut. En patient som omfattas av högkostnadsskyddet befrias dock inte från denna avgift. Bestämmelsen motsvarar i huvudsak 22 § läkarvårdstaxan.

Verksamhetsuppföljning

26 §

I paragrafen finns grundläggande bestämmelser om läkarnas skyldighet att medverka *i uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten.* Dessa frågor har behandlats i avsnitt 7.3.6. Läkaren skall bl.a. årligen lämna en verksamhetsredovisning till Socialstyrelsen och till landstinget. Landstinget har som finansiär ett befogat intresse av att kontrollera verksamhetens kvalitet och innehåll. Det är dock inte fråga om en medicinsk kvalitetssäkring eller revision när det gäller privatpraktiserande läkare som inte har vårdavtal med landstinget. Sådana uppgifter ligger inom Socialstyrelsens ansvarsområde (jfr SOSFS 1993:9 Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård inklusive tandvård). Även yrkeskåren själv har en betydelsefull roll inom detta område.

Verksamhetsredovisningen skall inte innehålla uppgifter som medför att enskilda patienter kan identifieras. Landstingets verksamhetsuppföljning innebär inte heller en rätt för landstingets företrädare att ta del av enskildas patientjournaler.

Verkställighetsföreskrifter

27 §

Lagen reglerar främst kommunala åligganden (8 kap. 5 § regeringsformen, RF). Delegation till regeringen på detta område är inte möjligt utanför de ämnen som anges i 8 kap. 7 § RF. Regeringen har däremot med stöd av 8 kap. 13 § RF möjlighet att meddela verkställighetsföreskrifter. Paragrafen, som har utformats enligt Lagrådets förslag, syftar till att påpeka att lagen avses bli kompletterad med sådana föreskrifter. Då dessa kommer att innehålla preciseringar i praktiskt viktiga hänseenden har det ansetts motiverat att erinra härom i lagtexten. Lagrådet har accepterat denna lagtekniska lösning.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Lagen föreslås, med vissa undantag, träda i kraft den 1 januari 1994. Ett undantag gäller bestämmelsen om s.k. Europaläkares rätt till läkar-

vårdsersättning. Som framgår av kommentaren till 7 § är denna kompetensnivå en följd av EES-avtalet. Det bör därför ankomma på regeringen att sätta denna regel ikraft. Enligt EES-avtalet är en möjlighet för Europaläkare att få anslutning till ett lands ersättningssystem inte nödvändig förrän den 1 januari 1995.

Genom punkt 2 ges lagen inte någon retroaktiv verkan.

Eftersom en ny fullständig läkarvårdstaxa inte hinner utarbetas till den 1 januari 1994 gäller enligt punkt 3 för det första halvåret efter det att lagen trätt ikraft att en taxa som i huvudsak motsvarar arvodesbestämmelserna i den nuvarande läkarvårdstaxan skall tillämpas. Den nuvarande taxan, som beslutas av regeringen, gäller till utgången av år 1993.

Enligt punkterna 4 - 6 gäller vissa särskilda regler för sådana privatpraktiserande läkare som vid ikraftträdandet är anslutna till försäkringskassans ersättningssystem. Bakgrunden till bestämmelserna har redovisats i avsnitt 7.3.4.

Enligt punkt 4 får de läkare som vid ikraftträdandet är anslutna till försäkringskassans ersättningssystem rätt till läkarvårdsersättning oberoende av t.ex. kompetens- och ålderskrav och utan att göra anmälan enligt 11 §. Detta innebär att t.ex. landstingsanställda läkare och läkare som saknar specialistkompetens kan fortsätta sin verksamhet. Vissa inskränkningar följer dock av punkterna 5 och 6 i övergångsreglerna.

Genom punkt 5 sker en successiv anpassning till det nya ålderskravet i 9 § första stycket. En läkare som vid ikraftträdandet har fyllt eller åren därefter fyller sjuttio år kan enligt bestämmelsen få läkarvårdsersättning under ytterligare maximalt fem år.

I punkt 6 föreskrivs att om verksamheten hos en läkare ändras i väsentligt hänseende skall frågan om rätt till läkarvårdsersättning prövas enligt de nya reglerna. Väsentliga förändringar kan gälla t.ex. lokaliseringen av verksamheten eller dess tidsmässiga omfattning. En anmälan enligt 12 § sex månader före ett planerat upphörande eller en planerad flyttning skall göras av läkaren. Vilka förändringar i övrigt som måste anmälas till landstinget bör läkarna och landstingen själva kunna bedöma. En följd av denna bestämmelse är att en läkare som i och för sig omfattas av punkt 4 inte kan ha sin verksamhet vilande och sedan ta upp verksamheten på de villkor som gäller för redan etablerade läkare.

Enligt andra meningen får dock en specialist i allmänmedicin som går över till verksamhet som husläkare ha sin praktik vilande och ta upp verksamhet mot läkarvårdsersättning utan någon prövning enligt de nya reglena.

Enligt övergångsbestämmelser till läkarvårdstaxan får läkare som nyetablerar sig inom de områden som anges i 20 § tillämpa arvoden som överstiger normaltaxan och arvodet för samtalsbehandling med 20 procent. Arvodeshöjningen sakll efter två år från det att läkaren fördes upp på förteckning hos försäkringskassan eller inledde sin verksamhet i samband med nyetabliringen avvecklas successivt med fem procentenheter årligen. Till en läkare med sådan rätt till förhöjda arvoden skall enligt punkt 7 lämnas läkarvårdsersättning med motsvarande förhöjning.

Höjningen skall betalas av landstinget. Som en följd av 21 § i lagen har läkaren fortsatt rätt till fem procents förhöjning.

Enligt punkt 8 gäller inledningsvis en kortare anmälningstid än vad som följer av 11 §.

15.2 Förslaget till lag om ersättning för sjukgymnastik

Förslaget till lag om ersättning för sjukgymnastik ansluter nära till förslaget om läkarvårdsersättning. Beträffande merparten av bestämmelserna vill vi därför hänvisa till kommentaren till den lagen. Endast vissa avvikelser behöver kommenteras särskilt.

3 §

I paragrafen avgränsas det område som berättigar till sjukgymnastikersättning. Med sjukgymnastik avses i lagen endast sjukgymnastisk behandling som är föranledd av sjukdom eller skada och som ges efter remiss av läkare. I avsnitt 7.4.1 har angivits att sistnämnda krav bör bli föremål för översyn.

7 §

I paragrafen anges vissa särskilda krav på sjukgymnasten. Denne skall vara legitimerad och efter legitimationen ha tjänstgjort i offentligt finansierad vård under viss tid eller ha motsvarande erfarenhet, t.ex. verksamhet i annat nordiskt lands offentliga vård. Kraven har behandlats i avsnitt 7.4. Att bestämmelsen endast avser sjukgymnaster i privat verksamhet följer av 1 §.

15 - 17 §§

Sjukgymnastikersättningen är konstruerad på samma sätt som läkarvårdsersättningen. Det särskilda arvodet avses ersätta sjukgymnaster med högre kompetens inom olika områden, som t.ex. ortopedi. Det enkla arvodet kan ersätta t.ex. konditionstest och mindre omfattande tejpning.

22 - 24 §§

Bestämmelserna om patientavgift är i princip utformade på samma sätt som i lagen om läkarvårdsersättning. Avgiften hos sjukgymnasterna får dock enligt 22 § inte vara högre än patientavgiften hos landstinget för motsvarande sjukgymnastik.

15.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring och i lagen (1993:743) om ändring i nämnda lag

Ändringarna är endast konsekvenser av de föreslagna lagarna om läkarvårdsersättning respektive sjukgymnastikersättning. Ändringarna innebär att sjukvårdsersättning från sjukförsäkringen inte skall lämnas för vård och behandling som omfattas av de föreslagna nya lagarna.

15.4 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472)

Ändringarna är dels av redaktionell art, dels följder av de föreslagna lagarna om läkarvårdsersättning respektive ersättning för sjukgymnastik. Därutöver har vissa förtydliganden avseende husläkare i privat verksamhet tagits in.

15.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:590) om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

Ändringen innebär att det s.k. högkostnadsskyddet skall gälla även vid vård och sjukgymnastik som omfattas av de föreslagna lagarna om läkarvårdsersättning respektive ersättning för sjukgymnastik (jfr kommentaren till 24 § lagen om läkarvårdsersättning).

15.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:591) om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor

Ändringen innebär att landsting och kommuner som inte tillhör något landsting skall svara även för resekostnader vid läkarvård eller sjukgymnastik enligt de i ärendet föreslagna nya lagarna.

15.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:588) om husläkare

20 §

Ändringen i andra stycket innebär att husläkarersättningen utökas med ytterligare en beståndsdel. För åtgärder som kräver medicinsk kompetens eller utrustning utöver vad en husläkare vanligen skall ha skall en särskild ersättning betalas. Ersättningen benämns åtgärdsersättning. Bakgrunden till bestämmelsen och dess närmare innebörd har redovisats i avsnitt 10.

21 §

Enligt paragrafen fastställer landstinget hur individersättning och besöksersättning till husläkarna skall beräknas.

Enligt det nya andra stycket meddelar regeringen verkställighetsföreskrifter rörande husläkarersättningen. Som angetts i avsnitt 10 bör regeringen, bl.a. med hänsyn till det nära sambandet med ersättningarna till övriga specialistläkare, besluta om vilka åtgärder som skall ersättas med åtgärdsersättning. Detta kan ske genom verkställighetsföreskrifter (jfr kommentaren till 27 § lagen om läkarvårdsersättning och vad Lagrådet anfört i anslutning därtill).

24 §

Ändringen innebär att landstinget inte är skyldigt att betala husläkarersättning till en husläkare som vid vård- eller behandlingstillfället har fyllt 70 år. Ändringen motsvaras av 9 § första stycket lagen om läkarvårdsersättning.

