

Nr 104

Kungl. Maj:ts proposition med förslag om nya ersättningsregler inom sjukförsäkringen för läkarvård hos privatpraktiserande läkare, m. m.; given den 29 mars 1974.

Kungl. Maj:t vill härmed, under åberopande av bilagda utdrag av statsrådsprotokollet över socialärenden, föreslå riksdagen att bifalla de förslag om vars avlåtande till riksdagen föredragande departementschefen hemställt.

CARL GUSTAF

SVEN ASPLING

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås nya ersättningsregler inom sjukförsäkringen för den läkarvård som lämnas av privatpraktiserande läkare. Reformen innebär att *samhällets inflytande* över privatläkarvården ökas bl. a. genom taxekontroll och att försäkringsskyddet för patienterna förstärks.

Patientavgiften blir högst 20 kr. hos de flesta privatpraktiserande läkarna. Vissa läkare får möjlighet till individuell taxebindning. Hos dessa blir patientavgiften 25 kr. eller 30 kr. beroende bl. a. på tidigare arvodesnivå. För läkarhusen blir patientavgiften generellt 30 kr. Patienten betalar sin avgift till läkaren. Resten av arvodet betalas ut direkt till läkaren av försäkringsskassan i form av läkarvårdsersättning från försäkringen. I likhet med vad som gäller för den offentliga läkarvården föreslås patientavgiften omfatta också laboratorie- och röntgenundersökningar. Om läkaren remitterar patienten till den öppna vård som bedrivs i samhällets regi blir det första besöket där avgiftsfritt.

De till sjukförsäkringen anslutna läkarna blir skyldiga att i sin arvodesättning hålla sig inom de belopp som anges i en av regeringen fastställd läkarvårdstaxa. Därigenom införs således taxebindning av privatläkarvården.

I propositionen förutsätts en allmän anslutning av de privatpraktiserande läkarna till det nya försäkringssystemet. Detta gäller i första hand läkare med minst 2 000 patientbesök om året vilka svarar för 75 % av privatläkarvården. Även privatpraktiserande läkare med ett mindre antal patientbesök om året skall kunna ansluta sig till försäkringen. Läkarnas anslutning skall ske genom anmälan till försäkringsskassan. För läkare som

vid de nya reglernas ikraftträdande är anställda i den offentliga sjukvården och vid sidan därav bedriver privatpraktik föreslås tills vidare särskilda anslutningsregler. De får sålunda tillfälle att ansluta sig till försäkringen om de inte bereds möjlighet att i motsvarande utsträckning på s. k. särskild arbetstid tjänstgöra hos den sjukvårdshuvudman de är anställda av.

Sjukförsäkringens regler för ersättning för sjukresor föreslås bli enhetliga vid läkarvårdsbesök i den offentliga sjukvården och hos privatpraktiserande läkare samtidigt som reglerna förenklas.

Sjukförsäkringens kostnader för läkarvård ersättning beräknas genom de nya reglerna öka med ca 35 milj. kr. om året. De försäkrades patientavgifter beräknas samtidigt minska med ca 23 milj. kr. Verkningarna av det nya ersättningsystemet skall följas genom en läkarvårdsdelegation i riksförsäkringsverket.

De nya bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 januari 1975.

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

Härigenom förordnas i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring¹

dels att i 1 kap. 2 och 6 §§, 2 kap. 3–7 och 9 §§, 3 kap. 16 §, 4 kap. 5 §, 5 kap. 2 §, 9 kap. 5 och 6 §§, 10 kap. 2 och 3 §§, 11 kap. 2–4 §§, 15 kap. 3 §, 16 kap. 1 och 2 §§, 17 kap. 2 och 5 §§, 18 kap. 1, 3–5, 7, 8, 13, 15, 20 och 25 §§, 19 kap. 1, 4, 5 och 9–11 §§, 20 kap. 8, 15 och 16 §§, 21 kap. 2 § samt 22 kap. 1 och 2 §§ ordet "Konungen" och böjningsform av detta ord skall bytas ut mot "regeringen" i motsvarande form,

dels att 2 kap. 2 § skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

2 §

Ersättning för utgifter för läkarevård vid sjukdom, som enligt läkares utsago kräver sådan vård, ävensom vid förlossning utgår enligt grunder som Konungen fastställer. I utgifter för läkarvård skolas inräknas kostnader för läkares resa och för läkarintyg, som erfordras för utfående av sjukpenning.

Är uppenbart att försäkrad vid samma sjukdom utan fog sökt mer än en läkare eller att läkare anlitas vid flera tillfällen än som varit behövt, utgår ersättning allenast för den vård, som lämnats av den först rådfrågade läkaren, eller för de besök, som skäligen varit behövliga.

Ersättning för utgifter för läkarevård utgår vid sjukdom, som enligt läkares utsago kräver sådan vård, ävensom vid förlossning om vården ombesörjes av staten, landstingskommun eller kommun, som ej tillhör landstingskommun, eller lämnas av läkare, som är uppförd på en av allmän försäkringskassa upprättad förteckning. Ersättning utgår enligt grunder som regeringen fastställer. I fråga om vård, som lämnas av läkare som uppförts på den nämnda förteckningen fastställas grunderna för högst två år i sänder efter förslag av riksförsäkringsverket.

Vid fastställande av grunder för ersättning enligt första stycket kan regeringen bestämma det högsta arvode som får uttagas för vård som lämnas av läkare som är uppförd på där nämnd förteckning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1975.

¹ Lagen omtryckt 1973:908.

2 Förslag till Lag om ändring i sjukreseförordningen (1962:385)

Härigenom förordnas i fråga om sjukreseförordningen (1962:385)¹
dels att i 3, 4 och 6 §§ ordet "Konungen" och böjningsform av detta
ord skall bytas ut mot "regeringen" i motsvarande form,
dels att 2 § skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

Har försäkrad åtnjutit l ä k a r -
v å r d, som avses i 2 kap. 2 § lagen
om allmän försäkring, skall ersätt-
ning utgå för utgifter i anledning
av resor till och från läkaren, vilka
föranletts huvudsakligen av beho-
vet av läkarvård, i den mån utgif-
terna för varje besök hos läkaren
överstiga sex kronor. Såsom utgift
i anledning av resa till eller från
läkare skall, i den mån *Konungen*
så förordnar, anses förutom rese-
kostnad utgift för övernattnings-
och för anlitande av följeslagare
under resan.

Har den försäkrade sökt läkar-
vård annorstädes än vid närmaste
allmänna sjukhus där sådan vård
meddelas eller vid vårdcentral eller
motsvarande för öppen vård av-
sedd sjukvårdsinrättning, inom
vars upptagningsområde den för-
säkrade vistas, må ersättning ej
utgivas med högre belopp än som
skulle hava utgått vid besök hos
den provinsialläkare eller stads-
distriktsläkare, inom vars distrikt
den försäkrade vistas. Utan hinder
härav må ersättning utgivas för
reskostnad intill kostnaden för
resor till och från närmaste all-
männa sjukhus, där erforderlig lä-

Har försäkrad åtnjutit l ä k a r -
v å r d, som avses i 2 kap. 2 § lagen
om allmän försäkring, skall ersätt-
ning utgå för utgifter i anledning
av resor till och från läkaren, vilka
föranletts huvudsakligen av beho-
vet av läkarvård, i den mån utgif-
terna för varje besök hos läkaren
överstiga sex kronor. Såsom utgift
i anledning av resa till eller från
läkare skall, i den mån *regeringen*
så förordnar, anses förutom rese-
kostnad utgift för övernattnings-
och för anlitande av följeslagare
under resan.

Har den försäkrade sökt läkar-
vård annorstädes än vid *allmän
läkarmottagning som är inrättad
för den ort där den försäkrade
vistas* eller vid närmaste allmänna
sjukhus där sådan vård meddelas,
utgives ersättning för reskostnad
intill kostnaden för resor till och
från sådan mottagning eller sådant
sjukhus. Har den försäkrade sökt
vård efter hänvisning av läkare el-
ler annan person, som av sjuk-
vårdshuvudman bemyndigats att
meddela sådan hänvisning, utgives
utan hinder av vad nyss sugts er-
sättning för reskostnad intill
kostnaden för resor till och från

¹ Förordningen omtryckt 1971:275. Senaste lydelse av 3 § 1973:458.

Nuvarande lydelse

karvård kan beredas den försäkrade,

a) om den försäkrade efter hänvisning av läkare eller annan person, som av sjukvårdshuvudmannen bemyndigats att meddela sådan hänvisning, sökt läkarvård vid sjukhus eller för enbart öppen vård avsedd sjukvårdsinrättning, vilken tillhör staten eller till vars drift statsbidrag utgår eller som drives av landstingskommun eller kommun, som ej tillhör landstingskommun;

b) om den försäkrade utan att hänvisning skett sökt läkarvård vid sjukhus för skada, som drabbat honom genom olycksfall, och det skäligen kunnat antagas att han till följd av skadan var i trängande behov av sådan vård;

c) om den försäkrade på grund av sjukdom varit i trängande behov av läkarvård men icke kunnat anträffa den provinsialläkare eller stadsdistriktsläkare, inom vars distrikt han vistas, och därför sökt vård hos annan läkare.

Ersättning i anledning av återresa må utgivas högst för resa till den plats, varifrån resan till läkaren företogs. Om resan till läkaren anträffs från den försäkrades arbetsplats och den försäkrade företager dagliga resor mellan bostaden och arbetsplatsen, må dock ersättning i anledning av återresa utgivas för resa till den försäkrades bostad. När den försäkrade företagit återresa till sin bostad må, till den del kostnaden för denna resa icke blir gottgjord enligt vad nyss sagts, ersättning vidare utgå för den merkostnad för återresan, som den försäkrade kan ha åsamkats till följd av att hans tillstånd krävt användning av dyrare färdsmätt än eljest kunde ha brukats.

Angående beräkningen i övrigt av ersättning enligt denna paragraf förordnar *Konungen*. *Konungen* äger därvid beträffande resor inom viss försäkringskassas verksamhetsområde föreskriva, att vad i andra stycket stadgas icke skall äga till-

Föreslagen lydelse

närmaste allmänna sjukhus, där erforderlig läkarvård kan beredas honom.

Angående beräkningen i övrigt av ersättning enligt denna paragraf förordnar *regeringen*. Därvid må beträffande resor inom viss försäkringskassas verksamhetsområde föreskrivas, att vad i andra stycket stadgas icke skall äga tillämpning.

Nuvarande lydelse

lämpning. *Konungen äger vidare meddela* särskilda bestämmelser om ersättning för utgifter i anledning av resor till och från viss sjukvårdsinrättning.

Föreslagen lydelse

Vidare *må meddelas* särskilda bestämmelser om ersättning för utgifter i anledning av resor till och från viss sjukvårdsinrättning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1975.

Utdrag av protokollet över socialärenden, hållet inför Hans Maj:t Konungen i statsrådet den 29 mars 1974.

Närvarande: statsministern PALME, statsråden STRÄNG, JOHANSSON, ASPLING, LUNDKVIST, GEIJER, BENGTSSON, NORLING, LÖFBERG, LIDBOM, CARLSSON, GUSTAFSSON, ZACHRISSON, LEIJON, HJELM-WALLÉN.

Chefen för socialdepartementet, statsrådet Aspling, anmäler efter gemensam beredning med statsrådets övriga ledamöter fråga om *nya ersättningsregler inom sjukförsäkringen för läkarvård hos privatpraktiserande läkare, m. m.* och anför.

1 Inledning

Den 1 januari 1970 genomfördes ett radikalt förenklat ersättnings-system inom den allmänna sjukförsäkringen för den öppna läkarvård som lämnas i samhällets regi. Tidigare gällde för denna vård en återbäringstaxa enligt vilken den försäkrade från sjukförsäkringen erhöll ersättning med tre fjärdedelar av sina utgifter, dock med högst tre fjärdedelar av i taxan angivna belopp. Det nya systemet innebar att sjukvårdshuvudmannen erhåller viss ersättning, f. n. 48 kr. per besök, direkt från sjukförsäkringen medan den försäkrade betalar en enhetlig patientavgift, f. n. 12 kr., till sjukvårdshuvudmannen.

Sedan den 1 januari 1974 ingår i sjukförsäkringen en allmän tandvårdsförsäkring. I en tandvårdstaxa regleras hela det arvode som kan utgå för behandlingen. Tandläkaren erhåller en viss del av arvodet i ersättning direkt från sjukförsäkringen. Återstoden betalas av den försäkrade genom patientavgift. Reglerna är gemensamma för den offentliga tandvården och den vård som meddelas av privatpraktiserande tandläkare.

Inom den öppna läkarvård som lämnas av privatpraktiserande läkare gäller alltså en återbäringstaxa. Genom beslut den 9 maj 1969 uppdrog Kungl. Maj:t åt riksförsäkringsverket att utreda frågan om ersättning från den allmänna försäkringen för öppen läkarvård som meddelats av läkare i enskild praktik. Utredningens uppgift var att söka skapa ett ersättnings-system som inbegrep hela det arvode som skulle utgå till läkaren för vården. Verket lade den 6 november 1969 fram utredning och förslag i betänkandet (Ds S 1969:6) Ersättning vid privatläkarvård.

I remissyttranden över betänkandet framfördes önskemål om en fortsatt utredning av de i betänkandet redovisade frågorna. Den 24 april 1970 uppdrog Kungl. Maj:t åt riksförsäkringsverket och socialstyrelsen att gemensamt fortsätta utredningen av dessa frågor. Vid fullgörande av uppdraget skulle verken samråda med Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och Sveriges läkarförbund. Verken har därefter den 12 december 1973 överlämnat betänkandet (Ds S 1973:5) Sjukförsäk-

ringens ersättningsregler vid privatläkarvård.

Efter remiss har yttranden över det sistnämnda betänkandet avgetts av statskontoret, riksskatteverket, postverket, statens järnvägar, statens personalnämnd, statens handikappråd, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Göteborgs kommunstyrelse, Malmö kommunstyrelse, kommunstyrelsen i Gotlands kommun, förvaltningsutskotten i samtliga landsting utom ett, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Svenska arbetsgivareföreningen (SAF), Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Sveriges akademikers centralorganisation (SACO), Statstjänstemännens riksförbund (SR), Sveriges läkarförbund, Försäkringskassförbundet, Lantbrukarnas riksförbund (LRF), Sveriges hantverks- och industriorganisation (SHIO), Svenska psykoanalytiska föreningen och Sveriges förenade studentkårer. Försäkringskassförbundet har bifogat yttranden från samtliga allmänna försäkringskassor. Även andra remissinstanser har bifogat yttranden som de inhämtat.

2 Gällande ordning

2.1 Sjukförsäkringens regler

2.1.1 Allmänt

Sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) består av sjukvårdersättning, sjukpenning och föräldrapenning. Sjukvårdersättning utgår enligt 2 kap. AFL i form av ersättning för läkarvård, tandvård, sjukhusvård och för vissa särskilda sjukvårdande åtgärder jämte resor i samband med vården. Sjukvårdersättning utgår även för läkemedelskostnader.

Försäkrade enligt AFL är svenska medborgare och dessutom alla som utan att vara svenska medborgare är bosatta i Sverige. Utlandssvenskar har dock enligt 2 kap. 8 § AFL rätt till sjukvårdersättning endast om vårdbehovet har uppkommit här i riket. Genom konventioner som Sverige ingått är kretsen förmånsberättigade i vissa fall utvidgad till andra utländska medborgare är sådana som är bosatta här.

