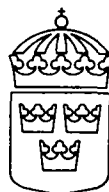


# Regeringens proposition

## 1994/95:195

Primärvård, privata vårdgivare m.m.



Prop.  
1994/95:195

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 30 mars 1995

*Ingvar Carlsson*

*Ingela Thalén*  
(Socialdepartementet)

### Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås att lagen om husläkare upphävs. Vidare föreslås vissa förändringar i hälso- och sjukvårdslagen, bl.a. i syfte att stärka patientens ställning. Den enskilde skall ha rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården. När det finns flera behandlingsalternativ skall patientens eget val vara avgörande för vilken behandling han eller hon får.

Primärvårdens roll som basen i hälso- och sjukvården behöver förstärkas. I propositionen föreslås att primärvårdens ansvar och uppgifter skall framgå av hälso- och sjukvårdslagen. Dessutom föreslås att bestämmelserna om chefsöverläkare inte skall omfatta primärvården och att försöksverksamhet med kommunal primärvård skall kunna få bedrivas t.o.m. år 1998.

Det är viktigt att de privata vårdgivarnas arbete integreras i landstingens planerings- och finansieringsansvar. Samverkan mellan offentligt och privat producerad vård behöver förstärkas. Landstingens planeringsansvar för även den vård som utförs i privat regi preciseras i förslaget. I propositionen uttalas vidare att det i varje landsting bör inrättas ett samverkansorgan mellan privata vårdproducenter och landstinget för att stimulera en sådan samverkan och ett varierat vårdutbud.

Förslagen i propositionen om förändringar i lagen om läkarvårdsersättning och i lagen om ersättning för sjukgymnastik har utformats bl.a. mot denna bakgrund och med hänsyn till landstingens möjligheter till kostnadskontroll. För att få offentlig ersättning för sin verksamhet med stöd av dessa lagar får privatpraktiserande specialistläkare och sjukgymnaster inte samtidigt vara anställda av något landsting. Det finns dock

inget som hindrar att landstinget och de privata vårdgivarna träffar andra överenskommelser genom vårdavtal. Vidare föreslås att den femprocentiga förhöjningen av det arvode som lämnas till läkare och sjukgymnaster, som var berättigade till ersättning även före den 1 januari 1994, slopas och att en åldersgräns på 65 år införs för rätt till ersättning om inte annan överenskommelse träffas med landstinget.

Konstruktionen av de taxor som tillämpas för privata vårdgivares ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik bör också förändras. De åtgärder som berättigar till särskilt arvode och som för närvarande inte är inordnade under de årserättningstak, som finns angivna, skall fr.o.m. den 1 januari 1997 rymmas inom dessa tak. Administrationen av ersättningarna föreslås föras över från försäkringskassorna till landstingen.

Regeringen avser att tillsätta en delegation som under åren 1995, 1996 och 1997, mot bakgrund av förslagen i propositionen, skall följa och bedöma specialistläkarnas och sjukgymnasternas vårdutbud i öppen vård i relation till landstingens resurser och befolkningens vårdbehov.

Regeringens förslag föranleder ändringar i flera lagar. Dessa förändringar föreslås i huvudsak träda i kraft den 1 januari 1996.

I propositionen föreslås slutligen vissa ändringar i den s.k. behörighetslagen som gäller sjuksköterskor, tandläkare och optiker.

1	Förslag till riksdagsbeslut	5
2	Lagtext	5
2.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	5
2.2	Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:588) om husläkare	9
2.3	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning	10
2.4	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik	15
2.5	Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring	19
2.6	Förslag till lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.	20
2.7	Förslag till lag om ändring i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.	21
2.8	Förslag till ändring i tandvårdslagen (1985:125)	23
2.9	Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472)	24
2.10	Förslag till lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor	26
2.11	Förslag till lag om dels fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård, dels ändring i samma lag	27
3	Ärendet och dess beredning	29
4	Bakgrund	30
4.1	Hälso- och sjukvården under 1990-talet	30
4.2	De statligt reglerade ersättningssystemens konstruktion	37
5	Överväganden och förslag	39
5.1	Husläkarlagen upphävs	40
5.2	Patienten i centrum	41
5.2.1	Rätten till fast läkarkontakt i primärvården	41
5.2.2	Patientens inflytande över vård och behandling	42
5.3	En flexibel och behovsanpassad hälso- och sjukvård – krav på förändring	43
5.4	Primärvården – basen i sjukvårdssystemet	46
5.4.1	Kända begrepp- preciserad innebörd	46
5.4.2	Primärvårdens uppgifter och ansvarsområde	47
5.4.3	Ledningsansvaret inom primärvården	52
5.4.4	Försöksverksamhet med kommunal primärvård	53
5.5	Sjukvårdshuvudmännens planeringsansvar	55
5.5.1	Sjukvårdshuvudmännens ansvar och befogenheter	55
5.5.2	Samverkansorgan mellan landsting och privata vårdgivare	57
5.6	Privata vårdgivare	59
5.6.1	Alternativa driftformer som komplement och stimulans	59

5.6.2	Privatpraktiserande husläkares möjligheter till verksamhet inom primärvården . . . . .	61
5.6.3	Privatpraktiserande specialistläkares och sjukgymnasters möjlighet att erhålla offentlig finansiering . . . . .	62
5.7	Förändringar i bestämmelserna om läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik . . . . .	64
5.7.1	Förutsättningar för ersättning . . . . .	64
5.7.2	Differentierade arvoden och patientavgifter . . . . .	66
5.7.3	Åldersgräns med övergångsbestämmelser . . . . .	67
5.7.4	Remissförfarandet . . . . .	69
5.8	Förändringar i taxekonstruktionerna . . . . .	71
5.9	Administrationn av ersättningarna till privata vårdgivare . . . . .	73
5.10	Uppföljning och utvärdering . . . . .	74
5.10.1	Verksamhetsuppföljning . . . . .	74
5.10.2	Delegation för uppföljning . . . . .	75
6	Förordningsändringar . . . . .	76
7	Behörighetslagen m.m. . . . .	77
7.1	Föreskrifter om legitimation för sjuksköterskor med utbildning inom diagnostisk radiologi . . . . .	77
7.2	Vissa följdändringar i behörighetslagen m.m. . . . .	78
8	Författningskommentar . . . . .	79
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 30 mars 1995 . . . . .	91
	Rättsdatablad . . . . .	92

Regeringen föreslår att riksdagen

antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om upphävande av lagen (1993:588) om husläkare,
3. lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning,
4. lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik,
5. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
6. lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.,
7. lag om ändring i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.,
8. lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125),
9. lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472),
10. lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor,
11. lag om dels fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård, dels ändring i samma lag.

## 2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

### 2.1 Förslag till

#### Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 2 a, 5, 7, 8, 13, 14, 20 och 21 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)<sup>1</sup> skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 2 a §<sup>2</sup>

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1994:957.

och genomföras i samråd med patienten.

och genomföras i samråd med patienten. *När flera behandlingsalternativ är möjliga skall patientens val vara avgörande.*

Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en nära anhörig till patienten. Upplysningar får dock inte lämnas till patienten eller någon anhörig i den mån det finns hinder för detta i 7 kap. 3 § eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller i 8 § andra stycket eller 9 § första stycket lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården.

5 §<sup>3</sup>

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns slutenvård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård.

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns slutenvård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. *Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.*

Landstinget skall organisera den öppna vården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en husläkare. *Bestämmelser om sådana läkare finns i lagen (1993:588) om husläkare.*

Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkar-kontakt. *En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin.*

## 7 §

Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård.

Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstinget och kommunerna inom landstinget.

Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare.

## 8 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall

<sup>3</sup> Senaste lydelse 1993:587.

landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och *enskilda*.

landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och *privata vårdgivare*.

## 13 §

I hälso- och sjukvården skall det finnas den personal som behövs för att *meddela* god vård. Vid en enhet som avses i 14 § skall för varje patient utses en patientansvarig legitimerad läkare.

I hälso- och sjukvården skall det finnas den personal som behövs för att *ge* god vård. Vid en enhet som avses i 14 § skall för varje patient utses en patientansvarig legitimerad läkare. *I primärvården skall den läkare som patienten valt som sin fasta läkarkontakt ha de uppgifter som en patientansvarig läkare annars har.*

Om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen och om tillsynen över denna personal finns särskilda bestämmelser.

14 §<sup>4</sup>

Vid andra enheter för diagnostik eller vård och behandling än *hos husläkare* skall det, om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, finnas en särskild läkare med specialistkompetens som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En sådan läkare benämns chefsöverläkare. Vid ledningens utövande skall denne, i frågor som avser annat än diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter eller utseende av patientansvariga läkare, följa de föreskrifter som landstinget kan meddela.

Vid andra enheter för diagnostik eller vård och behandling än *i primärvården* skall det, om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, finnas en särskild läkare med specialistkompetens som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En sådan läkare benämns chefsöverläkare. Vid ledningens utövande skall denne, i frågor som avser annat än diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter eller utseende av patientansvariga läkare, följa de föreskrifter som landstinget kan meddela.

Chefsöverläkaren får uppdra åt sådana befattningshavare vid enheten, som har tillräcklig kompetens och erfarenhet, att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

## 20 §

Kommunen skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård.

Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds *av annan än kommunen och landstinget*.

Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds *av privata och andra vårdgivare*.

## 21 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall

<sup>4</sup> Senaste lydelse 1993:587.

kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och *enskilda*.

kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och *privata vårdgivare*.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1996.

2. En läkare som medgivits undantag från kravet på specialistkompetens i 2 § andra stycket lagen (1993:588) om husläkare i dess lydelse före den 1 januari 1996 skall anses uppfylla kravet på specialistkompetens i 5 § denna lag. Om medgivandet gäller för viss tid gäller dock detta endast under samma tid.



### Lag om upphävande av lagen (1993:588) om husläkare

Härigenom föreskrivs att lagen (1993:588) om husläkare skall upphöra att gälla vid utgången av år 1995.

Lagen skall dock fortfarande tillämpas på förhållanden som hänför sig till den tid under vilken lagen varit i kraft.

Bestämmelser om vissa husläkares fortsatta verksamhet finns i övergångsbestämmelserna till

1. lagen (1995:000) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),

2. lagen (1995:000) om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdserättning,

3. lagen (1995:000) om dels fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård, dels ändring i samma lag.

## 2.3 Förslag till

## Lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

*dels* att 21 § och punkterna 4 – 6 i övergångsbestämmelserna skall upphöra att gälla,

*dels* att rubriken närmast före 21 § skall utgå,

*dels* att 1, 3, 4, 6, 7, 9, 16, 17, 23 och 26 §§ samt rubriken närmast före 6 § skall ha följande lydelse,

*dels* att det i lagen skall införas en ny paragraf, 19 a §, av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*1 §<sup>1</sup>

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

Denna lag innehåller bestämmelser om vissa ersättningar till läkare i privat verksamhet i *primärvården och den öppna hälso- och sjukvården i övrigt* och om patientavgifter i samband därmed (läkarvårdsersättning).

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

## 3 §

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

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

## 4 §

Om inte annat föreskrivs avses i denna lag med landstinget *respektive försäkringskassan* det landsting *respektive den allmänna försäkringskassa* inom vars område läkaren bedriver eller avser att bedriva sin verksamhet.

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

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1994:1961.

**Landstingets ansvar och försäkringskassans uppgifter****Landstingets ansvar m.m.**6 §<sup>2</sup>

Landstinget skall svara för den läkarvårdsersättning som inte täcks av patientavgiften. Om vården har avsett en patient som inte är bosatt inom landstingets område, skall det landsting inom vars område patienten är bosatt svara för den utbetalda läkarvårdsersättningen, om inte landstingen kommer överens om något annat. Om patienten inte är bosatt inom något landstings område, skall det landsting inom vars område patienten eller familjemedlemmen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område personen är registrerad som arbetssökande, svara för den utbetalda läkarvårdsersättningen.

Allmän försäkringskassa skall för landstingets räkning administrera utbetalning av läkarvårdsersättning.

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

7 §<sup>3</sup>

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

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

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

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

9 §<sup>4</sup>

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

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

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1994:1754.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 1994:1961.

<sup>4</sup> Senaste lydelse 1994:750.

## 16 §

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

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

## 17 §

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

Om det till en läkare och vikarie i dennes verksamhet under ett kalenderår har lämnats läkarvårdsersättning med ett belopp som motsvarar ersättningen för en full årsarbetstid inom specialiteten, lämnas därefter ersättning med reducerade belopp. Reducerad ersättning lämnas högst till ett belopp som motsvarar en halv årsarbetstid (ersättningstak). *Om läkaren inte bedriver verksamheten på heltid reduceras årsersättningen och ersättningstaket i skälighets omfattning.*

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

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

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

## 19 a §

*En läkare som begär läkarvårdsersättning skall lämna landstinget de uppgifter som behövs för att bedöma ersättningskravet. Landstinget har dock inte med stöd av denna bestämmelse rätt att få del av uppgifter som kan*

*Särskilda bestämmelser för vissa läkare*

*visa enskilda patienters identitet.*

21 §

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

23 §

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

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

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

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

26 §

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

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

---

*4. En läkare som vid ikraftträdandet är uppförd på sådan förteckning hos allmän försäkringskassa som anges i 2 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i lagrummets lydelse före den 1 januari 1994 kan få ersättning enligt denna lag utan an-*

målan enligt 11 § och utan hinder av bestämmelserna i 7 – 9 §§ med de inskränkningar som gäller enligt punkt 5.

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

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

---

1. Denna lag träder i kraft, i fråga om 17 § första stycket första och andra meningen den 1 januari 1997, och i övrigt den 1 januari 1996.

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

3. En läkare som vid ikraftträdandet är verksam mot läkarvårdsersättning enligt denna lag utan att ha samverkansavtal med landstinget och utan att uppfylla kravet på specialistkompetens enligt 7 § eller kravet på heltidsverksamhet enligt 8 § kan även utan samverkansavtal få ersättning enligt denna lag om inte annat följer av punkt 4. Detsamma gäller den som vid ikraftträdandet är verksam som privatpraktiserande läkare enligt lagen (1993:588) om husläkare. Om verksamheten hos en läkare som omfattas av denna punkt ändras i väsentligt hänseende skall dock frågan om rätt till läkarvårdsersättning prövas enligt denna lag.

4. Om en läkare som vid ikraftträdandet är verksam mot läkarvårdsersättning enligt denna lag inte uppfyller ålderskravet i 9 § lämnas läkarvårdsersättning längst till utgången av år 1996 om inte läkaren och landstinget kommer överens om annat.

## 2.4 Förslag till

Prop. 1994/95:195

### Lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik

*dels* att 21 § och punkterna 4 – 6 i övergångsbestämmelserna skall upphöra att gälla,

*dels* att rubriken närmast före 21 § skall utgå,

*dels* att 3, 4, 6, 9, 17 och 25 §§ samt rubriken närmast före 6 § skall ha följande lydelse,

*dels* att det i lagen skall införas en ny paragraf, 19 a §, av följande lydelse.

#### *Nuvarande lydelse*

#### *Föreslagen lydelse*

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

#### 3 §

Med sjukgymnastik avses i denna lag sjukgymnastisk behandling som är föranledd av skada eller sjukdom. *Om det krävs remiss från läkare eller tandläkare för sjukgymnastik inom landstinget, gäller det kravet även för sjukgymnastikersättning enligt denna lag.*

Om inte annat föreskrivs avses i denna lag med landstinget *respektive försäkringskassan* det landsting *respektive den allmänna försäkringskassa* inom vars område sjukgymnasten bedriver eller avser att bedriva sin verksamhet.

#### 4 §

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

#### **Landstingets ansvar och försäkringskassans uppgifter**

#### **Landstingets ansvar m.m.**

#### 6 §<sup>1</sup>

Landstinget skall svara för den sjukgymnastikersättning som inte täcks av patientavgiften. Om sjukgymnastiken har avsett en patient som inte är bosatt inom landstingets område, skall det landsting inom vars område patienten är bosatt svara för den utbetalda sjukgymnastikersättningen, om inte landstingen kommer överens om något annat. Om patienten inte är bosatt inom något landstings område, skall det landsting inom vars område patienten eller familjemedlemmen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område personen är registrerad som arbetssökande, svara för den utbetalda sjukgymnastikersättningen.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1994:1755.

Allmän försäkringskassa skall för landstingets räkning administrera utbetalning av sjukgymnastikersättning.

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

9 §<sup>2</sup>

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

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

## 17 §

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

Om det till en sjukgymnast och vikarie i dennes verksamhet under ett kalenderår har lämnats sjukgymnastikersättning med ett belopp som motsvarar ersättningen för en full årsarbetstid, lämnas därefter ersättning med reducerade belopp. Reducerad ersättning lämnas högst till ett belopp som motsvarar en halv årsarbetstid (ersättningstak). Om sjukgymnasten inte bedriver verksamheten på heltid reduceras årsersättningen och ersättningstaket i skälighetsomfattning.

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

## 19 a §

*En sjukgymnast som begär sjukgymnastikersättning skall lämna landstinget de uppgifter som behövs för att bedöma ersättningskravet. Landstinget har dock inte med stöd av denna bestämmelse rätt att få del av uppgifter som kan visa enskilda patienters identitet.*

*Särskilda bestämmelser för vissa sjukgymnaster*

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1994:751.



## 21 §

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

## 25 §

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

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

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

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

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

*nastikersättning med motsvarande  
förhöjning.*

---

1. Denna lag träder i kraft, i fråga om 17 § första stycket första och andra meningen den 1 januari 1997, och i övrigt den 1 januari 1996.

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

3. En sjukgymnast som vid ikraftträdandet är verksam mot sjukgymnastikersättning enligt denna lag utan att ha samverkansavtal med landstinget och utan att uppfylla erfarenhetskraven enligt 7 § eller kravet på heltidsverksamhet enligt 8 § kan även utan samverkansavtal få ersättning enligt denna lag om inte annat följer av punkt 4. Om verksamheten hos en sjukgymnast som omfattas av denna punkt ändras i väsentligt hänseende skall dock frågan om rätt till sjukgymnastikersättning prövas enligt denna lag.

4. Om en sjukgymnast som vid ikraftträdandet är verksam mot ersättning enligt denna lag inte uppfyller ålderskravet i 9 § lämnas sjukgymnastikersättning längst till utgången av år 1996 om inte sjukgymnasten och landstinget kommer överens om annat.

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

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 6 § lagen (1962:381) om allmän försäkring<sup>1</sup> skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*2 kap.  
6 §<sup>2</sup>

Ersättning lämnas för resekostnader i samband med öppen hälso- och sjukvård, utom sådan som ges av en *husläkare*, om vården anordnas av staten, ett landsting eller en kommun som inte tillhör ett landsting, eller i samband med sjukhusvård enligt 4 §. Ersättning lämnas också för resekostnader i samband med

Ersättning lämnas för resekostnader i samband med öppen hälso- och sjukvård, utom sådan som ges av en *specialist i allmänmedicin inom primärvården*, om vården anordnas av staten, ett landsting eller en kommun som inte tillhör ett landsting, eller i samband med sjukhusvård enligt 4 §. Ersättning lämnas också för resekostnader i samband med

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

Ersättning för resekostnader enligt första stycket och för sjuktransporter utges enligt grunder som regeringen fastställer.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1996. Äldre bestämmelser gäller fortfarande för resor som påbörjats före ikraftträdandet.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1982:120.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1994:746.

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

Härigenom föreskrivs att 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. skall ha följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

### *Föreslagen lydelse*

#### 7 §<sup>1</sup>

Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har köpt prisnedsatta eller andra läkemedel som avses i 3 § eller har erlagt patientavgift för öppen hälso- och sjukvård som ombesörjs av staten, ett landsting eller en kommun som inte tillhör ett landsting eller för vård eller behandling enligt *lagen (1993:588) om husläkare*, *lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning* eller *lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik* är han befriad från att därefter betala för utskrivna läkemedel. Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från det första vårdtillfället, behandlingstillfället eller läkemedelsinköpet.

Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har köpt prisnedsatta eller andra läkemedel som avses i 3 § eller har erlagt patientavgift för öppen hälso- och sjukvård som ombesörjs av staten, ett landsting eller en kommun som inte tillhör ett landsting eller för vård eller behandling enligt *lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning* eller *lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik* är han befriad från att därefter betala för utskrivna läkemedel. Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från det första vårdtillfället, behandlingstillfället eller läkemedelsinköpet.

För kostnadsbefrielse enligt första stycket fordras att prisnedsatta läkemedel har inköpts för eller patientavgifter erlagts med sammanlagt minst 1 800 kronor. Om ett landsting eller en kommun som inte ingår i ett landsting har beslutat att för sin del tillämpa ett lägsta belopp som understiger 1 800 kronor, skall i stället det beloppet gälla för kostnadsbefrielse enligt första stycket för den som är bosatt inom landstinget respektive kommunen.

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

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

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

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1996.
2. Patientavgifter som före ikraftträdandet erlagts för vård eller behandling enligt *lagen (1993:588) om husläkare* skall beaktas även efter ikraftträdandet vid beräkning av kostnadsbefrielse enligt 7 §.

<sup>1</sup> Lydelse enligt prop. 1994/95:100 bil. 6. (Senaste lydelse 1994:1815).

Lag om ändring i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

Härigenom föreskrivs att 2 och 6 §§ lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

2 §<sup>1</sup> Den som har gått igenom den *högskole- eller optikerutbildning* och fullgjort den praktiska tjänstgöring som anges för ett visst yrke i nedanstående tabell skall efter ansökan få legitimation för yrket. Legitimation får också meddelas den som visar att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens.

Yrke	Utbildning	Praktisk tjänstgöring
1 Barnmorska	Barnmorskeexamen	
2 Optiker	Godkänd utbildning för optiker	
3 Logoped	Logopedexamen	
4 Läkare	Läkarexamen	Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring (allmäntjänstgöring)
5 Psykolog	Psykologexamen	Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring
6 Psykoterapeut	Psykoterapeutexamen	
7 Sjukgymnast	Sjukgymnastexamen	
8 Sjuksköterska	Sjuksköterskeexamen	
9 Tandhygienist	Tandhygienistexamen	
10 Tandläkare	Tandläkarexamen	Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring (allmäntjänstgöring)

En legitimerad psykoterapeut skall i sin yrkesverksamhet ange sin grundutbildning.

Bestämmelser om legitimation av personal med utländsk utbildning finns i 5 §.

*Föreslagen lydelse*

2 § Den som har gått igenom den *högskoleutbildning* och fullgjort den praktiska tjänstgöring som anges för ett visst yrke i nedanstående tabell skall efter ansökan få legitimation för yrket. Legitimation får också meddelas den som visar att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1994:861.

Yrke	Utbildning	Praktisk tjänstgöring
1 Barnmorska	Barnmorskeexamen	
2 Optiker	<i>Optikerexamen</i>	
3 Logoped	Logopedexamen	
4 Läkare	Läkarexamen	Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring (allmäntjänstgöring)
5 Psykolog	Psykologexamen	Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring
6 Psykoterapeut	Psykoterapeutexamen	
7 Sjukgymnast	Sjukgymnastexamen	
8 Sjuksköterska	Sjuksköterskeexamen	
9 Tandhygienist	Tandhygienistexamen	
10 Tandläkare	Tandläkarexamen	

En legitimerad psykoterapeut skall i sin yrkesverksamhet ange sin grundutbildning.

Bestämmelser om legitimation av personal med utländsk utbildning finns i 5 §.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

6 §<sup>2</sup>

Behörig att utöva yrke som barnmorska, läkare eller tandläkare är den som har legitimation för yrket eller som särskilt förordnats att utöva yrket. Dock får endast den som har legitimation som läkare eller tandläkare yrkesmässigt bedriva enskild läkar- eller tandläkarverksamhet.

Behörig att utöva yrke som barnmorska, läkare eller tandläkare är den som har legitimation för yrket eller som särskilt förordnats att utöva yrket. Dock får endast den som har legitimation som läkare yrkesmässigt bedriva privat läkarverksamhet.

Särskilt förordnande enligt första stycket meddelas av den myndighet som regeringen bestämmer.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 1995.
2. Den som fått tandläkarexamen enligt bestämmelser som gällde före den 1 juli 1994 skall fullgöra praktisk tjänstgöring enligt äldre bestämmelser för att få legitimation för tandläkare.
3. Den som efter den 1 juli 1993 har gått igenom treårig högskoleutbildning med inriktning mot diagnostisk radiologi skall på ansökan få legitimation som sjuksköterska enligt den ordning som gällde före denna tidpunkt.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1992:1562.

## Lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Häriegenom föreskrivs att 14 § tandvårdslagen (1985:125) skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

14 §<sup>1</sup>

Tandläkare under *allmäntjänstgöring eller specialistutbildning* enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. skall förordnas för viss tid.

Tandläkare under specialistutbildning enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. skall förordnas för viss tid.

Tandläkare i vars arbetsuppgifter ingår att i väsentlig omfattning medverka i den grundläggande högskoleutbildningen för tandläkarexamen, skall anställas för begränsad tid, om regeringen föreskriver det.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1995. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för tandläkare med examen enligt bestämmelser som gällde före den 1 juli 1994 som fullgör allmäntjänstgöring.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1994:862.

## Lag om ändring i smittskyddslagen (1988:1472)

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

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*10 §<sup>1</sup>

Varje läkare skall i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet vara uppmärksam på förekomsten av samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas. Om läkaren har kompetens för uppgiften och inte är förhindrad att utföra den, är läkaren skyldig att undersöka den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom samt att behandla den som för smitta av en sådan sjukdom. Undersöknings- och behandlingsskyldigheten gäller dock för en läkare i privat verksamhet endast om läkaren är husläkare enligt lagen (1993:588) om husläkare eller får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Varje läkare skall i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet vara uppmärksam på förekomsten av samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas. Om läkaren har kompetens för uppgiften och inte är förhindrad att utföra den, är läkaren skyldig att undersöka den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom samt att behandla den som för smitta av en sådan sjukdom. Undersöknings- och behandlingsskyldigheten gäller dock för en läkare i privat verksamhet endast om läkaren får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

63 §<sup>2</sup>

All undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten inom landstingets hälso- och sjukvård.

En undersökning som utförs av en läkare i privat verksamhet för att utreda om någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är gratis för patienten, om läkaren är husläkare enligt lagen (1993:588) om husläkare eller får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

En undersökning som utförs av en läkare i privat verksamhet för att utreda om någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är gratis för patienten, om läkaren får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

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

Bestämmelserna i denna paragraf om gratis förmåner för patienter

Bestämmelserna i denna paragraf om gratis förmåner för patienter

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1993:1657.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1993:1657.



*Nuvarande lydelse*

gäller den som är sjukförsäkrad  
enligt lagen om allmän försäkring.

*Föreslagen lydelse*

gäller den som är sjukförsäkrad  
enligt lagen (1962:381) om all-  
män försäkring.

Prop. 1994/95:195

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1996. Äldre föreskrifter gäller  
fortfarande för tiden före ikraftträdandet.

## 2.10 Förslag till

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

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

1 §<sup>1</sup>

Landsting och kommuner som inte tillhör något landsting (sjukvårdshuvudmän) skall, i fråga om personer som omfattas av sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lämna ersättning för resekostnader

1. enligt 2 kap. 6 § nämnda lag,
2. i samband med rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.,
3. vid resor till och från sjukhus eller läkare som föranleds av en undersökning enligt förordningen (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m. m.

I fråga om resekostnader enligt första stycket 2 skall ersättning lämnas även när rådgivningen bedrivs av organisationer med Socialstyrelsens tillstånd.

För resekostnader som avses i 2 kap. 6 § första stycket första mening- en lagen om allmän försäkring behöver ersättning lämnas endast om vården eller behandlingen getts med anledning av sjukdom eller förlossning.

Sjukvårdshuvudmännen skall också lämna ersättning för resekostnader vid vård eller behandling som getts enligt lagen (1993:588) om husläkare med anledning av sjukdom eller förlossning, vid vård enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och vid sjukgymnastik enligt lagen (1993:1652) om sjukgymnastikersättning.

Sjukvårdshuvudmännen skall också lämna ersättning för resekostnader vid vård enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och vid sjukgymnastik enligt lagen (1993:1652) om sjukgymnastikersättning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1996. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för resor som påbörjats före ikraftträdandet.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1993:1659.

Lag om dels fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård, dels ändring i samma lag

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård, som gäller till utgången av år 1996, dels att lagen skall fortsätta att gälla till utgången av år 1998, dels att nuvarande 4 b § skall betecknas 4 a §, dels att 2 § och den nya 4 a § skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

2 §<sup>1</sup>

Följande föreskrifter i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller för den primärvård som ingår i försöksverksamheten, nämligen

1 § om vad som avses med hälso- och sjukvård,

2 § om mål för hälso- och sjukvården,

2 a och 2 b §§ om krav på hälso- och sjukvården,

13 § om personalen i hälso- och sjukvården och om patientansvarig legitimerad läkare m. m.,

14 § om den samlade ledningen av verksamheten, dock att vad som sägs om landstinget skall gälla kommunen,

15 § om läkare under allmän- tjänstgöring eller specialistutbildning,

16 § om bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om behörighet till tjänster inom hälso- och sjukvården m.m.,

20 och 21 §§ om planering av hälso- och sjukvården och om samverkan,

22 § första stycket om ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården,

26 § om vårdavgifter,

27 § om socialstyrelsens tillsyn,

28 § om bemyndigande att meddela föreskrifter,

29 § om hälso- och sjukvården i krig.

13 § om personalen i hälso- och sjukvården och om patientansvarig legitimerad läkare m. m.,

15 § om läkare under allmän- tjänstgöring eller specialistutbildning,

16 § om bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om behörighet till tjänster inom hälso- och sjukvården m.m.,

20 och 21 §§ om planering av hälso- och sjukvården och om samverkan,

22 § första stycket om ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården,

26 § om vårdavgifter,

27 § om Socialstyrelsens tillsyn,

28 § om bemyndigande att meddela föreskrifter,

29 § om hälso- och sjukvården i krig.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1992:566.

4 a §<sup>2</sup>

Kommunen skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom det område som omfattas av försöksverksamheten får tillgång till och kan välja en *husläkare*. *Bestämmelser om husläkare finns i lagen (1993:588) om husläkare.*

Kommunen skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom det område som omfattas av försöksverksamheten får tillgång till och kan välja en *fast läkarkontakt*. *En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin.*

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1996.
2. En läkare som medgivits undantag från kravet på specialistkompetens i 2 § andra stycket lagen (1993:588) om husläkare i dess lydelse före den 1 januari 1996 skall anses uppfylla kravet på specialistkompetens i 4 a § denna lag. Om medgivandet gäller för viss tid gäller dock detta endast under samma tid.

<sup>2</sup> Senaste lydelse av förutvarande 4 b § 1993:592.

Våren 1994 gav riksdagen regeringen tillkänna (bet. 1993/94:SoU20, rskr. 1993/94:248) att lagen om husläkare bör upphävas och att regeringen snarast bör återkomma till riksdagen med förslag om hur en avveckling bör genomföras. I den proposition (prop. 1994/95:109) som låg till grund för riksdagens beslut om bl.a. ändringar av etableringsbestämmelserna uttalade regeringen också sin avsikt att återkomma till riksdagen med förslag om att upphäva husläkarlagen i sin helhet.

Regering och riksdag har sedan länge framhållit att primärvården skall vara basen i ett svenskt hälso- och sjukvårdssystem. Detta för att varje enskild invånare i vårt land skall kunna få del av en hälso- och sjukvård, som enligt hälso- och sjukvårdslagens (1982:763), HSL:s, mål skall innebära en god vård på lika villkor. Men primärvården har inte nått den nivå som den skulle kunna ha och som är medicinskt motiverad, vilket också borde innebära att den skulle ta i anspråk en större andel av hälso- och sjukvårdens samlade resurser. Förändringar av huvudmannans ansvar, ökad andel privata vårdgivare som inte redovisas i landstingens statistik m.m. försvårar jämförelser över åren. Trots det tycks primärvårdens andel av de samlade resurserna bara ha ökat marginellt under det senaste decenniet. I samband med förslag om att husläkarlagen upphävs är det därför angeläget att regeringen, för riksdagens prövning, anger vissa riktlinjer för primärvårdens fortsatta utveckling.

Sjukvårdshuvudmännen har ansvaret för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Vården skall ges till alla på lika villkor. En viktig förutsättning för att sjukvårdshuvudmännen skall kunna skapa likvärdiga villkor vad gäller tillgång till hälso- och sjukvård är att de kan fördela resurserna efter behov, påverka verksamhetens inriktning och kontrollera dess kvalitet.

På motsvarande sätt som i husläkarlagen gäller sedan den 1 januari 1995 att de specialisläkare och sjukgymnaster som vill etablera sig som privatpraktiker med tillgång till offentlig finansiering enligt bestämmelserna i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik bara kan göra det om de träffar ett samverkansavtal med sjukvårdshuvudmannen.

Det huvudsakliga motivet till att regeringen redan hösten 1994 (prop. 1994/95:109) föreslog riksdagen att ändra bestämmelserna om rätten att etablera sig var att åter ge landstingen reella möjligheter att fullgöra sitt planeringsansvar enligt HSL genom att påverka de privata vårdgivarnas verksamhetsinriktning och lokalisering utifrån de behov som finns hos befolkningen. Oroande uppgifter om de tidigare etableringsbestämmelsernas ekonomiska konsekvenser bidrog till att regeringen ansåg att ett sådant förslag brådskade. I detta sammanhang aviserade också regeringen sin avsikt att återkomma till riksdagen med ytterligare förslag om bl.a. administrationen av ersättningarna enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik, taxornas konstruktion och övergångsbestämmelser för redan verksamma privatpraktiker.

Regeringens förslag i denna proposition syftar till att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården, precisera och förstärka primärvårdens ansvar och uppgifter, stimulera samverkan mellan de privata vårdgivarna och landstingen och ge de senare möjligheter att kontrollera kostnaderna inom hälso- och sjukvården. Detta är särskilt angeläget mot bakgrund av det begränsade ekonomiska utrymme som står till sjukvårdshuvudmännens förfogande till följd av den samhällsekonomiska situationen. Under beredningsarbetet har kontakter skett med företrädare för flertalet yrkesgrupper inom den öppna vården och deras fackliga organisationer.

I propositionen tas vidare upp ett förslag om legitimation som sjuksköterska och vissa följdändringar till tidigare beslut på utbildningsområdet som gäller optiker och tandläkare.

## 4 Bakgrund

### 4.1 Hälso- och sjukvården under 1990-talet

Förnyelse- och reformarbetet har under 1990-talet varit omfattande både som följd av ett intensivt förändringsarbete hos huvudmännen och som följd av vissa riksdagsbeslut. Budget- och styrsystem har förändrats, ytterligare medicintekniska landvinningar tagits i bruk och patientens möjlighet att välja vårdgivare förbättrats. Förändringar har skett i ansvarsfördelningen mellan landsting och kommuner till följd av Ädel-, handikapp- och psykiatireformerna. Ädelreformen har också medfört att alla kommuner med huvudmans ansvar övertagit vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter från landstingen. Diskussionerna om husläkarsystemet har bidragit till att fokusera intresset på primärvården.

I fem kommuner pågår försöksverksamhet med primärvård i kommunal regi. På ytterligare några orter i landet pågår dessutom lokala försök med dels finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård, dels finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

Hälso- och sjukvården bör präglas av närhet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. För att underlätta och stimulera en sådan utveckling har riksdag och regering sedan lång tid sökt främja den öppna vården utanför sjukhus och tillgången till specialistkompetenta läkare inom allmänmedicinen. Primärvårdens fortsatta utveckling är en viktig fråga. Den politiska enigheten har varit och är stor vad gäller mål och inriktning. De skiljaktigheter som finns gäller snarare på vilket sätt och med vilka medel målen kan uppnås än målen i sig.

#### *Primärvårdens andel av de samlade resurserna*

I jämförelse med andra länder har vi i Sverige en avsevärt större andel av de samlade kostnaderna för hälso- och sjukvård knutna till slutenvård och till sjukhusen. Trots politisk enighet om att primärvården skall

utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet och trots de satsningar som gjorts under de senaste decennierna för att utveckla den, har förhållandevis litet hänt vad gäller förskjutning av resurser mellan primärvård och sjukhusanknuten vård. Fortfarande avser huvuddelen av de samlade hälso- och sjukvårdsresurserna den slutna vården och den öppenvård som erbjuds i anslutning till sjukhusen.

I samband med att ett husläkarsystem enligt vissa nationella regler började införas under år 1994 avstod de flesta landsting från att lägga besparingskrav på primärvården detta år. De besparingsåtgärder som bedömdes som nödvändiga lades ut på läns- och regionsjukvården. Detta bl.a. för att kunna tillgodose befolkningens behov av husläkare. I rapporten Husläkarsystemet i teori och praktik (Landstingsförbundet 1994) anger flertalet landsting ett riktvärde om 2 000 personer per heltidsarbetande husläkare. Ur ett riksperspektiv motsvarar detta ett behov av 4 450 heltidsarbetande husläkare.

I förhållande till de dimensioneringssträvanden som huvudmännen angett för verksamheten finns det ännu brist på läkare med specialistkompetens i allmänmedicin beräknat mot bakgrund av faktisk verksam tid och med hänsyn till deltidstjänster, administrativa uppdrag etc. Utan sådana hänsynstaganden uppgår antalet invånare per allmänläkare (offentligt anställda husläkare/distriktsläkare samt privatpraktiserande husläkare och specialister i allmänmedicin) till i genomsnitt ca 1 990.

Möjligheterna att rekrytera fler allmänläkare genom traditionell specialistläkarutbildning tycks i viss mån begränsade att döma av utvecklingen av utbildningsplatser inom systemet för specialiseringstjänstgöringen (ST). År 1992 utannonserades sammanlagt 630 ST-tjänster, varav 253 gällde allmänmedicin. Motsvarande siffror för år 1993 var 391 respektive 78. År 1994 utannonserades 412 platser av vilka 63 avsåg allmänmedicin. ST-tjänster i allmänmedicin minskade därmed sin andel av samtliga ST-tjänster från 40 % till 15 % samtidigt som det totala antalet ST-tjänster reducerades. Om detta inte enbart är en tillfällig trend finns det risk för att primärvården utarmas på läkartjänster och att en fortsatt uppbyggnad av den försvåras.

I storstäderna och i andra städer med sjukhus finns även huvuddelen av de privatpraktiserande specialistläkarna. De invånare i vårt land som bor på orter med sjukhus har därmed en betydligt bättre tillgång till ett mer varierat utbud av hälso- och sjukvårdstjänster jämfört med dem som bor på orter där sjukhus saknas. För att landstingen skall kunna uppfylla sina åligganden enligt HSL och erbjuda alla invånare i sjukvårdsområdena en god och tillgänglig vård är det nödvändigt att sjukhusens öppenvårdsutbud ur ett resursperspektiv kan omfördelas och användas bl.a. för att utveckla primärvården.

### *Patientens valfrihet*

Det är ett samhällsansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvård – ett ansvar och en uppgift som i huvudsak åvilar landstingen och kommunerna. Huvudmännen har också hanterat sitt ansvar och sina uppgifter

på sådant sätt att medborgarna oftast är nöjda och har stort förtroende för hälso- och sjukvården. Men det finns även exempel på att patienten inte alltid behandlas som en likvärdig part med förmåga till eget ansvarstagande i mötet mellan vårdtagare och vårdgivare.

Under 1970- och 1980-talen innebar den organisatoriska grunden såväl inom primärvården som för sjukhusen i storstadsområdena oftast att ett avgränsat eller särskilt angivet geografiskt område angavs som vårdcentralens eller sjukhusets upptagningsområde. Som patient kunde man inte utan stora svårigheter välja att gå till någon annan vårdcentral eller söka sig till något annat sjukhus. Detta gav inte den offentliga hälso- och sjukvården tillräckliga drivkrafter att utveckla serviceandan. Antalet klagomål till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) ökade också stadigt. Många klagomål handlade om hur man som patient bemöttes av personalen. En följd av detta blev att förtroendenämnder inrättades, först som försöksverksamhet för att sedan i början av 1990-talet permanentas. Syftet var bl.a. att förtroendenämnderna skulle kunna avlasta HSAN och hantera sådana anmälningar och klagomål som inte direkt berör personalens medicinska kompetens och medicinska agerande i yrkesutövningen.

Under andra hälften av 1980-talet intensifierades diskussionerna om den enskildes möjligheter att själv bedöma sitt vårdbehov och fritt välja vårdgivare. Ett mer rättighetsorienterat synsätt började göra sig gällande. Uppfattning om att olika vårdproducenter inbördes borde konkurrera om att få ge medborgarna sina sjukvårdstjänster vann insteg. Ett uttryck för detta var Landstingsförbundets rekommendation från november 1989 där det bl.a. sägs att "inom sina egna landsting bör människor kunna välja vid vilken vårdcentral de ska få vård. Valet bör också vara fritt mellan de olika sjukhusen, sjukhemmen och annan hälso- och sjukvård som landstinget tillhandahåller på olika håll. Valet bör kunna göras när vårdbehovet uppkommer." Alla landsting anslöt sig till denna rekommendation, som också följdes av regionala överenskommelser som medgav fritt val inom samma vårdnivå över landstingsgränserna.

Den enskildes möjlighet att fritt välja sin läkare var en grundläggande utgångspunkt när det nationella husläkarsystemet utformades. Vid remissbehandlingen av den departementspromemoria (Ds 1992:41) som föregick förslaget om husläkarlagen menade också de allra flesta att det fria läkarvalet är viktigt och grundläggande. Men samtidigt ansåg flera remissinstanser att den utformning som valdes var onödigt byråkratisk och krånglig – en åsikt som regeringen delar. Den enskildes rätt att välja läkare och även en fast läkarkontakt inom primärvården är dock något som det finns anledning att slå vakt om. Vi återkommer till detta i samband med våra överväganden och förslag.

### *Ädelreformen*

Den 1 januari 1992 genomfördes den s.k. Ädelreformen. Den innebar att kommunerna fick ett mer samlat ansvar för service och vård till äldre och handikappade. I samband med reformen övertog kommunerna an-



svaret för ca 31 000 platser vid sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidsvård från landstingen. De fick också ansvaret för hemsjukvården, exklusive läkarinsatserna, i de särskilda boendeformerna. Kommunerna kunde även ta över ansvaret för hemsjukvården i det vanliga boendet. Förutsättningen för detta var att ett landsting och en kommun kom överens om att så skulle ske. Nära hälften av landets kommuner har på så sätt ansvaret för all hemsjukvård exklusive läkarinsatser.

Ädelreformen medförde också att sammanlagt nära 3 475 befattningar anknutna till vårdcentraler fördes över från landstingen till kommunerna. Denna förändring berörde främst undersköterskor och distriktssköterskor. Närmare en tredjedel av undersköterskebefattningarna vid vårdcentralerna fördes över, dvs. nästan 1 900, liksom 750 distriktssköterskor eller nästan 15 % av alla distriktssköterskor. Relativt sett berördes också många arbetsterapeuter och arbetsterapibiträden av överföringarna. Sammantaget innebar Ädel-reformen att sammanlagt mer än 50 000 befattningar fördes över från landstingen till kommunerna.

Primärvårdens breda serviceutbud samlad i en organisation med ett arbetsområde som omfattade ansvaret för en individs och en befolknings hälso- och sjukvård från "barndom till ålderdom" kom att benämnas en sammanhållen primärvård. Innebördens av en sammanhållen primärvård hade börjat luckras upp redan i slutet av 1980-talet genom Landstingsförbundets rekommendation om ett friare vårdsökande. Genom Ädel-reformen förändrades innebördens ytterligare. Ansvaret för hemsjukvården är sedan dess delat mellan landsting och kommuner bl.a. genom att läkarinsatserna ur organisatorisk synpunkt skiljts från de övriga mer omvårdnadsinriktade insatserna, men också på grund av att ansvaret för övriga insatser inom hemsjukvården i många delar av landet är delat mellan kommuner och landsting.

Kommunernas betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade inkommer bl.a. att situationen snabbt förändrades för många av dem som tidigare vistades vid olika sjukhuskliniker utan att behöva klinikernas kompetens. Genom att kommunerna erbjöd dem service och vård i det egna hemmet kunde de återvända till detta och där få sina behov tillgodosedda.

Denna utveckling innebär också att vårdtyngden inom den primära vårdnivån har ökat med skärpta krav på personalen och dess kompetens som följd. Kraven ökar även på att de insatser, som den enskilde behöver för sitt dagliga liv, samordnas mellan de olika vårdgivarna.

### *Husläkar-/familjeläkarsystem*

För att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i den öppna vården började flera landsting under 1980-talet diskutera och överväga möjligheterna att införa ett husläkar- eller familjeläkarsystem. I ett par landsting infördes också sådana system inom vissa delar av respektive landstingsområde. Vid årsskiftet 1992/93 hade 17 sjukvårdshuvudmän infört eller beslutat att införa en husläkar- eller familjeläkarverksamhet enligt riktlinjer som de själva angivit.

Våren 1993 beslutade riksdagen att ett husläkarsystem, enligt vissa nationella grundprinciper, successivt skulle införas i hela landet fr.o.m. den 1 januari 1994 för att vara fullt utbyggt vid utgången av år 1995. Under tiden för det beredningsarbete som föregick riksdagens beslut kom debatten om hälso- och sjukvård i stor utsträckning att fokuseras på primärvården. Kritik riktades mot husläkarlagen bl.a. med anledning av att den ansågs alltför läkarinriktad och inte behandlade primärvården i dess helhet. Bland de frågor som väckte särskilt mycket diskussion kan nämnas dels frågan om distriktssköterskeverksamheten skulle ingå som en integrerad del av husläkarverksamheten eller ej, dels diskussionerna om det s.k. områdesansvaret.

Husläkarlagen kom också att radikalt ändra förutsättningarna för privatpraktiserande specialistläkare i allmänmedicin. Avsikten var att husläkarmottagningarna, oavsett driftform, skulle verka på samma villkor och med samma verksamhetsinnehåll inom ett givet geografiskt område. I mitten av 1994 fanns det 668 privatpraktiserande husläkare. Det motsvarade då 16 % av samtliga sådana läkare. Många av dessa, drygt 62 %, var verksamma vid en – läkarmottagningar medan mottagningar med tre eller fyra husläkare var vanligast inom den offentliga sektorn.

Det finns stora regionala skillnader vad gäller förekomsten av husläkare i privat regi. I Västmanlands läns landsting är cirka 40 % privatpraktiserande, medan det i andra landsting inte finns någon som driver privat husläkarmottagning.

Den förändring av innebörden i begrepp såsom sammanhållen primärvård och områdesansvar som påbörjats genom det friare vårdsökandet och Ädelreformen, men som då inte föranledde någon debatt, blev inslag i kritiken mot husläkarsystemet. Detta bidrog bl.a. till att riksdagen våren 1994 gav regeringen tillkänna (bet. 1993/94:SoU20, rskr. 1993/94:248) att lagen om husläkare bör upphävas och att regeringen snarast bör återkomma till riksdagen med förslag om hur en avveckling kan genomföras. Som motiv för riksdagens ställningstagande angavs bl.a. att husläkarsystemet slår sönder primärvården, att den enskildes valfrihet minskas och att varje landsting måste ges rätt att organisera primärvården efter lokala förutsättningar utan centrala påbud.

### *Öppenvård i privat regi*

Den för vårt land utmärkande ordningen med en i huvudsak offentligt producerad hälso- och sjukvård befestades under efterkrigstidens utveckling. Inom den slutna vården var de offentliga sjukhusen helt dominerande. Antalet läkare vid sjukhusen ökade kraftigt under perioden 1950 – 1985 från nära 3 000 till över 16 000. Även antalet läkare i den öppna, offentligt bedrivna vården ökade men inte i samma utsträckning – från cirka 850 till drygt 2 000.

Under 1980-talet hade antalet heltidsverksamma privatpraktiserande läkare stagnerat och uppgick år 1985 till knappt 600. Därefter ökade antalet för att vid årsskiftet 1993/94 uppgå till ca 800 heltidsverksamma av sammanlagt knappt 2 000 privatpraktiserande läkare berättigade till

läkarvårdsersättning enligt den lag (1993:1651) som då trädde i kraft. Under år 1994 har ytterligare 381 tillkommit samtidigt som 293 specialister i allmänmedicin övergått till husläkarverksamhet. Även de sistnämnda har offentlig finansiering liksom de privatpraktiker som har vårdavtal med landstingen.