15.8 Övriga lagförslag

Förslaget till ändring i lagen (1968:430) om mervärdeskatt innebär inte någon saklig förändring. Vård som har berättigat till sjukvårdsersättning enligt 2 akp. 5 § AFL har alltid lämnats av någon med särskild legitimation att utöva yrke inom hälso- och sjukvården. Motsvarande gäller för vård och behandling enligt de föreslagna lagarna om läkarvårdsersättning respektive ersättning för sjukgymnastik.

Ändringen i lagen (1974:525) om ersättning för födelsekontrollerande verksamhet är en följd av att bestämmelserna i AFL om försäkringskassans förteckning föreslås upphävda.

Förslaget till lag om upphävande av lagen (1987:560) om skatteutjämningsavgift har kommenterats i avsnitt 13.

Sammanfattning av betänkandet (SOU 1992:118) Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare

Bakgrund

Gällande läkarvårdstaxa trädde i kraft den 1 januari 1975. Sedan dess tillkomst har den inte varit föremål för någon allmän översyn. Synpunkter har under senare år framförts på att taxan är föråldrad. Från skilda håll har framhållits att taxan inte följt med i den medicinska utvecklingen och att arvodesnivåerna inneburit att anslutna läkare haft svårt att konkurrera med den offentliga vården. Vidare har försäkringskassorna svårigheter att följa upp läkarnas taxetillämpning. Detta beror bl.a. på att kassorna inte har författningsenlig rätt att ta del av patientjournalerna. Taxan har dessutom en kostnadsdrivande effekt.

Uppdraget

Med utgångspunkt från att ett system med husläkare skall ha införts i hela landet senast vid utgången av år 1995 har jag fått i uppdrag att utarbeta ett förslag till ett moderniserat ersättningssystem för övrig specialistvård. I direktiven anges att ersättningssystemet skall utformas så att specialistläkarnas insatser inriktas mot sådana undersökningar och behandlingar som ligger inom deras speciella kompetensområde. Utformningen av ersättningssystemet skall också underlätta för privatpraktiker att i framtiden bedriva en kvalificerad mottagningsverksamhet.

I uppdraget ingår även att se över vissa bestämmelser i läkarvårdstaxan, nämligen den särskilda taxan för läkare som fyllt 66 år, regeln att arvodet omfattar samtliga åtgärder vid ett och samma besök, begränsningen för utbetalning av läkarvårdsersättning till 6 000 besök per kalenderår, vikariatsreglerna och sanktionsreglerna.

Läkare som omfattas av de föreslagna arvodesbestämmelserna

I jämförelse med gällande läkarvårdstaxa föreslår jag ingen utökning av antalet specialiteter. Dock förs specialiteten klinisk fysiologi in under specialiteten invärtes sjukdomar.

I departementspromemorian om ett husläkarsystem föreslås att en läkare som är specialist i allmänmedicin skall kunna etablera sig som husläkare. Jag anser därför att en läkare med specialistkompetens i allmänmedicin inte skall få anslutas till försäkringen om han är verksam som husläkare. Har han specialistkompetens även i annan specialitet bör han dock kunna anslutas för verksamhet inom denna specialitet.

För bl.a. anpassningen till EG föreslår jag att läkare som saknar specialistkompetens även fortsättningsvis skall kunna vara anslutna till ersättningssystemet för privatpraktiserande läkare.

Arvoden

Den ersättningsmodell som jag föreslår är uppbyggd på tre arvodesgrupper med utgångspunkt i ett s.k. normalarvode. Normalarvodet är ett enhetligt arvode för den huvudsakliga delen av en läkares verksamhet. Det utgör ett genomsnittsarvode för den medicinska rådgivning samt de undersökningar eller behandlingar som utförs av en läkare som driver en kvalificerad mottagningsverksamhet med i huvudsak inriktning på undersökningar och behandlingar inom sin specialistkompetens. Beloppet för normalarvode är beräknat med utgångspunkt från kostnaden för mottagningen och den årliga besöksvolymen och varierar därför mellan specialiteterna.

Enklare undersökningar eller behandlingar som utförs av läkaren själv eller under hans överinseende ersätts med ett lägre arvode, enkelt arvode.

Eftersom vissa åtgärder av tidsmässiga eller kostnadsmässiga skäl inte ryms inom normalarvodet bör dessa ersättas med ett högre arvode. Jag föreslår att sådana åtgärder upptas i en särskild förteckning och ersätts med s.k. särskilt arvode.

Mitt förslag innebär att alla prestationsersättningar – med undantag för åtgärder enligt arvodesgrupperna 1 och 7 samt delar av arvodesgrupperna 2 och 6 – i gällande läkarvårdstaxa innefattas i normalarvodet för resp. specialitet. Dock inräknas inte samtalsbehandling som meddelas av en läkare som också är legitimerad psykoterapeut. För denna behandling föreslår jag även fortsättningsvis en separat arvodesbestämmelse.

Ekonomiskt tak

För att skapa förutsättnngar för att i förväg bättre kunna bedöma storleken av kostnaderna för den försäkringsanslutna privatläkarvården föreslår jag följande. En gräns, ett ekonomiskt tak, införs som för varje specialitet anger att om de arvoden en läkare sammanlagt uppburit under ett kalenderår uppgår till ett visst belopp så utbetalas därefter ingen läkarvårdsersättning till läkaren för resterande del av året. I det ekonomiska taket ingår inte enkelt arvode och arvode för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering. Trots att en läkare nått upp till det ekonomiska taket för sin specialitet kan dock efter godkännande från sjukvårdshuvudmannen försäkringskassan besluta att läkarvårdsersättning får betalas ut för åtgärder med särskilt arvode upp till en i beslutet fastställd högre nivå.

Det ekonomiska taket bygger på de uppgifter om mottagningskostnader och besöksvolym för varje specialitet som legat till grund för beräkningen av normalarvodet. Jag anser att normalarvode skall få debiteras till dess att de arvoden som en läkare sammanlagt uppburit under ett kalenderår uppgår till de belopp, som motsvarar den mottagningskostnad (inklusive läkarlön, socialavgifter och pensionsavsättning) som ligger till grund för beräkningen av normalarvodet för resp. specialitet. Därefter föreslår jag att en läkare får tillgodoräkna sig ett reducerat arvode per patientbesök till dess att de arvoden han uppburit sammanlagt uppgår till det belopp

som angetts som ekonomiskt tak för läkarens specialitet.

Åldersgräns

Jag anser att en åldersgräns bör införas som innebär att en läkare som fyllt 70 år inte längre får vara ansluten till försäkringen. Däremot skall en läkare på grund av ålder inte erhålla lägre arvoden än sina kolleger.

Vikariat

För att underlätta administrationen av ärenden om vikariat föreslår jag att en bestämmelse införs med följande innebörd. Om vikariaten för en läkare inte överstiger sammanlagt sextio dagar för år räknat får en annan läkare föras upp som vikarie på förteckningen hos försäkringskassan utan att kassan prövar skälet till att den ordinarie läkaren inte själv driver sin verksamhet.

Sanktionsregler

Att utesluta en läkare från försäkringssystemet genom att föra av honom från förteckningen medför allvarliga konsekvenser för läkaren. Jag föreslår därför att en försäkringskassa i vissa fall skall få besluta att, under en tid av längst tre månader, avstänga läkaren från ersättning från försäkringen. De fall jag syftar på är när läkaren brutit mot en föreskrift i den föreslagna förordningen om arvoden till privatpraktiserande läkare, men förseelsen är att anse som ringa med hänsyn till värde och övriga omständigheter.

Uppföljning

Konstruktionen med ett normalarvode per patientbesök för den huvudsakliga delen av en läkares verksamhet medför enligt min uppfattning att det är nödvändigt att försäkringskassorna får förbättrade möjligheter att följa upp läkarnas ersättningsanspråk. Jag föreslår därför att kassorna för detta ändamål ges författningsenlig rätt att ta del av en ansluten läkares patientjournaler.

Överenskommelse om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1994

Efter överläggningar mellan representanter för staten och sjukvårdshuvudmännen har överenskommelse träffats om ersättningar till sjukvårdshuvudmännen under år 1994 enligt följande. Överenskommelsen grundas i vissa avseenden på motsvarande överenskommelser år 1984, 1986, 1987, 1989, 1990, 1991 samt 1992 avseende ersättningar för åren 1985 t.o.m. 1993.

1 Nuvarande ersättningsbelopp

Följande ersättningar utges till sjukvårdshuvudmännen enligt nu gällande överenskommelser för år 1993 och enligt beslut av regeringen.

a) **Allmän sjukvårdsersättning** avseende såväl öppen som sluten vård med 5 006 milj. kr.

b) **Sjukreseersättning** med 1 396 milj. kr.

c) Särskild ersättning för **rehabiliterings- och behandlingsinsatser** med 485 milj. kr.

d) Ersättning till **Handikappinstitutet** med 51 milj. kr.

e) Särskild ersättning för **psykoterapeutisk verksamhet** med 24,5 milj. kr.

f) Särskild ersättning för **informationsförsörjning och produktkontroll** med 20 milj. kr.

g) Särskild ersättning för **handledning av kiropraktorer** med 1 milj. kr.

h) Särskild ersättning för vissa **patientöverföringar till Finland** med 1 milj. kr.

i) Särskild ersättning för anordnande av **rikssjukvård för HIV-smittade** med 5,5 milj. kr.

j) Särskild ersättning till **Centrum för epidemiologi och social analys** med 5 milj. kr.

Totalt utges till sjukvårdshuvudmännen ersättningar från sjukförsäkringen och bidrag till allmän sjukvård enligt punkterna a) – j) med 6 995 milj. kr. för år 1993.

2 Utgångspunkter för överenskommelsen om ersättningar m.m. för år 1994

Riksdagen beslutade under våren 1992 om betydande förändringar i statsbidragssystemet för kommuner och landsting. Beslutet grundade sig på regeringens förslag i kompletteringsproposition för budgetåret 1992/93 (prop. 1991/1992:150). Riksdagens beslut innebär en avsevärt minskad rundgång av medel mellan stat och landsting under år 1993. Det

innebär också att riksdagen för det året fastställde en utgiftsram i fråga om ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen på 6 995 milj. kr.