Ersättning för försäkrads utgifter för läkarvård utgår enligt 2 kap. 2 § första stycket AFL vid sjukdom som enligt läkares bedömning kräver sådan vård liksom vid förlossning. Ersättning utgår enligt grunder som, Kungl. Maj:t fastställt i läkarvårdstaxan (1969:657).

2.1.2 Läkarvård genom sjukvårdshuvudmans försorg

Har läkarvård åt försäkrad ombesörjts av staten, landstingskommun eller kommun som inte tillhör landstingskommun, utgår enligt 1 § läkarvårdstaxan ersättning från den allmänna försäkringen till den som ombesörjt vården med 48 kr. för varje läkarbesök. Ersättningen utgår under förutsättning att högst 12 kr. tas ut i vårdavgift av den försäkrade. Gör läkaren hembesök hos den sjuke får avgiften vara högst 20 kr. För

telefonrådgivning utgår ersättning från försäkringen med 5 kr. och den försäkrade betalar högst 5 kr. i patientavgift.

I ersättningen från sjukförsäkringen och patientavgiften ingår bl. a. recept och läkarintyg för sjukpenning, liksom röntgen- och laboratorieundersökningar samt röntgen- och radiumbehandlingar och andra behandlingar med joniserande strålning som den försäkrade får efter remiss av den rådfrågade läkaren. Detsamma gäller det första läkarbesök som den försäkrade gör efter remiss till annan läkare hos sjukvårdshuvudman, t. ex. en specialist.

2.1.3 Övrig läkarvård

Läkarvårdstaxans bestämmelser i fråga om privatläkarvård (2–9 §§) innebär att den försäkrade erlägger hela arvodet till läkaren och därefter får viss ersättning som återbäring från försäkringskassan. Enligt 2 § utgår ersättning med tre fjärdedelar av utgifterna. Har utgifterna överstigit belopp som anges i 3–9 §§, skall dock ersättning utgå med tre fjärdedelar av där angivna belopp.

De arvodesbelopp som ligger till grund för återbäringen från försäkringen beräknas efter en grupptaxa (3 §). Detta innebär att samtliga åtgärder vid ett konsultationstillfälle, inkl. läkemedelsutskrivning, räknas som en enhet i ersättningshänseende. Taxan upp tar tre grupper. För grupp 1 som omfattar enkel rådfrågning eller enkel undersökning och behandling utgör arvodet 10 kr. För grupp 2 som avser konsultation som påkallar mer omfattande eller tidsödande undersökning eller behandling utgör arvodet 20 kr., i Stockholmsområdet (Stockholm, Lidingö, Nacka, Solna och Sundbyberg) 25 kr. Grupp 3 slutligen avser konsultation som påkallar en eller flera särskilt krävande eller tidsödande undersökningar eller behandlingar hänförliga till åtgärder som uppräknas i en särskild förteckning. Alltefter åtgärdens art utgör arvodet antingen 40 kr. (i Stockholmsområdet 45 kr.) eller 60 kr. För rådfrågning per telefon beräknas ett arvode av 5 kr.

För röntgenundersökning och röntgen- eller radiumbehandling som utförs av särskilt utbildad läkare utgår ersättning beräknad efter arvodesbelopp som differentieras alltefter åtgärden med ett grundarvode av 12 kr. och tilläggsarvoden av upp till 15 kr. (4 §).

För utgifter för läkarvård vid hembesök utgår, utöver ersättning enligt grupptaxa, även ersättning beräknad på ett inställelsearvode av 15 kr. och för läkarens resekostnader (5 §). För läkarvård på obekvämtid beräknas arvodet med 50 % förhöjning, dock högst med 20 kr. Vid hembesök på obekvämtid beräknas ett tilläggsarvode av 12 kr. och vid telefonrådgivning på obekvämtid ett tilläggsarvode av 5 kr. (6 §).

Ersättning för laboratorieundersökningar regleras i 7 § taxan. Kliniska laboratorieundersökningar indelas i grupper enligt förteckning. De enklaste ger inte särskild rätt till ersättning. För övriga utgår alltefter gruppen ersättning efter en kostnad av 5 till 20 kr.

Ersättning för utgift för läkarintyg som behövs för att få ut sjukpen-

ning utgår efter ett arvode av 5 kr. (8 §). Ersättning för materielkostnader utgår enligt närmare regler för förbandsmateriel, bedövningsmedel, röntgenfilm och kontrastmedel (9 §).

Slutligen bör nämnas att vid remiss från en privatpraktiserande läkare till en läkare inom den offentliga öppna vården patienten skall erlägga avgift (12 kr.) och ersättning utgår från försäkringen till sjukvårdshuvudmannen som vid vanligt besök.

2.2 Den öppna sjukvården

2.2.1 Organisation

Varje landstingskommun och kommun som inte tillhör landstingskommun utgör enligt 1 § sjukvårdslagen (1962:242) (SjvL) ett sjukvårdsområde. Beteckningen landstingskommun används i det följande även i fråga om de kommuner som inte tillhör landstingskommun (dvs. Göteborgs, Malmö och Gotlands kommuner), om inte annat framgår av sammanhanget.

Med sjukhus förstås en av landstingskommun driven anstalt för ombesörjande av sådan vård för sjukdom, skada, kroppsfel eller barns börd, som fordrar intagning på anstalt (sluten vård). Vård som ges åt annan än den som är intagen på sjukhus benämns öppen vård (2 §).

Det åligger landstingskommun att för dem som är bosatta inom sjukvårdsområdet ombesörja såväl öppen som sluten vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barns börd i den mån annan inte drar försorg därom. Samma skyldighet att ombesörja vård har landstingskommun gentemot dem, som vistas inom sjukvårdsområdet utan att vara bosatta där, om behov av omedelbar vård föreligger (3 §).

För öppen läkarvård utanför sjukhus skall landstingskommunen vara indelad i läkardistrikt (4 §).

I varje läkardistrikt i landstingskommun skall finnas erforderligt antal distriktsläkare. Vidare kan anställas biträdande distriktsläkare och extra distriktsläkare (15 §).

Den som är anställd i sjukvårdande verksamhet som avses i SjvL får inte för egen räkning ta emot ersättning av patient som undersöks eller behandlas inom verksamheten (29 §).

Landstingskommunerna svarar för den övervägande delen av den öppna sjukvården. Andra huvudmän är staten, kommuner och enskilda. Staten är huvudman för öppen vård vid huvudsakligen de statliga undervisningssjukhusen, dvs. karolinska sjukhuset i Stockholm och akademiska sjukhuset i Uppsala. Primärkommunernas öppna sjukvård regleras av kommunala beslut. Kommunerna utnyttjar läkarresurser för bl. a. skolhälsovården och inom socialvården i varierande utsträckning. Vanligt är att distriktsläkare åtar sig sådana uppdrag som bisyssla men heltidsanställda socialläkare och skolläkare förekommer också.

Tjänst för läkare i hälso- och sjukvårdande verksamhet hos landstingskommun eller kommun får sedan den 1 januari 1973 inte inrättas utan

socialstyrelsens medgivande med undantag för vissa deltidstjänster. Inrättandet av tjänst för läkare skall prövas enligt ett för riket upprättat läkarfördelningsprogram som fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Privatpraktiserande läkare har egna eller hyrda mottagningslokaler och personal som de själva avlönar. Vissa läkare förenar den privata mottagningen med bisysslor, t. ex. inom skolhälsovården eller landstingens förebyggande vård för mödrar och barn. Privata läkarmottagningar får inte förekomma vid landstingens sjukhus, men vissa av de anställda sjukhusläkarna har etablerat privat mottagning utanför sjukhusen.

I några tätorter förekommer gruppläkarmottagningar. Vanligen ägs och förvaltas dessa av Läkarhus AB, vilket har anknytning till läkarförbundet. Läkarna är då anställda av bolaget. I Stockholm, Gävle och Karlstad förekommer samarbete i gemensamma lokaler mellan landstinget och Läkartjänst AB. Ett antal privatpraktiserande läkare med ensammottagning är också anställda av bolaget.

Arbetsgivare med många anställda har ofta företagshälsovård med egna anställda läkare (sådan arbetsgivare kan givetvis också vara stat eller kommun). Mindre företag utnyttjar oftast läkare som har annan huvudsaklig sysselsättning.

2.2.2 Omfattning

Det sammanlagda antalet läkarbesök i öppen vård år 1971 beräknas i den av riksförsäkringsverket och socialstyrelsen nu redovisade utredningen till ca 23 milj., varav ca 18 milj. besök i den av samhället bedrivna öppna sjukvården. Privatläkarvården beräknas ha svarat för drygt 20 % av besöken eller mellan 4,5 och 5 milj. besök.

Närmare 1 000 privatpraktiker med minst 2 000 patientbesök om året svarade 1971 för 75 % av besöken hos privatpraktiserande läkare eller 3,6 milj. besök. Ca 500 privatläkare med mindre än 2 000 besök om året svarade för 0,6 milj. besök. Återstående 0,6 milj. besök gjordes hos drygt 2 000 sjukhusläkare eller andra offentligt anställda läkare med privatpraktik vid sidan av sin tjänst.

3 Riksförsäkringsverkets första förslag

3.1 Bakgrund

Förslag till förenklat ersättningssystem för den offentliga öppna läkarvården fr. o. m. 1970, det s. k. sjukronorssystemet, lämnades i en inom socialdepartementet i februari 1969 upprättad promemoria. Vid remissbehandlingen anförde åtskilliga remissinstanser att de privatpraktiserande läkarna borde inlemmas i ett ersättningssystem liknande det som föreslogs för sjukvårdshuvudmännens öppna vård. Efter överläggningar mellan socialdepartementet och Sveriges läkarförbund uppdrog Kungl. Maj:t den 9 maj 1969 åt riksförsäkringsverket att mot bakgrunden av de

förslag som lagts fram i departementspromemorian utreda frågan om ändrade regler för ersättningen från den allmänna försäkringen vid öppen vård som meddelas av läkare i enskild praktik.

Målet för riks försäkringsverkets utredning angavs vara att de privatpraktiserande läkarna borde inlemmas i ett taxesystem av samma modell som gäller för den offentliga öppna vården, där den försäkrade på förhand vet vad han har att betala för ett läkarbesök.

3.2 Tre alternativa lösningar

Verket redovisade i sin utredning olika tänkbara lösningar. En lösning innebar att Kungl. Maj:t skulle utfärda en bindande arvodestaxa. Konstruktionen överensstämde i princip med gruppptaxan enligt gällande läkarvårdstaxa i vad gäller grupperingen av åtgärder. Därutöver innehöll systemet särskilda taxebelopp för Stockholmsområdet samt en högre tariff avsedd att tillämpas vid läkarhus och mottagningar med sådana resurser att de i fråga om vårdens kvalitet och omfattning kunde jämföras med läkarhusen. Den allmänna försäkringens insats skulle avvägas så att den i vart fall inte blev större i genomsnitt än för den offentliga öppna vården. Patientandelen av läkarens arvode borde fastställas till ett högsta belopp, lika för alla, men på en högre nivå i Stockholmsområdet och för läkarhus och jämförbara mottagningar.

Vid de underhandskontakter som riks försäkringsverket tog med olika intressenter framfördes invändningar mot det skisserade taxesystemet och diskuterades andra möjligheter till lösning av frågan. Verket redovisade därför ytterligare två tänkbara lösningar. En av dem innebar att privatpraktiker skulle bilda en ekonomisk förening, vilken till medlemmarna hade att utbetala arvoden av medel som föreningen skulle uppbära av den allmänna försäkringen. De anslutna läkarna skulle få stort inflytande över fördelningen av dessa medel, medan det avgörande inflytandet över privatpraktikernas genomsnittsintäkter — alltså över ersättningen från den allmänna försäkringen och patientavgifterna — skulle komma att ligga hos Kungl. Maj:t.

Den tredje lösningen som verket redovisade byggde på att sjukvårdshuvudmannen skulle träffa avtal med privatpraktiker inom sitt verksamhetsområde (s. k. läkarvårdsavtal). Sjukvårdshuvudmannen skulle därvid åta sig att dels efter omständigheterna ersätta privatpraktikern för hans mottagningskostnader, dels garantera honom en viss nettoinkomst för den arbetsinsats man avtalade om. I gengäld skulle privatpraktikern åta sig att tillämpa en maximerad patientavgift. Sjukvårdshuvudmannen skulle i sin tur erhålla ett enhetsbelopp från den allmänna försäkringen för varje besök hos privatpraktikern.

En samlad bedömning av de olika alternativen till lösning resulterade i att verket fann övervägande skäl tala för att ersättningen vid privatläkarvård borde ske genom ett system med läkarvårdsavtal.

3.3 Remissyttrandena

I remissbehandlingen av riks försäkringsverkets förslag underströks det både önskvärda och angelägna i att principiellt samma system för avgifter och försäkringsersättning tillämpades i offentlig och i privat öppen vård.

Remissyttrandena från landstings- och kommunförbunden utmynnade emellertid i yrkanden om överarbetning av förslaget i samverkan mellan huvudmännen, läkarförbundet och riks försäkringsverket. Läkarförbundet fann också att ytterligare utredning behövdes. Även socialstyrelsen – som vid granskning av de olika alternativen ansåg systemet med läkarvårdsavtal erbjuda de bästa möjligheterna till en smidig lösning – förordade en fortsatt utredning.

4 Riks försäkringsverkets och socialstyrelsens förslag

4.1 Huvuddragen av förslaget

I enlighet med det av regeringen lämnade uppdraget har riks försäkringsverket och socialstyrelsen vid den nu slutförda utredningen haft samråd med läkarförbundet samt landstings- och kommunförbunden. Vid redovisningen av sitt uppdrag i december 1973 anmälde verken att representanterna för läkarförbundet vid samrådsförfarandet i allt väsentligt tillstyrkt verkens förslag och förklarat sig beredda att verka för dess genomförande och att de kommunala sjukvårdshuvudmännens företrädare i huvudsak inte haft någon erinran mot förslagen. Vid ärendets behandling i verkens styrelser hade dessa förhållanden beaktats.

Verken föreslår att arvodet till de privatpraktiserande läkarna fr. o. m. den 1 januari 1975 skall bestämmas enligt en bindande taxa. Denna föreslås bygga på en gruppering av besöken med hänsyn till undersökningarnas eller åtgärdernas innehåll och omfattning.

Patienten betalar endast sin avgift till läkaren som får resten av sitt arvode direkt från försäkringskassan.

Patientavgiften föreslås bli högst 20 kr. hos de flesta privatpraktiserande läkare. Vissa läkare med genomsnittligt hög arvodesnivå 1973 föreslås få möjlighet till individuell taxebindning. Hos dem föreslås patientavgiften bli 25 kr. eller 30 kr., beroende på resp. läkares arvodesnivå 1973. Vid besök hos läkare i läkarhusen föreslås avgiften generellt bli 30 kr. I likhet med vad som gäller inom den offentliga vården föreslås patientavgiften omfatta också laboratorie- och röntgenundersökningar. Om läkaren remitterar patienten till offentlig öppenvårdsinstitution blir det första besöket där avgiftsfritt.

Verken anser det nödvändigt med en allmän anslutning av sådana privatläkare som gör en mera betydande vårdinsats, varmed avses privatpraktiserande läkare med minst 2 000 patientbesök om året. Enligt gjorda utredningar rör det sig om närmare 1 000 läkare i hela landet. De beräknas svara för 3,6 milj. besök om året. Även andra privatläkare, som beräknas svara för 0,6 milj. läkarbesök, skall kunna ansluta sig till

försäkringen. Läkare som är anställda i den offentliga sjukvården och som vid sidan därav bedriver privatpraktik med f. n. ca 0,6 milj. läkarbesök på ett år skall enligt förslaget kunna vara anslutna under en övergångstid.