Antalet privatpraktiserande sjukgymnaster ökade under år 1994 med 621 till sammanlagt 2 350 stycken, dvs. en 36 procentig ökning under detta år. Antalet privatpraktiserande sjukgymnaster är också väsentligt fler än offentligt anställda när det gäller den öppna vården.

Den öppna vård som före år 1994 bedrevs i privat regi med offentlig finansiering skedde genom att vårdgivaren var ansluten till den allmänna försäkringen eller hade tecknat vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen. I båda fallen hade sjukvårdshuvudmannen ett avgörande inflytande på såväl lokalisering som inriktning. Den 1 januari 1994 tillkom ny lagstiftning – lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik – som ändrade dessa styr-  
möjligheter. Privata vårdgivare kunde med stöd av dessa lagar etablera sig och starta verksamhet i princip var de själva önskade och få del av offentlig finansiering. Sjukvårdshuvudmännen kunde inte påverka vare sig verksamhetens inriktning eller fördelningen av de privata vårdinsatserna inom sjukvårdsområdet.

De under år 1994 gällande etableringsbestämmelserna har ändrats. Sedan den 1 januari 1995 (SFS 1994:1960) gäller att den som vill starta verksamhet som privatpraktiserande husläkare, specialistläkare eller sjukgymnast med tillgång till offentlig finansiering måste träffa ett samverkansavtal med sjukvårdshuvudmannen.

### *Den medicintekniska utvecklingen*

Framsteg inom det medicintekniska området har bidragit till att möjligheterna att ge vård utanför sjukhus ökat kraftigt. Flera behandlingar som tidigare ur teknisk synpunkt krävde slutenvård kan numera ges i hemmen. Detta gäller t.ex. läkemedelsbehandling vid cancer, kontinuerlig smärtlindring, njurdialys, andningshjälp m.m. Nya och skonsammare operationsmetoder genom s.k. minimalinvasiva ingrepp, t.ex. titthållskirurgi i stället för vanliga öppna operationer, utvecklas och finner allt fler tillämpningsområden.

Vid sidan av denna utveckling förväntas utvecklingen inom informationsteknologin bli av stor betydelse för framtidens sjukvårdsstruktur. Med dess hjälp kan en kontinuerlig kunskaps- och metodutveckling ställas till förfogande för alla patienter i sjukvårdsorganisationen. Denna skulle på så sätt kunna behålla sin decentraliserade struktur också i framtiden. Bara ganska få utvalda fall skulle behöva remitteras till större centra för sådan vård, som av kvalitetsskäl kräver koncentration till högspecialiserade vårdteam.

Hur resurserna inom den slutna vården kan utnyttjas beror alltså till stor del på vilka metoder för behandling och operativa ingrepp som tillämpas, hur effektiva de är och utvecklingen av informationstekno-

login. Men det innebär också att den sjukhusanknutna vårdens inriktning och arbetssätt förändras. Exempel på detta är de kraftigt minskade medelvårdtiderna och ökningen av den polikliniska verksamheten. Under en tioårsperiod, 1982 – 1992, halverades antalet vårdplatser vid svenska sjukhus från 120 000 till ca 60 000. Genom Ädelreformen omvandlades dock ett stort antal, drygt 30 000 av dessa vårdplatser, till s.k. särskilt boende. Diagnostik och behandling sker alltså i ökad utsträckning som öppenvård vid sjukhusen, hos privatpraktiserande specialister och sjukgymnaster, inom primärvården eller i hemmen. Gränsen mellan öppen respektive sluten vård blir allt mindre urskiljbar. Hur långt processen kan gå beror till stor del på hur samverkan mellan dels vårdnivåerna, dels kommuner och landsting utvecklas.

### *Sjukhus i omvandling*

I vårt land med 8,8 miljoner invånare finns ett nittiototal sjukhus, varav 86 akutsjukhus, samt ett femtontal privata slutenvårdskliniker. Antalet vård dagar inom slutenvården minskar nu till följd av nya metoder som "titthålskirurgi", nya läkemedelsterapier, utvecklingen av den kommunala sjukvården och särskilda boendeformer m.m. Trots relativt sett rimliga avstånd mellan flera sjukhus kan dessa var för sig ha ett komplett sjukvårdsutbud inklusive akutsjukvård. Inte minst akutsjukvården, med ibland ett lågt utnyttjande, tar i anspråk stora resurser bl.a. i form av en hög läkarbemannning för att kunna upprätthålla jourkedjor. Den läkar kapacitet som då finns tillgänglig kan i sin tur leda till överkapacitet vid sjukhusens öppna mottagningar.

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs på rätt vårdnivå. Det är oftast kostnadseffektivt, de skilda specialistläkarnas kompetens tas bättre tillvara och deras möjligheter att upprätthålla sin specialistkompetens stimuleras. Den pågående subspecialiseringen kan ifrågasättas om inte de skilda specialisterna främst möter de patienter där deras kompetens kan och skall utnyttjas.

På de orter där det finns sjukhus har dessa oftast en fast förankring hos befolkningen. Nästan alla försök att förändra dem möts av kraftiga reaktioner och protester. Sjukhusen står som symboler för trygghet. De har också betydelse för arbetsmarknadsutbudet. Att lägga ned sjukhus är därför mycket svårt, medan det kan möta större förståelse att man förändrar dess verksamhetsinriktning.

Det kan finnas flera skäl till att vissa sjukhus verksamheter borde koncentreras och profileras, bl.a. kvalitetsaspekter, geografisk närhet och bättre resursutnyttjande. Specialiserade vårdinsatser som rör ett mindre antal patienter, t.ex. vid ryggmärgsskador och epilepsi, behöver koncentreras för att vårdpersonalen skall få ett tillräckligt underlag för sin verksamhet och därmed kunna uppehålla sin kompetens och utveckla denna. Geografisk närhet mellan flera sjukhus ger förutsättningar för att profilera verksamheten vid vart och ett av dem utan att servicen till befolkningen i området försämras. Mindre länsdelssjukhus kan fylla en viktig funktion vad gäller vården av äldre, när hemsjukvårdens resurser

inte längre är tillräckliga eller det finns rehabiliteringsbehov som inte kan tillgodoses i öppna vårdformer. Det är enligt regeringens mening av utomordentlig vikt att samverkan och samarbete utvecklas såväl mellan olika sjukhus som mellan den slutna och den öppna vården samt omsorgen.

#### *Ändrade budget- och styrsystem*

Det under senare år allt snävare utrymmet för offentlig finansiering har bidragit till att intensifiera utvecklingsarbetet för att öka effektiviteten i hälso- och sjukvårdens budget- och styrsystem. Arbetet syftar till att åstadkomma en effektiv fördelning av resurser och en hög produktivitet i verksamheten. Ett omfattande utvecklingsarbete bedrivs därför i flera landsting och kommuner, som utformas på något olika sätt alltefter lokala och regionala förutsättningar.

På vissa håll innebär arbetet att man delar upp ansvaret för hälso- och sjukvården på beställar- och utförarenheter. Prestationsrelaterade ersättningar och intäktsbaserade enheter är andra inslag i den pågående utvecklingen. På andra håll sker utvecklingsarbetet i huvudsak inom ramen för ett traditionellt budgetsysteem, men där man söker nya vägar i samspelet med personalen och för att hushålla med knappa resurser.

Inom bl.a. ramen för kommittén (S 1992:04) om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000, följs reformarbetet upp och utvärderas. Det är ännu för tidigt att dra några mer långtgående slutsatser av de olika reformverksamheternas effekter. Erfarenheterna hittills tyder dock inte på några större skillnader i resultatet sett ur ett besparings- och effektivitetsperspektiv mellan landsting som infört nya budget- och styrsystem jämfört med dem som utvecklat sina verksamheter inom ramen för ett mer traditionellt system. Det torde alltså finnas flera vägar att nå de effekter som eftersträvas.

## 4.2 De statligt reglerade ersättningssystemens konstruktion

Riksdagen beslutade i december 1993 att införa ett nytt ersättningssystem för privatpraktiserande läkare med vissa specialiteter och privata sjukgymnaster. De nya lagarna trädde i kraft den 1 januari 1994 och de nya taxorna för respektive verksamhet tillämpas sedan den 1 juli 1994. Den 1 januari 1994 övertog sjukvårdshuvudmännen också det direkta finansieringsansvaret för den privata vården.

Bestämmelserna i de nämnda lagarna innebär att vissa specialistläkare och sjukgymnaster som bedriver privat verksamhet får ersättning från landstingen om de uppfyller de angivna kraven på kompetens och verksamhet. För såväl specialistläkare som sjukgymnaster som etablerat sig efter den 1 januari 1994 gäller t.ex. kravet på heltidsverksamhet och att de inte får vara anställda hos något landsting.

För att läkarvårdsersättning skall lämnas krävs dessutom att läkaren har specialistkompetens och mottagningsverksamhet i öppen vård inom sin specialitet för enskilda patienter. Det finns också en möjlighet för

läkare med kompetens som allmänpraktiserande läkare, Europaläkare, att få läkarvårdsersättning.

Rätt till sjukgymnastikersättning har de sjukgymnaster som är legitimerade och som efter legitimation har arbetat minst två år i offentligt finansierad vård, varav minst sex månader i sluten vård, eller har motsvarande erfarenhet. Av tjänstgöringen i offentligt finansierad vård skall sammanlagt minst ett år ha fullgjorts under de närmaste sju åren.

Till grund för det nuvarande systemet för ersättning till läkare ligger Specialisttaxeutredningens betänkande (SOU 1992:118) Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare. Utredningen hade tillsatts med anledning av att den dåvarande taxan ansågs vara såväl föråldrad som administrativt ohanterlig. Dess konstruktion med sju arvodesnivåer ansågs ha en kostnadsdrivande effekt i form av s.k. taxeglidning, dvs. möjligheter att debitera arvode enligt en högre arvodesgrupp än vad som kunde anses vara medicinskt motiverat. Taxan ansågs också premiera ett stort antal besök snarare än att läkaren ägnade tillräckligt med tid åt patienten vid ett besök.

Avsikten med de nya taxekonstruktionerna var bl.a. att undvika taxeglidning och att öka kvaliteten i vården. Eftersom den gamla taxan ansågs innefatta alltför många arvodesgrupper inrättades tre arvodesnivåer; enkelt arvode för enkla åtgärder, normalt arvode som skulle tillämpas för flertalet behandlingar och ett särskilt arvode för mer omfattande åtgärder. För att också uppmuntra till att mer tidskrävande och komplicerade åtgärder skulle utföras inom öppenvården lades det särskilda arvodet utanför det s.k. ersättningstaket. Detta tak anger hur mycket läkervårdsersättning – av normalt och enkelt arvode – som får utbetalas till en läkare under ett kalenderår. Det finns ett motsvarande tak vad gäller ersättning för sjukgymnastik. Särskilda arvoden för mer tids- och kostnadskrävande åtgärder ligger utanför taket.

Taxenivåerna i det nya systemet fastställdes med utgångspunkten att årskostnaderna, förutom viss pris- och lönekomensation, skulle motsvara dem i det gamla systemet. Kostnadsökningarna för den privata vården kom dock under andra halvåret 1994 att överstiga de beräknade. Jämfört med samma period föregående år ökade utbetalningarna med 45 procent. Detta torde huvudsakligen ha sin grund i dels de nya ersättningsreglerna, dvs. de nya taxorna som infördes fr.o.m. den 1 juli 1994, dels den ökade anslutningen av privatpraktiker till ersättningssystemet genom de etableringsbestämmelser som trädde i kraft den 1 januari 1994. Dessutom kan det faktum att det inte fanns något ersättningstak för andra halvåret 1994 i viss mån ha påverkat utfallet.

I förarbetena till lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik betonades det önskvärda i att de privata vårdgivarna och landstingen i stor utsträckning sluter vårdavtal. Sådana avtal kan stärka samarbetet mellan landstingen och de privata vårdgivarna och stimulera strävandena till samsyn om vårdverksamhetens innehåll, omfattning och lokalisering. Vårdavtal borde därför vara det vanligaste sättet att reglera förhållandet mellan landstingen som finansierare och de privat verksamma vårdgivarna. Men så har inte blivit fallet. Det stora

flertalet privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster uppbär ersättning enligt de nationella, av regeringen fastställda taxorna. Bl.a. för att stimulera tillkomsten av vårdavtal mellan finansiären, dvs. landstinget, och de privata vårdgivarna bör vissa ändringar göras i lagen om läkarvårdserättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik. Vi återkommer till detta under regeringens överväganden och förslag.

## 5 Överväganden och förslag

En hälso- och sjukvårdspolitik som utgår från den enskildes behov och omfattar hela befolkningen har ett brett folkligt stöd i vårt land. Det finns också en bred politisk enighet om vissa grundläggande utgångspunkter för och krav på hälso- och sjukvården. Till dessa hör det centrala målet i hälso- och sjukvårdslagen om en god vård på lika villkor, att hälso- och sjukvård skall vara ett offentligt ansvar gemensamt finansierad av landets invånare genom skatter och avgifter liksom vikten av att patienten skall kunna välja vårdgivare och ha inflytande i vård- och behandlingssituationen. Folkhälsoarbetets betydelse för det allmänna hälsotillståndet hos landets invånare har också en stark politisk förankring.

För att hälso- och sjukvårdens resurser skall kunna användas för att i första hand tillgodose behoven hos dem, bl.a. de äldre, barnen, de psykiskt störda och de långtidssjuka, som mest behöver vård och stöd måste hälso- och sjukvården vara demokratiskt styrd. Det är en viktig uppgift för förtroendevalda på alla nivåer att i samråd med verksamhetsföreträdare slå vakt om och vidareutveckla hälso- och sjukvården.

De förslag regeringen i det följande lägger fram för riksdagens prövning har som utgångspunkter att stimulera och/eller på sikt uppnå ett hälso- och sjukvårdssystem som utmärks av följande:

- Ett ökat patientinflytande.
- En välutvecklad primärvård som bas i hälso- och sjukvårdssystemet.
- Möjlighet för landstingen att planera för och utforma hälso- och sjukvården på sådant sätt att det svarar mot befolkningens behov och önskemål inom ramen för tillgängliga resurser.
- Integrering av den privata vården i landstingens planerings- och finansieringsansvar.
- Samverkan mellan offentlig och privat vård för att nå samsyn om hälso- och sjukvårdsbehov, vårdutbud m.m.
- Ett varierat vårdutbud med olika driftformer, där valet av vårdgivare i första hand styrs av verksamhetens inriktning, tillgänglighet, kvalitet, kostnadseffektivitet m.m.
- Privata vårdgivares verksamhet regleras, vid offentlig finansiering, företrädesvis genom vårdavtal med landstinget.

**Regeringens förslag:** Lagen (1993:588) om husläkare upphävs. I enlighet därmed upphävs även bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen om landstingens skyldighet att tillhandahålla husläkare.

**Skälen för regeringens förslag:** Sedan den 1 januari 1994 gäller att landstingen skall organisera den öppna vården så att alla som är bosatta där får tillgång till och kan välja en husläkare. I husläkarlagen finns bl.a. bestämmelser om hur den enskilde kan välja och byta husläkare, husläkarens uppgifter, behörighetskrav, verksamhetens omfattning, ersättningssystemets konstruktion och etableringsbestämmelser.

Våren 1994 gav riksdagen regeringen tillkänna att lagen om husläkare bör upphävas och att regeringen snarast bör återkomma till riksdagen med förslag om hur en avveckling bör genomföras (bet. 1993/94:SoU20, rskr. 1993/94:248). Som motiv för sitt ställningstagande angav riksdagen att husläkarsystemet minskar den enskildes valfrihet och att varje landsting måste ges rätt att organisera primärvården efter lokala förutsättningar utan centrala påbud. Utskottet uttalade att det viktiga var att garantera "den enskildes rätt till kontinuitet i sin läkarkontakt, en fast läkarkontakt, inte läkarens rätt att etablera sig som husläkare." Regeringen delar denna uppfattning.

Vad gäller husläkarsystemet är det till skillnad från privatpraktiserande specialtläkare och sjukgymnaster inte främst kostnadsmässiga aspekter som är avgörande för att lagen bör upphävas. Systemet i sig innebär knappast något hot mot landstingens möjligheter till totalkostnadskontroll.

Men husläkarlagen är onödigt detaljerad och kan på ett olyckligt sätt inverka på sjukvårdshuvudmännens möjligheter att utforma primärvården på det sätt som är lämpligt och mest effektivt utifrån befolkningens önskemål och behov och utifrån lokala förutsättningar. Det finns enligt vår mening heller inga skäl till att ha lagreglerade bestämmelser om hur ersättningssystem till läkare inom primärvården skall utformas eller hur och om ett listningsförfarande skall ske i en situation där den enskilde väljer en fast läkarkontakt. Detta är främst en fråga för de berörda parterna samt överväganden som varje landsting bör göra för att kunna integrera primärvården i den övergripande struktur för hälso- och sjukvården som de har i sina respektive sjukvårdsområden. Landstingen kan självständigt ta ställning till och besluta om de flesta andra faktorer som har betydelse i detta sammanhang.

Regeringen anser därför att husläkarlagen skall upphävas. Däremot finns det skäl att värna om sådana bestämmelser som stärker den enskildes ställning, t.ex. rätten till en fast läkarkontakt i primärvården.



### 5.2.1 Rätten till fast läkarkontakt i primärvården

**Regeringens förslag:** Landstingen skall organisera primärvården på så sätt att alla som är bosatta inom landstinget skall kunna välja en fast läkarkontakt i primärvården. Läkaren, som skall vara specialist i allmänmedicin, har ansvaret för att patienten undersöks, diagnostiseras och får den medicinska vård och behandling som patientens tillstånd kräver. Läkaren skall vägleda patienten och samordna behoven av kontakter med övrig hälso- och sjukvård och ansvara för att patienten informeras om sitt hälsotillstånd.

**Skälen för regeringens förslag:** För många människor, kanske speciellt dem med sådana hälsoproblem som innebär att de ofta behöver kontakt med hälso- och sjukvården, är det viktigt att oftast kunna möta samma vårdgivare. Detta gäller inte minst många äldre. Hos äldre personer är också sjukdomssymtomen i flera fall diffusa och mindre påtagliga än hos yngre och medelålders personer. God kännedom om patienten underlättar läkarens uppgift att diagnostisera och behandla dessa sjukdomsbesvär.

I samband med att ett husläkarsystem successivt införts i landet har en stor del av landets befolkning valt en husläkare. Många personer har sannolikt positiva erfarenheter av en sådan fast läkarrelation som husläkaren representerar. Andra upplever kanske ingen större förändring mot hur situationen var tidigare, särskilt inte om möjligheterna till kontinuitet med primärvårdens olika yrkesgrupper redan tidigare var god eller om man hade en fast kontakt med en läkare vid sjukhusens öppenvårdsmottagningar eller en privatpraktiserande specialistläkare.

Som patient befinner man sig alltid i ett utsatt och känsligt läge. Det finns bl.a. därför ett värde i att kunna välja vem man vill ha kontakt med inom hälso- och sjukvården. Det är också värdefullt att kunna urskilja vem man som patient mer specifikt kan utkräva ett vårdansvar av. Erfarenheter av husläkarverksamheten tyder också på att såväl personal inom läns- och regionsjukvården som distriktssköterskor kan finna det värdefullt att veta vilken läkare det är som inom primärvården har ansvaret för en viss patient. Detta underlättar informationsutbytet och har därmed positiva effekter vid behandlingen av patienten i fråga.

Regeringen anser mot denna bakgrund att det finns skäl att slå vakt om den enskildes rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården. Denne läkare skall svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I läkarens ansvar ingår att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de under-

söknings- och behandlingsåtgärder som vidtas. Läkaren skall också informera patienten om hans eller hennes hälsotillstånd och om de behandlingsmöjligheter som finns tillgängliga och vilken av dessa som ur medicinsk synpunkt bedöms vara bäst lämpad för patienten. Det är en viktig uppgift för läkaren att se till att patienten får en reell möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen.

En fast läkarkontakt förbättrar möjligheterna till kontinuitet och till en förtroendefull relation mellan läkare och patient. Ett sådant förtroende förutsätter att den enskilde själv fritt kan välja sin läkare i primärvården. Inte minst viktigt är det att patienten kan välja en annan läkare än den som först valts om patienten så skulle önska eller den ursprungliga läkaren inte längre finns tillgänglig. Även läkaren kan uppleva det positivt att bli vald av patienten.

För de flesta människor är sannolikt driftformen av underordnad betydelse när man besöker en läkarvårdsmottagning. Men patientens valfrihet ökar om det finns möjligheter att välja mellan primärvårdsenheter med skilda driftformer. Det är dock viktigt att de läkare, som den enskilde kan välja för en fast kontakt i primärvården, i princip har samma åtagande vad gäller verksamhetens inriktning oavsett om de är offentligt anställda, ingår i ett personalkooperativ eller är privatpraktiker. Regeringen utgår från att landstingen för sina respektive sjukvårdsområden preciserar vad som ingår i en primärvårdsläkares åligganden.

### 5.2.2 Patientens inflytande över vård och behandling

**Regeringens förslag:** Patientens eget val skall vara avgörande när flera behandlingsalternativ är möjliga.

**Skälen för regeringens förslag:** Av gällande bestämmelser i HSL framgår att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten. Detta innebär bl.a. att patienten måste informeras om sitt hälsotillstånd och vilka möjligheter det finns till vård och behandling.

De kunskaper och framsteg som gjorts inom den medicinska vetenskapen under det dryga decennium som gått sedan HSL antogs understryker behovet av information och att patienten ges tillfälle att ta ställning till den vård som erbjuds. Bl.a. har den medicintekniska utvecklingen gjort stora framsteg. En följd av detta är att vi i dag kan behandla allt fler och allt äldre människor. Detta kan ibland innebära att en omfattande och för den enskilde påfrestande behandling får vägas mot palliativa vårdinsatser som ur livskvalitetshänseende kan tyckas honom eller henne väl så bra. Vid en sådan avvägning och det val som följer måste patienten ha ett avgörande inflytande.

Regeringen anser att det är angeläget att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården i detta avseende. Det är patienten och hans

eller hennes närstående, med stöd av det expertkunnande som vårdpersonalen representerar, som skall ges möjlighet att ha det reella avgörandet när det gäller att välja behandlingsalternativ i de fall där det finns flera sådana. Självfallet måste dessa alternativ alla stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. De måste också vara ekonomiskt försvarbara med hänsyn till den sjukdom det gäller. De behandlingsalternativ som kan komma i fråga är alltså sådana som sjukvårdshuvudmannen eller offentligt finansierad privat vårdgivare normalt tillhandahåller. Den enskilde skall inte kunna begära att få en behandling som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet inte längre tillämpas, t.ex. till följd av att den inte har någon påvisbar effekt, inte är accepterad i vårt land eller av något liknande skäl.

Mot denna bakgrund föreslår regeringen att den nuvarande bestämmelsen i HSL om att vård och behandling så långt möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten lyfts fram och preciseras. Detta för att det klart skall framgå att, i alla de situationer där det finns alternativa behandlingsmetoder och ingen av dem är självklar utifrån rent medicinska ställningstaganden, patienten skall informeras om dem och själv få möjlighet att ta ställning till vilken behandling som han eller hon skall ges.

Det är i detta sammanhang, som vi tidigare framhållit, angeläget att patienten får möjlighet att diskutera behandlingsalternativen med sin läkare och med sina närstående. Hur bl.a. samspelet mellan patient och vårdpersonal kan förstärkas kommer att belysas närmare i HSU 2000, då regeringen i tilläggsdirektiven (Dir. 1994:152) till denna kommitté bl.a. uppdragit åt den att överväga åtgärder som kan vidtas för att stärka patientens ställning. Kommittén skall slutredovisa sitt arbete senast den 30 juni 1996.

### 5.3 En flexibel och behovsanpassad hälso- och sjukvård -- krav på förändring

**Regeringens bedömning:** Det krävs ett kontinuerligt reformarbete för att anpassa hälso- och sjukvården till förändrade behov och nya förutsättningar. I detta arbete måste primärvården prioriteras för att en god vård på lika villkor skall kunna erbjudas hela befolkningen.

**Skälen för regeringens bedömning:** Ett utmärkande drag i dagens samhälle är de kraftiga och snabba förändringar som sker inom de flesta sektorer. Ny teknologi präglar såväl arbetsliv, skola, hemarbete som kulturutbud m.m. Kraven på befolkningens utbildningsnivå och kompetens ökar för att vi skall kunna hantera en allt mer komplex tillvaro såväl i skolan och arbetslivet som i den privata sfären. Förväntningarna på vår förmåga att anpassa oss och ta till oss nya kunskaper stegras.