För att kunna fullfölja omläggningen av bidragssystemet genom att avskaffa skatteutjämningsavgiften och således skapa en nettoström av pengar från staten till landstingen fr.o.m. år 1994 har en översyn företagits av hittillsvarande system med ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för att finna en ny utformning av systemet.

I regeringens kompletteringsproposition för budgetåret 1993/94 (prop. 1992/93:150 bil. 4) konstateras att förutsättningarna för det företagna översynsarbetet successivt klarlagts dels genom riksdagsbeslutet om införande av ett nationellt husläkarsystem för vilka sjukvårdshuvudmännen har finansieringsansvaret, dels genom att läkarvårdstaxan varit föremål för översyn. Vidare konstateras att den aviserade omläggningen av statsbidragssystemet kräver att sjukvårdshuvudmännen ges det direkta kostnadsansvaret för och övertar administrationen av ersättningarna till försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. För att fullfölja regeringens intentioner om slopande av etableringsbegränsningarna även för de privatpraktiker som inte är husläkare, krävs ett system som är förenligt med sjukvårdshuvudmännens planeringsansvar för vården enligt hälso- och sjukvårdslagen samtidigt som huvudmännen ges möjlighet till en effektiv kontroll av hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling.

Mot denna bakgrund föreslogs i sistnämnda kompletteringsproposition ett överförande till sjukvårdshuvudmännen av finansieringsansvaret och därmed administrationen av ersättningen till såväl de försäkringsanslutna läkarna som sjukgymnasterna fr.o.m. år 1994 samt att för bidraget till vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen – till följd av omläggningen av statsbidragssystemet – skulle fastställas en utgiftsram på totalt 2 703 milj. kr. för år 1994.

Den lagreglering förslagen förutsätter liksom resultatet av överläggningarna med företrädare för huvudmännen om den närmare fördelningen av utgiftsramen för år 1994 avsåg regeringen att återkomma till riksdagen om efter sommaren.

Riksdagen godkände de föreslagna riktlinjerna för ändringarna i ersättningssystemet och fastställde utgiftsramen för år 1994 (1992/93:FiU30, rskr. 1992/93:447).

Ett genomförande av riksdagens beslut föranleder lagreglering vad gäller privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters rätt till ersättning från ett av landstingen finansierat och administrerat offentligt ersättningssystem i de fall vårdavtal mellan vårdgivare och landsting inte träffas. Regeringen har därför underställt Lagrådet förslag till lag om läkarvårdsersättning och sjukgymnastikersättning.

3 Ersättningar för år 1994

Huvuddelen av ersättningen från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen har sedan ersättningssystemet infördes år 1985 utgjorts av en

allmän sjukvårdsersättning avseende såväl öppen som sluten vård. Denna ersättning har fr.o.m. år 1988 fördelats efter vissa behovskriterier.

En annan viktig utgångspunkt vid fastställandet av storleken på den allmänna sjukvårdsersättningen har varit att det belopp som resp. sjukvårdshuvudman blir berättigad till skall överstiga summan av de försäkringsersättningar som under föregående år utbetalts av försäkringskassan till de försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som var verksamma inom huvudmannens geografiska område. Dessa ersättningar frånräknas enligt nuvarande regler vid utbetalning av den allmänna sjukvårdsersättningen. Detta blir dock inte längre aktuellt fr.o.m. den 1 januari 1994, eftersom sjukvårdshuvudmännen då förväntas överta det direkta kostnadsansvaret för ersättningarna till nämnda vårdgivare.

Omläggningen av bidragssystemet för landstingen år 1994 och det samtidiga överförandet av det direkta finansieringsansvaret för vården av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster till landstingen innebär att varken förutsättningar eller behov längre föreligger att utge en allmän sjukvårdsersättning som skall överstiga varje huvudmans kostnader för dessa vårdgivare. Det innebär att parterna enats om att en jämfört med tidigare år mindre del av den totala ersättningen skall utgöras av en allmän sjukvårdsersättning. Mot denna bakgrund har parterna enats om att den allmänna sjukvårdsersättningen bör uppgå till sammanlagt 700 milj. kr. för år 1994 och att beloppet skall fördelas enligt gällande behovsbaserade modell, som bl.a. innebär att skillnaden i ersättning är 50 kr per invånare mellan var och en av de tre behovsklasser som sjukvårdshuvudmännen är indelade i.

Systemet för utjämningsbidrag till landsting och landstingsfria kommuner ses för närvarande över i utredningen om statligt utjämningssystem för landsting. Utredaren bör enligt direktiven överväga om ytterligare statsbidrag förutom de fr.o.m. år 1993 redan inordnade i den generella bidragsgivningen kan ingå i ett reviderat system.

Fr.o.m. år 1992 övertog sjukvårdshuvudmännen det ekonomiska och administrativa huvudmannaskapet för sjukresorna inkl. de akuta luftburna transporterna. Mot bakgrund av den samlade utvecklingen på området under år 1992, enades parterna om att ett oförändrat ersättningsbelopp skulle utges för det ändamålet även för år 1993. Med hänsyn till att landstingens kostnader för sjukresor under år 1992 minskat har parterna gjort den bedömningen att ersättningsbeloppet för år 1994 i stort sett bör vara oförändrat.

Riksförsäkringsverket och Landstingsförbundet har företagit en uppföljning och utvärdering av den särskilda ersättning på 400 milj. kr. för rehabiliterings- och behandlingsinsatser som infördes år 1991. Mot bakgrund av det positiva resultatet härav har parterna enats om att denna ersättningsform skall finnas kvar även under år 1994, och att en uppräkning bör ske av ersättningsbeloppet från 485 milj. kr. år 1993 till 510 milj. kr år 1994.

Handikappinstitutets verksamhet finansieras genom ett direkt bidrag inom ramen för den allmänna sjukförsäkringen. Parterna har genom en

särskild överenskommelse om finansieringen av Handikappinstitutet enats om att ersättningen skall vara oförändrad 51 milj. kr. för år 1994.

Parterna har för år 1994 gjort den bedömningen att det är angeläget att ytterligare öka tillgången på psykoterapeutiska behandlingsresurser till rimliga kostnader för den enskilde. Enighet råder därför om att den särskilda ersättningen för detta ändamål till sjukvårdshuvudmännen bör höjas betydligt för år 1994.

Enighet råder också om att det påbörjade och angelägna arbetet att förbättra informationsförsörjningen inom hälso- och sjukvården även under år 1994 måste ges ett särskilt ekonomiskt stöd. Detta gäller även de sjukvårdshuvudmän som åtar sig att svara för nationella register för produktkontroll. Parterna har därför enats om en mindre uppräkning av den särskilda ersättningen för dessa ändamål för år 1994.

Vidare är parterna överens om att – i likhet med år 1993 – en särskild ersättning skall utges under år 1994 för verksamheten vid Centrum för epidemiologi och social analys vid Socialstyrelsen.

När det gäller övriga särskilda ersättningar som utges till sjukvårdshuvudmännen under år 1993 är parterna överens om att dessa bör kvarstå under år 1994 med något ändrade belopp.

Ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen för år 1994 skall mot denna bakgrund vara följande.

a) **Allmän sjukvårdsersättning** vilken fr.o.m. den 1 juli 1994 avses omvandlas till ett **särskilt bidrag till hälso- och sjukvård** med en fördelning mellan sjukvårdshuvudmännen efter en behovsbaserad modell. Sammanlagt utges ersättning/bidrag med 700 milj. kr. för år 1994. Beloppet fördelas även för år 1994 enligt den gällande behovsbaserade modellen, vilket bl.a. innebär att skillnaden i ersättning är 50 kr. per invånare mellan var och en av de tre behovsklasser som sjukvårdshuvudmännen är indelade i. Fördelningen av ersättningen/bidraget mellan huvudmännen framgår av bilaga 2.2. Ersättningen utbetalas av försäkringskassan. Fr.o.m. den 1 juli 1994 avses bidraget utbetalas av Socialstyrelsen.

b) För **sjukresor** lämnas ersättning med 1 370 milj. kr. Fördelningen av medlen mellan huvudmännen framgår av bilaga 2.3. Ersättningen utbetalas av försäkringskassan.

c) För **rehabiliterings- och behandlingsinsatser** lämnas ersättning med högst 510 milj. kr. Fördelning av medlen skall ske enligt en särskild fördelningsmodell som är baserad på det s.k. ohälsotalet och invånarantalet. Fördelningen av denna ersättning mellan sjukvårdshuvudmännen framgår av bilaga 2.4. Medlen utbetalas av försäkringskassan efter det att en överenskommelse träffats mellan kassan och huvudmannen om medlens användning.

d) För **Handikappinstitutets** verksamhet lämnas särskild ersättning med 51 milj. kr. enligt en separat överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet. Ersättningen utbetalas av Riksförsäkringsverket.

e) För att möjliggöra för sjukvårdshuvudmännen att öka tillgången på **psykoterapeutiska behandlingsresurser** utges särskild ersättning med sammanlagt högst 39,5 milj. kr. Ersättningen utges till huvudmännen dels

med 350 000 kr. per huvudman, dels med 3,50 kr. per invånare och lämnas efter särskild rekvisition av Riksförsäkringsverket under förutsättning att sjukvårdshuvudmannen träffar av Socialstyrelsen godkända vårdavtal med legitimerade privata vårdgivare. Fr.o.m. den 1 juli 1994 avses ersättningen utbetalas av Socialstyrelsen.

f) För åtgärder hos sjukvårdshuvudmännen som syftar till en förbättrad **informationsförsörjning m.m.** utges ersättning med sammanlagt högst 21 milj. kr. Landstingsförbundet lämnar efter samråd med Socialstyrelsen förslag till fördelning av medlen till Riksförsäkringsverket, som på grundval härav beslutar om fördelning och utbetalning av ersättningen. Fr.o.m. den 1 juli 1994 avses ersättningen utbetalas av Socialstyrelsen.

g) För verksamheten vid **Centrum för epidemiologi och social analys** vid Socialstyrelsen lämnas särskild ersättning med högst 5 milj. kr. Socialstyrelsen och Landstingsförbundet lämnar en gemensamt upprättad plan över verksamheten vid centrumet i den del som avser hälso- och sjukvården till Riksförsäkringsverket som därefter beslutar om utbetalning av ersättningen. Fr.o.m. den 1 juli 1994 avses ersättningen disponeras av Socialstyrelsen.

h) För de sjukvårdshuvudmän som svarar för handledd **praktiktjänstgöring av kiropraktorer** enligt Socialstyrelsens anvisningar utges ersättning med sammanlagt högst 0,5 milj. kr. Ersättning lämnas med högst 95 000 kr per praktikant.

Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och lämnar underlag till Riksförsäkringsverket som svarar för utbetalning av ersättningen. Fr.o.m. den 1 juli 1994 avses ersättningen utbetalas av Socialstyrelsen.

i) För **överföring av vissa patienter från Sverige till Finland** utges ersättning med sammanlagt högst 0,25 milj. kr. Ersättning skall i varje fall lämnas med hälften av den vårdkostnad som uppkommer när sjukvårdshuvudmannens ansvar för kostnaden upphör efter ett halvt år. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och lämnar underlag till Riksförsäkringsverket som svarar för den årsvisa utbetalningen av ersättningen. Fr.o.m. den 1 juli 1994 avses ersättningen utbetalas av Socialstyrelsen.

j) För anordnande av **institutioner för HIV-smittade** som omhändertas för isolering enligt smittskyddslagen lämnas ersättning med sammanlagt högst 5,75 milj. kr. Ersättning utges med 575 000 kr. per anordnad plats och år. Socialstyrelsen svarar för handläggningen av dessa ärenden och lämnar erforderligt underlag till Riksförsäkringsverket för utbetalning av ersättningen. Fr.o.m. den 1 juli 1994 avses ersättningen utbetalas av Socialstyrelsen.

Utnyttjande och fördelning av utgiftsramen på 2 703 milj. kr för år 1994 enligt punkterna a)-j) framgår av bilaga 2.1.

4 Vårdgarantin

Enligt en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet i april 1991 infördes år 1992 en central vårdgaranti. Dess främsta syfte var att

öka tillgängligheten till vissa behandlingar med köproblem, korta väntetiderna och bidra till en jämnare fördelning av vårdutnyttjandet över landet.

De områden som kom att omfattas av vårdgarantin var utredning och behandling av kranskärlssjukdom, total ledplastik i höft- och knäled, operation av gråstarr, operation av gallstenssjukdom, operation av ljumskbråck, operation av godartad prostataförstoring, kirurgisk behandling av urininkontinens hos kvinnor, kirurgisk behandling av prolaps (framfall) och utprovning av hörapparat. Samtliga de patienter som var i behov av vård och behandling enligt de indikationer som anges i Socialstyrelsens Allmänna råd 1991:11 skulle erbjudas denna inom tre månader. Om detta inte kunde ske på den egna kliniken skulle behandlingen erbjudas patienten hos annan vårdgivare, privat eller offentlig.

För att underlätta vårdgarantins införande lämnades ett statligt bidrag till sjukvårdshuvudmännen under år 1992 om 500 miljoner kronor. Detta fördelades per capita med ett belopp motsvarande 60 kr. per invånare. I november 1992 beslutade parterna att förlänga vårdgarantin under år 1993 enligt samma principer som tidigare men utan att något särskilt bidrag lämnades till sjukvårdshuvudmännen.

1992 års vårdgaranti har följts upp och utvärderats av Socialstyrelsen och Landstingsförbundet gemensamt. En första rapport lämnades hösten 1992 och en slutrapport kommer att presenteras inom kort. Det underlag som använts för detta arbete är Landstingsförbundets mätningar av köer och väntetider, specialstudier inom ramen för uppföljning och utvärdering av vårdgarantin samt enkäter till klinik- och sjukhusledningar.

Parterna kan, mot bakgrund av den uppföljning och utvärdering som gjorts, konstatera att erfarenheterna av vårdgarantin är goda. Landstingsförbundet avser att rekommendera sjukvårdshuvudmännen att under år 1994 bibehålla en vårdgaranti för vissa behandlingar och insatser. Några landsting har redan under år 1993 kompletterat den centrala vårdgarantin på skilda sätt. Parterna är medvetna om att andra kompletteringar kan komma att introduceras då situationen i ett landsting kan skilja sig från den som råder i ett annat. Landstingsförbundets kommande mätningar av köer, väntetider och produktion kommer att främst ske mot de tolv insatser som återfinns i nuvarande centralt överenskomna vårdgaranti.

5 Administrationen av avgifterna för sluten vård

Frågan om ett överförande av administrationen av ålders- och förtidspensionärernas avgifter vid sluten vård har behandlats i överläggningarna. Parterna har därvid gjort den bedömningen att frågan behöver utredas och övervägas ytterligare, bl.a. vad gäller möjligheterna till att utforma ett för landstingen bättre anpassat avgiftssystem än det nuvarande för de berörda pensionärsgrupperna.

För de sjukhusvårdsavgifter som sjukvårdshuvudmännen administrerar, dvs. för personer med sjuklön, sjukpenning m.m., skall den högsta vårdavgiften per vårddag som huvudmännen får ta ut vara 80 kr. även för år 1994.

6 Patientavgifter i öppen vård och högkostnadsskydd

Den statliga regleringen av avgifterna i öppen vård slopades fr.o.m. den 1 januari 1991. Enligt nu gällande överenskommelse skall ett egenkostnadstak på 1 600 kr. tillämpas inom högkostnadsskyddet.

Parterna är ense om att några ändringar för år 1994 i dessa hänseenden inte skall företas.

7 Utbetalningsregler m.m.

Ersättning/bidrag enligt 3a) utbetalas utan särskild rekvisition månadsvis i efterskott av försäkringskassan t.o.m. den 30 juni 1994 och därefter av Socialstyrelsen. Ersättning enligt 3d) utbetalas utan särskild rekvisition månadsvis i efterskott av Riksförsäkringsverket. Ersättning enligt punkten 3b) utbetalas av försäkringskassan med halva beloppet den 1 april resp. den 1 oktober 1993. Övriga ersättningar utges efter särskild rekvisition av försäkringskassan avseende 3c) och avseende 3e) - 3j) av Riksförsäkringsverket t.o.m. den 30 juni 1994 när villkoren för respektive ersättning är uppfyllda. Fr.o.m. den 1 juli 1994 utges ersättning avseende 3e) - 3j) på motsvarande sätt av Socialstyrelsen med undantag för 3g) som disponeras av Socialstyrelsen.

Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regeringen och Landstingsförbundets styrelse. De författningsändringar som behövs för genomförandet av överenskommelsen kommer att utarbetas av Socialdepartementet. Erforderliga tillämpningsanvisningar utarbetas av RFV och Socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet.

Vidare har parterna träffat en separat överenskommelse om finansieringen av Handikappinstitutet för år 1994.

För staten	För Landstingsförbundet
Göran Rådö	*Monica Sundström*

Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen för år 1994

Ändamål	Totalbelopp milj. kr. 1994
1. Allmän sjukvårdsersättning/bidrag till till hälso- och sjukvård	700
2. Ersättning för sjukresor	1 370
3. Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser	510
4. Ersättning till Handikappinstitutet	51
5. Särskild ersättning för psykoterapeutisk verksamhe	39,5
6. Särskild ersättning för informations-försörjning och produktkontroll	21
7. Särskild ersättning till Centrum för epidemiologi och social analys	5
8. Särskild ersättning för handledning av kiropraktorer	0,5
9. Särskild ersättning för vissa patient-överföringar	0,25
10. Särskild ersättning för rikssjukvård för HIV-smittade	5,75
	2 703

Fördelning av allmän sjukvårdsersättning/bidrag till hälso- och sjukvård för år 1994

Sjukvårdshuvudman	Milj. kr 1994
AB	168
C	14
D	26
E	21
F	16
G	9
H	12
K	15
L	15
M	28
N	13
O	16
P	23
R	14
S	29
T	14
U	13
W	29
X	29
Y	26
Z	14
AC	26
BD	27
I	3
MM	36
OG	65
	700

Fördelningen av sjukreseersättning för år 1994

Sjukvårdshuvudman	Milj. kr 1994
AB	271,6
C	35,7
D	31,2
E	44,6
F	46,1
G	37,4
H	53,4
K	23,2
L	38,5
M	52,0
N	30,8
O	42,1
P	64,7
R	41,8
S	59,0
T	44,0
U	28,7
W	50,6
X	44,2
Y	50,1
Z	48,7
AC	80,1
BD	88,4
I	17,9
MM	8,9
OG	36,3
	1 370

Fördelning av särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården för år 1994

Sjukvårdshuvudman	Milj. kr. 1994
AB	83
C	14
D	18
E	24
F	16
G	9
H	14
K	10
L	17
M	28
N	13
O	18
P	25
R	13
S	18
T	16
U	17
W	20
X	21
Y	18
Z	9
AC	19
BD	19
I	3
MM	17
OG	31
	510

Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om finansiering av Handikappinstitutet år 1994

I anslutning till 2 § i avtalet den 24 mars 1977 mellan staten och Landstingsförbundet om Handikappinstitutet har parterna träffat följande överenskommelse för år 1994.

1. För Handikappinstitutets finansiering har parterna tillfört institutets fond 51 milj. kr för 1994 års verksamhet. Beloppet tillförs fonden i enlighet med överenskommelsen om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för år 1994. Beloppet utbetalas av Riksförsäkringsverket med en tolftedel för varje månad i efterskott.

2. Medel som ingår i Handikappinstitutets fond disponeras – med de undantag som följer av punkterna 3 och 4 nedan – av institutets styrelse för verksamheten i enlighet med institutets stadgar.

Anmärkning: Styrelsen bör i sammanhanget beakta vad som stadgas om utredningsarbete på regeringens respektive sjukvårdshuvudmännens uppdrag.

3. Från institutets fond skall utbetalas 5 500 000 kr för år 1994 till Sjukvårdshuvudmännens Upphandlingsbolags (SUB) verksamhet.