Läkarnas anslutning till försäkringen föreslås bli frivillig genom en anmälan till försäkringskassan.

Sjukförsäkringens kostnader kan till följd av de nya reglerna för ersättning till privatpraktiserande läkare beräknas öka med 35 milj. kr. Däri ingår de läkarbesök som f. n. görs hos offentligt anställda läkares privatpraktik och som successivt beräknas komma att övergå till offentlig öppen vård.

Verkningarna av det nya systemet bör följas upp dels genom socialstyrelsen och länsläkarna, dels genom en rådgivande delegation i riksförsäkringsverket.

4.2 Utgångspunkter

Riksförsäkringsverket och socialstyrelsen har i enlighet med sitt utredningsuppdrag närmare granskat olika möjligheter att utarbeta modeller för ett system med läkarvårdsavtal. Verken anför att representanterna för läkarna liksom representanterna för sjukvårdshuvudmännen vid det samråd som förekommit under utredningsarbetets gång uttalat tveksamhet inför lösning av frågan om ersättning vid privatläkarvård genom särskilda avtal. Främst från läkarhåll har framhållits att ett fortsatt utredningsarbete borde inriktas på ett system liknande det som numera införts för tandvården. Verken har med hänsyn till det anförda utformat förslag till ett nytt ersättningssystem för privatläkarvård med utgångspunkt i en taxa.

Enligt verkens bedömning innebär utredningsuppdraget att systemet för ersättning vid privatläkarvård i princip skall utformas på samma sätt som för den offentliga öppna vården. Förslaget skall innehålla en taxebindning för privatläkarna. En patientavgift skall gälla som inte får överskridas. Om möjligt bör avgiften innefatta ersättning för såväl servicefunktioner som röntgen- och laboratorieundersökningar. Verken påpekar att utformningen av ett ersättningssystem vid privatläkarvård påverkar de sjukvårdspolitiska förutsättningarna, eftersom den får konsekvenser för de försäkrade, privatläkarvården och försäkringssystemet.

Av kvittoundersökningar som riksförsäkringsverket utfört rörande utbetalda läkarvårdsersättningar framgår att den årliga insatsen av enskilda privatläkare är mycket varierande. En av fyra läkare hade enligt undersökningen år 1971 halv årsarbetsinsats eller mera. Medeltalet för de övriga läkarna motsvarade knappt fem veckors arbete med normal arbetstid.

Det läkarfördelningsprogram för åren 1973–1977 som fastställts av socialdepartementets sjukvårdsdelegation medger inte något utrymme för en utökning av privatläkarkåren. Verken utgår därför från att det ersättningssystem som föreslås såvitt möjligt bör verka neutralt i fråga om etableringen av privatpraktik.

Mot bl. a. den nu angivna bakgrunden har verken prövat ett ersättningssystem med följande huvudpunkter.

1. I en bindande taxa anges det högsta arvode som läkaren får ta i olika fall. Arvodet betalas dels genom en patientavgift, dels genom en ersättning från sjukförsäkringen.

2. Patientavgiften skall vara ett i läkarvårdstaxan angivet högsta belopp och utgöra en nettobetaling till läkaren för besöket. Tilläggsavgift utgår när läkaren besöker den sjuke.

3. Den försäkrades förmån i form av läkarvårdersättning utbetalas av försäkringskassan direkt till den behandlande läkaren.

4. Ersättningssystemet bör i första hand inriktas på vård hos läkare som bedriver eller har för avsikt att bedriva privatpraktik i en omfattning som motsvarar minst en halv årsarbetsinsats. Även andra privatpraktiserande läkare bör kunna ansluta sig.

5. Läkarvårdersättningen differentieras. Differentieringen får dock inte drivas så långt att det blir onödigt svårt att tillämpa taxan eller att dess efterlevnad blir svår att kontrollera.

6. Vid remiss till specialist i offentlig öppen vård bör ytterligare patientavgift inte tas ut för första besöket hos specialisten. Det förutsätts att försäkringen betalar ersättning till huvudmannen härför.

7. Patienten erlägger ingen särskild avgift för sådana röntgenundersökningar och röntgenbehandlingar till vilka den rådfrågade läkaren hänvisar. Det förutsätts att vederbörande sjukvårdshuvudman svarar för röntgenverksamheten (antingen i egen regi eller genom avtal) och att försäkringen betalar ersättning till huvudmannen för varje remiss från privatpraktiserande läkare till röntgenundersökning eller röntgenbehandling.

8. Inte heller laboratorieundersökning skall medföra särskild avgift för patienten. Det förutsätts att vederbörande sjukvårdshuvudman svarar för laboratorieverksamheten (antingen i egen regi eller genom avtal) och att försäkringen betalar ersättning till huvudmannen för varje remiss från privatpraktiserande läkare till laboratorieundersökning.

9. Sjukvårdshuvudman skall inte åsamkas ökade kostnader genom eventuellt övertagande av röntgenmottagningar och laboratorier som nu drivs i privat regi.

4.3 Läkarnas anslutning

Verken konstaterar att ett nytt ersättningssystem måste omfatta det stora flertalet av privatläkarbesöken. I första hand bör därför en allmän anslutning komma till stånd av privatpraktiserande läkare som gör en mera betydande vårdinsats. Till dessa räknar verken de närmare 1 000 privatpraktiker som har minst 2 000 patientbesök om året (inom specialiteten psykiska sjukdomar minst 1 000 besök). Dessa läkare svarade år 1971 för 75 % av besöken hos privatpraktiserande läkare eller 3,6 milj. besök. Läkare med mindre än 2 000 besök om året svarade för 25 % av besöken eller 1,2 milj. besök. Därav belöpte 0,6 milj. besök på ca 500 privatpraktiker med mindre omfattande verksamhet. Minst hälften av

dessa praktiker beräknas av verken ansluta sig till försäkringen. Återstående 0,6 milj. besök gjordes hos drygt 2 000 sjukhusläkare eller andra offentligt anställda läkare som bedrev privatpraktik vid sidan om sin tjänst.

Efter övervägande av olika alternativ har verken stannat för att föreslå frivillig anslutning genom anmälan till försäkringskassan. Anmälan skall innebära ett åtagande av läkaren att ge läkarvård mot en enhetlig högsta avgift och med rätt för läkaren att för varje patientbesök uppbära läkarvårdsersättning från den allmänna sjukförsäkringen. Verken har vid val av lösning fäst avgörande vikt vid att representanter från läkarförbundet förklarat att de kommer att verka för att läkare med privatpraktik i nyss nämnd omfattning allmänt ansluter sig till systemet. Verken räknar därför också med att en positiv inställning från läkarförbundet skall leda till det här avsedda resultatet. Skulle så inte bli fallet förutsätter verken att andra åtgärder vidtas.

Läkare som på grund av ålder, arbete i hemmet, administrativ deltidstjänst e..d. inte bedriver sin privatpraktik i den angivna omfattningen föreslås också kunna ansluta sig frivilligt.

Flertalet läkare som har mindre än 2 000 besök i privat öppen vård är anställda inom offentlig sjukvård och utövar sin privatpraktik vid sidan om tjänsten. Verken pekar på att ett av de väsentliga syftena med 1970 års reform av ersättningen inom den offentliga öppna vården var att ge sjukvårdshuvudmännen kraftig stimulans till utbyggnad av denna vård. Verken framhåller att ett liknande system för privatpraktikervården skulle motverka detta syfte om man lät systemet omfatta även offentligt anställda läkare som bedriver läkarverksamhet utanför sjukhusen på tid utöver ordinarie arbetstid. Det kan enligt verken inte heller vara ett samhällsintresse att den allmänna försäkringen lämnar bidrag till två former av öppen vård som konkurrerar. Verken åberopar vidare att många uppfattar det som stötande att vårdbehövande sjuka för att få kortare väntetid kan se sig nödsakade att vända sig till en sjukhusläkare privat. Detta kan också enligt verken med eller utan fog väcka misstankar om obehörig förtur.

Verken föreslår på dessa grunder att den frivilliga anslutningen inte annat än under en övergångstid på något år skall sträckas ut att gälla även offentligt anställda läkare som uppehåller tjänst inom sjukvårdande verksamhet. Som villkor för anslutning skall då gälla att läkaren hos sin arbetsgivare erbjudit sig att tjänstgöra utöver ordinarie arbetstid men att arbetsgivaren avböjt detta. Konsultläkare som är förordnad att tjänstgöra högst 15 timmar per vecka liksom läkare med deltidstjänst inom rent hälsovårdande verksamhet -- skolhälsovård, förebyggande mödra- och barnavård -- föreslås kunna vara anslutna till försäkringen för sin verksamhet som privatpraktiker.

4.4 Läkarvårdstaxan

4.4.1 Grunddrag

Verken föreslår att i läkarvårdstaxan anges det högsta arvode som en ansluten läkare får uppbara för viss undersökning eller åtgärd. Av taxan skall vidare framgå den högsta avgift som patienten skall erlägga för besöket. Den del av arvodet som inte täcks av patientavgiften kommer att utgöra den försäkrades förmån i form av läkarvårdsersättning. Denna ersättning bör emellertid betalas ut direkt till läkaren.

Verken lägger fram förslag till ny taxa som utarbetats under medverkan av läkarförbundet. Taxan är liksom den nuvarande en grupptaxa med differentiering av arvoden efter behandlingens art och omfattning. Verken föreslår emellertid en ytterligare gradering som anknyter till läkarens specialistkompetens. Med tandvårdstaxan som förebild föreslår verken vidare en ytterligare differentiering genom dels latitudarvoden för vissa åtgärder, dels individuell taxebindning för vissa läkare.

4.4.2 Gruppering av utredningar och åtgärder

Verken anser att grupperingen i taxan skall vara sådan att den läkarvård som meddelas vid *ett* besök kan återfinnas under *en* rubrik i taxan. Förslaget till ny taxa för privatläkarvården innehåller sex grupper.

Grupp 1 motsvarar nuvarande grupp 1 och omfattar enkel konsultation eller enkel behandling (t. ex. kontroll i samband med injektion, omläggning). Grupp 2 avser konsultation som påkallar undersökning eller behandling som är mer omfattande eller tidsödande än enligt grupp 1 men som inte skall föras till någon av grupperna 3–6. Läkare som inte har specialist- eller allmänläkarkompetens eller genom generell dispens är jämställd med sådan läkare har inte rätt till högre arvode än som kan utgå enligt grupp 2.

Läkare som har specialist- eller allmänläkarkompetens får arvode enligt grupp 3 för konsultation som kräver omfattande anamnesupptagning och åtgärder som inte med hänsyn till sitt innehåll skall föras till grupperna 4–6. Det är dock en förutsättning att minst 12 månader förflutit sedan läkaren undersökt eller behandlat patienten. Verken jämställer i arvodeshänseende läkare som utövat läkaryrket i allmän praktik fr. o. m. 1966 eller tidigare med läkare som har allmänläkarkompetens.

Grupperna 4–6 skall enligt förslaget reserveras för besök som påkallar särskilt krävande undersökningar eller behandlingar. Dessa avses bli förtecknade i en särskild bilaga A till taxan.

För telefonrådgivning föreslås utgå ett särskilt arvode om rådfrågningen till sin karaktär är likvärdig med en enkel konsultation vid besök på läkarens mottagning. Receptförskrivning skall inkluderas i sådant arvode. I övrigt skall enligt förslaget telefonsamtal med läkaren eller hans personal inte medföra rätt till särskilt arvode.

Verken föreslår att riks försäkringsverket skall ges möjlighet att bedriva försöksverksamhet med timersättning till anslutna läkare med specialist-

kompetens för åtgärd som är så omfattande och resurskrävande att den inte finns upptagen i bilaga A till läkarvårdstaxan.

4.4.3 Latitudarvoden

Skillnader i undersökningssituationen kan återverka på tidsåtgången för en viss undersökning och behandling. Verken föreslår därför, och efter önskemål av representanterna för läkarförbundet, att latitudarvoden skall införas för grupperna 2–6. Latitudarvodena bör utformas som ett normalarvode med fast reducering resp. fast påslag för patientbesök som mera väsentligt avviker från normalfallet. Avvikelsen skall främst beräknas efter läkarens tidsåtgång för besöket. Normalarvodet bör användas i övervägande flertalet fall.

4.4.4 Allmän arvodesnivå enligt taxan

Enligt en delundersökning av 1973 års läkarvårdskvitton uppgick genomsnittsarvodet inkl. ersättning för laboratorieundersökningar detta år till 50 kr. per besök. Detta belopp har fått bilda utgångspunkten för arvodesnivån i den nya taxan. Verken har emellertid funnit sig böra utforma sitt förslag så att genomsnittsarvodet i den nya bindande taxan kommer att ligga något högre. Övergången till den nya taxan skulle annars ge läkare med låg arvodesnivå en intäktsökning som inte rimligen helt borde motsvaras av en intäktsänkning för läkare med hög arvodesnivå.

Verken har beräknat den privatläkarvård som föreslås bli täckt av det nya ersättningssystemet till ca 3,9 milj. besök jämte erforderliga laboratorie- och röntgenundersökningar. Därefter har verken gjort en fördelning av dessa besök på de olika arvodesgrupperna och arvodeslatituderna i taxan.

Vid beräkningen av arvodesbeloppen har verken utgått från en matris som utvisar relationerna mellan arvoden för olika grupper och i olika latituder. Arvodet för besök i grupp 1 har därvid satts lika med 1, latituden "enklare" ungefär 20 % lägre än normalarvode och latituden "svårare" 25–30 % högre. Med 20 kr. som lägsta arvode – för grupp 1 – blir arvodena i förslaget till ny taxa följande. Beloppen i kr.

Grupp	Enklare	Normalt	Svårare
1		20	
2	26	32	40
3	35	44	57
4	56	70	90
5	105	130	170
6	160	200	260

Vid sjukbesök – dvs. då läkaren besöker den sjuke – bör enligt förslaget angivna arvoden höjas med 30 kr. För arvodesberättigad

telefonrådgivning föreslås samma arvode som för enkel rådfrågning vid besök, 20 kr.

Verken har beräknat genomsnittsarvodet per besök till 42 kr. Härtill kommer arvoden för telefonrådgivning och för analyser av vissa laboratorieprov som utförs av den behandlande läkaren (se avsnitt 4.7). Värdet av dessa beräknas till något över 5 kr. utslaget per besök. Genomsnittsarvodet för de 3,9 milj. besök i privatläkarvård som utgör underlag för beräkningarna blir därmed ca 47 kr. Motsvarande belopp är f. n. 50 kr., vari dock även ingår ersättningar till sjukvårdshuvudman för laboratorieundersökningar. Med tillägg för den individuella taxebindningen stiger genomsnittsarvodet på 47 kr. till ca 52 kr. exkl. nyss nämnda laboratorieundersökningar. Beträffande samtliga nämnda genomsnittsarvodet gäller att ersättningar för röntgenundersökningar tillkommer.

4.4.5 Individuell taxebindning

Riksförsäkringsverkets kvittoundersökningar visar att det finns stora skillnader i genomsnittsarvodet per besök mellan olika privatpraktiserande läkare. Verken framhåller att detta – utöver olika anspråk på den inkomst verksamheten skall ge – bl. a. kan bero på olikheter i fråga om utrustning och *standard* i övrigt, på olika lång arbetstid och på olika innehåll i läkarnas sjukvårdande verksamhet.