Den utveckling som sker är till stora delar positiv och stimulerar och underlättar vår tillvaro. Men vår förmåga och våra möjligheter att be-

arbeta, ställa om och anpassa oss till nya förutsättningar varierar från individ till individ. Ett uttryck för detta är att befolkningens sjukdoms-panorama förändras över tiden.

Samhällsutvecklingen berör självfallet också hälso- och sjukvården där forskningen och den medicintekniska utvecklingen leder till ständigt nya kunskaper och behandlingsmöjligheter. Kunskapsnivån ökar i befolkningen och möjligheterna till information förbättras. I takt med detta ökar också befolkningens krav och förväntningar på inflytande och delaktighet i en vårdssituation. Som följd ökar även kraven på en flexibel hälso- och sjukvårdsstruktur.

En sådan flexibel struktur bör bygga på ett mer patientcentrerat arbetssätt, där verksamheterna organiseras utifrån patienterna och deras behov snarare än utifrån de olika specialistfunktionernas villkor. Primärvården som omfattar basal medicinsk vård, omvårdnad, prevention och rehabilitering utan avgränsning vad gäller åldersgrupper, organsystem, sjukdomar eller patientgrupperna är den naturliga basen i en sådan flexibel hälso- och sjukvårdsstruktur. Dess lokala förankring, tillgänglighet och kontinuitet ger förutsättningar för att tidigt upptäcka förändringar i befolkningens hälsa och anpassa vårdutbudet efter detta.

I ett historiskt perspektiv framgår tydligt hur hälsoproblemen förändras över tiden. Infektionssjukdomarna var de stora folksjukdomarna i början av 1900-talet. I dag dominerar hjärt- och kärlsjukdomar och belastnings-sjukdomar, allergier och vissa cancerformer ökar. Vilka som blir morgondagens folksjukdomar kan vi inte säkert förutse, men många förutspår att sjukdomar av psykosomatisk karaktär kommer att öka i omfattning. Inte minst vid sjukdomar av detta slag är det en fördel om de kan behandlas i öppna vårdformer och i patientens närmiljö. Den kompetens- och kunskapsinriktning och helhetssyn som präglar primärvården talar, enligt vår mening, för att det är denna vårdnivå som bör utvecklas och förstärkas för att möta ändrade hälsoproblem och förebygga fortsatt utbredning.

Ändrade behandlingsmetoder påverkar också relationen öppen och slutet vård. Nya tekniker inom kirurgi och anestesi gör det möjligt att snabbt öka antalet polikliniskt utförda operationer – s.k. dagkirurgi. Många andra länder, t.ex. Canada och USA, utnyttjar dagkirurgins möjligheter i större utsträckning än Sverige. Men även i vårt land sker nu en snabb utveckling. Ca 50 % av alla operativa ingrepp beräknas kunna utföras polikliniskt i en nära framtid. Flera privata vårdgivare har också tillägnat sig de nya teknikerna och arbetar i ökad utsträckning inom sina respektive specialiteter. Insatser från dessa specialister – den sekundära vårdnivån – i öppna vårdformer innebär ökade krav på primärvården vad gäller uppföljning och eftervård. Detta arbete sker också med fördel inom den vårdnivå som har att tillgodose befolkningens behov av basal medicinsk behandling, omvårdnad och rehabilitering.

De rådande ekonomiska förutsättningarna för den offentliga sektorn och därmed också för hälso- och sjukvården ställer mycket höga krav på att tillgängliga resurser används på bästa möjliga och effektiva sätt. Vård i öppna vårdformer är oftast mindre resurskrävande än slutet vård.

Den öppna vården kan också fördelas bättre över landet och därmed bli lättare att nå för en större del av befolkningen. Även ny teknologi underlättar strävandena att ge befolkningen en god medicinsk service där den lever och är verksam. Det är angeläget, bl.a. ur effektivitetssynpunkt, att de möjligheter som i dag finns att ge en kvalitativt god och effektiv vård i öppna vårdformer utnyttjas. För att detta skall kunna ske på ett för patienten tryggt och bra sätt är samarbetet och samverkan mellan de olika vårdnivåerna och huvudmännen av avgörande betydelse. Informationsteknologin bör kunna underlätta detta viktiga samarbete. Primärvårdens roll och ansvar behöver förstärkas i ett sådant samarbete.

De val och ställningstaganden som i dag görs och de åtgärder som sjukvårdshuvudmännen nu vidtar kommer att prägla hälso- och sjukvården lång tid framöver. Antingen kommer vi i vårt land att få en allt mer välfungerande och adekvat dimensionerad primärvård eller så riskerar vi en än mer uppdelad och specialiserad hälso- och sjukvård som skall möta även befolkningens basala medicinska behov. En sådan utveckling torde varken främja sjukvårdshuvudmännens strävanden att nå målet om en god vård på lika villkor för alla invånare eller bidra till att utjämna skillnaderna i hälsotillstånd mellan olika befolkningsgrupper.

Sammantaget finns det alltså enligt regeringens mening flera skäl som talar för att primärvården bör prioriteras vid fördelningen av resurser inom hälso- och sjukvården. Den kompetens och tillgänglighet som primärvården skall kunna erbjuda är det främsta skälet. En väl utbyggd primärvård kan tillgodose den helt övervägande delen av de hälso- och sjukvårdsbehov som finns i en befolkning och detta i nära anslutning till var den som behöver vården bor och är verksam. En primärvård grundad på allmänmedicinsk kompetens och samverkan mellan olika yrkesgrupper ger förutsättningar för att få en helhetssyn på enskilda individers och familjers situation och att behandla flera hälsoproblem och diagnoser såväl över tiden som vid varje besök. Det ankommer på primärvården att utnyttja dessa möjligheter och ta sitt ansvar för den basala hälso- och sjukvården. Om så sker finns det också förutsättningar för en hög kostnadseffektivitet inom primärvården liksom inom hälso- och sjukvården i stort.

**5.4.1 Kända begrepp – preciserad innebörd.**

**Regeringens bedömning:** Begreppet primärvård bör beteckna en vårdnivå och används här i denna betydelse. Öppenvård är ett vidare begrepp som med hänsyn till verksamhetens inriktning och innehåll bör delas upp i

- primärvård, som omfattar basal medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper och
- övrig öppenvård som med grund i den specialiserade sjukvården utgår från insatser som görs av andra specialistläkare än specialister i allmänmedicin såväl inom offentlig verksamhet som i privata driftformer. Övrig öppenvård hör därmed i allmänhet till den sekundära vårdnivån.

**Skälen för regeringens bedömning:** I 5 §, HSL används begreppet öppenvård som benämning på den hälso- och sjukvård som inte kräver intagning på sjukvårdsinrättning. Öppenvård är alltså ett vidare begrepp än primärvård och innefattar även övrig öppenvård.

*Primärvårdsbegreppet*

När begreppet primärvård introducerades kom det bl.a. att beteckna en organisationsform inom den öppna vården, nämligen den offentligt, vid vårdcentraler bedrivna öppenvården. Men primärvården har organiserats på olika sätt i landet och begreppet är därför i dag inte entydigt. Regeringen vill dock framhålla att organisationsformen är av underordnad betydelse och att driftformerna kan variera. Det viktiga och avgörande är verksamhetens inriktning, innehåll och kvalitet. Primärvården i den mening vi använder begreppet betecknar en vårdnivå och avser då den nivå som skall kunna tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård. Det är också i denna betydelse som primärvårdsbegreppet definieras av Världshälsoorganisationen (WHO) och i andra internationella sammanhang. Primärvård som vårdnivå inkluderar därmed även kommunal hälso- och sjukvård, privatpraktiserande specialister i allmänmedicin och privatpraktiserande sjukgymnaster. Vem som bedriver verksamhet eller hur denna verksamhet organiseras är sålunda inte avgörande.

Primärvårdens ansvar vad gäller arbetsinriktning och innehåll omfattar basal medicinsk vård, omvårdnad, förebyggande verksamhet och rehabilitering. Dessa insatser tillhandahålls av professionella yrkesgrupper som tar ansvar för sådana basala insatser utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder, patientgrupper, kön, eller organsystem. Men detta utesluter

självfallet inte att vissa av dess åtgärder vänder sig till speciella grupper, t.ex. barnhälsovård och mödravård.

Primärvården skall karaktäriseras av kvalitet, god tillgänglighet, närhet och kontinuitet. En nära samverkan med andra service- och vårdgivare och god kännedom om lokala förhållanden är av central betydelse. Beredskap för flexibilitet bör också präglade primärvårdens arbetssätt för att den snabbt skall kunna möta förändrade eller nya behov av hälso- och sjukvård. En god primärvård förutsätter även att de som arbetar inom den får regelbunden fortbildning. Det är en fördel om den är individuellt anpassad.

#### *Övrig öppenvård*

Övrig öppenvård har sin grund i den specialiserade sjukvården med insatser av läkare med andra specialistkompetenser än de i allmänmedicin. Övrig öppenvård räknas med WHO:s terminologi till den sekundära vårdnivån. I övrig öppenvård ingår därmed både de öppenvårdsmottagningar som finns vid eller anknutna till sjukhus och privatpraktiserande läkare med annan specialistkompetens än i allmänmedicin.

#### **5.4.2 Primärvårdens uppgifter och ansvarsområde**

**Regeringens förslag:** Primärvården är basen i hälso- och sjukvården. Den skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder, eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser. Detta skall framgå av hälso- och sjukvårdslagen. Primärvården som vårdnivå skall alltså erbjuda ett brett utbud av hälso- och sjukvårdstjänster, där olika yrkeskategorier samverkar för att ge den enskilde en god vård.

**Regeringens bedömning:** För att primärvården skall kunna fullgöra sina uppgifter och sitt ansvar måste den tillföras resurser som står i relation till de krav som ställs på den. Detta gäller även tillgången till läkarresurser, där bristerna tidigare har varit påtagliga. Som ett genomsnittligt riktmärke för landet som helhet bör det i primärvården finnas en läkare per 2 000 invånare.

**Skälen för regeringens överväganden:** I prop. 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. redovisade den dåvarande regeringen sin syn på hur hälso- och sjukvården borde inriktas och utvecklas. I detta sammanhang menade det föredragande statsrådet att primärvården genom egna resurser bör "kunna tillhandahålla all sjukvårdsservice och all individuell hälsovård som inte av medicinska skäl bör vara förlagd till länssjukvården eller som tillhandahålls genom t.ex.

företagshälsovård eller skolhälsovård. För att utvecklas till den bas för hela hälso- och sjukvården som förutsätts i propositionen om hälso- och sjukvårdslagen är det nödvändigt att primärvården kan tillhandahålla ett brett serviccutbud anpassat till befolkningens behov. Viktiga delar av denna verksamhet är en väl täckande jourverksamhet, hembesök vid akut sjukdom och en väl utbyggd hemsjukvård." Förslagen i propositionen om riktlinjer för primärvården godkändes av riksdagen (bet. 1984/85:SoU28, rskr. 1984/85:400).

Den inriktning gäller i princip fortfarande och bör enligt vår mening ytterligare framhållas. Den största förändringen sedan mitten av förra decenniet är att också alla kommuner i dag har ett huvudmannansvar för viss hälso- och sjukvård som ingår i primärvården. Primärvården som basen i hälso- och sjukvårdsstrukturen skall markeras genom att det av HSL skall framgå att dess ansvar omfattar basal medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsning vad gäller ålder, sjukdomar eller patientgrupper.

### *Vård och behandling*

Primärvården som vårdnivå skall alltså erbjuda ett brett utbud av hälso- och sjukvårdstjänster, där olika yrkeskategorier samverkar för att ge den enskilde en god vård.

Läkarinsatserna inom primärvården har sina ursprungliga rötter i den gamla provinsialläkarorganisationen. Provinsialläkaren hade god kännedom om och förankring i det lokala samhället. Dagens primärvårdsläkare skall ha en bred utbildning med utgångspunkt från en helhetssyn på patienten och dennes förhållanden och ett probleminriktat arbetssätt för att kunna svara för befolkningens basala sjuk- och hälsovårdsbehov. Kompetenskravet bör vara specialist i allmänmedicin.

I den mån patienten har behov av annan specialistvård skall primärvårdens läkare fungera som patientens lots och vägledare och även svara för den eventuella efterbehandling och rehabilitering som kan ges på denna nivå.

Primärvårdsläkarnas insatser har sin tyngdpunkt i diagnos, behandling och individinriktade förebyggande insatser. Den nära samverkan med övriga yrkesgrupper inom primärvården, med sekundärvården och med kommunalt anställda är av central betydelse. Samverkan och goda kontakter med försäkringskassa, företagshälsovård och arbetsförmedling är också viktiga inslag i arbetet.

På 1950- och 60-talen var det betydligt vanligare än i dag att läkare gjorde hembesök. Utvecklingen av hemsjukvården och landstingens ansvar för läkarinsatserna i denna vård understryker, enligt vår mening, betydelsen av att primärvårdsläkarna får ökade möjligheter att uppsöka patienten i dennes hem. Hembesök bör vara ett viktigt inslag i vården av bl.a. kroniskt sjuka med rörelsehinder, patienter i akut psykisk kris, patienter som nyss kommit hem efter en sjukhusvistelse och patienter i livets slutskede.

Distriktssköterskornas ansvar utgår oftast från ett geografiskt avgränsat



distrikt, vilket är en fördel bl.a. vid den uppsökande verksamheten. Den samordning som tidigare fanns på många håll i landet mellan dessa distrikt och kommunernas distriktsindelning har dock efter Ädelreformen i flera fall luckrats upp. Distriktssköterskornas huvuduppgifter består av mottagningsverksamhet, barnhälsovård, hemsjukvård och förebyggande arbete. Deras mottagningsverksamhet omfattar bl.a. sjukvårdande behandlingar till vuxna, rådgivning vid olika barnsjukdomar och individuella och grupprelaterad hälsovård. I regel samverkar distriktssköterskan i första hand med en specialistkompetent läkare i allmänmedicin, men de samverkar även med andra specialister.

Det finns ungefär dubbelt så många distriktssköterskemottagningar som läkarmottagningar inom primärvården. Vid flera läkarmottagningar finns också särskilda sköterskemottagningar för att kontrollera patienter med högt blodtryck, diabetes och astma. Kontrollerna innebär ett återfall i sjukdom förebyggs och förutsätter läkarstöd. Det är inte ovanligt att patienterna har flera sjukdomar varför helhetssynen på patientens hälsotillstånd och förhållanden i övrigt har stor betydelse.

Motsvarande mottagningar finns också vid vissa sjukhus. Såväl ur patientens synvinkel som verksamhetsmässigt finns det dock fördelar med att mottagningar av detta slag finns inom primärvården. Primärvårdens mottagningar är oftast mer lättillgängliga ur geografiskt hänseende och i de fall man har flera sjukdomar är primärvårdens helhetssyn en fördel. Genom samverkan mellan primärvårdens personal och sjukhusens organspecialister och utarbetade vårdprogram kan även kvaliteten i verksamheten säkras

### *Hemsjukvård*

Allt fler människor kan numera få sina medicinska vårdbehov tillgodosedda i det egna hemmet genom s.k. hemsjukvård. Dygnet-runt-bemannning, förstärkt kompetens, bättre kommunikations- och övervakningsmöjligheter, effektiv smärtlindring och bättre tekniska hjälpmedel är bl.a. faktorer som gjort denna utveckling möjlig. Hemsjukvård organiseras på flera olika sätt i landet. Den enskilde patienten bör, om han eller hon så önskar, kunna välja sjukvård i hemmet som ett alternativ till sjukhusvård när inte sjukhusens särskilda medicinska eller tekniska resurser krävs.

Inom hemsjukvården är hembesök en viktig del av distriktssköterskans arbete. Han eller hon tar själv eller i samverkan med andra vårdgivare ställning till patientens samlade behov. Det kan gälla hjälpmedel, behov av dagsjukvård, rehabilitering eller behov av annan medicinsk behandling osv. Undersköterskor finns ofta som stöd för distriktssköterskorna. Underskötersketjänster i primärvården introducerades i början av 1980-talet i samband med hemsjukvårdens kraftiga expansion. I dag ingår många undersköterskor i kommunernas verksamheter.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster är centrala yrkesgrupper i primärvårdens rehabiliterande verksamhet. Kortare vårdtider på sjukhus och samtidigt förbättrade möjligheter till hemsjukvårdsinsatser har medfört att kraven på primärvårdens rehabiliteringsinsatser har ökat. Dokumenterade erfarenheter av rehabilitering i hemmet är också positiva. Bl.a. har det framkommit att patienten ofta är mer motiverad i en situation, där rehabiliteringsarbetet direkt kan kopplas till hemmiljön och vardags-tillvaron.

Vid rehabilitering i hemmen är undersköterskornas insatser en viktig del. Den initiala behandlingen ges ofta av sjukgymnast som samtidigt handleder undersköterskorna.

Ansvaret för habiliterings- och rehabiliteringsinsatser åvilar såväl landsting som kommuner. När det gäller läkarinsatser har dock landstinget det fulla ansvaret. Vi vill särskilt framhålla vikten av att man inom landstingens primärvård uppmärksammar och planerar behovet av rehabiliteringsinsatser när det gäller äldre personer och de psykiskt störda. När huvudansvaret för omvårdnaden av dessa grupper numera finns hos kommunerna är det särskilt angeläget att primärvården under landstingens ansvar inriktar sin verksamhet på ett sådant sätt att den tillgodoser även dessa gruppers behov av en god medicinsk service inklusive rehabilitering.

Det kan även finnas andra yrkesgrupper inom primärvården, såsom barnsjuksköterskor, barmorskor, laboratorieassistenter, psykologer, kuratorer, dietister m.fl. Ungefär hälften av alla sjuksköterskeinsatser inom barnhälsovården utförs i dag av barnsjuksköterskor. Barmorskorna i primärvården svarar för huvuddelen av insatserna inom mödrahälsovården och vid ungdomsmottagningarna. Utöver dessa yrkesgrupper finns också andra som inte är direkt involverade i vårdarbetet såsom sekreterare, receptionister och städpersonal. Allt fler laboratorieprover och analyser utförs i dag inom primärvården. Det finns fördelar såväl för den enskilde som för vårdgivaren att analyser kan utföras lokalt och vid samma besök. Kvaliteten i detta arbete måste alltid upprätthållas. Detta kan bl.a. ske genom att metodutveckling, utbildning och kvalitets-säkring samordnas med centrala laboratorier.

### *Förebyggande arbete*

Karakteristiskt för primärvårdens arbetssätt är samverkan. Ofta uppnår man på så sätt bättre resultat än om de olika yrkesgrupperna var för sig tog hand om den som söker vård. Helhetssyn, samverkan och ansvar samt god kännedom om de lokala förhållandena skall alltså prägla primärvårdens verksamhet och utgör även grunden för ett framgångsrikt förebyggande arbete.

Ett individinriktat förebyggande förhållningssätt bör prägla alla kontakter inom primärvården oavsett vilken eller vilka yrkesgrupper som den enskilde söker hjälp hos. Det förebyggande arbetet kan avse friska

personer i syfte att undvika sjukdom eller skador, s.k. primärprevention, riktade undersökningar för att upptäcka sjukdomar på ett tidigt stadium, sekundärprevention, eller arbete för att förhindra att sjukdom återkommer eller förvärras, tertiärprevention.

I den prevention som gäller rent medicinska riskfaktorer som t.ex. högt blodtryck, rökvanor och olämpliga kostvanor har primärvården en viktig funktion inte bara vad gäller att ta upp dessa frågor med patienterna utan också genom att medverka i hälsoinformation och andra åtgärder som riktar sig till hela befolkningsgrupper. Erfarenheterna visar att små förändringar hos många kan ge stora hälsoeffekter i befolkningen som helhet. Därför är det viktigt att det preventiva arbetet också riktar sig mot hela befolkningsgrupper och då särskilt till de grupper som löper speciellt stor risk för ohälsa.

Men det är huvudsakligen i den nära, kontinuerliga och personliga kontakten med t.ex. distriktssköterska, barn- och mödrhälsovård, primärvårdsläkare liksom genom olika folkrörelser och organisationers personliga engagemang och aktiviteter, som människor förmår att bryta invanda och ohälsosamma levnadsvanor. Detta stöds av entydiga internationella erfarenheter. Kampanjer och hälsoinformation kan inte ersätta denna basverksamhet men däremot fungera som stöd för sådan.

Bl.a. ur primärvårdens synpunkt finns det behov av att klarlägga ansvarsfördelningen inom det förebyggande arbetet. Landstingen saknar, enligt en uppföljning som Socialstyrelsen gjort, på flera håll övergripande strategier och konkreta handlingsprogram för den samhällsmedicinska verksamheten och folkhälsoarbetet. Det ställs ofta stora förväntningar på primärvården även när det gäller aktiva samhällsinriktade förebyggande insatser. Samtidigt saknas ofta resurser, utbildning och kompetens för att uppfylla dessa förväntningar.

Till detta kommer att det finns oklarheter i och skilda uppfattningar om vad som är landstingens, kommunernas respektive forskningens ansvar inom folkhälsoarbetet. Det finns därför skäl att slå fast de olika samhällssektorens och aktörernas ansvar på ett tydligare sätt. Detta är en förutsättning för att också primärvårdens ansvar inom detta område skall kunna preciseras.

Regeringen har mot denna bakgrund i tilläggsdirektiv uppdragit åt utredningen om hälso- och sjukvårdens framtida organisation och finansiering, HSU 2000, att analysera uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan stat, landsting och kommuner när det gäller folkhälsoarbete samt hur samverkan mellan de olika aktörerna kan förbättras. Kommittén skall då också överväga om det finns behov av att precisera kommunernas och landstingens folkhälsoansvar i HSL.

### *Dimensionering*

Primärvården måste ha en dimensionering som står i relation till dess uppgifter och ansvar. Under de senaste 20 – 25 åren har primärvården byggts upp och utvecklats, men den har också under hela denna period präglats av en konstant brist på läkare. Personalgrupperna runt läkarna

växte och generellt sett blev primärvården så småningom en relativt personaltät organisation med undantag av läkare. Under 1980-talet minskade t.ex. antalet tjänster för vidareutbildade läkare i primärvården från 3 500 till 3 250, medan läns- och regionsjukvården kunde notera nästan en fördubbling från 6 358 till 11 257 tjänster. I primärvården var också under motsvarande tid många läkartjänster vakanta eller upprätthölls av vikarier.

Sedan början av detta decennium har situationen ur detta hänseende förbättrats bl.a. som en följd av ett begynnande läkaröverskott i landet. Även husläkarssystemet har haft betydelse i detta sammanhang. Ett av dess huvudsyften var att öka tillgängligheten inom primärvården.

För att människor skall ha tilltro till primärvården och nyttja de tjänster den kan erbjuda är det viktigt att den är väl anpassad och dimensionerad. Det gäller alla personalgrupper, även läkarna. En målsättning om en läkare per 2000 invånare bör enligt regeringens mening vara den måttstock som bör eftersträvas. Detta står också i överensstämmelse med landstingens egna strävanden.

Detta innebär inte att en läkare per 2 000 invånare är den utgångspunkt för dimensioneringssträvandena som alltid bör gälla i varje avgränsad del av ett sjukvårdsområde. Förhållandena över landet varierar vad gäller annat vårdutbud, befolkningens hälsotillstånd, ålderssammansättning, sociala förhållanden, geografiska förutsättningar m.m. Detta kan påverka primärvårdens uppgifter och arbetsbelastning. Som följd kan såväl en högre som en lägre läkartäthet vara motiverad i vissa områden. Generellt sett bör dock en läkare per 2000 invånare vara det genomsnittliga riktvärdet för landet som helhet.

### 5.4.3 Ledningsansvaret inom primärvården

**Regeringens förslag:** Primärvården skall inte omfattas av de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som reglerar den samlade ledningen av verksamheten.

**Skälen för regeringens förslag:** Den 1 juli 1991 infördes i IISL en bestämmelse som innebär att det vid enheter för diagnostik, vård och behandling skall, om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, finnas en särskild läkare med specialistkompetens som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En sådan läkare benämns chefsöverläkare. Det är en uppgift för landstingen att bestämma vid vilka enheter som det skall finnas chefsöverläkare.