4. Av Handikappinstitutets fond skall för år 1994 avdelas 4 000 000 kr att av institutets styrelse disponeras för att initiera och stimulera tillverkningen av vissa handikapphjälpmedel, för vilka föreligger svårigheter att etablera produktion på gängse villkor. Medlen får även användas som förlustgaranti. Härutöver får institutet möjlighet att utnyttja 4 000 000 kr såsom förlustgaranti i samband med beställningar av hjälpmedel. Erforderliga avtal för genomförande härav skall tecknas av SUB i nära samarbete med institutet.

Överenskommelsen blir giltig när den godkänts av regeringen och Landstingsförbundets styrelse.

För staten	För Landstingsförbundet
Carl-Anders Ifvarsson	*Monica Sundström*

2.1 Förslag till
Lag om läkarvårdsersättning

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om vissa ersättningar till läkare i privat verksamhet i den öppna hälso- och sjukvården och om patientavgifter vid sådan vård (läkarvårdsersättning). Lagen gäller inte sådana läkare i privat verksamhet som omfattas av lagen (1993:588) om husläkare.

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

2 § Bestämmelserna i denna lag gäller vid vård av den som är bosatt i Sverige, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

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

4 § Om inte annat anges avses i denna lag med landstinget det landsting inom vars område läkaren bedriver sin verksamhet.

Vårdavtal

5 § En läkare i privat verksamhet som ger vård enligt avtal med landstinget, får ta emot ersättning från landstinget på de villkor och enligt de grunder som landstinget och läkaren kommer överens om.

Denna lag gäller endast om vårdavtal enligt första stycket inte har ingåtts.

Landstingets ansvar m.m.

6 § Landstinget skall betala den läkarvårdsersättning som inte täcks av patientavgiften. Om vården har avsett en patient som inte är bosatt inom landstingets område, skall det landsting inom vars område patienten är bosatt svara för den utbetalda läkarvårdsersättningen, om inte landstingen kommer överens om något annat.

Allmän försäkringskassa får efter överenskommelse med landstinget ha hand om utbetalning av läkarvårdsersättning.

Särskilda krav på läkarverksamheten

7 § Läkarvårdsersättning skall lämnas för vård som ges av en läkare i privat verksamhet, om läkaren har specialistkompetens och bedriver mottagningsverksamhet inom sin specialitet för enskilda patienter i öppen vård.

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

Läkarvårdsersättning skall lämnas även för vård enligt första stycket som ges av en läkare med kompetens som allmänpraktiserande läkare (Europaläkare). Sådan ersättning lämnas dock endast om landstinget har godtagit etableringen. Bestämmelserna i denna lag för läkare med specialistkompetens gäller i övrigt på motsvarande sätt för Europaläkare.

8 § Läkarvårdsersättning lämnas endast till läkare som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver verksamhet enligt 7 § första stycket på heltid, om inte annat följer av 10 §.

En läkare anses som heltidsverksam om läkaren har arbetat minst 35 timmar per vecka i genomsnitt någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.

9 § Läkarvårdsersättning lämnas inte till en läkare som vid vårdtillfället har fyllt sjuttio år.

Läkarvårdsersättningen lämnas inte heller till en läkare som är anställd i landstingets eller något annat landstings hälso- och sjukvård.

Vikariat

10 § Om en läkare på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet, får en annan läkare inom samma specialitet som uppfyller villkoren enligt 7 och 9 §§ för läkarvårdsersättning vikariera under frånvaron.

Anmälan och samråd m.m.

11 § En läkare som avser att bedriva verksamhet med ersättning enligt denna lag skall anmäla sin avsikt till landstinget senast sex månader innan verksamheten påbörjas. Läkaren skall samråda med landstinget om sin kommande verksamhet.

12 § En läkare som bedriver verksamhet med ersättning enligt denna lag skall underrätta landstinget minst sex månader före den tidpunkt då han eller hon avser att upphöra med eller flytta sin verksamhet till ett annat sjukvårdsområde.

13 § Bestämmelserna om anmälan enligt 11 och 12 §§ gäller inte för en läkare som tillfälligt vikarierar för en läkare som får läkarvårdsersättning. Anmälan behövs inte heller före eller efter ett tillfälligt uppehåll i läkarverksamheten.

14 § En läkare som får läkarvårdsersättning skall samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet.

Läkarvårdsersättningen

Gemensamma bestämmelser

15 § Läkarvårdsersättning skall lämnas med ett belopp som skäligen motsvarar kostnaden för läkarens åtgärd. Ersättningen betalas som normalarvode, enkelt arvode eller särskilt arvode. Genom patientavgiften betalar patienten hela eller en del av ersättningen, om inte något annat följer av 22 eller 24 §.

Läkarvårdsersättning lämnas också för läkarens kostnader för resor i samband med sjukbesök.

16 § Normalarvodet är ett enhetligt arvode för den huvudsakliga delen av den medicinska verksamhet som förekommer inom läkarens specialitet. Normalarvodet baseras på beräknade mottagningskostnader och årlig besöksvolym inom specialiteten. Enkelt arvode är ett lägre arvode för enklare undersökningar och behandlingar som utförs av läkaren eller under dennes överinseende. Åtgärder som är särskilt tids- eller kostnadskrävande ersätts med ett högre, särskilt arvode.

17 § En läkare kan få läkarvårdsersättning med fullt belopp

a) för åtgärder som ersätts med särskilt arvode,

b) för åtgärder som ersätts med normalt eller enkelt arvode, i den mån den sammanlagda ersättningen härför under ett kalenderår inte överstiger vad som motsvarar en full årsarbetstid inom specialiteten, och

c) för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering.

Om läkaren har uppnått den ersättningsgräns som anges i första stycket b) kan läkarvårdsersättning för sådana åtgärder utgå med reducerat belopp upp till sammanlagt högst samma ersättningsgräns ökad med 50 procent (ersättningstak).

Bestämmelserna i första stycket b) och andra stycket hindrar inte läkaren att ge vård mot patientavgift som anges i 23 § första meningen.

18 § En läkare som bedriver verksamhet med ersättning enligt denna lag får inte ge vård mot högre arvode än som följer av lagen eller en föreskrift som har utfärdats med stöd av lagen.

19 § Landstinget är inte skyldigt att betala läkarvårdsersättning tidigare än sex månader efter anmälan enligt 11 §.

Om en läkare inte har utfört den eller de åtgärder som läkaren begär eller har fått läkarvårdsersättning för, får landstinget hålla inne ett motsvarande belopp respektive återkräva det belopp som felaktigt har utbetalats. Landstinget får i sådant fall i stället avräkna beloppet från annan fordran från läkaren på läkarvårdsersättning.

Om läkaren trots påminnelser vid upprepade tillfällen eller annars i väsentlig utsträckning begär läkarvårdsersättning med för höga belopp eller på annat felaktigt sätt, får landstinget sätta ned den läkarvårdsersättning som begärs till skäligt belopp.

Särskilda bestämmelser för vissa områden

20 § En läkare som etablerar sig på en ort inom stödområdena 1 eller 2 enligt förordningen (1990:642) om regionalpolitiskt företagsstöd eller inom kommunerna Nordanstig i Gävleborgs län, Krokom i Jämtlands län eller Nordmaling, Robertsfors eller Vännäs i Västerbottens län får ta ut normalarvode, enkelt arvode och särskilt arvode enligt 15 § med tjugo procents förhöjning. Höjningen skall betalas av landstinget.

Arvodeshöjning enligt första stycket skall efter två år från etableringen minskas med fem procentenheter årligen ner till fem procents höjning.

Särskilda bestämmelser för vissa läkare

21 § En läkare som vid utgången av år 1993 var uppförd på en sådan förteckning som anges i 2 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i lagrummets lydelse före den 1 januari 1994 får ta ut normalarvode, enkelt arvode och särskilt arvode enligt 15 § med fem procents förhöjning. Höjningen skall betalas av landstinget.

Patientavgift

22 § För vård som ges av en läkare som får ersättning enligt denna lag får patienten avkrävas en patientavgift. Patientavgift får inte tas ut för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering. Patientavgift får inte heller tas ut om något annat är särskilt föreskrivet.

Om patientavgift inte får tas ut tillämpas 6 § första stycket på motsvarande sätt.

23 § Patientavgift enligt denna lag får tas ut med högst 150 procent av den patientavgift som gäller inom samma landsting hos husläkare enligt lagen (1993:588) om husläkare. Om läkaren inte har rätt till förhöjd ersättning enligt 20 eller 21 § får dock patientavgiften vara högst 175 procent av patientavgiften hos husläkarna i landsting.

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

Patientavgiften får inte överstiga det arvode som får tas ut för vården.

24 § En patient som för en viss tid har uppnått kostnadsbefrielse enligt 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. är även befriad från att betala patientavgifter enligt denna lag under samma tid.

25 § Uppkommer kostnad med anledning av att en patient uteblivit från avtalat läkarbesök, får patientavgift som anges i 23 § första meningen ändå tas ut av patienten. Bestämmelserna i 24 § befriar inte patienten från avgift enligt denna bestämmelse.

Verksamhetsuppföljning

26 § En läkare som begär läkarvårdsersättning skall medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Läkaren skall årligen till Socialstyrelsen och landstinget lämna en redovisning med erforderliga uppgifter om mottagningens medicintekniska utrustning, antalet patientbesök och vårdåtgärderna.

Tillämpningsföreskrifter

27 § Regeringen meddelar föreskrifter för tillämpningen av denna lag.

---

1. Denna lag träder i kraft, i fråga om 7 § tredje stycket den dag regeringen bestämmer, och i övrigt den 1 januari 1994.

2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om arvode till privatpraktiserande läkare som avser tid före ikraftträdandet.

3. För tiden fram till den 1 juli 1994 gäller utan hinder av 15 - 17, 20 och 21 §§ att en taxa som motsvarar bestämmelserna om arvoden i läkarvårdstaxan (1974:699) skall tillämpas vid bestämmandet av läkarvårdsersättning.