Privatpraktiserande läkare som tidigare hållit en låg arvodesnivå kommer att få denna höjd om de tar ut de patientavgifter som taxan medger. Läkare som hållit en högre arvodesnivå än vad den nya taxan tillåter får en intäktsminskning vid införande av den nya taxan. Ett sådant resultat kan enligt verkens uppfattning i vissa fall framstå som obilligt och verken finner det därför rimligt, att antalet sådana fall begränsas genom att man inför en möjlighet till individuell taxebindning för vissa läkare.

Den individuella taxebindningen föreslås i första hand gälla för de privatpraktiserande läkare som utövar läkaryrket på heltid. Omfattningen av verksamheten som privatpraktiker kan bedömas på grundval av det antal besök som registrerats för läkaren i riksförsäkringsverkets kvittoundersökning för 1973 samt en deklARATION av läkaren att verksamheten alltså har minst motsvarande omfattning.

Ett andra kriterium vid bestämning av rätten till individuell taxebindning bör vara att det genomsnittsarvode läkaren debiterat under år 1973 är högre än genomsnittsarvodet per besök för läkare med 2 000 eller flera av försäkringen ersatta besök. Denna jämförelse kan göras på grundval av riksförsäkringsverkets kvittoundersökning avseende 1973 som kommer att bearbetas under andra halvåret 1974.

Verken föreslår också att den läkare som önskar individuell taxebindning dessutom skall vara skyldig att redovisa kostnaderna i sin mottagning för år 1973 sådana de anges i rörelsebilagan vid 1974 års taxering. Dessa uppgifter skall bedömas mot bakgrunden av de mottagningskostnader som kan betraktas som normala för läkare med samma specialitet.

Belopp avseende sådana normala kostnader inom olika specialiteter bör fastställas av riksförsäkringsverket efter beredning i den läkarvårdsdelegation som verken föreslår skall inrättas (avsnitt 4.10).

Den individuella taxebindningen bör liksom inom tandvårdsförsäringen vara en övergångsform och anges i de olika intervall varmed arvodet för enskilda läkare får överstiga det i taxan bestämda. Som högsta individuella arvodesbelopp föreslås 50 % över i taxan angivna arvoden. Den individuella taxebindningen begränsas i förslaget till fem nivåer som i princip motsvarar 10, 20, 30, 40 och 50 % över i taxan angivna arvoden.

Den föreslagna taxan kan utan individuell taxebindning beräknas medföra ett genomsnittsarvode på 46 kr. per besök för läkare vid grupp-mottagningar. För att dessa som kollektiv även i fortsättningen skall erhålla i stort sett oförändrad bruttoomsättning såvitt angår verksamhet inom sjukförsäkringens ram föreslås att individuell taxebindning med 50 % medges för dem enligt en generell regel. Denna bör tills vidare bara tillämpas för redan existerande grupp-mottagningar. Verken föreslår också att läkare som träder i stället för nuvarande läkare vid grupp-mottagning efter beslut av försäkringskassan skall kunna få samma individuella taxebindning. Det förutsätts att verksamheten vid grupp-mottagningarna blir av i huvudsak nuvarande omfattning när det gäller av försäkringen ersatta besök.

Kostnaderna för den individuella taxebindningen uppskattas av verken till 20 milj. kr., vilket motsvarar 5 kr. per besök. När detta belopp läggs till de i avsnitt 4.4.4 angivna 47 kr. blir genomsnittsarvodet per besök 52 kr. exkl. röntgen- och laboratorieundersökningar.

4.5 Patientavgift och läkarvårdsersättning

Som tidigare anförts föreslår verken att patienten liksom inom den offentliga vården skall erlägga en högsta avgift som anges i taxan. Skillnaden mellan det arvode läkaren har rätt till enligt taxan och den angivna patientavgiften blir den försäkrades läkarvårdsersättning, som skall betalas ut direkt till läkaren från försäkringskassan.

Verken föreslår att högsta patientavgiften hos privatpraktiserande läkare utan individuell taxebindning skall vara 20 kr. per besök. Hos läkare som erhållit individuell taxebindning bör detta också komma till uttryck i den avgift patienten har att betala. Vid arvodesförhöjning vid individuell taxebindning med 10, 20 eller 30 % föreslås högsta patientavgift bli 25 kr. per besök. Hos läkare som erhållit individuell taxebindning med 40 eller 50 % föreslås den bli 30 kr. För rådföring per telefon föreslås högsta patientavgift generellt bli 10 kr. utan differentiering efter individuell taxebindning.

I relativt få fall meddelas privatläkarvård vid besök hos den sjuke. I dessa fall bör läkaren erhålla en tilläggsavgift av patienten på 10 kr. Om flera personer i en familj bereds vård vid samma besök får ändå inte mer än en tilläggsavgift tas ut.

Till läkare som inte är individuellt taxebunden betalas läkarvårdersättning från sjukförsäkringen med belopp som framgår av följande tabell. Beloppen i kr.

Grupp	Latitud Enklare	Normalt	Svårare
1		0	
2	6	12	20
3	15	24	37
4	36	50	70
5	85	110	150
6	140	180	240

Vid sjukbesök höjs angivna belopp med 20 kr.

För läkare med individuell taxebindning blir enligt utredningsförslaget försäkringens läkarvårdersättning lika med skillnaden mellan de för läkarvård hos honom angivna patientavgifterna och taxans arvodesbelopp höjt med den procentsats som gäller för läkaren.

4.6 Remissbesök

Vissa patienter som söker privatläkarvård är i behov av utredning och behandling som kräver särskilda personella och materiella resurser. Sådana resurser finns regelmässigt inom den offentliga sjukvården. Verken finner att detta är ett motiv för att införa avgiftsfria remissbesök för patienter som av privatpraktiserande läkare remitteras till offentlig vård. Verken betonar emellertid att den föreslagna bestämmelsen inte får leda till att patienter hos privatpraktiserande läkare blir remitterade till den offentliga vården därför att den remitterande läkaren vill undvika invecklade undersökningar som han med hänsyn till sin utbildning och mottagningens utrustning är skickad att utföra.

För remissbesöken bör försäkringen erlagga den avgift på 12 kr. som patienten nu betalar till sjukvårdshuvudmannen. Dessutom bör försäkringen betala 48 kr. per besök, vilket redan sker enligt nuvarande bestämmelser. För de remissbesök som här avses föreslås alltså ersättning utgå till sjukvårdshuvudmannen med 60 kr. per besök. Med detta förslag bör behovet att också införa avgiftsfria besök vid remiss från en privatpraktiker till en annan bli litet. Verken anser bl. a. därför att ersättningssystemet inte bör kompliceras med regler om detta.

4.7 Röntgen- och laboratorieundersökningar

Enligt de tidigare redovisade utgångspunkterna skall röntgen- och laboratorieundersökningar som sker efter remiss av privatpraktiserande läkare vara avgiftsfria för patienten. Förhållandevis få röntgenmottagningar och laboratorier drivs i privat regi. Verken föreslår att sjukvårds-

huvudmännen träffar överenskommelser med ägarna till de privata röntgen- och laboriemottagningarna om övertagande eller driftavtal. Verken erinrar om att en sådan överenskommelse sedan länge funnits på röntgenområdet genom det s. k. stockholmsavtalet.

Remisser från privatläkare för röntgen- eller laborieundersökningar skall enligt förslaget kunna göras antingen till laborier som nu drivs av sjukvårdshuvudman eller till sådana privata laborier för vilka här nämnda överenskommelser träffas. Ersättning för sådana remissbesök skall utgå enbart till sjukvårdshuvudman. Det bör ankomma på riksförsäkringsverket att efter överläggningar med huvudmännen föreslå den ersättning som skall utbetalas och formerna för denna utbetalning. Skulle lokala överenskommelser inte hinna träffas före reformens ikraftträdande bör försäkringen gå in med ersättning för att skydda patienterna under övergångstiden.

Provtagning för laborieundersökning sker oftast på den behandlande läkarens mottagning. Skickas provet till analys på laboratorium, skall enligt det nyss nämnda förslaget sjukvårdshuvudmannen få ersättning för analyskostnaden.

Enligt nuvarande läkarvårdstaxa utgår ingen särskild ersättning för provtagning och analys vid vissa laborieundersökningar som i sin helhet kan utföras på läkarens mottagning och som tillhör grupp A i bilaga B till taxan. Verken föreslår att dessa undersökningar skall behandlas på samma sätt i det nya systemet och att de skall förtecknas i en bilaga B till den nya taxan.

Analys av andra laborieprover, som kan utföras i läkarens mottagning och som tillhör grupp B eller C i bilaga B till nuvarande taxa, föreslås ersatt med 10 kr. per prov, dock högst 30 kr. sammanlagt för analyser av prover som tagits vid samma besök. Undersökningarna har förtecknats i en bilaga C till taxeförslaget.

4.8 Taxeförslagets effekter för läkarna

Verkens beräkningar visar att genomsnittsarvodet enligt förslaget ligger ca 6 % högre än det som framkommit i riksförsäkringsverkets delundersökning av läkarvårdskvitton år 1973. De genomsnittliga nettointäkterna enligt taxeförslaget uppskattas till 110 000–115 000 kr. De privatpraktiserande läkarna skulle därmed få ett inkomstläge som i stort sett är jämförligt med de offentligt anställda läkarna, om man till de senares löner lägger av arbetsgivaren erlagda avgifter för bl. a. sjukförsäkring och pensionering.

Det beräknade utfallet av förslaget till taxa bygger på medeltalsberäkningar bl. a. i fråga om antalet besök. Verken framhåller att kvittoundersökningarna visar att det finns ett antal läkare med avsevärt större antal besök än genomsnittet. För att motverka att dessa genom reformen tillförs ökade arvodesinkomster i en omfattning som är oskälig föreslår verken att arvodesbeloppet skall begränsas. Detta skall enligt förslaget ske på det sättet att läkaren för alla besök utöver 3 000 per kalenderhalvår

endast uppbär patientavgifterna medan däremot försäkringsersättning inte utgår för dessa besök.

4.9 Kostnader

De nya ersättningsreglerna beräknas som tidigare nämnts komma att omfatta ungefär 3,9 milj. besök hos privatpraktiserande läkare. Härtill kommer ca 0,6 milj. besök vilka f. n. görs hos offentligt anställda läkare med privatpraktik och som successivt beräknas komma att övergå till offentlig öppen vård. Försäkringens kostnader för ersättningar enligt de nya reglerna beräknas öka med 35 milj. kr.

Genomsnittligt beräknas patientavgiften i privatpraktikervård sjunka från 28 till 24 kr. per besök. De nya patientavgifterna berättigar då också till såväl remissbesök i offentlig sjukvård som röntgen- och laboratorieundersökningar.

4.10 Genomförande och uppföljning

Verken föreslår att de nya bestämmelserna skall träda i kraft den 1 januari 1975. Taxans arvodesbelopp är angivna i 1973 års kostnadsnivå. Justeringar avses ske med hänsyn till kostnads- och inkomstutvecklingen fram till ikraftträdandet. Taxan bör första gången gälla för tiden januari--december 1975.

Verken framhåller att det föreslagna taxesystemet bör medföra att kvalitetskraven inom privatläkarvården höjs i samma mån som förbättrade ekonomiska förutsättningar gör detta möjligt. För att få till stånd en utökad inspektionsverksamhet behöver enligt verken både socialstyrelsens och länsläkarorganisationens resurser för ändamålet förstärkas.

Ett annat inslag i uppföljningen av den nya taxan bör enligt förslaget vara att studera det ekonomiska resultatet för de anslutna läkarna. Detta bör ske med hänsyn både till kostnadsutvecklingen inom den öppna vården och till inkomstutvecklingen i övrigt.

Verken föreslår att läkarvårdstaxan i de delar den avser ersättning vid privatläkarvård förnyas med högst två års mellanrum. Vid revision av läkarvårdstaxan bör beaktas om taxans rubriker är anpassade till utvecklingen inom den öppna vård som meddelas av privatpraktiserande läkare samt om taxan eventuellt kan ha påverkat den öppna vårdens struktur. Förslag till ny läkarvårdstaxa bör läggas fram av riksförsäkringsverket i god tid innan den gällande taxan löper ut. Förslaget bör utarbetas efter överläggningar i första hand med företrädare för läkarna.

För här angivna uppgifter bör enligt förslaget – efter mönster av tandvårdsreformen – tillsättas en särskild rådgivande delegation hos riksförsäkringsverket. I denna läkarvårdsdelegation bör ingå representanter för riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, sjukvårdshuvudmännen och läkarna.

Verken framhåller slutligen att frågan om en indexreglering av taxe-

beloppen bör kunna tas upp i läkarvårdsdelegationen sedan taxeutfallet kunnat närmare analyseras.

5 Remissyttrandena över verkens förslag

5.1 Allmänt

Utredningens förslag tillstyrks eller lämnas utan erinran i sina huvuddrag av de allra flesta remissinstanserna. *Landstingsförbundet*, *kommunförbundet* och *förvaltningsutskotten i flera landsting* uttrycker sin tillfredsställelse över att privatläkarna nu inordnas i ett system där den till ett läkarbesök knutna patientavgiften fastställs till ett enhetligt och på förhand känt belopp. *Läkarförbundet* understryker vikten av en väl fungerande praktikersektor och den stora betydelse som reformen därför har för många vård sökande. Förbundet anser att utredningen funnit vägar att ta hänsyn till starkt varierande förhållanden inom praktikerkåren och till kvalitetsaspekterna i vården. Förbundet tillstyrker förslaget genomförande som en pakettlösning.

LO ställer sig positiv till att patientavgiften maximeras och accepterar den av verken föreslagna skillnaden mellan den offentliga och den privata vården i fråga om patientavgifterna. I ett långsiktigare perspektiv anser LO att samhället bör överta hela kostnaden för alla former av sjukvård. Den öppna vården bör enligt LO:s mening inom en snar framtid drivas helt i samhällets regi. LO kräver att framtida resursförstärkningar skall satsas på den offentliga sjukvården. *Landstingsförbundet* betonar att det är landstingen och övriga offentliga sjukvårdshuvudmän som har den lagfästa förpliktelsen att i första hand tillgodose allmänhetens krav på en lättillgänglig och väl differentierad sjukvård. Den föreslagna reformen får därför inte försvåra det arbete som pågår för att motverka en okontrollerad överströmning från offentlig till olika former av privat läkarverksamhet. Överströmningsrisken framhålls också av *kommunförbundet* och *förvaltningsutskotten i flera landsting*. *Örebro läns landstings förvaltningsutskott* framhåller att endast genom en styrning av läkartillskottet till den offentliga sjukvården kan medborgarnas krav på en god sjukvård tillgodoses på ett rättvist sätt. Varje förslag till förändring av nuvarande sjukvårdsstruktur måste därför bedömas med utgångspunkt i att rekryteringsläget för den offentliga sjukvården inte försvåras.

5.2 Läkarnas anslutning

Förslaget att läkarnas anslutning till systemet skall bygga på frivillighet tillstyrks av praktiskt taget alla remissinstanser. Man utgår därvid liksom verken ifrån att anslutningen ändå skall bli allmän bland de privatläkare som har minst 2 000 patientbesök om året och därmed gör en mera betydande vårdinsats. *Läkarförbundet* förklarar att förbundet kommer att verka för en allmän anslutning av dessa läkare och även för en anslutning av alla privatläkare som av olika skäl inte når upp till 2 000

patientbesök om året.