I samband med husläkarreformen ändrades bestämmelsen om det samlade ledningsansvaret. Ändringen innebär att det vid sådana enheter inom den offentliga hälso- och sjukvården som består av husläkare inte skall finnas chefsöverläkare med ett samlat ledningsansvar. Motivet till detta var dels att en husläkare vad det gäller medicinskt ansvar inte

skall vara underställd annan läkare, dels att de uppgifter som de patientansvariga läkarna har till stor del motsvaras av det särskilda ansvaret för patienterna som husläkarna har.

Bestämmelserna om chefsöverläkare och patientansvariga läkare har tillkommit för att stärka patientsäkerheten genom att göra ansvaret för patienten mer entydigt främst inom den slutna vården. I samband med att de infördes kom dock många landsting att införa chefsöverläkare också inom primärvården. Detta fick bl.a. effekter för andra yrkesgrupper, främst sjuksköterskor. Flera som tidigare hade haft chefs- och ledningsfunktioner fick nu överlämna detta ansvar till chefsöverläkarna.

När husläkärsystemet infördes avvecklade en del landsting chefsöverläkarfunktionen i primärvården. En effekt av detta är bl.a. att fler sjuksköterskor och barnmorskor m.fl. åter fått chefstjänster – en ökning från drygt 30 tjänster till över 140 under ett år.

I samband med socialutskottets behandling av den dåvarande regeringens proposition (1992/93:160) om husläkare m.m. hemställdes i en motion om att all primärvård skulle undantas från bestämmelserna i HSL om ett samlat ledningsansvar. Hemställan avvisades med hänvisning till Socialstyrelsens pågående utvärdering av chefsöverläkarreformen.

Även om Socialstyrelsen ännu inte redovisat utvärderingen anser regeringen att bestämmelserna om chefsöverläkare inte bör omfatta primärvården. De huvudsakliga motiven för detta är regeringens förslag om att varje medborgare i landet skall ha rätt att välja en fast läkare inom primärvården och att denne är patientansvarig. Som sådan bör han eller hon inte vara underställd någon annan läkare.

Detta innebär att det inom primärvården inte finns något krav på ett samlat ledningsansvar för den administrativa och medicinska ledningen. Frågan om hur ledningsansvaret skall utformas och vad det innebär blir således en uppgift för landstinget att självt bedöma och besluta om.

#### 5.4.4 Försöksverksamhet med kommunal primärvård

**Regeringens förslag:** Den tid under vilken försöksverksamhet enligt lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård får bedrivas förlängs till utgången av år 1998.

**Skälen för regeringens förslag:** Sedan den 1 januari 1992 har kommuner möjlighet att som försöksverksamhet med huvudmans ansvar överta primärvården från landsting. Verksamheten regleras i lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård. En förutsättning är att berörda landsting och kommuner själva har kommit överens om att starta försök. Socialstyrelsen prövar frågor om tillstånd och får fastställa villkor för verksamheten.

Försöksverksamheten inleddes år 1992 och bedrevs ursprungligen i sex kommuner. Snare har ytterligare en kommun tillkommit och i två kom-

muner har försöksverksamheten avbrutits. För närvarande pågår försöksverksamhet i Ale, Ancby, Helsingborg, Katrineholm och Sigtuna.

I Kävlinge kommun avbröts försöksverksamheten den 1 januari 1994 med hänvisning till att husläkarsystemets införande skulle motverka försöksverksamhetens intentioner. Senare har också Håbo kommun upphört med försöksverksamheten med hänvisning till den snabba kostnadsökningen inom öppenvård vid sjukhus som vid sidan av primärvården ingick i försöket och som kommunen inte kunde råda över.

Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet har gemensamt sänt en förfrågan till de landsting och kommuner som bedriver försöksverksamhet om hur de ser på en eventuell förlängning av försöken. En för de båda huvudmännen gemensam uppfattning har uttalats från Sigtuna kommun och Stockholms läns landsting samt från Katrineholms kommun och Södermanlands läns landsting. Helsingborgs stad och Ale kommun har också yttrat sig i frågan.

Den gemensamma uppfattningen bland dessa huvudmän är att de anser att försökstiden bör förlängas i avvaktan på Socialstyrelsens utvärdering, som förväntas i mitten av år 1997, och eventuella ställningstaganden som denna kan komma att föranleda. Formella framställningar till regeringen om att förlänga tiden för den pågående försöksverksamheten har också inkommit från bl.a. Svenska kommunförbundet. Tre av de landsting som deltar i försöksverksamheten har avstyrkt förlängd försöksverksamhet, Jönköpings, Malmöhus och Älvsborgs läns landsting.

I samband med att de lagmässiga förutsättningarna för försöksverksamhet med kommunal primärvård gavs fastställdes försöksperioden till fem år. Avsikten med denna relativt långa försöksperiod var bl.a. att ge utrymme för utvärdering under pågående försöksperiod. Men erfarenheterna hittills har visat att det tar tid att initiera, förankra och genomföra en försöksverksamhet av detta slag. Det är också angeläget att en samlad och allsidig utvärdering kan ske som ger underlag till väl underbyggda bedömningar och slutsatser.

Regeringen anser mot denna bakgrund att det finns skäl att förlänga tiden för försöksverksamhet med kommunal primärvård. Sådan verksamhet föreslås få bedrivas till utgången av år 1998. Det är dock en fråga för berörda huvudmän att besluta om i vilken utsträckning de vill utnyttja möjligheten att förlänga pågående försöksverksamheter.

### 5.5.1 Sjukvårdshuvudmännens ansvar och befogenheter

**Regeringens bedömning:** Sjukvårdshuvudmännen har ansvaret för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Vården skall ges till alla på lika villkor. En viktig förutsättning för att sjukvårdshuvudmännen skall kunna skapa likvärdiga villkor i fråga om att upprätthålla en god tillgång till och kvalitet i hälso- och sjukvården är att de kan fördela resurserna efter befolkningens vårdbehov och lokala förutsättningar.

**Regeringens förslag:** Av bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen framgår att landstingen och kommunerna i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda. Denna samverkansskyldighet skall preciseras på så sätt att det framgår att den alltid omfattar privata vårdgivare.

**Skälen för regeringens överväganden:** HSL är en målinriktad ramlag. Den ger sjukvårdshuvudmännen stora möjligheter att utforma hälso- och sjukvården på det sätt som de finner är bäst och lämpligast med hänsyn till lokala behov och förutsättningar. Innan ändringen i HSL till följd av bestämmelsen om husläkare var den enda lagreglerade bestämmelsen ur organisatorisk synvinkel att det "för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall finnas sjukhus."

I samband med husläkarlagens tillkomst infördes en bestämmelse i HSL om att landstinget skall organisera den öppna vården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en husläkare. Det framgår också att bestämmelser om sådana läkare finns i lagen (1993:588) om husläkare. Inom ramen för lagbestämmelserna finns det dock relativt stort utrymme för sjukvårdshuvudmännen att anpassa husläkarverksamheten till lokala behov och förutsättningar. Sjukvårdshuvudmännen beslutar bl.a. om omfattningen av husläkaråtagandet och ersättningsnivåerna. Men det finns – och fanns – också bestämmelser som i onödan binder upp och begränsar sjukvårdshuvudmännens agerande. Detta gäller bl.a. ersättningssystemets utformning, de tidigare bestämmelserna om den s.k. passiva listningen och etableringsmöjligheterna. Regeringen har mot denna bakgrund, som tidigare framgått (avsnitt 5.1), föreslagit att husläkarlagen upphävs.

De bestämmelser om rätt till etablering som rädde under år 1994 enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik innebar betydligt kraftigare inskränkningar på sjukvårdshuvudmännens möjligheter att planera hälso- och sjukvården efter befolkningens behov och områdets förutsättningar jämfört med husläkarssystemet. Genom den s.k. fria etableringen kunde

huvudmannen vare sig påverka lokaliseringen eller inriktningen av de privata vårdgivarnas verksamhet. Effekterna av detta varierar dock kraftigt mellan olika sjukvårdshuvudmän och det är främst storstäderna, inte minst Stockholm, som attraherat privatpraktiserande vårdgivare. Som följd har sjukvårdsutbudet ökat påtagligt inom vissa områden. Det gäller speciellt i de tre största städernas centrala delar och andra befolkningscentra. På andra håll i landet kan det vara svårt att rekrytera och behålla läkare inom vissa specialiteter.

Eftersom sjukvårdstjänster i stor utsträckning är utbudsstyrda beräknas kostnadseffekterna bli påtagliga. Men de prognoser som för närvarande finns för år 1995 om detta är dels osäkra, dels disparata. Uppgifter om faktiska utbetalningar finns dock för andra halvåret 1994, men de är inte helt jämförbara med motsvarande uppgifter från närmast föregående år.

Möjligheterna till kontroll av totalkostnaderna inom hälso- och sjukvårdssektorn är av central betydelse ur samhällsekonomisk synpunkt. För att service och vård skall kunna fördelas efter behov är det nödvändigt att sjukvårdshuvudmännen kan planera och organisera hälso- och sjukvården inom sina respektive områden efter lokala förutsättningar.

Riksdagens beslut (bet. 1994/95:SoU10, rskr. 1994/95:133) med anledning av regeringens proposition 1994/95:109 innebar att etableringsbestämmelserna i de angivna lagerna ändrades så att landstingen skall lämna sitt medgivande för att en etablering med rätt till offentlig finansiering skall komma till stånd. Detta var ett första steg för att återge sjukvårdshuvudmännen reella styrmöjligheter för att uppfylla sitt ansvar enligt HSL, som nu följs upp i enlighet med vad regeringen aviserade i samband med den nämnda propositionen.

Sjukvårdshuvudmännens ansvar att planera hälso- och sjukvården i respektive sjukvårdsområden utifrån befolkningens behov av sådan vård berör all hälso- och sjukvårdsverksamhet oavsett vem som i praktiken utför vårdarbetet. Detta framgår av HSL, där det bl.a. anges att "planeringen skall även avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstinget och kommunerna inom landstinget." De förslag som vi lägger fram för riksdagens prövning i detta sammanhang syftar bl.a. till att förbättra landstingens möjligheter att uppfylla detta planeringsansvar med beaktande av att det i varje landsting bör finnas ett varierat vårdutbud och alternativ till den offentligt producerade vården.

Sjukvårdshuvudmännens planeringsansvar har, som vi tidigare framhållit, sin grund i att de måste ha möjlighet att styra resurserna dit de bäst behövs för att i första hand ge vård till de svårast sjuka. Det kan gälla de gamla, de kroniskt sjuka eller de psykiskt störda. Produktionen av sjukvårdstjänster kan också delvis ske i alternativ till landstingens egen produktion så länge sjukvårdshuvudmannen har inflytande över verksamhetens inriktning, tillgänglighet och kvalitet. Men detta förutsätter att sjukvårdshuvudmännen i sin planering för hälso- och sjukvården samverkar med övriga vårdgivare inom respektive sjukvårdsområde för att tillgängliga resurser skall kunna utnyttjas effektivt. Detta är särskilt angeläget i dagens ansträngda finansiella situation. I planeringsarbetet är det nödvändigt att utvärdera befintliga verksamheter, prioritera



mellan olika hälso- och sjukvårdsinsatser och vid behov strukturera om verksamheter inom ramen för tillgängliga resurser.

Under 1990-talet har antalet privata vårdgivare ökat. Det gäller såväl antalet privata sjukhuskliniker som specialister i öppen vård inklusive husläkare. Behovet av att sjukvårdshuvudmännen vid sin planering av hälso- och sjukvården tar hänsyn till alla de resurser som finns inom deras respektive områden framstår allt tydligare. Regeringen anser mot denna bakgrund att det av HSL bör framgå att landstingens skyldighet att samverka med andra utöver kommunerna främst gäller privata vårdgivare. Vi vill också erinra om att den samverkansskyldighet som regleras i HSL innebär att det är landstinget som skall ta initiativ till samverkan med andra vårdgivare på lämpligt sätt. När det gäller de privata vårdgivarna finns det i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik bestämmelser om att de skall samråda med landstinget om sin verksamhet inför en etablering.

På motsvarande sätt som för landstingen skall också kommunernas skyldighet att vid planeringen av sin hälso- och sjukvård samverka med privata vårdgivare framgå av HSL.

Privatpraktiserande vårdgivare är en del av resurserna inom såväl primärvården som den sekundära vårdnivån. De kan och bör medverka i en med sjukvårdshuvudmannen gemensam jour- och beredskapsverksamhet. I planeringen bör landstinget också överväga att ge privata vårdgivare möjligheter att använda sig av länssjukvårdens maskinella utrustning och ändamålsenliga lokaler. Om så sker finns det förutsättningar för att effektivt utnyttja dessa resurser samtidigt som man kan förebygga onödig teknikspridning. Det är också en fördel om privatpraktikerna får erbjuda om att delta i olika former av fortbildning.

De olika vårdgivarna är beroende av varandra. Regeringen förutsätter att de, i det växelspel som skall ske mellan dem, är beredda att gemensamt verka för konstruktiva lösningar.

### 5.5.2 Samverkansorgan mellan landsting och privata vårdgivare

**Regeringens bedömning:** Ett samverkansorgan bör inrättas inom varje landsting med representanter för landstinget och företrädare för de privata vårdgivarna, där en samsyn om hälso- och sjukvårdsbehov m.m. i respektive sjukvårdsområde eftersträvas. Samverkansorganets huvuduppgift bör vara att bidra med underlag inför landstingets beslut om resursfördelning inom hälso- och sjukvården på kort respektive lång sikt. Andra frågor av betydelse för relationen mellan offentligt och privat resursutbud som bör hänskjutas till samverkansorganet för bedömning kan vara att yttra sig över ansökningar om etableringar, dispenser m.m.

**Skälen för regeringens bedömning:** Det svåra ekonomiska läget med

stora underskott i de offentliga finanserna gör att kraven på kostnadseffektivitet blir alltmer framträdande. Det gäller även hälso- och sjukvården där behoven är stora och resurserna begränsade. I detta läge är det viktigare än någonsin att eftersträva effektiva organisationer, behandlingsmetoder och samarbetsformer. Det är också viktigt att ha en samlad bild av det totala vårdutbudet inom ett sjukvårdsområde, eller delar av detta, som kan ställas i relation till befolkningens behov.

Anspråken på sjukvården kan också förväntas öka eftersom antalet riktigt gamla i befolkningen ökar. Dessa äldre, de kroniskt sjuka och de psykiskt störda tillhör dem vars vård och omvårdnadsbehov vi måste kunna tillgodose. Inom detta område har även kommunerna genom sin omsorg och hälso- och sjukvård ett betydande ansvar och omfattande uppgifter.

Enligt regeringens mening är det vårdens tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet som bör sättas i förgrunden och inte driftformen i sig. De motsättningar som kan finnas mellan offentligt och privat driven hälso- och sjukvård bör så långt möjligt överbryggas. Ett medel för detta kan vara att inom varje landstingsområde inrätta ett samverkansorgan med representanter för landstinget och företrädare för de privata vårdgivarna.

Genom ett sådant samverkansorgan finns ett forum för gemensamma diskussioner och ömsesidigt erfarenhetsutbyte som kan främja möjligheterna till samsyn mellan dessa vårdgivare vad gäller hälso- och sjukvårdsbehoven i respektive sjukvårdsområde. En sådan samsyn är en viktig grund för vidare överläggningar om frågor av betydelse för relationen mellan offentliga och privata vårdgivare.

Regeringen har tidigare i dag godkänt en överenskommelse med Landstingsförbundet om att sådana samverkansorgan inrättas inom varje landsting. En viktig uppgift för samverkansorganen bör vara att bidra med underlag inför landstingets beslut om resursfördelning inom hälso- och sjukvården på kort och lång sikt. Samverkansorganet kan också yttra sig över frågor som rör ansökningar om etableringar och dispenser m.m. Andra frågor av betydelse för relationen mellan privata och offentliga vårdgivare kan också hanteras i detta organ t.ex. fortbildning, anordnande av praktikplatser, journalsamverkan, samordnad remissbehandling osv. Samverkansorganet har en rådgivande funktion och bör bestå av lika många representanter för landstinget som för de privata vårdgivarna.

### 5.6.1 Alternativa driftformer som komplement och stimulans

**Regeringens bedömning:** Styrning, ledning och organisation av den offentliga verksamheten behöver successivt ses över och revideras efter nya förutsättningar. Nya och mer flexibla verksamhetsformer bör prövas. Det är en fördel om det i varje landstingsområde finns alternativ till den offentligt producerade hälso- och sjukvården. Verksamhetens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet bör styra valet av vårdgivare.

**Skälen för regeringens bedömning:** Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är ett s.k. integrerat system där landstinget är både finansierare och producent av vård och omsorg. Enligt regeringens mening har ett sådant system många fördelar inte minst vad gäller kostnadskontroll och möjligheter att anpassa vårdutbudet efter befolkningens behov. Ett integrerat system är också en förutsättning för att vård av god kvalitet skall finnas tillgänglig i hela landet till rimliga kostnader.

Förändringarna har i många fall varit stora vad gäller hälso- och sjukvårdens övergripande organisation. Vissa landsting har infört olika former av beställar- och utförarsystem i syfte att tydliggöra roller och effektivisera resursanvändningen. Andra landsting har inom ramen för ett mer traditionellt budgetbaserat system tillsammans med personalen sökt andra lösningar att hushålla med de begränsade resurserna.

Även inom själva vårdorganisationen har förändringarna varit betydande. Tillgängligheten till olika behandlingsmetoder har förbättrats. Allt fler behandlingar kan i dag ges i öppna vårdformer och inom hemsjukvården. Tillgängligheten har också förbättrats genom att det nu är lättare än tidigare att snabbt kunna få besöka en läkare inom primärvården. Fler specialister i allmänmedicin, en ökad kontinuitet mellan läkare och patient och en förändrad arbetsorganisation har bidragit till detta.

Bemötandet kan vara avgörande för hur patienten upplever vården. Ett vänligt bemötande där patienten får tid att beskriva sina besvär har stor betydelse för hur vården upplevs liksom hur den information ges som krävs för att patienten skall bli delaktig i vården. Att oftast kunna få träffa samma vårdgivare bidrar till att stärka förtroendet och skapa trygghet för dem som ofta behöver sjukvårdens hjälp och stöd.

Ett centralt mål för reformsträvandena i den svenska hälso- och sjukvården under senare år har också varit att stärka patientens och medborgarens ställning bl.a. genom att ge individen ökade möjligheter att välja vårdgivare inom primärvård och olika typer av specialistvård liksom att välja sjukhus vid slutna vård. Patientens valfrihet har enligt regeringens mening bidragit till att öka serviceandan inom hälso- och sjukvården.

Att det finns skilda driftformer inom hälso- och sjukvården har inte bara positiva effekter för patienterna utan också för personalen. Vissa vårdgivare finner störst arbetstillfredsställelse och motivation hos den offentlige arbetsgivaren. Denne kan ofta erbjuda olika typer av arbetsuppgifter, ett brett arbetsområde och möjlighet att byta arbetsuppgifter inom den egna organisationen. Andra vill helst arbeta i en mindre grupp inom ramen för ett personalkooperativ eller som privat vårdgivare, där man har en större självständighet och påverkansmöjlighet, men också tar en ekonomisk risk.

Landstingen bör visa öppenhet vid valet av driftform. Verksamhetens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet bör styra valet av vårdgivare. Av detta följer att kraven på utbildning och fortbildning, möjligheterna att utöva tillsyn och att erhålla redovisningar om vårdens innehåll och kvalitet så långt möjligt bör likställas mellan offentliga och privata vårdgivare med offentlig finansiering.

Läkare, sjukgymnaster m.fl. som vill arbeta i en annan driftform än som offentliganställda kan dock uppleva att landstingens dubbelroll innebär ett hinder för att få tillgång till den offentliga finansieringen. De säger sig sakna öppenhet hos landstingen att överväga alternativa driftformer, även om dessa uppfyller krav på hög kvalitet och kostnadseffektivitet, då landstinget också har en arbetsgivarroll och vill värna den egna produktionen. Enligt regeringens mening bör dock, som tidigare har genomgått, verksamhetens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet styra valet av vårdgivare.

**Regeringens bedömning:** De läkare som redan i dag finns verksamma inom primärvården som husläkare eller distriktsläkare kommer att behövas inom denna vårdnivå även i framtiden. För detta talar bl.a. behovet av att utveckla primärvården, de ökade krav som ställs på den och det faktum att flertalet sjukvårdshuvudmän ännu inte nått den målsättning som de själva angivit för antalet läkare inom denna vårdnivå i relation till befolkningen.

Enligt gällande bestämmelser är det sjukvårdshuvudmännen som fastställer såväl omfattningen av som ersättningen för ett husläkaråtagande. I samband med att husläkarlagen upphävs bör sjukvårdshuvudmännen klargöra vad som i respektive sjukvårdsdistrikt utmärker primärvårdsläkarens roll och förutsättningar. Verksamhet som läkare i primärvården bör vara förknippad med jämförbara skyldigheter och förutsättningar oavsett driftform.

**Regeringens förslag:** Verksamhet som privatpraktiserande läkare inom primärvården och den ersättning som lämnas för sådan verksamhet skall regleras i vårdavtal mellan parterna.

Om överenskommelse om vårdavtal mellan parterna inte uppnås skall de privatpraktiserande läkare som nu är verksamma som husläkare ha rätt till ersättning enligt den av regeringen fastställda nationella läkarvårdstaxan. De bestämmelser som i övrigt gäller för verksamhet enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning omfattar därvid även dessa läkare. I förekommande fall skall de därvid få ersättning enligt de bestämmelser i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning som gäller allmänmedicin.

**Skälen för regeringens överväganden:** För att tillgodose befolkningens behov av basal medicinsk service som är lätt tillgänglig är det viktigt att utvecklingen av primärvården fortsätter. Den målsättning som innebär att det i primärvården bör finnas en läkare per 2 000 invånare har några sjukvårdshuvudmän i det närmaste uppnått. De flesta har dock ännu inte nått upp till denna dimensionering.

Allt större förväntningar ställs på primärvården och dess stöd till en avgränsad befolkning i hälso- och sjukvårdshänsende. Detta talar bl.a. för att en läkartäthet som den angivna inte är särskilt hög utan kanske tvärtom en miniminivå. Men befolkningens hälsotillstånd liksom vilket ansvar och vilka uppgifter som ingår i primärvårdsläkarens arbete kan naturligtvis påverka en sådan bedömning liksom utbudet av övrig sjukvård i den närmaste omgivningen m.m.

En rätt för den enskilde att välja en fast läkarkontakt i primärvården talar också för vikten av en adekvat läkarbemanning inom denna vårdnivå.

Enligt regeringens mening kommer de läkare som redan i dag finns

inom primärvården antingen som husläkare eller distriktsläkare att behövas inom denna vårdnivå även i fortsättningen. Det borde, utifrån en sådan bedömning och angivna målsättningar för läkardimensioneringen inom primärvården, finnas goda förutsättningar för dem som i dag är verksamma som privatpraktiserande husläkare att få ett vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen om fortsatt verksamhet. Om så sker är det också till fördel för de människor som redan genom dessa läkare har en fast läkarkontakt i primärvården och som önskar ha denna kvar.

I den mån landstingen och de privat verksamma husläkarna inte träffar vårdavtal skall det finnas möjligheter för privatpraktikerna att vara verksamma med offentlig ersättning. Denna ersättning bör enligt regeringens mening samordnas med de bestämmelser som gäller för andra privatpraktiserande specialisläkare för att undvika flera olika, av staten reglerade, ersättningsystem. De som för närvarande är verksamma som privatpraktiserande husläkare och uppfyller kraven för att få ersättning för denna sin verksamhet enligt husläkarlagen skall därmed ha rätt till ersättning enligt den av regeringen fastställda nationella läkarvårdstaxan om inte annan överenskommelse träffas med landstinget. De bestämmelser i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning som gäller för specialister i allmänmedicin skall då tillämpas. Detta gäller även för de husläkare som utan att vara specialister i allmänmedicin enligt gällande dispensbestämmelser är verksamma som sådana.

### 5.6.3 Privatpraktiserande specialisläkares och sjukgymnasters möjlighet att erhålla offentlig finansiering

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

De statligt reglerade ersättningsystemen avseende vissa specialisläkare och sjukgymnaster bör finnas kvar och härmed möjligheten för sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna att ingå samverkansavtal. Underlag för ersättningarna bör dock förhandlas mellan företrädare för de berörda parterna. Regeringen beslutar därefter om ersättningarna i förordningarna om läkarvårdsersättning respektive ersättning för sjukgymnastik.