4. En läkare som vid ikraftträdandet är uppförd på sådan förteckning hos allmän försäkringskassa som anges i 2 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i lagrummets lydelse före den 1 januari 1994 kan få ersättning enligt denna lag utan anmälan enligt 11 § och utan hinder av bestämmelserna i 7 - 9 §§ med den inskränkning som gäller enligt punkterna 5 och 6.

5. En läkare som omfattas av punkt 4 kan utan hinder av ålderskravet i 9 § första stycket få läkarvårdsersättning till och med utgången av år 1999.

6. Om verksamheten hos en läkare som omfattas av punkt 4 ändras i väsentligt hänseende skall frågan om rätt till läkarvårdsersättning prövas enligt denna lag.

7. Vid anmälan enligt 11 § under tiden fram till den 1 april 1994 får verksamhet med läkarvårdsersättning utan hinder av nämnda paragraf och 19 § första stycket påbörjas tre månader efter anmälan.

2.2 Förslag till Lag om sjukgymnastikersättning

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om vissa ersättningar till sjukgymnaster i privat verksamhet i den öppna hälso- och sjukvården och om patientavgifter vid sådan vård (sjukgymnastikersättning).

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

2 § Bestämmelserna i denna lag gäller vid sjukgymnastik av den som är bosatt i Sverige, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

3 § Med sjukgymnastik avses i denna lag sjukgymnastisk behandling som är föranledd av skada eller sjukdom och som ges efter remiss av läkare.

4 § Om inte annat anges avses i denna lag med landstinget det landsting inom vars område sjukgymnasten bedriver sin verksamhet.

Vårdavtal

5 § En sjukgymnast i privat verksamhet som ger sjukgymnastik enligt avtal med landstinget, får ta emot ersättning från landstinget på de villkor och enligt de grunder som landstinget och sjukgymnasten kommer överens om.

Denna lag gäller endast om vårdavtal enligt första stycket inte har ingåtts.

Landstingets ansvar m.m.

6 § Landstinget skall betala den sjukgymnastikersättning som inte täcks av patientavgiften. Om sjukgymnastiken har avsett en patient som inte är bosatt inom landstingets område, skall det landsting inom vars område patienten är bosatt svara för den utbetalda sjukgymnastikersättningen, om inte landstingen kommer överens om något annat.

Allmän försäkringskassa får efter överenskommelse med landstinget ha hand om utbetalningar av sjukgymnastikersättning.

Särskilda krav på sjukgymnastverksamheten

7 § Sjukgymnastikersättning skall lämnas för sjukgymnastik som ges av en legitimerad sjukgymnast i privat verksamhet som efter legitimationen har tjänstgjort i offentligt finansierad vård under tid som motsvarar minst två års heltidstjänstgöring, varav minst sex månader i den slutna vården, eller har motsvarande erfarenhet. Av denna tid skall sjukgymnasten under

de senaste sju åren ha tjänstgjort i offentligt finansierad vård under tid som motsvarar minst ett års heltidstjänstgöring.

8 § Sjukgymnastikersättning lämnas endast till en sjukgymnast som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver privat sjukgymnastisk verksamhet på heltid, om inte annat följer av 10 §.

En sjukgymnast anses som heltidsverksam om sjukgymnasten har arbetat minst 35 timmar per vecka i genomsnitt någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.

9 § Sjukgymnastikersättning lämnas inte till en sjukgymnast som vid behandlingstillfället har fyllt sjuttio år.

Sjukgymnastikersättning lämnas inte heller till en sjukgymnast som är anställd i landstingets eller något annat landstings hälso- och sjukvård.

Vikariat

10 § Om en sjukgymnast på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet, får en annan sjukgymnast som uppfyller villkoren enligt 7 och 9 §§ för sjukgymnastikersättning vikariera under frånvaron.

Anmälan och samråd m.m.

11 § En sjukgymnast som avser att bedriva verksamhet med ersättning enligt denna lag skall anmäla sin avsikt till landstinget senast sex månader innan verksamheten påbörjas. Sjukgymnasten skall samråda med landstinget om sin kommande verksamhet.

12 § En sjukgymnast som bedriver verksamhet med ersättning enligt denna lag skall underrätta landstinget minst sex månader före den tidpunkt då han eller hon avser att upphöra med eller flytta sin verksamhet till ett annat sjukvårdsområde.

13 § Bestämmelserna om anmälan enligt 11 och 12 §§ gäller inte för en sjukgymnast som tillfälligt vikarierar för en sjukgymnast som får sjukgymnastikersättning. Anmälan behövs inte heller före eller efter ett tillfälligt uppehåll i verksamheten.

14 § En sjukgymnast som får sjukgymnastikersättning skall samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet.

Gemensamma bestämmelser

15 § Sjukgymnastikersättning skall lämnas med ett belopp som skäligen motsvarar sjukgymnastens åtgärd. Ersättningen betalas som normalarvode, enkelt arvode eller särskilt arvode. Genom patientavgiften betalar patienten hela eller en del av ersättningen, om inte något annat följer av 22 eller 23 §.

Sjukgymnastikersättning lämnas också för sjukgymnastens kostnader för resor i samband med behandlingsbesök.

16 § Normalarvodet är ett enhetligt arvode för den huvudsakliga delen av behandlingarna i verksamheten. Normalarvodet baseras på beräknade mottagningskostnader och årlig besöksvolym i sjukgymnastisk verksamhet. Enkelt arvode är ett lägre arvode för enklare undersökningar och behandlingar. Åtgärder som är särskilt tids- eller kostnadskrävande ersätts med ett högre, särskilt arvode.

17 § En sjukgymnast kan få sjukgymnastikersättning med fullt belopp

a) för åtgärder som ersätts med särskilt arvode, och

b) för åtgärder som ersätts med normalt eller enkelt arvode, i den mån den sammanlagda ersättningen härför under ett kalenderår inte överstiger vad som motsvarar en full årsarbetstid.

Om sjukgymnasten har uppnått den ersättningsgräns som anges i första stycket b) kan sjukgymnastikersättning för sådana åtgärder utgå med reducerat belopp upp till sammanlagt högst samma ersättningsgräns ökad med 50 procent (ersättningstak).

Bestämmelserna i första stycket b) och andra stycket hindrar inte sjukgymnasten att ge sjukgymnastik mot patientavgift.

18 § En sjukgymnast som bedriver verksamhet med ersättning enligt denna lag får inte ge sjukgymnastik mot högre arvode än som följer av lagen eller en föreskrift som har utfärdats med stöd av lagen.

19 § Landstinget är inte skyldigt att betala sjukgymnastikersättning tidigare än sex månader efter anmälan enligt 11 §.

Om en sjukgymnast inte har utfört den eller de åtgärder som sjukgymnasten begär eller har fått ersättning för, får landstinget hålla inne ett motsvarande belopp respektive återkräva det belopp som felaktigt har utbetalats. Landstinget får i sådant fall i stället avräkna beloppet från annan fordran från sjukgymnasten på sjukgymnastikersättning.

Om sjukgymnasten trots påminnelser vid upprepade tillfällen eller annars i väsentlig utsträckning begär sjukgymnastikersättning med för höga belopp eller på annat felaktigt sätt får landstinget sätta ned den sjukgymnastikersättning som begärs till skäligt belopp.

Särskilda bestämmelser för vissa områden

20 § En sjukgymnast som etablerar sig på en ort inom stödområdena 1 eller 2 enligt förordningen (1990:642) om regionalpolitiskt företagsstöd eller inom kommunerna Nordanstig i Gävleborgs län, Krokom i Jämtlands län eller Nordmaling, Robertsfors eller Vännäs i Västerbottens län får ta ut normalarvode, enkelt arvode och särskilt arvode enligt 15 § med tjugo procents förhöjning. Höjningen skall betalas av landstinget.

Arvodeshöjning enligt första stycket skall efter två år från etableringen minskas med fem procentenheter årligen ner till fem procents höjning.

Särskilda bestämmelser för vissa sjukgymnaster

21 § En sjukgymnast som vid utgången av år 1993 var uppförd på en sådan förteckning som anges i 2 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i lagrummets lydelse före den 1 januari 1994 får ta ut normalarvode, enkelt arvode och särskilt arvode enligt 15 § med fem procents förhöjning. Höjningen skall betalas av landstinget.

Patientavgift

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

Om sjukgymnasten tar ut en lägre patientavgift än vad som följer av första stycket skall detta inte påverka den del av sjukgymnastikersättningen som betalas av landstinget.

Patientavgiften får inte överstiga det arvode som får tas ut för sjukgymnastiken.

23 § En patient som för en viss tid har uppnått kostnadsbefrielse enligt 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. är även befriad från att betala patientavgifter enligt denna lag under samma tid.

24 § Uppkommer kostnad med anledning av att en patient uteblivit från avtalat sjukgymnastbesök, får patientavgift ändå tas ut av patienten. Bestämmelserna i 23 § befriar inte patienten från avgift enligt denna bestämmelse.

Verksamhetsuppföljning

25 § En sjukgymnast som begär sjukgymnastikersättning enligt denna lag skall medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Sjukgymnasten skall årligen till Socialstyrelsen och lands-

tinget lämna en verksamhetsredovisning med erforderliga uppgifter om behandlingsåtgärderna, mottagningens utrustning och antalet patientbesök.

Tillämpningsföreskrifter

26 § Regeringen meddelar föreskrifter för tillämpningen av denna lag.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.

2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om arvode till privatpraktiserande sjukgymnaster som avser tid före ikraftträdandet.

3. För tiden fram till den 1 juli 1994 gäller utan hinder av bestämmelserna i 15 - 17, 20 och 21 §§ att en taxa som motsvarar bestämmelserna om arvoden i förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling skall tillämpas vid bestämmandet av sjukgymnastikersättning enligt denna lag.

4. En sjukgymnast som vid ikraftträdandet är uppförd på en sådan förteckning hos allmän försäkringskassa som avses i 2 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i lagrummets lydelse före den 1 januari 1994 kan få sjukgymnastikersättning utan hinder av bestämmelserna i 7 - 9 och 11 §§ med den inskränkning som gäller enligt punkt 5 och 6.