LO framför som sin principiella uppfattning att alla läkare skall vara anslutna till det nya ersättningssystemet. Skulle det visa sig att den frivilliga anslutningen, trots läkarförbundets försäkran, blir otillräcklig anser LO att man snabbt bör införa en obligatorisk anslutning. Detsamma anser *statens handikappråd*. *Förvaltningsutskottet i Kronobergs läns landsting* vill helst se en totalanslutning till försäkringen och *förvaltningsutskottet i Västerbottens läns landsting* ifrågasätter om det inte är nödvändigt att skapa garantier för en allmän anslutning liksom i tandvårdsförsäkringen.

I frågan om de offentligt anställda läkarnas rätt att under en övergångstid ansluta sig till försäkringen är remissopinionen delad. LO anser det principiellt felaktigt att offentligt anställda läkare skall bedriva privatpraktik. LO understryker bl. a. verkens uttalande att det inte kan vara ett samhällsintresse att lämna bidrag till denna form av privat praktik. Med hänsyn till den tid som kan behövas för de offentligt anställda läkarna med privatpraktik att avveckla sina mottagningar accepterar LO en övergångstid på ett år. *Göteborgs kommunstyrelse* understryker verkens slutsats att ett av de väsentliga syftena med sjukvårdsreformen att ge stimulans till utbyggnad av den offentliga öppna vården skulle motverkas om man lät ett motsvarande system för privatläkarvården omfatta också de offentligt anställda läkarna med privatpraktik utanför sjukhusen. *Förvaltningsutskottet i Stockholms läns landsting* tillstyrker de föreslagna bestämmelserna för de offentligt anställda läkarnas anslutning till försäkringssystemet.

Landstingsförbundet tillstyrker förslaget att offentligt anställd läkare som erbjudit sig att fullgöra längre tjänstgöring hos sin arbetsgivare utan att denne accepterat erbjudandet skall kunna ansluta sig till försäkringen övergångsvis. Samtidigt understryker förbundet angelägenheten av att tillgängliga läkarresurser utnyttjas i dagens bristläge och att bestämmelserna om anslutning till försäkringen ges en generös tillämpning. I likhet med förvaltningsutskotten i flertalet landsting framhåller förbundet att den ökade tjänstgöring som kan erbjudas av offentligt anställd läkare med privatpraktik måste fullgöras genom en förlängning av den s. k. särskilda arbetstiden, som enligt gällande avtal utgör en del av den ordinarie arbetstiden.

Läkarförbundets principiella inställning är att all privat öppen vård bör vara anslutningsbar till försäkringssystemet. Förbundet framhåller bl. a. att den insyn i huvudmannaanställda läkares privatpraktik som kan synas erforderlig bäst kan åstadkommas om sådan läkare kan anslutas till försäkringssystemet. Förbundet anser det inte heller antagligt att de offentliganställda läkarnas privatpraktik skulle komma att negativt påverka sjukvårdshuvudmännens utbyggnadsplaner. Den brist på öppen vård som tills vidare kommer att föreligga även med en ambitiös utbyggnad av den offentliga vården innebär enligt läkarförbundets mening att samhället under åtskilliga år framöver behöver en sådan privat vård som utförs av huvudmannaanställda läkare. Förbundet framhåller också att långvariga

kontakter mellan patient och läkare riskerar att spolieras om de offentligt anställda läkarna inte skulle få rätt att bedriva privatpraktik med anslutning till försäkringen. Som ett exempel nämner förbundet situationen för patienter i psykoanalys vilka som regel har små ekonomiska resurser och inte kan finansiera ett fullföljande av den långvariga behandlingen utan försäkringsersättning. Läkarförbundet yrkar att man slopar de begränsningar i övergångsbestämmelserna som innebär att endast läkare som den 1 januari 1975 innehar tjänst hos sjukvårdshuvudman och som fr. o. m. den 1 januari 1973 regelmässigt jämte sin tjänst bedrivit privatpraktik skall komma i fråga för anslutning. Förbundet anser det utomordentligt väsentligt att frågan om en anslutning till försäkringssystemet av i offentlig sjukvård anställda läkare med privatpraktik under övergångstiden blir föremål för fortsatta överläggningar och överväganden i den kommande läkarvårdsdelegationen. Liknande synpunkter framförs av *SACO* och *Svenska psykoanalytiska föreningen*.

TCO anser att det utslagsgivande för anslutning till försäkringssystemet bör vara dels kvalitativa krav på vården, dels kvantitativa krav i form av beredvillighet att på angivna tider stå till allmänhetens förfogande. Det bör enligt *TCO* vara en fråga mellan sjukvårdshuvudmännen och de offentliganställda läkarnas fackliga organisation om det efter den föreslagna övergångstiden anses önskvärt med en begränsning av de offentliganställda läkarnas rätt att vara anslutna till ersättningssystemet för privatpraktik vid sidan om. *Sveriges förenade studentkårer* motsätter sig verkens förslag att de offentliganställda läkarna med privatpraktik efter en övergångstid inte skall tillhöra systemet.

Sjukvårdshuvudmännen uttrycker i sina remissyttranden oro för det föreslagna ersättningssystemets inverkan på läkartillgången inom den offentliga sjukvården. *Landstingsförbundet* aviserar i detta sammanhang att förbundet i anslutning till den förestående revideringen av läkarfördelningsprogrammet kommer att aktualisera införandet av någon form av etableringskontroll för den privata läkarsektorn och en därav föranledd utvidgning av fördelningsprogrammet till att innefatta en kvoterings även för denna sektor. Tanken på etableringskontroll i någon form eller läkartjänsttilldelning förs också fram av bl. a. *förvaltningsutskotten i Kronobergs* och *Södermanlands läns landsting*. Andra förvaltningsutskott anser att sådana åtgärder bör tillgripas om tendenser till överströmning skulle uppstå efter reformens genomförande. *Malmö kommunstyrelse* anser att det finns betydande risker för negativa konsekvenser av en etableringskontroll och finner ett fortlöpande samråd mellan berörda parter vara ett bättre instrument att främja en rationell etablering av privatpraktiker. *SACO* säger sig inte vilja acceptera några begränsningar i rätten att fritt etablera privatpraktik. De problem som eventuellt kan uppstå bör i stället lösas i samråd mellan huvudmännen och läkarförbundet.

5.3 De privatpraktiserande läkarnas åligganden m. m.

Landstingsförbundet, kommunförbundet, Göteborgs kommunstyrelse och förvaltningsutskotten i flera landsting framhåller att en privatpraktiserande läkare som är ansluten till ett av samhället finansierat sjukförsäkringssystem bör kunna erbjuda allmänheten samma service som de offentligt anställda läkarna. De privatpraktiserande läkarna bör sålunda medverka bl. a. i den öppna vårdens jour, i mödra- och barnhälsovården och i läkarvården vid sjukhem och ålderdomshem när det behövs. Landstingsförbundet föreslår att en reglerad journalskyldighet införs för de till försäkringen anslutna privatläkarna. Också *LRF* påtalar önskvärdheten av att privatläkarna inordnas i den offentliga vårdens jourssystem. *Malmö kommunstyrelse* anser å andra sidan att jourfrågan kan lösas genom avtal och erinrar om det existerande jouravtalet mellan Malmö kommun och Malmö läkarförening som enligt kommunstyrelsens uppfattning fungerar mycket bra.

Landstingsförbundet, kommunförbundet, Göteborgs kommunstyrelse och flera förvaltningsutskott framhåller i detta sammanhang också att ersättning från försäkringen enligt gällande bestämmelser inte utgår för undersökningar av förebyggande hälsovårdskaraktär. Med denna begränsning kan följderna bli att de privatpraktiserande läkarna överlåter dessa uppgifter åt den offentliga sjukvårdshuvudmannen som kan erbjuda dessa tjänster mot låg ersättning eller helt avgiftsfritt. Patienten kan därigenom få ofullständig service hos den läkare han normalt anlitar eller få betala ett högt arvode för undersökningen. De begär därför att pågående utredningsarbete för att få ett bedömningsunderlag beträffande en utökning av de genom sjukförsäkringen ersättningsbara åtgärderna påskyndas.

5.4 Läkarvårdstaxan

Bl. a. *landstingsförbundet* ansluter sig till den föreslagna konstruktionen av läkarvårdstaxan. I likhet med flera andra remissinstanser finner sig förbundet dock inte kunna avgöra om de angivna beloppens storlek eller fördelningen mellan de olika taxegrupperna är berättigad med hänsyn till läkarnas insatser och kostnader eller tidigare intäktsnivå. Enligt *Spritorde* det vara ofrånkomligt att differentiera läkarvårdsersättningen men man bör på sikt sträva efter att förenkla ersättningsgrupperingen för att därmed minska administrativa olägenheter. *Försäkringskasseförbundet* ifrågasätter om inte den föreslagna differentieringen av taxan drivits för långt och uttalar tveksamhet till införandet av grupperna 5 och 6. *Statens handikappråd* påpekar att man inte bör vara alltför restriktiv med att låta läkarna tidsdebitera besök som är särskilt omfattande och tidskrävande.

Läkarförbundet anser att den föreslagna rätten för praktiserande läkare som utövar läkaryrket i allmänpraktik fr. o. m. 1966 eller tidigare att bli jämställd med läkare med allmänläkarkompetens bör utsträckas till

att gälla dels alla läkare med läkarförbundets allmänläkardiplom som etablerat sig i allmän praktik fram t. o. m. utgången av år 1973, dels läkare som före den 1 juli 1969 utövat läkaryrket i allmän praktik. *SACO* anser att alla läkare som etablerat sig i allmän praktik och har läkarförbundets allmänläkardiplom bör få rätt att tillämpa allmänläkartaxan.

LO godtar att redovisade mottagningskostnader kan utgöra grund för en individuell taxebindning men har svårt att acceptera en högre försäkringsersättning till läkare som på grund av ett högre genomsnittsarvode utan täckning i redovisade mottagningskostnader begär att få en högre arvodesnivå. Liknande inställning har bl. a. *försäkringskasseförbundet* och *förvaltningsutskottet i Örebro läns landsting*. Utskottet anser att individuell taxebindning också vid grupp-mottagningar bör grundas på en individuell prövning.

Läkarförbundet och *SACO* vill att den föreslagna läkarvårdsdelegationen så snart utfallet av taxan i olika typer av mottagningar kunnat statistiskt studeras under hösten 1975 skall behandla behovet av och formerna för en individuell taxebindning vid nyetablering.

5.5 Patientavgift och läkarvårdsersättning

De föreslagna patientavgifterna, 20 kr. i normalfallet och 25 eller 30 kr. vid individuell taxebindning, tillstyrks eller lämnas utan erinran av nästan alla remissinstanser. *Statens handikappråd*, *Stockholms läns allmänna försäkringskassa* och *Malmö kommunstyrelse* ifrågasätter dock om den individuella taxebindningen skall inverka på patientavgiften. *Förvaltningsutskottet i Kronobergs läns landsting* anser det önskvärt att patientavgiften kunde vara densamma som i den offentliga vården. Liknande synpunkter framförs av *Sveriges förenade studentkårer*.

5.6 Remissbesök, röntgen- och laboratorieundersökningar

Landstingsförbundet framhåller i likhet med förvaltningsutskotten i flera landsting risken för att de fall som remitteras till avgiftsfria besök i offentlig vård genomsnittligt kommer att vara mera personal- och resurskrävande än de som från början behandlas inom den offentliga vården. En höjning av den föreslagna remissersättningen från försäkringen kan därför komma att visa sig nödvändig framöver. *Kommunförbundet* och *Göteborgs kommunstyrelse* anser att regeln om avgiftsfria besök efter remiss från privatläkare bör begränsas till att avse besök hos den huvudman inom vars område patienten är bosatt. *Förvaltningsutskottet i Västerbottens läns landsting* ifrågasätter om det inte är lämpligt att avgiftsbefria det första besöket efter samtliga remisser.

Beträffande förslaget om särskilda överenskommelser mellan sjukvårdshuvudmännen och ägare till privata röntgen- och laboriemottagningar framhåller *landstingsförbundet*, *kommunförbundet* och *förvaltningsutskotten i flera landsting* att varje enskild sjukvårdshuvudman måste förbehålla sig rätten att själv avgöra vilka enheter som skall inordnas i den

offentliga verksamheten. Samdriften måste vara till fördel för sjukvårdsorganisationen i sin helhet och får inte innebära någon kostnadsövertäckning på landstingen. Något slutligt ställningstagande anses inte möjligt förrän det fastställts vilka ersättningsbelopp som skall utgå till sjukvårdshuvudmännen för remissbesöken. *TCO* tillstyrker de föreslagna överenskommelserna under förutsättning att dessa sker före reformens genomförande och att personalens anställningstrygghet i samband härmed garanteras. *Försäkringskassaförbundet* anser att även laboratorieundersökningar som utförs av statens bakteriologiska laboratorium bör vara avgiftsfria för patienten.

Läkarförbundet och *SACO* hävdar att de föreslagna avtalen inte får innefatta någon form av administrativ styrning från sjukvårdshuvudmannens sida som försvårar för mottagningarna att lämna snabb service i nuvarande former. *Läkarförbundet* utgår också från att den administrativa medverkan som sjukvårdshuvudmännen avses lämna i samband med driften av serviceanläggningarna inte skall innebära att länsgränser skapas för de vårdsökande. Vidare pekar *läkarförbundet* på att frågan om patientsättningen vid hälsokontroller kan vålla komplikationer.

Företagshälsovården tas upp i remissyttrandet från bl. a. *LO* och *SAF* som anser att anställda som behandlas av företagsläkare bör ha samma rätt till avgiftsfria remissbesök och ytterligare undersökningar som om de besökt den offentliga sjukvården. *LO* betonar att företagshälsovårdens ställning inom socialförsäkringssystemet bör få sin lösning i samband med en pågående utredning inom riks-försäkringsverket och socialstyrelsen.

Läkarförbundet förordar en översyn av de föreslagna bilagorna B och C till läkarvårdstaxan och förutsätter att denna kan ske i samma ordning som skall gälla för bilaga A. Förbundet anser vidare att riks-försäkringsverket skall få möjlighet att fastställa särskilda priser på vissa laboratorieanalyser som i dag kan göras även vid vanliga praktikmottagningar men där kostnaden i flera fall är väsentligt högre än de 10 kr. som föreslås utgå enligt taxan.

5.7 Administrativa frågor m. m.

I fråga om anvisningsläkarvården anför *poststyrelsen* att de rutiner för utbetalning av ersättning för sjukvård och avräkning med försäkringskassorna som blir möjliga med de föreslagna ersättningsreglerna är ändamålsenliga och arbetsbesparande. Även *statens personalnämnd* finner att det föreslagna ersättningssystemet innebär en förenkling för anvisningsläkar-systemets avräkningsförfarande. *Statens järnvägar* är på sikt positiv till förslaget men framhåller att f. n. ca 5 000 anställda är hänvisade till gruppen offentligt anställda läkare vilka vid sidan om sin tjänst fungerar som anvisningsläkare i *SJ*'s lokaler.

Statskontoret tillstyrker det nya ersättningssystemet och konstaterar att en arbetsvolym motsvarande drygt 100 årsarbetskrafter kan avlastas de lokala arbetsenheterna inom försäkringsadministrationen. *Statskontoret* påpekar att den föreslagna konstruktionen av systemet med bl. a.

latitudarvoden, individuell taxebindning och kontroll av totala antalet besök per läkare och år likväl torde medföra en omständlig administration. För att möjliggöra ett genomförande redan fr. o. m. 1975 finner statskontoret det angeläget att erforderlig personal snarast avdelas för att utarbeta administrativa rutiner och ta fram utbildningsmaterial. *Riksskatteverket* anför att det föreslagna taxesystemet möjliggör bättre skattekontroll när det gäller de privatpraktiserande läkarna och föreslår i sådant syfte vissa kompletteringar av de administrativa bestämmelserna.