**Skäl för regeringens bedömning:** En förutsättning för att sjukvårdshuvudmännen skall kunna upprätthålla en god tillgång och hög kvalitet i hälso- och sjukvården är att de kan fördela resurserna efter befolkningens vårdbehov. Hälso- och sjukvården kommer ständigt att behöva anpassas till nya förutsättningar allt eftersom resurser och behov varierar

med ekonomiskt utrymme, demografiska förändringar och den medicinska utvecklingen.

Kravet på sjukvårdshuvudmännen att vara kostnadseffektiva blir allt tydligare. Enligt regeringens mening kommer kraven på analys av befolkningens vårdbehov att öka till följd av det ekonomiska läget. Vårdutbudet kommer också att behöva vara mera flexibelt än tidigare bl.a. till följd av att en större del av vården kan ges i öppna former. De ökade kraven på flexibilitet kommer att omfatta all hälso- och sjukvård.

Finansieringsansvaret för såväl den offentliga som merparten av den privata sjukvården ligger på landstingen och – i mindre utsträckning – på kommunerna. Ett samlat kostnadsansvar har införts för att underlätta planering och ge bättre förutsättningar för kostnadskontroll inom hälso- och sjukvården. För att ge sjukvårdshuvudmännen ökade möjligheter att pröva hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning anser regeringen att förhållandena mellan sjukvårdshuvudmannen och de privata vårdgivarna skall regleras i avtal. I första hand bör vårdavtal eftersträvas. Vårdavtalen innebär att såväl åtagande, ersättning som andra villkor fastställs lokalt mellan finansiären och vårdgivaren.

Vårdavtalen bör bl.a. omfatta verksamhetsinriktning, åtaganden, former för rapportering och ersättningar till vårdgivaren. Vårdavtal ger enligt regeringens mening positiva effekter för kvaliteten i vården. I vårdavtalet bör parterna t.ex. kunna komma överens om former för kvalitets-säkring, krav på vidareutbildning och vilka möjligheter den privata vårdgivaren har att delta i olika aktiviteter inom den offentliga vården i syfte att fort- och vidareutbilda sig och därmed bredda sin kompetens.

I vårdavtalen bör också de privata vårdgivarna till viss del kunna knytas till den offentliga produktionen för att där kunna ingå i en jourorganisation m.m. Detta ökar flexibiliteten hos den offentlige vårdgivaren. Vidare kan privata specialistläkare och andra vårdgivare avtala om att få tillgång till lokaler och utrustning inom den offentliga vården vilket kan leda till ett effektivare resursutnyttjande. Vårdavtal byggs således på ett konstruktivt samspel mellan den privata vårdgivaren och sjukvårdshuvudmannen.

Enligt regeringens mening är vårdavtal mellan parterna alltid att föredra för att reglera verksamheten och ersättningen till den privata vårdgivaren. Men det bör också finnas en möjlighet att verka under det statligt reglerade ersättningsystemet genom ett samverkansavtal om landstinget och den enskilde vårdgivaren träffar överenskommelse om detta.

Samverkansavtal som ett sätt att reglera förhållandet mellan privata vårdgivare och landstingen/finansiärerna tillkom i samband med de ändringar som gjordes i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik och som trädde i kraft den 1 januari 1995. Det främsta syftet var att hejda den okontrollerbara fria etableringen av specialistläkare och sjukgymnaster med rätt till offentlig finansiering.

Etableringsbestämmelserna i dessa lagar innebär att den som har för avsikt att etablera sig som privatpraktiserande specialistläkare eller sjukgymnast skall anmäla detta till landstinget sex månader i förväg och

samråda med landstinget om sin kommande verksamhet. I vilken form eller omfattning detta samråd skall ske eller hur det skall dokumenteras finns dock inte reglerat. Däremot ger kravet på samverkansavtal landstinget möjlighet att bl.a. bedöma befolkningens behov av den privata vårdgivarens insatser. Om ett sådant behov inte bedöms finnas inom landstinget eller del av detta, kan landstinget vägra teckna samverkansavtal och därmed etablering.

Bland de privata vårdgivare som har ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik finns dels sådana som före den 1 januari 1994 var uppförda på försäkringskassans förteckning, dels sådana som med stöd av de dåvarande etableringsbestämmelserna inledde sin verksamhet under år 1994. För båda dessa grupper gäller att de för närvarande kan driva sin verksamhet utan krav på samverkansavtal. Regeringen anser dock att det är av värde för möjligheterna att erbjuda befolkningen en god hälso- och sjukvård om samverkansavtal, i de fall inte vårdavtal träffats, kommer till stånd även för dem som nu inte omfattas av kravet på samverkansavtal.

Underlag för de statligt reglerade ersättningssystemen bör förhandlas mellan de berörda parterna, dvs. Sveriges Läkarförbund och Legitimerades sjukgymnasters Riksförbund respektive Landstingsförbundet. Därefter kan ersättningarna beslutas av regeringen.

## 5.7 Förändringar i bestämmelserna om läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik

### 5.7.1 Förutsättningar för ersättning

**Regeringens förslag:** Läkarvårds- respektive sjukgymnastikersättning lämnas inte till en läkare eller en sjukgymnast som är anställd inom något landstings hälso- och sjukvård.

För de privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som inte bedriver verksamhet på heltid skall en reducerad årsersättning och ett reducerat ersättningstak införas.

**Skälen för regeringens förslag:** I lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik finns vissa bestämmelser som måste vara uppfyllda för att de privata vårdgivarna skall vara berättigade till ersättning. Till dessa hör att ersättning inte lämnas till en läkare eller sjukgymnast som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård och krav på heltidsverksamhet. När det gäller kravet på heltidsverksamhet gäller att en vårdgivare anses som heltidsverksam om han eller hon arbetar i genomsnitt minst 35 timmar i veckan eller har arbetat denna tid en sammanhängande tolv månadersperiod under de senaste två åren. Läkare eller sjukgymnast som inte kan bedriva verksamhet på heltid till följd av sjukdom, vidareutbildning, forskning, uppdrag hos



försäkringskassa, fackligt uppdrag, ledighet för vård av barn eller annat liknande skäl, skall dock ha rätt till ersättning enligt gällande bestämmelser.

I övergångsbestämmelserna till dessa lagar anges att de läkare och sjukgymnaster som var verksamma som privatpraktiker med rätt till offentlig ersättning före den 1 januari 1994 har rätt till ersättning enligt de statligt reglerade taxorna även om de har en anställning inom landstingets hälso- och sjukvård. Regeringen anser inte att det är skäligt att en viss etableringstidpunkt skall avgöra om en vårdproducent skall kunna vara anställd inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården samtidigt som han eller hon uppbär läkarvårdsersättning eller ersättning för sjukgymnastik. Regeringen föreslår därför att denna övergångsbestämmelse upphävs.

Regeringen vill understryka att kravet på att den privatpraktiserande vårdgivaren inte får vara anställd i landstinget bara gäller om ersättning lämnas enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik och därmed enligt de nationellt fastställda taxorna. Ett landsting kan i vissa fall ha ett intresse av att teckna vårdavtal om vissa vårdinsatser utanför ordinarie arbetstid med läkare eller sjukgymnast som så önskar och som är anställd hos landstinget. Några hinder för ett sådant förfaringssätt finns inte.

Läkare och sjukgymnaster som var verksamma som privatpraktiker med rätt till offentlig ersättning före den 1 januari 1994 har som tidigare nämnts även rätt till ersättning enligt de statligt reglerade taxorna trots att de inte arbetar heltid. Denna övergångsbestämmelse bör finnas kvar. Regeringen anser dock att ett reducerat ersättningstak skall införas för dem som inte arbetar heltid. Det reducerade taket skall även omfatta de vårdgivare som i lagarna om läkarvårds- respektive sjukgymnastikersättning är undantagna från heltidskravet, dvs. de läkare eller sjukgymnaster som inte kan bedriva verksamhet på heltid till följd av sjukdom, vidareutbildning, vård av barn m.m. Ersättningstaken skall reduceras med utgångspunkt från den reducerade arbetstiden. Hänsyn bör i detta sammanhang tas till fördelningen av fasta respektive rörliga kostnader i verksamheten. Detta föranleder en noggrann analys av hur reduceringarna skall räknas fram. Regeringen kommer att beakta detta i den kommande översynen av de förordningar som reglerar ersättningsnivåerna till de privata specialistläkarna och sjukgymnasterna.

Skälen till de här föreslagna förändringarna för rätt till ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik, är att ge landstingen bättre möjligheter att utöva planeringsansvaret och att förbättra kostnadskontrollen. Ersättningstaken reglerar hur mycket varje vårdgivare kan erhålla i läkarvårds- respektive sjukgymnastersättning under ett år exklusive ersättning för särskilda åtgärder. De infördes för att kunna bedöma kostnaderna för den privata vårdverksamheten. Det ekonomiska taket för respektive verksamhet har beräknats på grundval av uppgifter om mottagningskostnader och besöksvolym för heltidsverksamma vårdgivare. Normalarvodena, som utgör ett enhetligt arvode per patientbesök, skall för en heltidsverksam vårdgivare

med en rimlig besöksvolym, täcka den årliga mottagningskostnaden. De vårdgivare som inte arbetar heltid berörs inte av ersättningstaken på samma sätt.

Tidskravet, dvs. att varje patientbesök skall ta en viss tid i anspråk, infördes för att höja kvaliteten i vården. Vårdgivarens totala arbetsinsats var däremot tänkt att vara ungefär lika stor som tidigare. Han eller hon gavs på så sätt möjlighet att ta emot färre patienter på oförändrad arbetstid för att kunna erbjuda ett bättre omhändertagande. Detta bidrog till att den genomsnittliga ersättningsnivån höjdes. Men det är svårt att följa upp hur lång tid vårdgivaren ägnar varje patient. Vissa vårdgivare kan ägna patienten mindre tid än vad ersättningen baseras på och tar i stället emot fler patienter.

Vårdgivare som inte arbetar heltid skulle i princip kunna ha samma antal besök som tidigare, trots det ökade kravet på tid per besök, utan att ersättningstaket uppnås. Detta innebär dels att incitamenten för att höja kvaliteten i vården försvagas, dels att utrymme ges för reella inkomstökningar för vårdgivarna utan att dessa behöver motsvaras av en ökad arbetsinsats. Detta kan i sin tur leda till kostnadsökningar i systemet. Detta talar för att de privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som inte bedriver verksamhet på heltid skall ha en reducerad årsersättning och ett reducerat ersättningstak.

### 5.7.2 Differentierade arvoden och patientavgifter

**Regeringens förslag:** Den femprocentiga förhöjningen av arvodet, som lämnas till läkare och sjukgymnaster anslutna till de offentligt finansierade ersättningssystemen före den 1 januari 1994, slopas fr.o.m. den 1 januari 1996.

För vård som ges av en läkare som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning, får en patientavgift tas ut som uppgår till högst samma belopp som en patient betalar för motsvarande vård inom den offentliga vården.

**Skälen för regeringens förslag:** Enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik lämnas arvoden med fem procents förhöjning till de läkare och sjukgymnaster som erhöll offentlig finansiering för sina verksamheter före den 1 januari 1994.

Enligt regeringens mening finns det inga skäl som talar för att en viss grupp av läkare och sjukgymnaster, dvs. de som var uppförda på Riksförsäkringsverkets förteckning före den 1 januari 1994 skall erhålla högre arvode än de vårdgivare som anslutit sig senare. Vi anser att den femprocentiga arvodesskillnaden är omotiverad och att producentneutrala förhållanden så långt möjligt bör uppnås. Bestämmelserna om arvodesskillnaden föreslås därför upphävas.

I nuvarande lagstiftning om läkarvårdsersättning har också en helt ny

avgiftsprincip införts. Privatläkare som var verksamma med offentlig finansiering redan före den 1 januari 1994, har möjlighet att ta ut en patientavgift som överstiger patientavgiften hos husläkare med högst 50 %. De som etablerat sig enligt bestämmelserna i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik efter detta datum, dvs. fr.o.m. den 1 januari 1994 har möjlighet att ta ut en patientavgift som överstiger patientavgiften hos husläkare med 75 %. Landstingen skall svara för den del av läkarvårdsersättningen som inte täcks av patientavgiften. Landstinget reducerar därför läkarvårdsersättningen med den högsta möjliga patientavgift som vårdgivaren kan avkräva patienten. I nuvarande system, med olika avdrag för patientavgifter, har således vårdgivare etablerade före den 1 januari 1994 en konkurrensfördel, eftersom de har en lägre högsta möjliga patientavgift och därmed ett lägre avdrag på arvodet.

En avsikt med den nya avgiftsprincipen var att landstingen skulle anpassa avgifterna inom den egna vårdorganisationen så att avgiften för specialistvård skulle ligga högst 50 % över avgiften hos husläkare. Detta har också skett hos flertalet landsting. I de fall landstingen inte anpassat avgifterna till specialistvården enligt denna princip, innebär nuvarande regler en konkurrensfördel för den offentliga vården. Möjligheterna att subventionera specialistvården är också större inom den landstingsdrivna sjukvården. För många privata vårdgivare, framför allt de nyetablerade, kan det vara svårt att ta ut en lägre patientavgift än vad som motsvarar landstingets avdrag på arvodet.

Ur patientperspektivet är det heller inte bra med ett system som indirekt tvingar fram avgiftsskillnader, då detta i vissa fall kan leda till att inte avsedda kostnadsökningar drabbar patienterna. Det kan också vara svårt att förstå och motivera varför patientavgifterna är olika hos vårdgivare med samma specialistkompetens. Det är således inte bara ur ett producentperspektiv utan också ur ett patientperspektiv angeläget att så långt möjligt skapa likställiga förutsättningar för specialister inom samma specialitet att bedriva verksamhet. Regeringen föreslår mot denna bakgrund att den avgiftsprincip, som infördes den 1 juli 1994 för specialistläkare, upphävs.

### 5.7.3 Åldersgräns med övergångsbestämmelser

**Regeringens förslag:** Läkarvårdsersättning och sjukgymnastikersättning skall inte lämnas till läkare respektive sjukgymnast som vid behandlingstillfället har fyllt sextiofem år.

En läkare eller sjukgymnast, som har uppnått eller som under år 1995 kommer att uppnå 65 års ålder, skall ha rätt till ersättning till utgången av år 1996.

**Skälen för regeringens förslag:** Vid utformningen av nuvarande er-

sättningssystem togs den s.k. särskilda taxan bort. Den särskilda taxan var något lägre än normaltaxan och gällde för läkare fr.o.m. det år de fyllde 66 år. Anledningen till att ha en särskild taxa var att läkare efter 65 års ålder betalar en särskild löneskatt i stället för sociala avgifter. Löneskatten är lägre än de sociala avgifterna. Specialisttaxeutredningen föreslog i sitt betänkande att den särskilda taxan skulle tas bort. Samtidigt borde då en åldergräns på 70 år för rätt till offentlig finansiering införas. Vid remissbehandlingen av betänkandet tillstyrkte remissinstanserna med undantag av Sveriges Läkarförbund och pensionärsorganisationerna SPF och PRO en åldergräns på 70 år för anslutning till det offentliga ersättningssystemen.

Båda dessa förslag återfanns i regeringens proposition 1993/94:75. Riksdagens beslut innebar att förslaget om att upphöra med den särskilda taxan bifölls men inte förslaget om åldergräns (bet. 1993/94:SoU14, rskr. 1993/94:118). Den motivering som angavs var att en åldergräns skulle medföra att äldre patienter behöver byta läkare som de anlitat sedan många år.

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

Det finns enligt regeringens mening flera skäl som talar för att en åldergräns skall införas för läkare och sjukgymnaster enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik. Ett av dessa är att en sådan åldergräns, för närvarande 65 år, finns för offentliganställda läkare och sjukgymnaster. De offentliganställda kan dock behålla sin anställning i ytterligare två år om huvudmannen lämnar sitt godkännande till detta. På motsvarande sätt bör landstingen pröva de privatpraktiserande vårdgivarnas möjligheter att fortsätta sin verksamhet i ytterligare två år med offentlig finansiering genom vårdavtal. Ett sådant kan självfallet utsträckas ytterligare.

Ytterligare skäl som talar för en åldergräns är landstingens behov av att kunna bedöma avgångar från hälso- och sjukvårdsverksamhet i privat regi i samband med planeringen av läkarnas specialistutbildning. Det system som gäller för denna utbildning sedan år 1992, specialiserings-tjänstgöringen (ST), innebär bl.a. att en läkare efter legitimation skall tillsvidareanställas och ingår därmed som en del av personalplaneringen, som bl.a. grundas på en bedömning av det framtida behovet av skilda specialistkompetenser.

Regeringen vill i detta sammanhang också crinra om den principella inställning som riksdagen tagit i fråga om rätten att kvarstå i arbete efter 65 års ålder mot bakgrund av regeringens förslag i propositionen 1993/94:250. Denna innebär att arbetstagare avses få lagstadgad rätt att kvarstå i arbete till 67 års ålder och att detta skall vara genomfört till år 1998. Om avtal mellan arbetsmarknadens parter träffats dessförinnan behövs dock ingen lagreglering.

Detta tillsammans med patienternas behov av kontinuitet vid vård och

behandling samt de privata vårdgivarens behov av att kunna avveckla sin verksamhet med ett rimligt tidsperspektiv talar, enligt regeringens mening för att det behövs övergångsbestämmelser i samband med att en åldersgräns införs. En läkare eller sjukgymnast som har uppnått eller under år 1995 kommer att uppnå 65 års ålder skall ha rätt till ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för sjukgymnastik till utgången av år 1996. Om han eller hon efter denna tidpunkt önskar fortsätta sin verksamhet med tillgång till offentlig finansiering krävs vårdavtal med landstinget.

Enligt regeringens mening bör särskild uppmärksamhet ägnas patienternas behov när frågor om verksamhet genom vårdavtal till följd av införandet av åldersgräns kan komma att diskuteras mellan parterna. För vissa patienter med kroniska eller långvariga sjukdomar som kräver långvarig behandling och där behovet av kontinuitet är stort, t.ex. vid psykoanalys, är det särskilt viktigt att så sker.

Vissa privata vårdgivare som under de närmaste åren fyller 65 år och som inte landstingen vill teckna vårdavtal med kan ha gjort betydande investeringar de senaste åren i sin verksamhet som inte är avskrivna. Regeringen förutsätter att landstingen i sådana fall lämnar skälig ersättning för dessa.

#### 5.7.4 Remissförfarandet

**Regeringens förslag:** Respektive landsting skall kunna besluta om ersättning för sjukgymnastik skall vara förknippad med ett remissförfarande för de sjukgymnaster som har offentlig finansiering enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik. Om remiss krävs för behandling hos offentligt anställd sjukgymnast skall motsvarande förfaringsätt tillämpas för sjukgymnastisk behandling som ges av privatpraktiserande sjukgymnast.

Motsvarande bestämmelser om remissförfarande skall gälla läkare. Om remiss krävs för viss vård hos en specialist inom landstinget skall samma krav gälla för ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning till en privatpraktiserande läkare med samma specialitet.

Remiss från tandläkare skall i förekommande fall ge rätt till ersättning enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik.

**Skälen för regeringens förslag:** Remissförfarandet har i vårt land huvudsakligen använts i samband med att patienter behövt sjukhusvård. Det har då använts som ett instrument för att prioritera bland dem som behöver sådan vård för att i första hand tillgodose behovet hos dem som bäst behöver vården. Remissförfarandet har i mindre utsträckning använts för att försöka styra vårdsökandet. Detta har man i stället försökt styra genom att differentiera patientavgifterna. För närvarande gäller att landstingen själva kan besluta om remissförfarande skall användas inom

deras egna organisationer. När det gäller de privata vårdgivarna med ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för sjukgymnastik måste landstingen dock följa de bestämmelser som där anges. Dessa innebär för läkarnas del att landstingen inte kan kräva ett remissförfarande för att lämna ersättning till dem. För sjukgymnasterna å andra sidan finns redan reglerat att remissförfarande skall tillämpas för att ersättning skall lämnas.

I samband med Riksförsäkringsverkets, RFV:s, och Socialstyrelsens översyn av den behandlingstaxa, som gällde före den 1 juli 1994, övervägde man bl.a. möjligheten att avskaffa remissförfarandet för privatpraktiserande sjukgymnaster. RFV föreslog att kravet på remiss från läkare, som villkor för ersättning enligt lagen för sjukgymnastisk behandling, skulle behållas vid behandlingsserier som överstiger tio behandlingar. RFV ansåg också att en sådan remiss skulle gälla högst sex månader från ordinationstillfället. RFV motiverade detta beslut med att kravet på remiss har en begränsande effekt på antalet behandlingar och därmed också gör det möjligt att i viss mån kontrollera kostnaderna. Att slopa remisskravet för ersättning för sjukgymnastik för upp till tio behandlingar av en patient under en sexmånadersperiod torde dock inte enligt RFV:s bedömning innebära någon risk för omotiverat ökat antal behandlingar.

De flesta landsting har inte något krav på remissförfarande när det gäller behandling hos de offentliganställda sjukgymnasterna. Förutsättningarna för att ge sjukgymnastisk vård och behandling är därmed inte desamma utan skiljer sig åt beroende på verksamhetens driftsform.

Regeringen instämmer i att huvudparten av patienterna åtgärdas inom tio besök och att denna gräns därför skulle kunna var lämplig. När det gäller kroniska patienter som behandlas under en längre period är det dock viktigt att det finns en samverkan mellan sjukgymnast och läkare. Remissförfarandet skall i grunden tillförsäkra ett samarbete mellan olika vårdinstanser för att uppnå en så god kvalitet i vården som möjligt. Tills dess att alternativa, fungerande kommunikationsvägar byggts upp mellan läkare och sjukgymnaster kan det därför finnas anledning att ha kvar remissförfarandet vid sjukgymnastbehandling.

Vi vill i detta sammanhang också peka på svårigheterna att dra klara gränser mellan s.k. friskvård och sjukvård. Om remissförfarandet avskaffas kan risken för att människor som av medicinska skäl behöver sjukgymnastisk behandling inte får sådan öka. Det kan också bidra till ökade kostnader till följd av överutnyttjande, då patientavgifterna inte i någon högre grad skiljer sig från avgifterna inom egenvårds- eller friskvårdsaktiviteterna.

Regeringen anser att i princip samma förutsättningar skall gälla för sjukgymnastisk verksamhet oavsett om den drivs i privat eller offentlig regi, när även den förstnämnda är offentligt finansierad. Däremot anser vi att det är landstingen själva som bäst kan göra avvägningarna mellan de för- respektive nackdelar som finns med ett remissförfarande efter de förutsättningar som finns i deras respektive sjukvårdsområde. De skall därmed inte heller vara bundna av en bestämmelse som gäller generellt

över landet. Regeringen föreslår därför att en bestämmelse införs i lagen om ersättning för sjukgymnastik som innebär att om remiss krävs för sjukgymnastik inom landstingets egna organisation skall samma krav gälla för sjukgymnastisk behandling hos privatpraktiserande sjukgymnast.

Motsvarande resonemang ligger till grund för regeringens förslag om att en liknande bestämmelse införs i lagen om läkarvårdersättning. I detta sammanhang vill vi dock framhålla att ett eventuellt införande av remissförfarande kan behöva övervägas och behandlas på olika sätt för skilda läkarspecialiteter. För vissa specialiteter, t.ex. gynekologer och psykiatriker kan det vara mindre lämpligt att införa ett remissförfarande om ett sådant övervägs. Dels kan patienten uppfatta vårdåtgärden som känslig, dels kan det vara uppenbart att det är fråga om en behandling som skall utföras av en viss typ av specialist. Det bör också övervägas om remissförfarandet i sig är kostnadseffektivt. Ett slentrianmässigt utfärdande av remisser, som ökar antalet besök inom hälso- och sjukvården utan att ge avsedd effekt, kan leda till kostnadsökningar.

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

Enligt nuvarande bestämmelser i lagen om ersättning för sjukgymnastik avses med sjukgymnastik sådan behandling som är föranledd av skada eller sjukdom och som ges efter remiss av läkare. Tidigare har ersättning lämnats även för sådan behandling som utförts efter remiss av tandläkare. Regeringen anser att remiss av tandläkare – på motsvarande sätt som var fallet före den 1 januari 1994 – skall berättiga till ersättning enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik.