5. En sjukgymnast som omfattas av punkt 4 kan utan hinder av ålderskravet i 9 § första stycket få sjukgymnastikersättning till och med utgången av år 1999.

6. Om verksamheten hos en sjukgymnast som omfattas av punkt 4 ändras i väsentligt hänseende skall fråga om rätt till sjukgymnastikersättning prövas enligt denna lag.

7. Vid anmälan enligt 11 § under tiden fram till den 1 april 1994 får verksamhet med sjukgymnastikersättning utan hinder av nämnda paragraf och 19 § första stycket påbörjas tre månader efter anmälan.

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 1993-10-25

Närvarande: justitierådet Per Jermsten, justitierådet Lars Å. Beckman, regeringsrådet Sigvard Holstad.

Enligt protokoll vid regeringssammanträde den 30 september 1993, varvid statsrådet Könberg varit föredragande, har regeringen för Lagrådets yttrande överlämnat förslag till

1. lag om läkarvårdsersättning,
2. lag om sjukgymnastikersättning.

Förslagen har inför Lagrådet föredragits av hovrättsassessorn Björn Reuterstrand.

Förslagen föranleder följande yttrande av *Lagrådet*:

Förslag till lag om läkarvårdsersättning

7 §

I paragrafen slås fast att läkare för att få rätt till läkarvårdsersättning enligt lagen skall ha specialistkompetens. Vidare krävs att läkaren ska ha mottagningsverksamhet i den öppna vården inom sin specialitet för enskilda patienter.

Av paragrafens tredje stycke framgår att läkarvårdsersättning skall utgå även för vård som ges av en läkare som har kompetens som allmänpraktiserande läkare (Europaläkare). För att en Europaläkare skall få rätt till läkarvårdsersättning krävs dock att landstinget har godtagit etableringen.

Rätten till läkarvårdsersättning enligt förevarande lag gäller inte läkare med specialistkompetens enbart i allmänmedicin. Den kategorin läkare är avsedd att verka inom ramen för det nyligen antagna husläkarsystemet. Att allmänpraktiserande läkare med Europaläkarkompetens föreslås omfattas av förevarande lag är en följd av EES-avtalet.

När EES-avtalet träder i kraft kommer Sverige att omfattas av den frihet inom EG som benämns fri rörlighet för personer. För att underlätta för bl.a. läkare att vara verksamma i andra medlemsländer finns i EG-direktiven vissa bestämmelser om ömesidigt erkännande av kompetensbevis. En närmare redogörelse för aktuella direktiv finns intagen i departementspromemorian (Ds 1992:34) om införande av EES-rätt – ömsesidigt erkännande av kompetensbevis för verksamhet inom hälso- och sjukvården m.m. Enligt EG-direktiven har EG-länderna ålagts att införa en särskild utbildning för allmänpraktiserande läkare utan specialistkompetens. Fr.o.m. den 1 januari 1995 skall enligt direktiven varje medlemsstat kräva att en läkare har sådan utbildning för att få rätt att vara verksam som allmänpraktiserande läkare inom landets socialförsäkringssystem. För läkare med utbildning i det egna landet får dock

högre krav på utbildning ställas. Bestämmelser om kompetens som allmänpraktiserande läkare (Europaläkare) har införts i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. Bestämmelserna träder i kraft den dag regeringen bestämmer.

För att tillgodose den fria rörligheten för personer skall enligt direktiven varje medlemsstat inom ramen för sitt eget socialförsäkringssystem erkänna de kompetensbevis som för allmänpraktiserande läkare utfärdats av övriga medlemsstater till medlemsstaternas medborgare. För svensk del är husläkarsystemet stängt för Europaläkarna eftersom det, som ovan nämnts, krävs specialistkompetens i allmänmedicin för att verka som husläkare. Europaläkarna kan därför ges tillträde till det svenska socialförsäkringssystemet endast genom förevarande lag.

Mot bakgrund av den fria rörlighet för personer och den fria etableringsrätt som skall gälla inom EES-området kan det ifrågasättas om inte det särskilda kravet på landstingets godkännande utgör ett etableringshinder. I motiven anförs som enda skäl för att villkoret ställs att Europaläkarna har en betydligt kortare utbildning än de privata specialister som i övrigt omfattas av rätten till läkarvårdsersättning. Villkoret kan inte i och för sig anses diskriminerande mot övriga EES-staters medborgare eftersom det gäller både svenska och utländska läkare. Den omständigheten hindrar emellertid inte att villkoret kan utgöra ett etableringshinder för utländsk medborgare. EG-direktiv medger ju att högre krav kan ställas på det egna landets läkare. Enligt Lagrådets mening blir det avgörande för om villkoret kan uppfattas som ett etableringshinder hur villkoret kommer att tillämpas av landstingen. Ett generellt beslut om att godkänna Europaläkare endast om det råder brist på privatpraktiserande läkare inom sjukvårdsområdet kan sålunda knappast anses stå i överensstämmelse med en fri etableringsrätt.

Tvekan kan således råda om den föreslagna regleringen är förenlig med EES-avtalet. Lagrådet vill dock inte motsätta sig förslaget eftersom det närmast får ses som ett politiskt ställningstagande hur nära EES-regleringen svenska bestämmelser bör utformas.

8 §

I denna paragraf ges bestämmelser angående omfattningen av den verksamhet enligt 7 § som krävs för att läkarvårdsersättning skall kunna utgå.

Enligt första stycket får sådan ersättning lämnas endast till läkare som senast ett år efter det att verksamheten påbörjats bedriver angiven verksamhet på heltid. Av andra stycket följer att denna förutsättning anses föreligga om en läkare har arbetat minst 35 timmar per vecka i genomsnitt någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.

I specialmotiveringen anförs bl.a. att kravet på heltidsarbete innebär att s.k. fritidspraktiker inte blir berättigade till ersättning enligt lagen samt att heltidskravet skall ha uppnåtts senast ett år efter det att läkaren startade sin verksamhet. Sistnämnda uttalande synes inte vara förenligt med den i andra stycket givna tolkningsregeln angående när en läkare skall anses som heltidsverksam. Det räcker här att hänvisa till att en

nyetablerad läkare under viss tid kan ha anlitat en vikarie enligt 10 § och därför inte hunnit arbeta under någon tolvmånadersperiod innan ett år gått efter etableringen. Avfattningen av bestämmelserna kan därtill ge utrymme för en inte avsedd fritidspraktik upp till ett år. För att kunna hindra ett sådant förfarande eller annat missbruk under etableringstiden torde det finnas behov av en möjlighet för landstinget att fortlöpande pröva om verksamheten kan antas komma att få en sådan omfattning som utgör ett villkor för att läkarvårdsersättning skall lämnas.

Mot bakgrund av vad nu sagts förordar Lagrådet att paragrafen ges följande lydelse.

"Läkarvårdsersättning lämnas endast till en läkare som bedriver verksamhet enligt 7 § på heltid, om inte annat följer av 10 §. En läkare anses som heltidsverksam om läkaren har arbetat minst 35 timmar per vecka i genomsnitt någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.

Beträffande en läkare som ännu inte arbetat under en tolvmånadersperiod gäller dock att läkarvårdsersättning kan lämnas om det kan antas att läkaren kommer att bedriva sin verksamhet på heltid."

15 §

I paragrafen anges bl.a. att läkarvårdsersättning skall lämnas med ett belopp som skäligen motsvarar kostnaden för läkarens åtgärd. Vidare föreskrivs att ersättningen skall betalas som normalarvode, enkelt arvode eller särskilt arvode. Enligt ett till paragrafen fogat andra stycke skall ersättning lämnas även för läkarens resekostnader i samband med sjukbesök.

Vid föredragningen inför Lagrådet har upplysts att avsikten är att det arvode som utbetalats till läkaren skall utgöra ersättning såväl för läkarens arbete som hans kostnader. I arvodet skall dock inte ingå ersättning för resekostnader i samband med sjukbesök, vilka kostnader skall ersättas för sig.

Den avsedda innebörden bör komma till tydligare uttryck i lagtexten som lämpligen kan ges följande lydelse:

"Läkarvårdsersättning för viss åtgärd skall lämnas med ett belopp som utgör skälig ersättning för läkarens arbete och kostnader. Ersättningen med undantag för del därav som avser läkarens kostnader för resor i samband med sjukbesök betalas som normalarvode, enkelt arvode eller särskilt arvode. Genom patientavgiften betalar patienten hela eller del av arvodet, om inte något annat följer av 22 eller 24 §."

17 §

Enligt specialmotiveringen innehåller paragrafen vissa bestämmelser som begränsar landstingets skyldighet att utge läkarvårdsersättning. I lagtexten återfinns också vissa regler därom i första stycket under b) samt i andra stycket. I första stycket anges emellertid därutöver att en läkare kan få läkarvårdsersättnig med "fullt belopp" för de åtgärder som nämns under a) och c). Sistnämnda uppgifter framstår som onödiga i förhållande till vad som redan angetts under 15 §. I den mån avsikten bakom den sålunda föreslagna avfattningen av 17 § är att tydliggöra sambandet

mellan nämnda paragrafer synes det vara mer ändamålsenligt att i 15 § på plats som enligt vad Lagrådet föreslagit under den paragrafen är ledig, nämligen som ett andra stycke - ange att bestämmelser om vissa undantag från första stycket finns i 17 §.

Av det föreslagna första stycket b) framgår, att avsikten är att åtgärder som ersätts med normalt eller enkelt arvode skall lämnas med "fullt belopp" i den mån den sammanlagda ersättningen härför under ett kalenderår inte överstiger "vad som motsvarar en full årsarbetstid inom specialiteten". Av andra stycket följer vidare att i fall då denna ersättningsgräns har uppnåtts så kan läkarvårdsersättning för samma typ av åtgärder utgå med reducerat belopp "upp till sammanlagt högst samma ersättningsgräns ökad med 50 procent (ersättningstak)". Sistnämnda formulering kan tolkas som att utrymmet för reducerade arvoden skulle vara 150 procent av den i första stycket under b) angivna ersättningsgränsen. Det har emellertid under föredragningen inför Lagrådet upplysts, att ifrågavarande utrymme avses vara endast 50 procent av nämnda ersättningsgräns.