Läkarförbundet förutsätter att de praktiserande läkarna, vilka nu skall gå över från kontantdebitering av varje besök till månadsdebitering hos försäkringskassan av en väsentlig del av sina totalinkomster, kommer att beredas möjlighet att erhålla förskottslikvid från försäkringskassan i enlighet med vad som gäller inom tandvårdsförsäkringen.

5.8 Genomförande och uppföljning

Remissinstanserna har i allmänhet inte något att erinra mot att reformen enligt förslaget genomförs den 1 januari 1975. *Försäkringskassaförbundet* och *Stockholms läns allmänna försäkringskassa* framhåller dock att den 1 juli 1975 skulle vara en lämpligare tidpunkt för ikraftträdandet, eftersom arbetsbelastningen på försäkringskassorna är lägre då än vid ett årsskifte.

Landstingsförbundet och *kommunförbundet* understryker med instämmande av förvaltningsutskotten i flera landsting vikten av att det nya ersättningssystemet noga utvärderas i fråga om bl. a. konstruktionen av läkarvårdstaxan, läkarnas inkomstutveckling och etableringsbenägenhet. Liknande synpunkter framförs av *Spri*, som också anser att den effektiva uppföljning av utvecklingen inom privatläkarvården som *Spri* förutsätter att riksförsäkringsverket kommer att kunna svara för i första hand bör genomföras på det lokala planet i nära samarbete med resp. huvudman.

Läkarförbundet framhåller att de överväganden som kommer att göras i läkarvårdsdelegationen torde bli avgörande för praktikersektorns framtida utveckling. Förbundet uttrycker därför den förhoppningen att delegationen kommer att beredas bästa möjliga arbetsvillkor och bl. a. får möjlighet att utnyttja behövliga utredningsresurser.

6 Departementschefen

6.1 Allmänt

Det ersättningssystem som den 1 januari 1970 infördes inom sjukförsäkringen för den öppna läkarvården i samhällets regi innebar stora förbättringar i jämförelse med det tidigare återbäringssystemet. Reglerna förenklades radikalt samtidigt som försäkringsskyddet stärktes främst för patienter som behöver omfattande och dyr läkarvård. Patienterna får efter reformen betala en enhetlig avgift och slipper att ligga ute med

pengar för hela läkararvodet och att hämta återbäring hos försäkringskassan.

Det har varit ett starkt önskemål att ett liknande ersättningssystem skulle införas också för den läkarvård som lämnas av privatpraktiker. Mot den bakgrunden har riks försäkringsverket och socialstyrelsen på regeringens uppdrag nu lagt fram ett förslag till nya ersättningsregler inom sjukförsäkringen för läkarvård hos privatpraktiserande läkare. Verken har i enlighet med sitt uppdrag under utredningsarbetet samrått med landstingsförbundet, kommunförbundet och läkarförbundet och därigenom skapat goda förutsättningar för det nya ersättningssystemets genomförande. Utredningsförslaget har överlag fått ett gynnsamt mottagande vid remissbehandlingen. Jag förordar därför att en reformering av sjukförsäkringens ersättningsregler vid läkarvård hos privatpraktiserande läkare nu genomförs på grundval av den föreliggande utredningen.

De förslag som jag i enlighet härmed lägger fram i det följande medför att samhällets inflytande över privatläkarvården ökas bl. a. genom skattkontroll och att försäkringsskyddet för patienterna förstärks. De privatpraktiserande läkarnas verksamhet knyts genom det nya sjukförsäkringssystemet närmare samman med den av samhället organiserade sjukvården. Genom att förslaget innehåller en bindande taxa för de till sjukförsäkringen anslutna läkarna blir det nu möjligt att inom praktiskt taget hela den öppna sjukvården erbjuda läkarvård till en i förväg bestämd patientavgift med ökade möjligheter för alla till ett fritt läkarval. Jag finner det också tillfredsställande att läkarförbundet förklarat sig berett att verka för en allmän anslutning av de privatpraktiserande läkarna till det nya försäkringssystemet. Det är också ett uttryck för att reformen genom den föreslagna utformningen bör kunna tillgodose läkarnas berättigade intressen i deras verksamhet likaväl som patienternas intresse av en läkarvård med ökat inflytande från samhällets sida genom sjukförsäkringen.

6.2 Läkarnas anslutning

Drygt 20 % av samtliga inom sjukförsäkringen ersatta läkarbesök i den öppna sjukvården görs hos privatpraktiker. Verksamhetens omfattning varierar kraftigt inom olika delar av landet. I t. ex. Västerbottens och Norrbottens län är andelen privatläkarvård bara några procent, medan den särskilt i storstadsområdena är av betydande omfattning. I Göteborg är andelen läkarbesök hos privatpraktiker ca 30 %, i Stockholm ca 40 % och i Malmö ca 50 %. Det är mot denna bakgrund nödvändigt att det nya ersättningssystemet inom sjukförsäkringen kommer att omfatta det stora flertalet av privatläkarbesöken.

Verken har förutsatt en allmän anslutning till försäkringen av i första hand de läkare som utför en mera betydande vårdinsats eller minst 2 000 patientbesök om året (inom specialiteten psykiska sjukdomar minst 1 000 besök). År 1971 fanns närmare 1 000 sådana läkare vilka svarade för tre fjärdedelar av besöken inom privatläkarvården eller 3,6 milj. besök. Även privatpraktiker med mindre omfattande verksamhet föreslås

kunna ansluta sig till försäkringen. Läkare med mindre än 2 000 besök om året svarade år 1971 för en fjärdedel av besöken eller 1,2 milj. besök. Därav belöpte 0,6 milj. besök på ca 500 privatpraktiker med mindre omfattande verksamhet. I utredningen räknas med att åtminstone hälften av dessa läkarbesök skall komma att omfattas av försäkringssystemet. Återstående 0,6 milj. besök gjordes hos drygt 2 000 sjukhusläkare eller andra offentligt anställda läkare som bedrev privatpraktik vid sidan av sin tjänst.

Verken har efter övervägande av olika alternativ stannat för att föreslå att läkarnas anslutning skall ske genom frivillig anmälan till försäkringskassan. Verken har därvid fäst avgörande vikt vid läkarförbundets förklaring att förbundet kommer att verka för att läkare med privatpraktik med minst 2 000 patientbesök om året allmänt ansluter sig till sjukförsäkringssystemet. I sitt remissyttrande har läkarförbundet upprepat denna utfästelse och vidare förklarat att förbundet också ämnar verka för en allmän anslutning av alla privatläkare som av olika skäl inte når upp till 2 000 patientbesök om året.

Jag anser i likhet med vad LO anfört i sitt remissyttrande det angeläget att få till stånd en allmän anslutning av de privatpraktiserande läkarna till det nya sjukförsäkringssystemet. Med de förklaringar som avgivits av läkarförbundet anser jag mig också kunna utgå från att en allmän anslutning, i första hand av läkarna med minst 2 000 patientbesök om året, skall komma till stånd genom ett sådant anmälingssystem som föreslagits i utredningen. Jag förordar sålunda att verkens förslag genomförs.

Det stora antalet deltidspraktiker främst i storstäderna gör det angeläget att även privatpraktiserande läkare med mindre antal patientbesök ansluter sig till försäkringssystemet. Det är därför tillfredsställande att läkarförbundet i sitt remissyttrande förklarat att förbundet kommer att verka för en allmän anslutning också av dessa privatpraktiker. Jag förutsätter att den läkarvårdsdelegation som jag längre fram föreslår skall inrättas (avsnitt 6.7) kommer att följa utvecklingen beträffande bl. a. anslutningsfrågan med uppmärksamhet.

En stor del av de läkare som har mindre än 2 000 patientbesök om året består av offentligt anställda läkare som bedriver läkarverksamhet utanför sjukhusen vid sidan av sin tjänst. Dessa läkare föreslås av verken inte få ansluta sig till försäkringen annat än under en övergångstid på något år. Verken framhåller bl. a. att ett av syftena med 1970 års reform, nämligen att ge sjukvårdshuvudmännen kraftig stimulans till utbyggnad av den offentliga öppna vården, skulle motverkas om det nya ersättningsystemet för privatpraktiker skulle omfatta även dessa läkare. Som villkor för att en offentligt anställd läkare övergångsvis skall få ansluta sig bör enligt verkens förslag gälla att läkaren hos sin arbetsgivare erbjudit sig att tjänstgöra utöver ordinarie arbetstid men att arbetsgivaren avböjt detta.

Läkarförbundet har i sitt remissyttrande hävdatt uppfattningen att all öppen privatläkarvård skall vara anslutningsbar till försäkringssystemet. Förbundet anser det väsentligt att frågan om anslutning till försäkringen

av i offentlig sjukvård anställda läkare med privatpraktik vid sidan av tjänsten under övergångstiden blir föremål för fortsatta överläggningar och överväganden i den föreslagna läkarvårdsdelegationen. Förbundet yrkar på ett slopande av de tidsmässiga begränsningar som verken föreslagit i övergångsbestämmelserna beträffande offentligt anställda läkare med privatpraktik vid sidan av tjänsten.

Enligt min mening finns det principiella skäl som talar för den bedömning som verken gjort med instämmande av bl. a. LO. Ett slutligt ställningstagande till frågan om offentligt anställda läkares anslutning bör dock anstå till dess att det nya försäkringssystemet hunnit prövas i praktiken. I avvaktan härpå bör verkens förslag läggas till grund för utformningen av övergångsregler om anslutningen under den nya läkarvårdstaxans två första giltighetsperioder. Som framgår av följande avsnitt 6.7 innebär detta en tid på högst tre år. Förutsättningen för anslutning bör i dessa fall vara att läkaren erbjudit sig att i motsvarande utsträckning tjänstgöra på s. k. särskild arbetstid hos den sjukvårdshuvudman han är anställd av men att huvudmannen avböjt detta. Läkarförbundet har i sitt remissyttrande inte heller motsatt sig ett sådant anmälningsförfarande. Det synes lämpligt att en sjukvårdshuvudman som inte har möjlighet att acceptera erbjudanden om förlängd tjänstgöring årligen tar upp denna fråga till förnyad prövning. Utvecklingen bör noga följas av läkarvårdsdelegationen. Mot bakgrund av den positiva inställning som läkarförbundet visat till den föreslagna reformen i dess helhet anser jag att de nu berörda anslutningsfrågorna i enlighet med förbundets begäran bör bli föremål för fortsatta överläggningar i den läkarvårdsdelegation som i olika avseenden skall svara för en uppföljning av reformen. Riksförsäkringsverket bör redovisa resultatet härav före treårstidens utgång.

Eftersom anslutningsmöjligheten för offentligt anställda läkare i enlighet med verkens förslag har formen av en övergångsbestämmelse bör den endast omfatta läkare som den 1 januari 1975 innehar tjänst hos sjukvårdshuvudman. Anslutningsmöjligheten bör i dessa fall stå öppen för läkare som vid denna tidpunkt sedan minst ett år regelmässigt bedrivit privatpraktik vid sidan av sin tjänst.

I enlighet med verkens förslag bör, oberoende av vad som i övrigt skall gälla för offentligt anställda läkare, konsultläkare som är förordnad att tjänstgöra högst 15 timmar per vecka liksom läkare med deltidstjänst inom rent hälsovårdande verksamhet – skolhälsovård, förebyggande mödra- och barnavård kunna vara anslutna till försäkringssystemet för sin verksamhet som privatpraktiker.

Anmälan om anslutning bör innehålla ett åtagande av läkaren att meddela läkarvård mot en högsta enhetlig patientavgift med rätt för läkaren att för varje sådant patientbesök uppbära läkarvårdersättning från den allmänna sjukförsäkringen med skillnaden mellan patientavgift och arvodesbelopp enligt fastställd taxa. För offentligt anställd läkare med privatpraktik bör med hänsyn till vad jag tidigare anfört gälla ett årligt anmälningsförfarande. I övrigt bör en allmän förutsättning givetvis vara att läkare som gjort anmälan därmed avser att mera stadigvarande

tillhöra försäkringssystemet. Försäkringskassorna bör på samma sätt som sker inom tandvårdsförsäkringen upprätta ett register över de anslutna läkarna inom kassans verksamhetsområde och göra detta tillgängligt för allmänheten. Även i andra administrativa hänseenden bör tandvårdsförsäkringens bestämmelser kunna tjäna som förebild.

Från sjukvårdshuvudmännen har i remissyttrandena uttryckts oro för det nya försäkringssystemets inverkan på läkartillgången inom den offentliga sjukvården. Det har därvid erinrats om att det läkarfördelningsprogram som gäller för tiden 1973--1977 inte ger utrymme för något ökat antal privatpraktiserande läkare. Landstingsförbundet har i sitt remissyttrande pekat på behovet av garantier i detta avseende. Jag delar huvudmännens uppfattning att de nya försäkringsreglerna inte får leda till en överströmning från den offentliga till den privata sektorn. Sedan remissyttrandena avgavs har socialdepartementets sjukvårdsdelegation uppdragit åt socialstyrelsen att i anslutning till en översyn av läkarfördelningsprogrammet i samråd med berörda parter också pröva frågan om programmets tillämpning på den privata läkarsektorn. Avsikten är att man härigenom skall finna vägar att -- om det skulle visa sig nödvändigt -- motverka en ogynnsam utveckling av läkartillgången inom den offentliga sjukvården. Jag vill samtidigt peka på att det också blir en uppgift för riksförsäkringsverkets läkarvårdsdelegation att följa verkningarna av det nya försäkringssystemet i dessa avseenden. Skulle utfallet av den nya läkarvårdstaxan leda till förändringar som är ogynnsamma för den offentliga sjukvården bör det ankomma på riksförsäkringsverket att i samråd med socialstyrelsen och efter beredning i läkarvårdsdelegationen föreslå de ändringar som kan behövas.

Sjukvårdshuvudmännen har i sina remissyttrandena också framhållit att en läkare som är ansluten till ett av samhället finansierat sjukförsäkringssystem bör kunna erbjuda allmänheten samma service som de offentligt anställda läkarna. De privatpraktiserande läkarna bör därför enligt huvudmännen medverka bl. a. i den öppna vårdens jour, i mödra- och barnhälsovården och i läkarvården vid sjukhem och ålderdomshem när det behövs.

Jag delar den uppfattning som kommit till uttryck i dessa remissyttrandena när det gäller privatläkarnas medansvar för den öppna läkarvården. Enligt min mening bör de närmare formerna för de privatpraktiserande läkarnas deltagande i den öppna vårdens jour m. m. tas upp till övervägande i den kommande läkarvårdsdelegationen. Detsamma bör gälla anslutna läkares medverkan beträffande undersökningar i pensionsärenden och dylikt. Om så erfordras bör det finnas möjlighet att framdeles reglera dessa frågor i läkarvårdstaxan.

6.3 Läkarvårdstaxan

Verken har föreslagit en ny konstruktion av läkarvårdstaxan när det gäller den vård som lämnas av de anslutna privatpraktiserande läkarna. I taxan skall anges det högsta arvode som läkaren får uppbära för viss

undersökning eller åtgärd. Av taxan skall också framgå vilken högsta avgift patienten skall betala. Den del av arvudet som inte täcks av patientavgiften kommer att utgöra den försäkrades förmån i form av läkarvårdsersättning som försäkringskassan betalar direkt till läkaren.