## 5.8 Förändringar i taxekonstruktionerna

**Regeringens bedömning:** Verksamheter som i stor utsträckning ersätts med särskilt arvode bör regleras i vårdavtal mellan landstinget/finansiären och de privatpraktiserande vårdgivarna. Landstinget bör därvid ta tillvara det serviceutbud och den kompetens som har byggts upp inom den privata vården bl.a. genom god tillgänglighet, vissa specifika metoder och i många fall kostnadseffektivitet.

**Regeringens förslag:** De särskilda arvoden skall fr.o.m. den 1 januari 1997 inordnas under de s.k. ersättningstaken för läkarvårdersättning och ersättning för sjukgymnastik.

**Skälen för regeringens överväganden:** De nya läkar- och sjukgymnastiktaxorna, som infördes den 1 juli 1994, har medfört kostnadsökningar för andra halvåret 1994 jämfört med motsvarande period föregående år. Läkarvårdsersättningen ökade denna period med totalt 31 procent och ersättningen för sjukgymnastik med 59 procent. Detta är en följd dels av nyetableringar, dels av förändringar i taxekonstruktionerna och ersättningsnivåerna. Kostnadsökningar i kombination med ett ansträngt ekonomiskt läge understryker vikten av att landstingen ges möjlighet till kostnadskontroll över denna verksamhet. En grundförutsättning för kostnadskontroll är att det är ett slutet system. De särskilda arvodena ligger för närvarande utanför ersättningstaket, dvs. det tak som reglerar hur mycket en läkare respektive sjukgymnast sammanlagt kan få i offentlig ersättning under ett kalenderår. De privata vårdgivare som i sina verksamheter har en stor andel åtgärder som ersätts med särskilt arvode kan under ett år komma upp i betydligt högre årsersättning än den som beräknats med takeffekt. Detta innebär bl.a. att landstingen har svårt att påverka kostnadsutvecklingen inom denna del av hälso- och sjukvården. Det bör också framhållas att det bland läkarna är relativt stora skillnader mellan de olika specialiteterna, när det gäller antalet åtgärder som berättigar till särskilt arvode. Den huvudsakliga effekten av att infoga de särskilda åtgärderna under ersättningstaken är att landstingen uppnår kostnadskontroll i de fall överenskommelse om vårdavtal inte kan träffas.

Bestämmelserna om att inordna de särskilda arvodena i taxorna under respektive ersättningstak föreslås träda i kraft fr.o.m. den 1 januari 1997. Denna tid är satt i avsikt att ge de privata vårdgivarna och landstingen tid att träffa vårdavtal. Landstingen bör i första hand eftersträva att träffa vårdavtal med de läkare och sjukgymnaster som har en sådan inriktning av sin verksamhet att de i stor utsträckning kan debitera särskilt arvode. På så sätt kan den kompetens som dessa vårdgivare besitter tas tillvara och utnyttjas bättre för att tillgodose befolkningens behov av sådan specialiserad vård. Dessa insatser motsvarar ofta sådana som inom den offentliga vården ges på sjukhusens öppenvårdsmottagningar. Genom vårdavtal kan samspelet mellan de olika vårdgivarna regleras, vilket enligt regeringens mening också bör kunna medföra ett bättre kapacitetsutnyttjande.



**Regeringens förslag:** Ansvaret för administrationen av ersättningar till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster skall överföras från försäkringskassorna till landstingen fr.o.m. den 1 januari 1996.

En allmän försäkringskassa får dock även efter den 1 januari 1996 övergångsvis efter överenskommelse med sjukvårdshuvudmannen sköta utbetalningar av läkarvårds- och sjukgymnastikersättning.

**Regeringens bedömning:** De resurser, som frigörs från försäkringskassorna i samband med att ansvaret för administrationen av ersättningarna övergår till landstingen, bör föras över till landstingen.

**Skälen för regeringens överväganden:** Tidigare konstruktion av ersättningssystemet för anslutna läkare och sjukgymnaster innebar att försäkringskassan vid utbetalning av allmän sjukvårdsersättning till en sjukvårdshuvudman drog av det belopp som motsvarade föregående års utbetalda ersättningar till nämnda vårdgivare, som varit verksamma inom huvudmannens geografiska område.

Under de senaste åren har dock ersättningarna till landstingen från den allmänna sjukförsäkringen successivt minskat. Bl.a. detta bidrog till att ansvaret för den direkta finansieringen av ersättningarna till privatpraktiserande specialister och sjukgymnaster fördes över till landstinget den 1 januari 1994. Syftet var vidare att tydliggöra kostnadsansvaret och att ge landstingen större möjligheter att kontrollera kostnaderna. Enligt lagarna om läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik skall dock allmän försäkringskassa för landstingets räkning administrera utbetalning av läkarvårds- och sjukgymnastikersättning.

För att fullfölja arbetet med att tydliggöra kostnadsansvaret och underlätta kostnadskontrollen anser regeringen att även ansvaret för administrationen av dessa ersättningar bör överföras från försäkringskassorna till sjukvårdshuvudmännen. En allmän försäkringskassa bör dock efter överenskommelse med sjukvårdshuvudmannen övergångsvis kunna handha utbetalningarna av ersättningarna. Detta kan underlätta genomförandet av förändringen för sjukvårdshuvudmännen.

Representanter för staten och sjukvårdshuvudmännen har träffat en överenskommelse om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1995 (skr.1994/95:141). I denna överenskommelse har parterna också enats om att inriktningen bör vara att sjukvårdshuvudmännen skall ta över administrationen fr.o.m. den 1 juli 1995 med möjlighet för en huvudman att övergångsvis efter överenskommelse låta försäkringskassa handha utbetalning av ersättning. Regeringen anser dock att överföringen bör ske vid årskiftet dvs. den 1 januari 1996, eftersom försäkringskassorna bör ges en rimlig tid att avsluta denna verksamhet och anpassa sina resurser efter de nya förhållandena. En senare överföring ger också sjukvårdshuvudmännen mer tid att förbereda övertagandet.

Överförandet av administrationen av ersättningarna kommer att innebära ökade kostnader för landstingen samtidigt som vissa kostnader faller bort från försäkringskassorna. Regeringen har för avsikt att uppta överläggningar med företrädare för sjukvårdshuvudmännen i denna fråga och återkomma med förslag till riksdagen vad avser resursfrågorna.

## 5.10 Uppföljning och utvärdering

### 5.10.1 Verksamhetsuppföljning

**Regeringens förslag:** Landstingen skall kunna kontrollera utbetalningarna till de privatpraktiserande vårdgivare som har offentlig finansiering enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik. För detta ändamål skall landstingen ha rätt att ta del av berörda läkares och sjukgymnasters räkningsunderlag och andra uppgifter som behövs i kostnadsuppföljningen, dock inte uppgifter som medför att enskilda patienters identitet röjs.

**Skälen för regeringens förslag:** Specialisttaxeutredningen förordade i sitt betänkande Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare (SOU 1992:118) att kassorna skulle ges författningens rätt att ta del av en ansluten läkares patientjournal. Konstruktionen med ett normalarvode per patientbesök för den huvudsakliga delen av en läkares verksamhet medförde, menade man, krav på bättre möjligheter att följa upp läkarnas ersättningsanspråk.

Landstingen har i egenskap av finansärer ett berättigat behov av att kunna följa upp kostnaderna för den privata vården. Däremot bör inte sjukvårdshuvudmännen ges rätt att granska privata vårdgivares patientjournaler. Detta skulle innebära att de privata vårdgivarnas sekretess bröts vilket i sin tur skulle leda till ett alltför stort intrång i de enskilda patienternas integritet.

Socialstyrelsen och landstingen har i sina respektive roller gemensamma intressen och samverkansbehov kring uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Detta borde stimulera till samarbete i uppföljningsarbetet och befrämja metodutvecklingen inom området. Riktade studier kan t.ex. genomföras genom medverkan av styrelsens regionala enheter.

Vid misstanke om att en läkare eller sjukgymnast tar ut för höga ersättningar, bör landstingen även fortsättningsvis ha möjlighet att sätta ned den samlade läkarvårds- och sjukgymnastikersättningen som begärs för viss tid till skäligt belopp, tills dess att ersättningsanspråken är styrkta.

Fortsättningsvis gäller också att de privata vårdgivarna skall medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Detta innebär att läkaren eller sjukgymnasten årligen till Socialstyrelsen och landstinget skall lämna en redovisning med uppgifter om antalet patient-

### 5.10.2 Delegation för uppföljning

**Regeringens bedömning:** En delegation skall tillsättas för att bedöma vårdutbudet vad gäller specialistläkare och sjukgymnaster i öppenvård i förhållande till resurser och vårdbehov. Delegationen bör verka till utgången av år 1997.

**Skälen för regeringens bedömning:** Landstingen är både hälso- och sjukvårdens finansär och den största producenten av hälso- och sjukvårdstjänster. Den privata öppenvården utgör därmed en liten del av det totala vårdutbudet. Förhållandet mellan offentliga och privata vårdgivare är på de flesta håll i landet gott. En viss ömsesidig misstro och ett konkurrensförhållande som verkar negativt kan dock skönjas. Regeringen har därför tidigare framhållit att vårdens tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet är det som bör sättas i förgrunden vid val av vårdgivare. Vidare bidrar olika driftformer till att öka de enskildas valmöjligheter.

För att så långt möjligt överbrygga de motsättningar som kan finnas mellan offentligt och privat driven hälso- och sjukvård kommer samverkansorgan att inrättas inom varje landstingsområde, med representanter för landstinget och företrädare för de privata vårdgivarna. Samverkansorganet skall bl.a. analysera landstingets behov av olika specialister och sjukgymnaster i öppenvård och yttra sig om ansökningar om vård eller samverkansavtal inför landstingets beslut.

En uppföljning bör dock ske på nationell nivå av effekterna av nu föreslagna åtgärder. Detta bör ske i form av att en delegation inrättas och som verkar till utgången av år 1997. Delegationen bör följa utvecklingen av vårdutbudet i respektive landsting samt alternativa driftformer inom hälso- och sjukvården. En uppföljning bör också göras av hur de regionala samverkansorgan, som avses inrättas, fungerar.

Vidare bör delegationen närmare granska effekterna av de etableringar som tillkommit till följd av de ersättningsbestämmelser som trädde i kraft den 1 januari 1994. Uppgifter visar att nyetableringarna varit omfattande i vissa delar av landet, särskilt i storstadsområdena. Fördelningen av läkar- och sjukgymnastresurser synes därför vara mycket ojämn och anses inte stå i relation till vårdbehoven. I och med att delegationen kommer att verka under drygt två år kommer effekterna av tidigare föreslagna skärpningar i lag om läkarvårds- och sjukgymnastikersättning att kunna vägas in i den totala bedömningen av hur fördelningen av läkar- och sjukgymnastresurser återspeglar vårdbehoven. Den tillsatta delegationen bör under denna tid kunna medverka till att öka möjligheterna för landstingen att uppnå balans i vårdutbudet.

I propositionen har vi tidigare föreslagit att ersättningen för de åtgärd-

er som berättigar till s.k. särskilda arvoden skall inordnas under årsersättningstaken både vad gäller läkarvård och sjukgymnastik fr.o.m. den 1 januari 1997. Ambitionen bör vara att vårdavtal upprättas mellan landstinget och den privata vårdgivaren. Delegationen bör på en övergripande nivå bistå i detta arbete genom metodutveckling och stöd.

Om delegationen konstaterar att det finns en viss överkapacitet inom vissa områden som inte kan lösas genom lokala initiativ, skall den uppmärksamma regering och riksdag på detta. Regeringen kan i sådana fall återkomma till riksdagen med förslag till ytterligare åtgärder för att landstingen skall kunna uppfylla sitt ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen, om att ge alla en god vård på lika villkor och där skilda driftformer ökar de enskildas valfrihet.

De nu föreslagna åtgärderna vad gäller samverkansorgan och nationell delegation, liksom de intentioner som i övrigt framförts i denna proposition, kommer inte att påverka Socialstyrelsens uppföljningsansvar. En av Socialstyrelsens främsta uppgifter är att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården i landet genom att följa upp och utvärdera den verksamhet som landsting, kommuner och enskilda vårdgivare bedriver. Denna tillsyn skall när det gäller hälso- och sjukvården utövas enligt de intentioner som finns fastställda i hälso- och sjukvårdslagen.

Att följa upp och värdera effekterna av de förslag som regeringen lägger fram för riksdagens prövning i denna proposition om primärvård och privata vårdgivare m.m. kommer att vara centrala inslag i styrelsens framtida arbete med tillsyn och kvalitetssäkring. Detta gäller såväl effekterna på primärvården och de privata vårdgivarna som på hälso- och sjukvården i stort. Även förslagets ekonomiska konsekvenser liksom effekter för den enskilde kommer att behöva följas.

Även Konkurrensverket har till uppgift att främja en effektiv konkurrens inom såväl privat som offentlig verksamhet samt analysera effekter på konkurrensen av nya och befintliga offentliga regleringar och vid behov föreslå förändringar. Detta innebär att Konkurrensverket också har till uppgift att lämna förslag till ändringar om intentionerna i nu framlagda proposition inte i tillräcklig utsträckning leder till producent- och konkurrensneutralitet.

## 6 Förordningsändringar

Regeringen avser att analysera effekterna av de fr.o.m. den 1 juli 1994 gällande ersättningsbestämmelserna för de privata läkarspecialisterna och sjukgymnasterna.

Vissa brister har uppmärksamats i de nuvarande taxorna. Det har bl.a. uppmärksamats att olika läkarspecialiteter ersätts olika mycket för samma typ av åtgärder. Kostnadseffekterna av de nya taxebestämmelserna kan också behöva analyseras ytterligare.

Regeringen har därför för avsikt att under senare delen av varen se över de förordningar som reglerar ersättningsnivåerna till de privata specialisterna och sjukgymnasterna.

## 7.1 Föreskrifter om legitimation för sjuksköterskor med utbildning inom diagnostisk radiologi

**Regeringens förslag:** De studerande som går igenom treårig utbildning med inriktning mot diagnostisk radiologi skall under en övergångsperiod på ansökan få legitimation som sjuksköterska enligt äldre bestämmelser. En föreskrift om detta bör tas in i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. som en övergångsbestämmelse.

**Skälen för regeringens förslag:** Sedan början av 1980-talet har utbildningen till sjuksköterska skett inom den kommunala högskolans hälso- och sjukvårdslinje. De studerande har kunnat välja att utbilda sig inom sex olika inriktningar, vilka samtliga ledde fram till legitimation som sjuksköterska. En av inriktningarna var diagnostisk radiologi. Denna utbildning avsåg att leda till verksamhet som röntgensjuksköterska. På grund av svårigheter att rekrytera studerande till denna inriktning beslutade högskolemyndigheterna år 1987 att vid sidan av inriktningen på försök påbörja en direktutbildning omfattande drygt tre år och som avsågs leda fram till motsvarande yrkesverksamhet. Studerande som gått igenom nämnda försöksutbildning fick legitimation som sjuksköterska enligt samma regler som gällde för hälso- och sjukvårdslinjens sex inriktningar.

Fr.o.m. den 1 juli 1993 har en ny treårig sjuksköterskeutbildning med inriktning mot allmän hälso- och sjukvård ersatt hälso- och sjukvårdslinjen. Studerande som påbörjat sin utbildning enligt den äldre utbildningsordningen före den 1 juli 1993 äger dock rätt att få legitimation som sjuksköterska enligt denna ordning. Enligt den nya utbildningsordningen avses behovet av specialistkunnande inom olika områden i fortsättningen lösas genom särskilda vidareutbildningar.

Vårdförbundet SHSTF har i skrivelse till Socialdepartementet tagit upp frågor om hur yrkesfunktionen för sjuksköterskor med inriktningen diagnostisk radiologi skall se ut i framtiden och hur yrket skall vara reglerat samt begärt att frågan om legitimation för studerande som efter den 1 juli 1993 påbörjat en direktutbildning till sjuksköterska med nämnda inriktning snarast skall lösas.

Socialstyrelsen och Landstingsförbundet har yttrat sig över framställningen och förordat att den överlämnas till 1994 års Behörighetskommitté för beaktande i utredningsarbetet. Landstingsförbundet har dessutom förordat att direktutbildningen för sjuksköterskor med inriktning mot diagnostisk radiologi fortsätter i avvaktan på kommitténs ställningstaganden och att studerande som efter den 1 juli 1993 påbörjar och slutför en sådan utbildning skall ha rätt till legitimation som sjuksköterska enligt vad som gällde tidigare. Förbundet har pekat på risken för en

brist på utbildade sjuksköterskor inom röntgenvården om det uppstår ett avbrott i utbildningen av sådana sjuksköterskor.

Företrädare för radiologutbildningen och röntgensjukvården i landet har i skrivelse till departementet framfört liknande farhågor och begärt att åtgärder vidtas för att göra det möjligt att direktutbildningen till röntgensjuksköterska fortsätter till dess beslut fattats om hur yrkesfunktionen skall vara utformad i framtiden.

Vårdförbundet SHSTFs framställning i vad avser den framtida utformningen och regleringen av yrkesfunktionen för sjuksköterskor med inriktning mot diagnostisk radiologi har den 18 januari i år överlämnats till 1994 års Behörighetskommitté för övervägande. Kommittén skall enligt sina direktiv före utgången av år 1995 lägga fram förslag i frågor om hur den rättsliga regleringen av yrken inom framför allt hälso- och sjukvården skall vara utformad i framtiden.

Regeringen delar de synpunkter som framförts om vikten av att röntgensjukvårdens behov av kompetent sköterskepersonal säkerställs genom en fortsatt utbildning. I avvaktan på Behörighetskommitténs förslag anser vi därför att garantier bör skapas för att utbildningen av sjuksköterskor med inriktning mot diagnostisk radiologi fortgår. En förutsättning för att så skall kunna ske är att de studerande som efter den 1 juli 1993 går igenom en direktutbildning med inriktning mot diagnostisk radiologi skall kunna få legitimation som sjuksköterska enligt tidigare ordning. Vi föreslår därför att en övergångsbestämmelse införs i behörighetslagen av den innebörden.

## 7.2 Vissa följdändringar i behörighetslagen m.m.

**Regeringens förslag:** Bestämmelser rörande optiker respektive tandläkare anpassas till de förändrade reglerna avseende utbildningen till dessa yrken. Socialstyrelsen ges möjlighet att meddela särskilt förordnande att utöva tandläkaryrket hos en privatpraktiserande tandläkare för den som inte har legitimation för yrket.

**Skälen för regeringens förslag:** En ny utbildning på högskolenivå som leder fram till optikerexamen infördes den 1 juli 1994 (förordningen [1994:1101] om ändring i högskoleförordningen [1993:1100]). Den nya benämningen optikerexamen bör anges i 2 § behörighetslagen som den legitimationsgrundande utbildningen för optiker.

Enligt övergångsbestämmelser till ändringen i högskoleförordningen uppnår den som fullgjort äldre utbildning till glasögonoptiker och gått igenom viss kompletterande utbildning optikerexamen.

Tandläkarnas grundutbildning har förlängts från nio till tio terminer med en samtidig avveckling av den ettåriga allmäntjänstgöringen, AT, som hittills legat till grund för legitimation som tandläkare (jfr. prop. 1993/94:100 bil. 9, bet. 1993/94:FiU20, rskr. 1993/94:456 samt prop. 1994/95:100 bil. 9). Ändringen föranleder att det i 2 § behörighetslagen

föreskrivna kravet på fullgörande av praktisk tjänstgöring (allmäntjänstgöring) tas bort.

Enligt övergångsbestämmelser till ändringen (SFS 1994:1101) i högskoleförordningen har den som påbörjat en utbildning till tandläkare före den 1 juli 1994 rätt att få examen enligt äldre bestämmelser intill utgången av år 1998. För den som har sådan examen med kortare utbildningstid bör det även i fortsättningen krävas allmäntjänstgöring. En övergångsbestämmelse om detta skall därför tas in i ändringslagen.

Som redovisats i prop. 1994/95:100 bil. 9 måste de universitet och högskolor som anordnar tandläkarutbildning på grund av brist på AT-platser redan under hösten 1995 anordna en tionde termin för de studerande som annars skulle ha avlagt tandläkarexamen enligt den gamla studieordningen. De odontologiska fakulteterna vid universiteten i Umeå, Göteborg och Lund samt Karolinska institutet har i anledning härav anhållit om att tandläkarstuderandena ges en utökad möjlighet till klinisk träning och kontakt med tandvårdsorganisationen.

Behörig att utöva yrke som tandläkare är den som har legitimation för yrket. Den som inte har sådan legitimation kan med stöd av 6 § behörighetslagen få ett särskilt förordnande att utöva yrket. Förordnandet meddelas av Socialstyrelsen. Sådant förordnande kan dock bara avse verksamhet inom den offentliga tandvårdsorganisationen eftersom endast den som har legitimation som tandläkare enligt samma bestämmelse får bedriva enskild tandläkarverksamhet. Om sistnämnda krav tas bort skulle dock Socialstyrelsen med stöd av nämnda bestämmelse kunna meddela ett särskilt förordnande att utöva tandläkaryrket även inom ramen för t.ex. en praktikplats hos en privat tandläkare. Vid denna prövning skall Socialstyrelsen se till att såväl den studerande som tandläkaren uppfyller de krav som måste ställas. I samband med denna ändring bör ordet "enskild" av språkliga skäl bytas ut mot "privat".

Enligt en bestämmelse i tandvårdslagen (1985:125) skall bl.a. tandläkare under allmäntjänstgöring förordnas för viss tid. Eftersom kravet på allmäntjänstgöring tas bort bör även nämnda bestämmelse ändras. Förordnande för viss tid bör dock fortfarande ske för den som har tandläkarexamen enligt äldre bestämmelser och därför skall fullgöra allmäntjänstgöring för att få legitimation.

## 8 Författningskommentar

### 8.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

#### 2 a §

I paragrafen finns vissa krav på såväl offentlig som privat hälso- och sjukvård föreskrivna. Första stycket ändras inte. Ett av kraven i detta stycke är att hälso- och sjukvården skall bygga på respekt för patientens

självbestämmande och integritet.

Enligt andra stycket, som i denna del är oförändrat, skall vården så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Till detta läggs ett nytt krav som ytterligare förstärker patientens självbestämmanderätt. Frågan har behandlats i avsnitt 5.2.2.

Enligt den nya föreskriften skall patientens val av behandling vara avgörande när det finns flera möjliga behandlingsalternativ. Med att flera behandlingsalternativ är möjliga avses främst att det finns flera sätt att behandla patienten som alla ligger inom ramen för vad som anses stå i överensstämmelse med vetenskap eller beprövad erfarenhet och som sjukvårdshuvudmannen eller vårdgivaren normalt tillhandahåller. Vidare avses att behandlingsalternativen skall vara ekonomiskt försvarbara med hänsyn till den sjukdom eller skada som är i fråga. Olika synpunkter måste i det hänseendet kunna anläggas om det rör sig om ett livshotande sjukdomstillstånd eller om en mera bagatellartad åkomma.

Om hälso- och sjukvårdspersonalen har en annan uppfattning än patienten när det gäller frågan om olika behandlingar är möjliga måste personalens yrkesmässiga bedömning gå före. Patienten kan i en sådan situation acceptera bedömningen eller vägra att gå med på den föreslagna behandlingen. Patienten har naturligtvis samma möjligheter som annars vid missnöje med vården eller klagomål på vårdpersonalen. Patienten kan t.ex. vända sig till förtroendenämnden eller motsvarande instans inom landstinget eller till Socialstyrelsen eller HSAN.

För att patienten skall kunna välja behandling krävs information om hälsotillståndet och om de behandlingsmöjligheter som står till buds. En föreskrift om att sådana upplysningar skall lämnas till patienten finns i paragrafens tredje stycke som är oförändrat.

## 5 §

I paragrafens första stycke anges betydelsen av begreppen slutna respektive öppna vård. Paragrafen ändras inte i denna del. Som en nyhet anges däremot uppgifterna för den del av hälso- och sjukvården som benämns primärvård. Frågan har behandlats i avsnitt 5.4.

Primärvården anges lagtekniskt som en del av landstingens och de landstingsfria kommunernas hälso- och sjukvård. Detta innebär inte att primärvården enbart består av landstingets hälso- och sjukvårdspersonal. Primärvården är inte i första hand ett organisatoriskt begrepp. I primärvården kan ingå även privata vårdgivare med den inriktning som anges som primärvårdens uppgifter. Landstinget kan med stöd av 3 § tredje stycket denna lag sluta avtal med annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för.