Mot bakgrund av det anförda föreslår Lagrådet att förevarande paragraf ges följande avfattning.

"Om det till en läkare och vikarie i dennes verksamhet under ett kalenderår har lämnats läkarvårdsersättning, för åtgärder som ersätts med normalt eller enkelt arvode med ett belopp som motsvarar ersättningen för en full årsarbetstid inom specialiteten, lämnas därefter ersättning för sådana åtgärder med reducerade belopp. Reducerad ersättning lämnas högst till ett belopp som motsvarar en halv årsarbetstid (ersättningstak).

Bestämmelserna i första stycket hindrar inte läkaren att ger vård mot patientavgift som anges i 23 § första stycket första meningen.

Ersättning för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller angående abort eller steriliserings ingår inte i underlaget för de i första stycket angivna gränserna för ersättning."

19 §

Om en läkare inte har utfört den eller de åtgärder som han begär eller har fått ersättning för får landstinget enligt bestämmelserna i paragrafens andra stycke hålla inne ett motsvarande belopp respektive återkräva det belopp som felaktigt har utbetalats. Vidare föreskrivs i samma stycke att landstinget i sådant fall i stället får avräkna beloppet från annan fordran från läkaren på läkarvårdsersättning.

Enligt Lagrådets mening saknas skäl att låta regleringen omfatta det fallet att läkaren begärt men ännu inte fått någon ersättning. I ett sådant fall följer redan av 15 § att någon ersättning inte skall lämnas.

Det synes vara avsett att möjligheten till återkrav eller avräkning skall kunna användas inte bara då läkaren inte utfört någon åtgärd utan också när han visserligen utfört någon åtgärd men begärt ersättning för detta med för högt belopp. Bestämmelserna i andra stycket bör avfattas så att detta klart framgår.

Enligt tredje stycket får landstinget i ett särskilt angivet fall sätta ned den läkarvårdsersättning som en läkare begär till skäligt belopp. Det fall

som avses är att en läkare trots påminnelser vid upprepade tillfällen eller annars i väsentlig utsträckning begär läkarvårdsersättning med för höga belopp eller på annat felaktigt sätt. Beträffande denna bestämmelse sägs i specialmotiveringen bl.a. att landstinget, om läkarens kostnadsräkning inte framstår som tillförlitlig, knappast har någon annan möjlighet än att göra en skälighetsbedömning av begärt belopp. Skulle det senare utredas att läkaren är berättigad till högre ersättning än som antagits, skall - heter det vidare i motiven - självfallet det överskjutande beloppet utbetalas.

Det framgår av motiven att bestämmelserna i tredje stycket inte är avsedda att innefatta någon slutgiltig reglering av läkarens rätt till ersättning. För att detta skall kunna utläsas av lagtexten bör till tredje stycket fogas en föreskrift som innebär att möjligheten till nedsättning inte skall användas om det visar sig att läkarens krav på ersättning är berättigat. Även i övrigt bör lagtexten bearbetas redaktionellt i förtydligande syfte.

Mot bakgrund av det anförda kan förevarande paragraf ges förslagsvis följande lydelse:

"Landstinget är inte skyldigt att betala läkarvårdsersättning tidigare än sex månader efter anmälan enligt 11 §.

Om en läkare har fått läkarvårdsersättning med för högt belopp får landstinget återkräva det belopp som felaktigt har utbetalats. Landstinget får i sådant fall i stället avräkna beloppet från en annan fordran från läkaren på läkarvårdsersättning.

Om en läkare trots påminnelser vid upprepade tillfällen eller annars i väsentlig utsträckning begär läkarvårdsersättning med för högt belopp eller på annat felaktigt sätt, får landstinget sätta ned den samlade läkarvårdsersättning som begärts för viss tid till skäligt belopp. Det sagda gäller inte om det framgår av tillgänglig utredning att läkaren är berättigad till den ersättning han begär."

20 §

I denna paragraf har tagits in bestämmelser om högre arvode till läkare som etablerat sig inom angivna stödområden eller särskilt angivna kommuner.

Av specialmotiveringen framgår att arvodeshöjning bara skall utgå vid nyetablering. Om en läkare tar över en befintlig läkarpraktik betalas inte något förhöjt arvode. Denna begränsning i tillämpnigen av paragrafens ersättningsbestämmelser bör komma till uttryck i lagtexten, som också bör ges en från redaktionell synpunkt något annorlunda utformning. Lagrådet förordar att paragrafen får följande lydelse:

"Till en läkare som etablerat sig på en ort inom stödområdena 1 eller 2 enligt förordningen (1990:642) om regionalpolitiskt företagsstöd eller inom kommunerna Nordanstig i Gävleborgs län, Krokom i Jämtlands län eller Nordmaling, Robertsfors eller Vännäs i Västerbottens län skall lämnas arvoden enligt 15 § med tjugo procents förhöjning. Vad nu sagts gäller dock inte om läkaren tagit över en motsvarande läkarpraktik.

Arvodeshöjning enligt första stycket betalas av landstinget. Efter två år från etableringen skall höjningen minskas med fem procentenheter årligen ned till fem procent."

27 §

I paragrafen anges att regeringen meddelar föreskrifter för tillämpningen av lagen. I specialmotiveringen till paragrafen framhålls att lagen främst reglerar kommunala åligganden. Vidare sägs bl.a. att regeringen med stöd av 8 kap. 13 § regeringsformen (RF) har möjlighet att meddela verkställighetsföreskrifter på området. Paragrafen syftar till att påpeka att lagen avses bli kompletterad med dylika föreskrifter.

I specialmotiveringen til 15 § framhålls bl.a. att de grundläggande bestämmelserna om läkarvårdsersättningens beståndsdelar och beräkningen av dessa finns i 15-21 §§. Avsikten är, sägs det, att regeringen, inom ramen för dessa bestämmelser, skall meddela verkställighetsföreskrifter med närmare bestämmelser i detta hänseende. Hänvisning görs här till 27 §.

De bestämmelser om ersättning som i första hand synes aktuella för komplettering genom verkställighetsföreskrifter är de som återfinns i 15 och 16 §§. Av 15 § framgår - om avfattningen jämkas på sätt Lagrådet förordat – bl.a. att det är avsett att läkarvårdsersättning för viss åtgärd skall lämnas med ett belopp som utgör skälig ersättning för läkarens arbete och kostnader. I 16 § anges grunderna för beräkning av de olika arvodesnivåernas storlek. Vid föredragningen inför Lagrådet har upplysts att det är avsett att regeringen med utgångspunkt i dessa paragrafer skall utfärda verkställighetsföreskrifter som detaljerat skall ange bl.a. vilka ersättningsbelopp som skall betalas för förekommande vårdåtgärder.

Det är här väsentligen fråga om en reglering av kommunala åligganden. Föreskrifter i ett sådant ämne skall enligt 8 kap. 5 § RF meddelas i lag. Enligt 8 kap. 13 § RF får regeringen emellertid genom förordning meddela föreskrifter om verkställighet av lag. Frågan är i detta lagstiftningsärende om de tilltänkta föreskrifterna kan anses endast "fylla ut" den föreslagna lagen. För att en föreskrift enligt 8 kap. 13 § skall få meddelas krävs nämligen enligt förarbetena till RF att den lagbestämmelse som skall kompletteras är så detaljerad att regleringen inte tillförs något väsenligt nytt genom regeringens föreskrift. I verkställighetsföreskriftens form får således inte beslutas något som kan upplevas som ett nytt åliggande för enskilda eller som något som kan betraktas som ett tidigare ej föreliggande ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden (jfr prop. 1973:90 s. 211).

Frågan om regeringen har möjlighet att genom verkställighetsföreskrifter komplettera materiella lagbestämmelser om skyldighet att utge vissa kostnadsersättningar har tidigare aktualiserats i ett flertal lagstiftningsärenden. Det har då i regel varit fråga om bestämmelser på privaträttens område (8 kap. 2 § RF). Riksdagen har i dessa ärenden antagit lagar som inneburit att regeringen skulle utfärda närmare föreskrifter om storleken av vissa kostnadsersättningar trots att de lagråd som hörts i ärendena framfört invändningar angående regleringens

förenlighet med RF (se t.ex. prop. 1976/77:123 s. 357 ff och s. 372, prop. 1977/78:142 s. 159 ff och s. 166 och prop. 1980/81:10 s. 329 ff). Mot den nu angivna bakgrunden och då det från praktiska synpunkter knappast kan göras några sakliga invändningar mot den nu föreslagna lagtekniska lösningen vill Lagrådet inte motsätta sig förslaget.

Utformningen av 27 § bör emellertid jämkas så att det klart framgår att paragrafen endast utgör en upplysning om att regeringen meddelar verkställighetsföreskrifter. Även rubriken närmast före paragrafen bör ändras av samma skäl.

Lagrådet förordar att rubriken närmast före 27 § ändras till "Verkställighetsföreskrifter" och att paragrafen ges följande lydelse:

"Regeringen meddela verkställighetsföreskrifter till denna lag."

Förslag till lag om sjukgymnastikersättning

Lagrådet hänvisar till vad som anförts beträffande motsvarande paragraf i förslaget till lag om läkarvårdsersättning.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 28 oktober 1993

Närvarande: statsministern Bildt, ordförande, och statsråden B. Westerberg, Friggebo, Laurén, Olsson, Svensson, af Ugglas, Dinkelspiel, Thurdin, Hellsvik, Wibble, Björck, Davidsson, Könberg, Odell, Lundgren, Unckel, P.Westerberg,

Föredragande: statsrådet Könberg

Regeringen beslutar proposition 1993/94:75 Arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, m.m.

Författningsrubrik	Bestämmelser som inför, ändrar, upphäver eller upprepar ett normgivningsbemyndigande	Celexnummer för bakomliggande EG-regler
Lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring	2 kap. 1 §	

gotab 45174, Stockholm 1993