Ersättningsreglerna för de privatpraktiserande läkarna får enligt detta förslag en uppbyggnad som i princip stämmer överens med de ersättningsregler som redan gäller såväl inom den offentliga öppna läkarvården som inom tandvårdsförsäkringen. De angivna principerna för ett nytt ersättningsystem har också godtagits vid remissbehandlingen. Jag ansluter mig till förslaget, som alltså innebär en taxebindning av den läkarvård som lämnas av privatpraktiserande läkare.

Verkens taxeförslag – som författningstekniskt kommer att överarbetas – innebär liksom den gällande taxan en arvodesgruppering av olika utredningar och åtgärder efter art och omfattning. I förslaget görs emellertid en ytterligare gradering som anknyter till läkarens specialistkompetens. Antalet grupper ökas härigenom från tre till sex. Grupperna 1 och 2 i förslaget motsvarar de nuvarande. Grupperna 3–6 är förbehållna läkare med specialist- eller allmänläkarkompetens. Grupp 3 gäller konsultation som kräver omfattande anamnesupptagning och åtgärder som inte skall hänföras till grupperna 4–6. Minst 12 månader skall ha förflutit sedan läkaren undersökt eller behandlat patienten. Grupperna 4–6 avser särskilt krävande undersökningar eller behandlingar. Dessa skall förtecknas i en särskild bilaga A till taxan. Efter mönster från tandvårdstaxan föreslår verken vidare latitudarvoden för grupperna 2–6. Dessa skall utformas som ett normalarvode med fast reducering resp. fast påslag för patientbesök som mera väsentligt avviker från normalfallet.

Den differentiering i arvodesgrupper och latituder som föreslagits av verken tillstyrks av bl. a. landstingsförbundet och läkarförbundet. Jag anser det f. n. ofrånkomligt att differentiera taxan på detta sätt inom ett system med bindande högsta arvoden. Som framhållits av Spri bör man dock på sikt sträva efter att förenkla ersättningsgrupperingen. Arbetet med att – inom ramar som dragits upp i verkens förslag – förteckna åtgärderna enligt grupperna 4–6 pågår f. n. i en särskild utredningsgrupp. Jag utgår från att endast preciserade och klart avgränsade åtgärder hänförs till dessa grupper.

Som verken föreslagit bör riks försäkringsverket få möjlighet att i undantagsfall bedriva försöksverksamhet med timersättning till anslutna läkare med specialistkompetens för åtgärd som är så omfattande och resurskrävande att den inte finns upptagen i bilaga A till taxan. Riksförsäkringsverket bör redovisa erfarenheterna härav i samband med framtida taxeförslag.

I överensstämmelse med verkens förslag bör ett särskilt arvode utgå för telefonrådgivning om rådgivningen till sin karaktär och omfattning är likvärdig med en konsultation vid besök på läkarens mottagning. Receptförskrivning bör inkluderas i arvudet. Telefonsamtal i övrigt med läkaren eller hans personal bör självfallet inte medföra rätt till särskilt arvode.

I taxans arvodesbelopp bör i enlighet med verkens förslag ingå

ersättning för läkarintyg som behövs för att få ut sjukpenning och för kostnader för förbandsmateriel samt narkos- och lokalanestesimedel.

I anslutning till det nyligen framlagda förslaget om ny abortlagstiftning m. m. (prop. 1974:70) har jag bl. a. föreslagit att ersättning skall utgå från sjukförsäkringen till i första hand sjukvårdshuvudmännen för kostnader för rådgivning i födelsekontrollerande syfte. Jag föreslår nu att i läkarvårdstaxan tas in bestämmelser om att ersättning efter samma grunder som för sjukvårdshuvudmännen skall utgå till privatpraktiserande läkare för motsvarande rådgivning m. m. när denna inte sker i samband med läkarvårdsbesök. Rådgivningen skall vara avgiftsfri för patienten. Jag förutsätter att privatpraktiserande läkare som anslutit sig till försäkrings-systemet medverkar i detta arbete.

Läkarförbundet har i sitt remissyttrande begärt en uppmjukning i de regler som verken föreslagit när det gäller att jämställa vissa läkare med läkare som har allmänläkarkompetens. Jag ansluter mig till förbundets uppfattning att med läkare som har allmänläkarkompetens bör jämställas dels läkare som etablerat sig i allmän praktik före den 1 juli 1969, dels också annan läkare som efter denna tidpunkt men före utgången av år 1973 erhållit läkarförbundets allmänläkardiplom och etablerat sig i allmän praktik.

Vid utformningen av förslaget till arvodesbelopp i taxan har verken utgått från olika undersökningar som riksförsäkringsverket gjort, bl. a. en undersökning av en del av 1973 års läkarvårdskvitton. Verken har föreslagit ett genomsnittsarvode i den nya taxan som ligger något högre än genomsnittsarvodet i denna kvittoundersökning. Antalet läkarbesök som skall täckas av det nya ersättningssystemet har av verken beräknats till ca 3,9 milj. jämte erforderliga laboratorie- och röntgenundersökningar. Verken har fördelat besöken på olika arvodesgrupper och latituder enligt en matris som utvisar relationerna mellan arvoden för olika grupper och i olika latituder med utgångspunkt i ett arvodesbelopp på 20 kr. för grupp 1 i 1973 års prisnivå. I övrigt hänvisar jag till den redogörelse för bestämmelsernas innebörd som lämnats i avsnitt 4.4.4.

De av verken gjorda arvodesberäkningarna har inte föranlett erinringar från något håll under remissbehandlingen. Landstingsförbundet har dock understrukit att förbundet inte kunnat närmare bedöma de angivna beloppens storlek eller fördelningen mellan de olika taxegrupperna i förhållande till läkarnas insatser och kostnader eller tidigare intäktsnivå. Enligt min mening bör förslaget godtas som underlag för arvodesättningen vid genomförandet av det nya ersättningssystemet. Jag vill samtidigt framhålla att riksförsäkringsverket redan från början noga bör följa den nya läkarvårdstaxans effekter för att det skall bli möjligt att vid behov ändra arvodesbeloppen.

Vissa privatpraktiserande läkare föreslås få möjlighet att genom individuell taxebindning tillämpa högre arvoden än de som taxan utvisar. Verken pekar på att riksförsäkringsverkets kvittoundersökningar visat stora skillnader i genomsnittsarvodet per besök mellan olika privatpraktiserande läkare. Läkare som i dag håller en hög arvodesnivå beroende på

t. ex. mottagningens utrustning och standard i övrigt eller i innehållet i den sjukvård de bedriver skulle genom de angivna taxebeloppen få en intäktsminskning som i vissa fall framstår som oskäligen. I dessa fall föreslår verken därför möjlighet till högre arvoden genom individuell taxebindning.

Verken har föreslagit fem nivåer för individuell taxebindning, i princip 10, 20, 30, 40 och 50 % över taxans arvoden. Nivån för den enskilde läkaren skall bestämmas med hänsyn till det genomsnittsarvode läkaren debiterat under år 1973 jämfört med genomsnittsarvode per besök för läkare med 2 000 eller fler av försäkringen ersatta besök enligt riks-försäkringsverkets kvittoundersökning för år 1973. Läkarens kostnader i mottagningen för år 1973 skall enligt förslaget redovisas såsom de angetts i rörelsebilagan vid 1974 års taxering. Kostnadsuppgifterna skall bedömas mot bakgrunden av de mottagningskostnader som kan betraktas som normala för ifrågavarande specialitet. Belopp avseende sådana normala kostnader inom olika specialiteter föreslås fastställda av riks-försäkringsverket efter beredning i läkarvårdsdelegationen. Verken föreslår att rätten till individuell taxebindning skall vara en övergångsform och att den endast skall stå öppen för i första hand de privatpraktiserande läkare som utövar läkaryrket på heltid. Omfattningen av läkarens verksamhet skall bedömas med ledning av riks-försäkringsverkets kvittoundersökning för år 1973 och en deklaration av läkaren att verksamheten alltjämt har minst samma omfattning. Läkare vid existerande grupp-mottagningar - läkarhus - bör enligt verkens förslag få rätt till individuell taxebindning som ligger 50 % över taxans arvoden utan särskild prövning. Det av verken framlagda taxeförslaget inberäknat den individuella taxebindningen innebär ett genomsnittsarvode per besök på 52 kr. exkl. ersättning för särskilda röntgen- och laboratorieundersökningar.

Rätt till individuell taxebindning föreligger under en övergångstid inom tandvårdsförsäkringen för vissa privatpraktiserande tandläkare. Jag delar verkens uppfattning att motsvarande möjlighet övergångsvis bör ges privatpraktiserande läkare inom ett system med bindande taxa för läkarvården för att undvika effekter som framstår som oskäligen för den enskilde läkaren. Jag ansluter mig också till de föreslagna nivåerna om 10, 20, 30, 40 och 50 % över taxans arvoden. Vid prövning av rätt till individuell taxebindning bör jämförelser göras på grundval av kvittoundersökningen år 1973 mellan det genomsnittsarvode per besök som läkaren betingat sig och det genomsnittliga arvode för alla ersatta besök hos läkare med 2 000 eller fler besök per år. Med anledning av vad som anförts under remissbehandlingen vill jag framhålla att - som framgår av verkens förslag - även läkarens redovisade mottagningskostnader för år 1973 bör utgöra underlag för prövningen. Vid brutet räkenskapsår bör kostnaderna avse det räkenskapsår som till större delen infaller under 1973. Av förslaget följer att beslut om individuell taxebindning skall kunna ges när en högre arvodesnivå framstår som berättigad också med hänsyn till de omkostnader som läkaren redovisat i sin verksamhet. Individuell taxebindning bör komma i fråga för läkare som utövar

läkaryrket som privatpraktiker på heltid. Jag vill understryka att rätten till individuell taxebindning liksom inom tandvårdsförsäkringen bör ha formen av en övergångsbestämmelse.

I enlighet med verkens förslag bör läkare vid redan befintliga läkarhus utan särskild prövning få rätt till individuell taxebindning som ligger 50 % över taxans arvoden. Rätten bör knytas till läkarens arbete på gruppmottagningen. Läkare som träder i stället för nuvarande läkare vid gruppmottagning bör också kunna få samma individuella taxebindning, förutsatt att verksamheten vid mottagningen därvid blir av i huvudsak nuvarande omfattning i fråga om antalet besök som skall ersättas av försäkringen.

6.4 Patientavgift och läkarvårdsersättning

Som verken föreslagit bör av taxan framgå den högsta patientavgift som läkaren får ta för ett läkarvårdsbesök. Skillnaden mellan det arvode läkaren har rätt att betinga sig enligt taxan och den högsta patientavgiften enligt taxan bör utgå från försäkringen i form av läkarvårdsersättning. Av konstruktionen följer således att ersättningen från försäkringen inte påverkas av att läkaren underskrider den tillåtna patientavgiften enligt taxan.

Verken har föreslagit att patientavgiften skall bestämmas till 20 kr. för varje besök hos läkare som inte har rätt till individuell taxebindning. Hos läkare med individuell taxebindning föreslås patientavgiften bli 25 kr. om läkaren har rätt att höja taxans arvoden med 10, 20 eller 30 % och 30 kr. om han har rätt att höja arvoden med 40 eller 50 %. För läkare med individuell taxebindning blir läkarvårdsersättningen skillnaden mellan den patientavgift han har rätt att ta ut och taxans arvodesbelopp höjt med den procentsats som gäller för läkaren.

Med anledning av vad som anförts under remissbehandlingen om möjligheterna att införa en enda enhetlig patientavgift vill jag erinra om att den av verken föreslagna taxan innebär att patientavgiften hos privatpraktiserande läkare minskar i genomsnitt från 28 kr. till 24 kr. En enda enhetlig patientavgift skulle göra enklare behandlingar dyrare för patienterna om den enhetliga avgiften sattes högre än de 20 kr. som utgör totalarvodet för grupp I i den nya taxan enligt verkens av läkarförbundet tillstyrkta taxeförslag. En patientavgift på 20 kr. även hos läkare med individuell taxebindning skulle å andra sidan medföra en ytterligare ökning av försäkringens kostnader i en utsträckning som inte ligger inom ramen för den paketlösning som verkens förslag innebär. Jag anser därför att patientavgifterna tills vidare bör fastställas till de belopp som föreslagits i verkens utredning. Försäkringskassorna bör tillhandahålla listor över anslutna läkare med angivande av patientavgiftens storlek. Vid den uppföljning av reformen som skall ske i den till riksförsäkringsverket knutna läkarvårdsdelegationen bör också ägnas uppmärksamhet åt möjligheterna att framdeles införa en enda enhetlig patientavgift.

För rådfrågning per telefon bör i enlighet med verkens förslag gälla en

enhetlig patientavgift på 10 kr. Verken har vidare föreslagit att en tilläggsavgift på 10 kr. skall få debiteras patienten för vård som lämnas vid besök hos den sjuke. Endast en tilläggsavgift får tas ut om läkaren samtidigt besöker flera personer i samma familj. Jag biträder verkens förslag.

Verken har vid utarbetandet av förslaget till taxa utgått från medeltalsberäkningar bl. a. i fråga om antalet besök. För att inte ett antal läkare med avsevärt större antal patientbesök än genomsnittet genom den nya taxan skall få ökade arvodesinkomster i oskälig omfattning har verken för dessa föreslagit särskilda arvodesbestämmelser. Innebörden därav är att läkaren för alla patientbesök som överstiger 3 000 per kalenderhalvår endast får uppbära patientavgifterna men ingen försäkringsersättning. Jag ansluter mig till förslaget som lämnats utan erinran vid remissbehandlingen.

6.5 Remissbesök, röntgen- och laboratorieundersökningar

Patienter som behandlas av privatpraktiserande läkare kan ibland visa sig ha behov av utredning eller behandling som kräver särskilda materiella eller personella resurser. Verken har föreslagit att sådana patienter skall få göra avgiftsfria remissbesök i den offentliga öppna sjukvården. Försäkringen skall enligt förslaget ersätta huvudmannen kostnaderna för besöket genom att utöver läkarvårdsersättningen på f. n. 48 kr. också betala de 12 kr. som patienten i dag får erlægga i patientavgift vid remiss från privatpraktiserande läkare.

Enligt de regler som gäller för den offentliga öppna sjukvården är det första läkarbesök som försäkrad gör efter remiss till annan läkare hos sjukvårdshuvudman, t. ex. en specialist, avgiftsfritt för patienten. Den av verken föreslagna ordningen vid remiss från privatpraktiker till offentlig öppen sjukvård ger dessa patienter samma ställning som om de redan första gången sökt offentlig vård. Jag anser att den bör genomföras.

Ett par remissinstanser har ansett att avgiftsfritt remissbesök enbart bör kunna ske inom det sjukvårdsområde där patienten är bosatt. Jag ansluter mig till verkens förslag att avgiftsfriheten skall gälla över länsgränserna.

Verken har med instämmanden från bl. a. landstingsförbundet betonat att de föreslagna remissreglerna inte får leda till att patienter hos privatpraktiserande läkare remitteras till den offentliga sjukvården av den anledningen att läkaren vill undvika invecklade behandlingar som han är skickad att utföra. Landstingsförbundet har också anfört att en höjning av remissersättningen från försäkringen kan bli nödvändig längre fram om det visar sig att de som remitteras till den offentliga sjukvården genomsnittligt kräver mer resurser än de som från början behandlas i den offentliga vården. Jag vill med anledning av dessa uttalanden framhålla vikten av att effekterna av de nya ersättningsreglerna när det gäller remisser från privatpraktiserande läkare noga följs genom läkarvårdsdelegationen.