Primärvårdens skall enligt bestämmelsen svara för befolkningens behov av grundläggande vård och behandling m.m. Detta skall ske utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. I primärvården skall således inte finnas särskilda specialiteter för olika sjukdomar eller kroppsdelar. Ansvarsområdet gäller sådana åtgärder där det inte finns behov av sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan



särskild kompetens. I detta ligger bl.a. patienternas behov av undersökningar och vård hos andra läkarspecialiteter och andra yrkesgrupper inom vården. Avgränsningen innebär inte att patienten måste bli inlagd på sjukhuset.

Även andra stycket i paragrafen ändras. I detta stycke har sedan den 1 januari 1994 funnits en bestämmelse om att landstinget skall organisera den öppna vården på visst sätt, nämligen så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en husläkare. Landstingets skyldighet i detta hänsende inträder dock, enligt en övergångsbestämmelse, inte fullt ut förrän vid utgången av år 1995.

Ändringen i andra stycket innebär att landstingen åter har frihet att organisera den öppna vården på annat sätt än med husläkare. De landsting som ännu inte infört husläkare i sin öppenvård behöver inte heller göra så. Om ett landsting å andra sidan anser att husläkarorganisationen är lämplig finns inget som hindrar landstinget från att fortsätta med denna.

Den nya bestämmelsen innebär att landstinget har ett ansvar för att hela dess befolkning både får tillgång till läkare i primärvården och att det finns möjlighet att genom ett val få en fast läkarkontakt. Hur organisationen närmare skall se ut och hur valet av en fast läkarkontakt skall ske anges inte. Det är landstingets sak att avgöra dessa frågor. Det säger sig självt att valmöjligheten rent faktiskt kan vara begränsad på olika sätt, t.ex. i glesare bebyggda delar av landet eller för den som vill ha en läkarkontakt nära hemmet.

Landstingen får också själva bestämma benämningen på dessa läkare. De kan kallas primärvårdsläkare, husläkare, familjeläkare, distriktsläkare eller något annat. Läkarna kan vara såväl offentligt anställda som privatpraktiserande.

Den fasta läkarkontakten i primärvården skall vara specialist i allmänmedicin. Kravet på sådan specialistkompetens hänger samman med primärvårdens ansvar för grundläggande vård m.m. utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. I den mån det behövs t.ex. särskilda barnläkare kan dessa ges en konsultroll.

Ett undantag från kravet på specialistkompetens i allmänmedicin följer av punkt 2 i övergångsbestämmelserna. Läkare som inte har sådan specialistkompetens men som vid en tidigare prövning befunnits ha en kompetens som i allt väsentlig motsvarar de krav som bör ställas på läkare i primärvården skall anses uppfylla kravet på specialistkompetens i allmänmedicin. För de läkare som har en tidsbegränsad dispens från specialistkravet i lagen om husläkare bör detta dock gälla endast under dispenstiden.

## 7 §

I paragrafen finns bestämmelser om landstingets planering av sin hälso- och sjukvård. Enligt förarbetena skall syftet med landstingets planering vara att tillgodose behovet av hälso- och sjukvård hos dem, för vilka landstinget har en skyldighet att tillhandahålla sådan vård (prop.

1981/82:97 s. 122). Endast andra stycket ändras.

Enligt den nya bestämmelsen skall landstingets planering avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare. Redan tidigare gällde att landstinget vid planeringen skulle ta hänsyn till den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan. Med annan avsågs t.ex. privata vårdinrättningar, privatpraktiserande läkare, skolhälsovård, företagshälsovård och Riksförsäkringsverkets sjukhus (prop. 1981/82:97 s. 122f.). Ändringen innebär således endast att de privata vårdgivarna anges särskilt i paragrafen. Med privata vårdgivare avses såväl enskilda privatpraktiserande vårdgivare som personalkooperativ och företag i olika verksamhetsformer på hälso- och sjukvårdsområdet.

### 8 §

I paragrafen finns bestämmelser om landstingets samverkan med andra i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Ändringen innebär endast att ordet enskilda byts mot privata vårdgivare. Detta är i sak inte av någon betydelse eftersom det med enskilda avsetts i huvudsak privata vårdgivare av olika slag (prop. 1981/82:97 s. 124).

### 13 §

I paragrafen finns dels den grundläggande bestämmelsen om att det i hälso- och sjukvården skall finnas den personal som behövs för att meddela god vård, dels bestämmelser om utseende av patientansvarig läkare vid vissa enheter. Enligt tillägget skall i primärvården den läkare som patienten valt som sin fasta läkarkontakt ha de uppgifter som en patientansvarig läkare annars har (jfr. 14 §).

Uppgiften att vara patientansvarig läkare innebär en skyldighet att etablera en så nära kontakt med patienten som dennes situation kräver (prop. 1989/90:81 s. 45). Patientansvaret innebär att läkaren skall svara för att patienten undersöks så att en säker diagnos kan ställas och att patienten får den medicinska vård och behandling som hans eller hennes tillstånd fordrar. Läkaren skall också samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas. I uppgifterna ingår vidare att informera patienten om dennes hälsotillstånd och om behandlingsmöjligheterna och om vilken av dessa läkaren anser vara bäst för patienten (jfr. 2 a §). En viktig uppgift här är att se till att patienten får en reell möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen. Om även andra vårdgivare deltar i undersökningar och behandlingar av patienten är det den fasta läkarkontakten som har huvudansvaret för att patienten informeras om åtgärderna. Läkaren skall dock själv i så stor utsträckning som möjligt ta emot patienten vid planerade återbesök och även då patienten i övrigt återkommer.

Vilka uppgifter utöver de nyss nämnda som den valde primärvårds-läkaren också skall ansvara för bör landstinget och läkarna komma överens om i t.ex. anställnings- eller vårdavtal.

**14 §**

Eftersom den särskilda bestämmelsen i 5 § om husläkare ändras, bör benämningen husläkare i denna paragraf också tas bort. Enligt förslaget skall landstingen inte heller i fortsättningen behöva ha chefsöverläkare i primärvården. Bestämmelserna är i övrigt oförändrade. Frågan om det även fortsättningsvis skall vara obligatoriskt med chefsöverläkare vid vissa enheter eller om ledningsansvaret bör utformas på något annat sätt utvärderas för närvarande av Socialstyrelsen.

**20 och 21 §§**

Dessa ändringar motsvaras av ändringarna i 7 och 8 §§.

**Ikraftträdande m.m.**

Ändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 1996. Några övergångsbestämmelser har inte ansetts behövliga med ett undantag. Detta undantag i punkten 2 har kommenterats i anslutning till 5 §.

**9.2 Förslaget till lag om upphävande av lagen (1993:588) om husläkare**

Förslaget innebär att lagen skall upphöra att gälla vid utgången av år 1995 (jfr. avsnitt 5.1). Lagen gäller dock fortfarande när det gäller förhållanden som hänför sig till den tid under vilken lagen varit i kraft. Det kan gälla t.ex. ersättning till en husläkare som ännu inte reglerats.

Övergångsbestämmelser när det gäller vissa offentligtanställda och privatpraktiserande läkare enligt den upphävda lagen finns i övergångsbestämmelserna till förslagen om ändring i hälso- och sjukvårdslagen, lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om försöksverksamhet med kommunal primärvård.

**8.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1651) om läkarvårdsersättning****1 §**

Ändringen i första meningen innebär endast att primärvården som en del av den öppna vården lyfts fram. Privatpraktiserande specialister i allmänmedicin kan verka inom primärvården.

I övrigt ändras paragrafen endast på så sätt att hänvisningen till den särskilda lagen om husläkare tas bort.

**3 §**

Paragrafen tillförs ett nytt andra stycke. Enligt detta gäller ett krav på remiss för att få läkarvårdsersättning om landstinget har motsvarande krav i den egna organisationen för motsvarande vård. Det är således landstinget som avgör om remiss för besök hos t.ex. någon viss special-

tet är befogad. Bestämmelsen innebär inte något krav på landstinget att besluta om remisskrav. Om landstinget inför sådana regler bör dock motsvarande krav ställas såvitt gäller de privatpraktiserande specialister-  
na.

#### 4 §

Bestämmelsen om vilken försäkringskassa som avses i lagen behövs inte längre (jfr. 6 § andra stycket). I paragrafen tas därför denna del bort.

#### 6 §

Paragrafens första stycke är oförändrat. Enligt ändringen i andra stycket är det inte längre en obligatorisk uppgift för försäkringskassan att för landstingets räkning administrera utbetalning av läkarvårdsersättning. Detta blir i stället i första hand en uppgift för landstinget. Enligt bestämmelsen får dock en allmän försäkringskassa även i fortsättningen ha hand om utbetalningen. För detta krävs dock en överenskommelse med landstinget. Skälen för ändringen har redovisats i avsnitt 5.9.

Bestämmelsen i andra stycket behövs eftersom en försäkringskassa enligt 18 kap. 5 § lagen om allmän försäkring, AFL, inte utan lagstöd får bedriva annan verksamhet än som anges i AFL eller i bestämmelse som har utfärdats med stöd av AFL. Att landstinget inom ramen för sina befogenheter enligt kommunallagen (1991:900) kan låta även annan delta i administrationen av utbetalningarna behöver däremot inte särskilt anges.

#### 7 §

Paragrafen ändras endast i andra stycket på så sätt att undantaget för läkare med specialistkompetens enbart i allmänmedicin tas bort. Det betyder att läkare med sådan specialistkompetens kan vara verksamma mot läkarvårdsersättning. Samtliga krav i lagen måste naturligtvis vara uppfyllda. Vissa regler som företrädesvis gäller specialister i allmänmedicin finns i övergångsbestämmelserna.

#### 9 §

Enligt paragrafens nya andra stycke lämnas inte läkarvårdsersättning till en läkare som vid vårdtillfället har fyllt sextiofem år. Bakgrunden till bestämmelsen har redovisats i avsnitt 5.7.3. Ålderskravet kan, liksom lagen i övrigt, ersättas genom ett vårdavtal mellan läkaren och landstinget. Bestämmelsen innebär således inte något hinder mot vårdavtal med läkare som uppnått nyss nämnda ålder. Särskilt i de fall landstinget har en generös inställning när det gäller möjligheten för landstingsanställda läkare som så önskar att fortsätta arbeta även efter sextiofem år, bör sådana vårdavtal ingås med privatpraktiker som har motsvarande önskemål. I landstinget bör i sin bedömning vidare ta erforderlig hänsyn till att pågående behandlingar inte avbryts

I punkt 4 i övergångsbestämmelserna finns en regel som också avser

### 16 §

I paragrafen anges grunderna för beräkning av de olika arvodesnivåernas storlek. Ändringen innebär vissa preciseringar av vad som är att anse som enkelt arvode.

Enkelt arvode är, liksom hittills, ett lägre arvode för enklare undersökningar och behandlingar som utförs av läkaren eller under dennes överinseende. Enligt det nya tillägget skall med enkelt arvode även ersättas undersökningar och behandlingar som ligger utanför den vanliga verksamheten inom läkarens specialitet.

### 17 §

I paragrafen finns bestämmelser om årsersättning, reducerad ersättning och ersättningstak. Undantaget för särskilt arvode vid takberäkningarna tas bort eftersom sådant arvode skall ingå i dessa ersättningsgränser. En viss övergångstid för denna ändring följer av övergångsbestämmelserna.

Enligt 8 § denna lag skall en läkare senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriva sin verksamhet på heltid. Vid sidan av det första året kan kortare tid medges om läkaren till följd av sjukdom eller vård av barn inte bedriver verksamheten på heltid. Med heltidsverksamhet avses att läkaren arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid under en tolv månadersperiod under de senaste två åren. Enligt den nya sista meningen i denna paragrafs första stycke skall årsersättningen och ersättningstaket reduceras om läkaren inte bedriver sin verksamhet på heltid. Reduceringen skall ske i skäligen omfattning. Vad som är skäligen omfattning varierar i viss utsträckning mellan olika specialiteter. Det måste bl.a. tas hänsyn till fördelningen mellan fasta och rörliga kostnader. Preciseringar i detta hänseende kan göras i verkställighetsföreskrifter.

Ändringen i andra stycket är endast en redaktionell följd av ändringen i 23 §.

### 19 a §

I paragrafen, som är ny, finns bestämmelser om läkarnas uppgiftsskyldighet för att landstinget skall kunna bedöma ersättningskravet. Skälen för förslaget har redovisats i avsnitt 5.10.1.

En läkare som begär läkarvård ersättning har i princip att styrka sin rätt till sådan ersättning. Om läkaren inte på ett godtagbart sätt kan visa att han eller hon har utfört de åtgärder för vilka läkarvård ersättning begärs, får landstinget naturligtvis vägra att betala. För detta behövs ingen bestämmelse (jfr. prop. 1993/94:75 s. 89). Kraven på läkaren när det gäller att styrka sin rätt till läkarvård ersättning preciseras på så sätt att det anges att läkaren skall lämna landstinget de uppgifter som behövs för att bedöma ersättningskravet. Vilka dessa uppgifter är kan komma att preciseras i verkställighetsföreskrifter. Kraven på läkarna när

det gäller att styrka sina ersättningskrav måste ligga på en rimlig nivå.

En väsentlig inskränkning när det gäller landstingets rätt att få del av uppgifter anges i andra meningen. Landstinget får inte med stöd av denna bestämmelse ta del av uppgifter som kan avslöja enskilda patients identitet. Inskränkningen motiveras av integritetsskäl. En patient som väljer att gå till en privatpraktiserande läkare kan ha starka skäl för att uppgifter om detta inte skall finnas inom landstingets organisation. Uppgifter som generellt kan avslöja en enskilds identitet är naturligtvis sådant som personnummer och namn. Även andra uppgifter kan dock i det enskilda fallet vara tillräckliga för att avslöja identiteten på den person som uppgifterna gäller.

### 21 §

Upphävandet av paragrafen innebär att samma arvode skall utgå oberoende av om läkaren börjat sin verksamhet före eller efter den 1 januari 1994. Skälen för förslaget har redovisats i avsnitt 5.7.2.

### 23 §

I paragrafen finns bestämmelser om bl.a. den högsta patientavgift som får tas ut. Storleken på denna har varit kopplad till patientavgiften hos husläkare. Lagen om husläkare föreslås som tidigare framgått upphävd. Eftersom även arvodeshöjningen till vissa läkare upphör (jfr. upphävandet av 21 §) kan bestämmelserna om patientavgift förenklas.

Patientavgift får enligt den nya lydelsen tas ut med högst samma belopp som gäller för motsvarande vård inom landstinget. Med motsvarande vård avses besök hos en läkare inom landstingets öppna vård med samma specialitet. Om landstinget har lägre patientavgift hos t.ex. allmänläkare, barnläkare och geriatriker gäller motsvarande för privata specialister. Den lägre patientavgiften ersätts av en motsvarande höjning avseende den del av läkarvårdsersättningen som landstinget skall svara för (jfr. 6 §). Detsamma gäller om landstinget för en viss typ av vård beslutat att inte ta ut någon patientavgift alls. För att läkaren skall ersättas med skäligt belopp, såsom detta för närvarande preciserats i förordningen om läkarvårdsersättning, har landstinget att utge ett högre belopp än om ersättningen till viss del täcks av patientavgift.

Paragrafen är i övrigt oförändrad.

### 26 §

I paragrafen finns vissa bestämmelser om läkarnas skyldighet att medverka i uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. Läkaren skall bl.a. årligen lämna en verksamhetsredovisning till Socialstyrelsen och landstinget. Redovisningen skall enligt den nya föreskriften innehålla uppgifter även om mottagningens medicintekniska utrustning. Sådana uppgifter kan ha betydelse bl.a. för att bedöma det berättigade i vissa ersättningskrav.

Upphävandet av punkterna 4 – 6 i övergångsbestämmelserna innebär att de särskilda undantagen beträffande läkare som före den 1 januari 1994 var uppförda på en särskild förteckning hos försäkringskassan inte längre skall tillämpas. Dessa särregleringar ersätts i viss utsträckning av nya övergångsregler till denna lag om ändring i lagen.

### **Ikraftträdande och övergångsbestämmelser**

Lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 1996 och skall inte ges någon retroaktiv verkan (punkterna 1 och 2). Den nya föreskriften i 17 § om att särskilt arvode skall beaktas vid beräkning av ersättningstak m.m. föreslås dock träda i kraft ett år senare än lagen i övrigt.

I punkt 3 finns bestämmelser som gäller läkare som vid denna lags ikraftträdande är verksamma mot läkarvårdsersättning utan att uppfylla kraven på specialistkompetens i 7 § eller heltidskravet i 8 § eller som är verksamma som privatpraktiserande husläkare. Verksamheten för sådana läkare bör, liksom för övriga privatpraktiserande läkare, i första hand regleras genom vårdavtal (jfr. avsnitt 4.5.1). Om ett sådant avtal eller ett samverkansavtal inte kan komma till stånd gäller att läkaren ändå kan få ersättning från landstinget enbart med stöd av denna lag. Detta gäller dock endast så länge som verksamheten inte ändras i väsentligt hänseende (jfr. de ursprungliga övergångsbestämmelserna till lagen).

För en läkare utan samverkansavtal som inte uppfyller kravet på viss specialistkompetens i 7 § gäller i övrigt samma övergångsregler som för specialistkompetenta läkare. I fråga om f.d. husläkare gäller bestämmelsen såväl läkare med specialistkompetens i allmänmedicin som läkare som medgivits undantag från detta krav. De krav som lagen i övrigt föreskriver för att få läkarvårdsersättning måste däremot vara uppfyllda (jfr. dock punkten 4). Detta innebär bl.a. att det inte längre är möjligt för en landstingsanställd läkare (jfr. 9 §) att ta emot läkarvårdsersättning. Om de läkare som vid ikraftträdandet är verksamma mot läkarvårdsersättning inte uppfyller ålderskravet i 9 § gäller enligt punkt 4 att läkarvårdsersättning lämnas under en övergångstid om ett år. Bestämelsen gäller för läkare som fyllt eller under det närmaste året fyller sextiofem år. Under denna tid måste läkaren således få till stånd ett avtal med landstinget eller inrikta sin verksamhet på någon annan finansiering.

Läkarvårdsersättning utan samverkansavtal kan, förutom såvitt gäller f.d. husläkare, för det första lämnas till läkare som tidigare hade s.k. försäkringskassanslutning, dvs. som den 1 januari 1994 var uppförda på en sådan förteckning hos försäkringskassan som avsågs i 2 kap. 5 § AFL i detta lagrumms lydelse före nämnda datum. Sådana läkare kunde få läkarvårdsersättning utan krav på anmälan till landstinget och utan hinder av vissa andra krav för att få läkarvårdsersättning. Läkarvårdsersättning utan samverkansavtal kan för det andra lämnas till läkare som inlett sin verksamhet under den tid landstinget inte hade något inflytan-

de över etableringarna, dvs. efter den 1 januari 1994 och senast den 14 maj 1995 (övergångsbestämmelserna till lagen 1994:1962 om ändring i denna lag). För den sistnämnda gruppen har dock lagens krav redan tidigare gällt fullt ut.

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

##### 3 §

I paragrafen definieras begreppet sjukgymnastik som det används i denna lag. En av förutsättningarna för att sjukgymnastikersättning skall lämnas är att behandlingen ges efter remiss av läkare. Sjukgymnastik är i vissa fall lämplig behandling även vid sjukdomar eller skador i munhålan. Tandläkare kan därför ibland remittera sina patienter till sjukgymnast. Även i sådana fall bör sjukgymnastikersättning lämnas.

Paragrafen ändras i övrigt på ett sätt som motsvarar vad som gäller i fråga om 3 § lagen om läkarvårdsersättning. Det är således landstinget självt som i fortsättningen avgör om det är befogat med krav på remiss för att behandlingen skall anses som sjukgymnastik enligt denna lag. Genom bestämmelsen uppnås att offentligt och privat bedriven sjukgymnastik behandlas på samma sätt när det gäller kravet på remiss.

##### 4, 6 och 9 §§

Ändringarna i dessa paragrafer motsvaras helt av vad som gäller för motsvarande bestämmelser i lagen om läkarvårdsersättning.

##### 17, 19 a, 21 och 25 §§

Ändringarna i dessa paragrafer överensstämmer med som gäller beträffande 17, 19 a och 26 §§ lagen om läkarvårdsersättning. Detsamma gäller upphävandet av 21 §.

#### **Övergångsbestämmelserna till lagen samt ikraftträdande och övergångsbestämmelser**

Även i dessa delar överensstämmer förslaget om ändring i lagen om ersättning för sjukgymnastik i huvudsak med motsvarande delar i förslaget om ändring i lagen om läkarvårdsersättning.



## 8.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Prop. 1994/95:195

### 2 kap.

#### 6 §

Ändringen i första stycket föranleds av att de särskilda bestämmelserna om husläkare avskaffas. De uppgifter som husläkarna haft motsvaras i stor utsträckning av vad specialisterna i allmänmedicin inom primärvården kommer att ha hand om. Sådana specialister kan vara såväl offentligt anställda som privatpraktiserande.

## 8.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

#### 7 §

Pragrafen ändras endast i första stycket. Ändringen föranleds av att lagen om husläkare upphävs.

Patientavgifter som har erlagts hos en privatpraktiserande husläkare skall fortfarande beaktas vid beräkning av högkostnadsskyddet. Detta följer av punkt 2 i övergångsbestämmelserna.

## 8.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

Ändringarna har kommenterats i avsnitt 7.

## 8.8 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Förslaget har kommenterats i avsnitt 7.

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

#### 10 §

I paragrafen finns bestämmelser bl.a. om undersöknings- och behandlingsskyldighet för läkare i privat verksamhet när det gäller en samhällsfarlig sjukdom. Eftersom lagen om husläkare upphävs förlorar bestämmelsen om skyldighet i angivet hänseende för husläkare sin betydelse.

**63 §**

I paragrafens andra stycke föreskrivs att vissa undersökningar skall vara gratis för patienten. Bestämmelsen såvitt gäller husläkare förlorar sin betydelse i och med att lagen om husläkare upphävs.

I sista stycket i paragrafen har endast den ändringen skett att SFS-numret för lagen om allmän försäkring angivits.

## 8.10 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:419) om reskostnadsersättning vid sjukresor

**1 §**

En ändring behöver ske i paragrafens andra stycke eftersom lagen om husläkare upphävs. De privatpraktiserande läkare vars verksamhet reglerats i den lagen kommer fortsättningsvis att kunna bedriva sin verksamhet enligt vårdavtal med landsting, landstingsfria kommuner eller kommuner som försöksvis ansvarar för primärvården eller enligt reglerna i lagen om läkarvårdsersättning.

## 8.11 Förslaget till lag om dels fortsatt giltighet av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård, dels ändring i samma lag

Lagens giltighetstid föreslås bli förlängd med två år. Skälet härför har redovisats i avsnitt 5.4.4.

**2 §**

I paragrafen finns angivet vilka föreskrifter i hälso- och sjukvårdslagen som gäller för den primärvård som ingår i försöksverksamheten.

Bestämmelserna i 1 – 2 c §§ hälso- och sjukvårdslagen gäller för all hälso- och sjukvård. Det behöver alltså inte särskilt anges att dessa bestämmelser gäller även för sådan hälso- och sjukvård som omfattas av denna lag.

Enligt förslaget i detta ärende till ny lydelse av 14 § hälso- och sjukvårdslagen skall det inte finnas chefsöverläkare i primärvården. Hänvisningen till denna bestämmelse bör därför utgå så vitt gäller den försöksvisa kommunala primärvården.

**4 a §**

Innebörden av ändringen motsvaras av vad som gäller beträffande 5 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen. Vi hänvisar till kommentaren till den ändringen.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 30 mars 1995

Närvarande: statsministern Carlsson, ordförande, och statsråden Sahlin, Hjelm-Wallén, Peterson, Hellström, Thalén, Freivalds, Wallström, Persson, Tham, Schori, Blomberg, Heckscher, Hedborg, Andersson, Winberg, Uusmann, Nygren, Sundström, Lindh, Johansson

Föredragande: statsrådet Thalén

---

Regeringen beslutar proposition 1994/95:195 Primärvård, privata vårdgivare m.m.

---

Författningsrubrik	Bestämmelser som inför, ändrar, upphäver eller upprepar ett normgivningsbemyndigande	Celexnummer för bakomliggande EG-regler
Lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring	2 kap. 6 §	
Lag om ändring i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.	2 §	
Lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	14 §	

---