Enligt verkens förslag skall också röntgen- och laboratorieundersökningar som sker efter remiss från privatpraktiserande läkare vara avgiftsfria för patienten liksom de redan är inom ersättningssystemet för den offentliga öppna sjukvården. Sjukvårdshuvudmannen föreslås få ersättning från försäkringen med belopp som det bör ankomma på riksförsäkringsverket att föreslå regeringen efter överläggningar med huvudmännen. Detta skall också gälla vid remiss till någon av de relativt få röntgen- och laboratoriemottagningar som f. n. drivs i privat regi. Huvudmännen föreslås träffa överenskommelser med ägarna till dessa mottagningar om övertagande eller driftavtal.

Jag ansluter mig till förslaget att inordna de privata röntgen- eller laboratoriemottagningarna i samhällets sjukvårdsorganisation. Samdriften förstärker resurserna inom den öppna vården och ger även patienterna hos privatpraktiserande läkare rätt till avgiftsfria remissbesök. Man har från sjukvårdshuvudmännens sida framhållit som villkor för samdriften att denna skall vara till fördel för sjukvårdsorganisationen i sin helhet och inte innebära en kostnadsövertäring på landstingen. Jag utgår från att det skall vara möjligt att åstadkomma den av verken föreslagna ordningen under de förutsättningar som huvudmännen angett.

Som jag närmare kommer att beröra i avsnitt 6.7 bör den föreslagna läkarvårdsdelegationen tillsättas så snart som möjligt för att därigenom kunna förbereda det praktiska genomförandet av det nya ersättningssystemet. En av delegationens uppgifter blir därvid att finna lämpliga avtalskonstruktioner som kan underlätta landstingens överenskommelser med ägarna till privata röntgen- och laboratoriemottagningar. I de fall avtal inte hinner träffas före reformens ikraftträdande anser jag att mottagningarna under en kortare övergångstid bör få arbeta på samma sätt som hittills men att försäkringskassan skall betala de avgifter som nu erlaggs av patienterna.

Som försäkringskassaförbundet föreslagit bör också ersättningsberättigade laboratorieundersökningar som efter remiss utförs av statens bakteriologiska laboratorium vara avgiftsfria för patienten. Laboratoriet bör få ersättning från försäkringen i särskild ordning som riksförsäkringsverket bestämmer.

Under remissbehandlingen har uttryckts önskemål om att rätten till avgiftsfria remissbesök också skall gälla för patienter som behandlas av företagsläkare. Jag vill med anledning därav erinra om att hithörande frågor f. n. utreds av riksförsäkringsverket och socialstyrelsen och att de därför kommer att prövas i ett senare sammanhang.

Liksom enligt nuvarande läkarvårdstaxa bör ingen särskild ersättning utgå för provtagning och analys vid vissa laboratorieundersökningar som i sin helhet kan utföras på läkarens mottagning. Dessa undersökningar redovisas i en bilaga B till taxeförslaget. För vissa andra undersökningar, som tagits upp i en bilaga C till taxeförslaget, bör i enlighet med verkens förslag utgå ersättning till läkaren med 10 kr. per prov, dock högst 30 kr. sammanlagt för analyser av prover som tagits vid samma besök. För analyser som utförs på laboratorium skall ersättning utgå till sjukvårds-

huvudmannen enligt de tidigare nämnda reglerna.

Läkarförbundet har i sitt remissyttrande förordat en översyn av de föreslagna förteckningarna över de analyser som skall ingå i behandlingsarvodet och de som skall berättiga till särskild ersättning. Jag finner det naturligt att den utredningsgrupp som har i uppdrag att utarbeta bilaga A till taxan också ser över bilagorna B och C i den mån det föreligger några oklarheter i fråga om avgränsningen. I övrigt bör förteckningarna ha det innehåll som verken föreslagit. Läkarförbundet har också uttryckt önskemål om särskilda av riks försäkringsverket fastställda priser på vissa kostnadskrävande laboratorianalyser. Behovet av särskilda ersättningsnormer för vissa slag av analyser bör lämpligen prövas i samband med en kommande översyn av den nya taxan.

6.6 Administrativa frågor m. m.

Grunderna för ersättningen för vård som ges av privatpraktiserande läkare samt patientavgifternas storlek bör liksom hittills fastställas av regeringen i en läkarvårdstaxa efter bemyndigande i 2 kap. 2 § AFL. Bestämmelserna i denna paragraf bör också innefatta rätt för regeringen att i taxan fastställa de högsta arvodesbelopp som till försäkringen anslutna privatpraktiserande läkare får tillämpa. Det sagda innebär att det liksom nu ankommer på regeringen att besluta om framtida förändringar i taxan för såväl den offentliga sjukvården som privatpraktiserande läkare. Vissa bestämmelser om kostnader som skall inräknas i utgifter för läkarvård kan föras över till läkarvårdstaxan. Enligt paragrafens nuvarande andra stycke utgår ersättning endast för de besök som skäligen varit behövligen om den försäkrade utan fog mer än en gång sökt läkarvård för samma sjukdom. Inom det nya ersättningssystemet torde försäkringskassorna inte ha möjlighet att tillämpa bestämmelsen. Jag förordar därför att den slopas. Jag utgår från att läkarna kommer att medverka till att hindra sådant missbruk av försäkringen som man avsett att förekomma med bestämmelsen. I samband med ändringarna i 2 kap. 2 § AFL bör i lagen göras vissa ändringar av formell natur som föranleds av den nya *regeringsformen*.

De privatpraktiserande läkarna bör liksom de privatpraktiserande tandläkarna inom tandvårdsförsäkringen skicka in räkning på läkarvårdsersättningar till försäkringskassan en gång i månaden. Läkarna bör därvid liksom tandläkarna ges möjlighet till förskott från försäkringskassan.

Den till försäkringen anslutne läkaren bör vara skyldig att för försäkringskassan förete läkarvårdsräkning i fråga om all läkarvård som han meddelar. Det är bl. a. av statistiska skäl viktigt att försäkringen får uppgift även om läkarvårdsbesök som överstiger de 3 000 behandlingar per kalenderhalvår som efter vad jag tidigare förordat inte skall berättiga till läkarvårdsersättning. Uppgiftsskyldigheten - som har sin motsvarighet inom tandvårdsförsäkringen - tillgodoser också kontrollsynpunkter som riksskatteverket framfört i sitt remissyttrande.

6.7 Genomförande och uppföljning

Det är enligt min mening angeläget att de nya ersättningsreglerna för läkarvård hos privatpraktiserande läkare genomförs snarast möjligt. Jag förordar därför i enlighet med verkens förslag att reformen skall träda i kraft den 1 januari 1975.

Arvodesbeloppen i det av verken framlagda taxeförslaget är beräknade i 1973 års kostnadsnivå. Som verken föreslagit bör beloppen för år 1975 justeras med hänsyn till kostnads- och inkomstutvecklingen fram till ikraftträdandet. Den nya läkarvårdstaxan för privatpraktiserande läkare bör första gången fastställas att gälla längst ett år. I fortsättningen bör taxan fastställas med två års mellanrum. Det bör ankomma på riksförsäkringsverket att lägga fram förslag till ny taxa i god tid innan den gällande taxan löper ut. Förslaget bör som verken förutsatt utarbetas efter överläggningar i läkarvårdsdelegationen där företrädare för läkarna skall ingå.

Som jag redan framhållit är det av största vikt att det nya ersättnings-systemet får en noggrann uppföljning i olika avseenden. Bl. a. bör en bedömning av de anslutna läkarnas inkomster ske med hänsyn till den allmänna kostnads- och inkomstutvecklingen. De nya reglernas inverkan på läkarnas benägenhet att etablera sig som privatpraktiker bör likaså uppmärksammas. I samband med revision av läkarvårdstaxan bör som verken framhållit anpassningen av taxans rubriker till utvecklingen inom privatpraktikervården beaktas. De verkningar som taxan kan ha haft på vårdens struktur bör också följas med uppmärksamhet.

Verken har föreslagit att – efter mönster av tandvårdsreformen – en särskild läkarvårdsdelegation med representanter för bl. a. sjukvårdshuvudmännen och läkarna skall knytas till riksförsäkringsverket. Jag biträder detta förslag. Det ankommer på Kungl. Maj:t att besluta om inrättandet av läkarvårdsdelegationen och om dess sammansättning. Som redan nämnts i avsnitt 6.5 bör delegationen tillsättas så snart som möjligt för att den skall kunna medverka vid förberedelserna för reformens praktiska genomförande. Det i statskontorets remissyttrande framförda önskemålet om ett tidigt igångsatt förberedelsearbete tillgodoses därmed.

6.8 Reseersättningar

Den 1 juli 1971 genomfördes efter förslag av sjukförsäkringsutredningen en rad förbättringar av försäkringsskyddet vid sjukresor. Vissa delar av utredningens förslag berörde emellertid frågan om resekostnadsersättning vid besök hos privatpraktiserande läkare. Dessa lämnades utanför reformen med hänvisning till den då pågående utredningen av ersättningssystemet vid privatläkarvård. Jag vill nu ta upp sjukförsäkringsutredningens förslag om reseersättning i dessa delar.

Enligt sjukreseförordningen (1962:385) utgår vid läkarvård ersättning för resor till och från läkaren i den mån utgifterna för varje besök överstiger 6 kr. Vissa begränsningar gäller emellertid. Har vården sökts vid

närmaste allmänna sjukhus som meddelar öppen vård eller vid vårdcentral eller motsvarande sjukvårdsinrättning för öppen vård utgår full ersättning. I andra fall utgår ersättning högst efter vad det skulle ha kostat att besöka distriktsläkare inom vars distrikt den sjuke vistas. Under vissa omständigheter får ersättningen dock beräknas högst efter kostnaden för resa till närmaste allmänna sjukhus där erforderlig vård kunnat meddelas. Detta gäller vid remiss av läkare till läkarvård vid sjukhus eller poliklinik och i ett par andra särskilt angivna fall där det varit fråga om trängande behov av vård. Det bör påpekas att de begränsningsregler jag nu redogjort för inte gäller inom Stockholms, Göteborgs, Malmö och Norrköpings kommuner.

Sjukförsäkringsutredningens förslag innebär att reseersättning alltid skall kunna beräknas på belopp som högst motsvarar resekostnaden vid besök på närmaste allmänna mottagning eller sjukhus med öppen mottagning. Efter remiss till specialist skall resekostnad kunna ersättas inom ramen för kostnaden för resa till sjukhus där specialiteten finns företrädd. De särskilda reglerna för storstadsområdena avses stå kvar. Den föreslagna ordningen innebär enhetliga regler för reseersättning vid läkarvårdsbesök i den offentliga sjukvården och hos privatpraktiserande läkare och medför en angelägen förenkling av sjukresebestämmelserna. Förslaget står i överensstämmelse med de regler om ersättning för läkarvård hos privatpraktiserande läkare som jag tidigare förordat. Jag tillstyrker därför att sjukförsäkringsutredningens förslag nu genomförs.

6.9 Kostnader

Verken har räknat med att det nya sjukförsäkringssystemet kommer att omfatta ca 3,9 milj. besök hos privatpraktiserande läkare. Härtill kommer ca 0,6 milj. besök som f. n. görs hos offentligt anställda läkare med privatpraktik vid sidan av tjänsten. Dessa beräknas successivt bli inordnade i den offentliga sjukvårdsorganisationen. På grundval av verkens beräkningar som avser 1973 års taxenivå räknar jag med att sjukförsäkringens kostnader för läkarvårdsersättningar enligt de nya reglerna kommer att öka med ca 35 milj. kr. för år räknat. De försäkrades patientavgifter för läkarvård beräknas samtidigt minska med ca 23 milj. kr. Denna minskning blir en följd av sänkningen av patientandelen vid läkarvård hos privatpraktiserande läkare och av att den privatpraktik som bedrivs av offentligt anställda läkare förutsätts bli successivt ersatt av en ökad vårdvolym i den offentliga sjukvården. Den ökade kostnadsandel för försäkringen som förslaget innebär skall ses mot bakgrunden av att ersättningsbeloppen för privatläkarvård i den nuvarande läkarvårdstaxan varit oförändrade sedan den 1 januari 1968.

Av den nämnda kostnadsökningen för sjukförsäkringen, 35 milj. kr., faller en tredjedel på staten. De nya ersättningsreglerna avses träda i kraft den 1 januari 1975, vilket innebär en merbelastning med ca 6 milj. kr. på det för budgetåret 1974/75 anvisade förslagsanslaget Bidrag till sjukförsäkring. Den del av kostnadsökningen som skall täckas genom arbets-

givarnas socialförsäkringsavgift för sjukförsäkringen beräknas kunna rymmas inom ramen för gällande avgiftsuttag.

6.10 Upprättade lagförslag

I enlighet med det anförda har inom socialdepartementet upprättats förslag till

1. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
2. lag om ändring i sjukreseförordningen (1962:385).

7 Hemställan

Jag hemställer att Kungl. Maj:t föreslår riksdagen att antaga förslagen till

1. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
2. lag om ändring i sjukreseförordningen (1962:385).

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

Ur protokollet:
Agneta Heide

Innehållsförteckning

Propositionen	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Lagförslag	3
Utdrag av statsrådsprotokollet den 29 mars 1974	7
1 Inledning	7
2 Gällande ordning	8
2.1 Sjukförsäkringens regler	8
2.1.1 Allmänt	8
2.1.2 Läkarvård genom sjukvårdshuvudmans försorg	8
2.1.3 Övrig läkarvård	9
2.2 Den öppna sjukvården	10
2.2.1 Organisation	10
2.2.2 Omfattning	11
3 Riksförsäkringsverkets första förslag	11
3.1 Bakgrund	11
3.2 Tre alternativa lösningar	12
3.3 Remissyttrandena	13
4 Riksförsäkringsverkets och socialstyrelsens förslag	13
4.1 Huvuddragen av förslaget	13
4.2 Utgångspunkter	14
4.3 Läkarnas anslutning	15
4.4 Läkarvårdstaxan	17
4.4.1 Grunddrag	17
4.4.2 Gruppering av utredningar och åtgärder	17
4.4.3 Latitudarvoden	18
4.4.4 Allmän arvodesnivå enligt taxan	18
4.4.5 Individuell taxebindning	19
4.5 Patientavgift och läkarvårdsersättning	20
4.6 Remissbesök	21
4.7 Röntgen- och laboratorieundersökningar	21
4.8 Taxeförslagets effekter för läkarna	22
4.9 Kostnader	23
4.10 Genomförande och uppföljning	23
5 Remissyttrandena över verkens förslag	24
5.1 Allmänt	24
5.2 Läkarnas anslutning	24
5.3 De privatpraktiserande läkarnas åligganden m. m.	27
5.4 Läkarvårdstaxan	27
5.5 Patientavgift och läkarvårdsersättning	28
5.6 Remissbesök, röntgen- och laboratorieundersökningar	28
5.7 Administrativa frågor m. m.	29
5.8 Genomförande och uppföljning	30

6	Departementschefen	30
6.1	Allmänt	30
6.2	Läkarnas anslutning	31
6.3	Läkarvårdstaxan	34
6.4	Patientavgift och läkarvårdsersättning	38
6.5	Remissbesök, röntgen- och laboratorieundersökningar	39
6.6	Administrativa frågor m. m.	41
6.7	Genomförande och uppföljning	42
6.8	Resecersättningar	42
6.9	Kostnader	43
6.10	Upprättade lagförslag	44
7	Hemställan	44