SOU 1992:118

ARVODEN FÖR VÅRD HOS PRIVATPRAKTISERANDE LÄKARE

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2014

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

Betänkande av Specialisttaxeutredningen

SOU 1992:118

ARVODEN FÖR VÅRD HOS PRIVATPRAKTISERANDE LÄKARE

Betänkande av Specialisttaxeutredningen

Ref KB Oc

115

Statens offentliga utredningar
1992:118
Socialdepartementet

Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare

Betänkande av Specialisttaxeutredningen
Stockholm 1992

SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget, som också på uppdrag av regeringskansliets förvaltningskontor ombesörjer remissutsändningar av dessa publikationer.

Adress: Allmänna Förlaget
Kundtjänst
106 47 Stockholm
Tel 08/739 96 30
Telefax: 08/739 95 48

Publikationerna kan också köpas i Informationsbokhandeln, Malmtorgsgatan 5, Stockholm.

REGERINGSKANSLIETS
OFFSETCENTRAL
Stockholm 1992

ISBN 91-38-13216-8
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Bo Könberg

Genom beslut vid regeringssammanträde den 12 mars 1992 bemyndigade regeringen statsrådet Könberg dels att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av läkarvårdstaxan, dels att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt utredaren.

Med stöd av detta bemyndigande förordnades den 10 april 1992 bitr. försäkringskassedirektören Per-Ove Karlsson som särskild utredare.

Att som experter biträda utredningen förordnades den 10 april 1992 direktören Björn Ekwall, Sveriges Läkarförbund, utredaren Kerstin Sjöberg, Landstingsförbundet, enhetschefen Catharina Lindberg, Riksförsäkringsverket, överläkaren Rikard Morawski, Riksförsäkringsverket, koordinator Bo Jordin, Socialstyrelsen och departementssekreteraren Per-Olof Bürén, Socialdepartementet.

Den 25 maj 1992 förordnades även departementssekreteraren Monica Albertsson, Socialdepartementet, att som expert biträda utredningen.

Avdelningsdirektören Barbro Wall har sedan den 1 maj 1992 varit sekreterare i utredningen.

Under arbetet med detta betänkande har sekretariatet i vissa delar biträtts av kammarrättsassessorn Olof Eklund.

Utredningen, som antagit namnet Specialisttaxeutredningen får härmed överlämna betänkandet *Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare.*

Arbetet med utredningen är härmed avslutat.

Stockholm den 17 november 1992

Per-Ove Karlsson

/Barbro Wall

Innehåll

Sammanfattning 7

Författningsförslag 11

1 Utredningsuppdraget 21

1.1 Direktiven 21
1.2 Bakgrund 21
1.3 Utredningsarbetet 22

2 Nuvarande system för läkarvårdsersättning 23

2.1 Inledning 23
2.2 Gällande ersättningssystem 23
2.3 Problem med nuvarande ersättningssystem 27

3 Utgångspunkter för ett nytt ersättningssystem 31

3.1 Inledning 31
3.2 Vård hos privatpraktiserande läkare 32
3.3 Förslaget om ett husläkarsystem 33
3.4 Privatläkarkårens omfattning 34
3.5 Röntgen- och laboratorieundersökningar 35
3.6 EG-aspekter på läkare inom försäkringen 35

4 En ny modell för läkarvårdsersättning 39

4.1 Inledning 39
4.2 Konstruktion av ett moderniserat ersättningssystem 40
4.2.1 Arvodesgrupper 40
4.2.2 Arvodesnivåer 41
4.2.3 Övriga ersättningar 44
4.2.4 Patientavgifter 46
4.2.5 Ekonomiskt tak för ersättning från försäkringen 46

5 Särskilda frågor 49

5.1 Särskild taxa för läkare fr.o.m. det år läkaren fyller 66 år 49
5.2 Åldersgräns 50
5.3 Flera åtgärder vid ett och samma besök 50
5.4 Läkarvårdsersättning för högst 6 000 besök per år 51
5.5 Vikariatssystemet 54
5.6 Sanktionsreglerna 55

6 Administration av den försäkringsanslutna privatläkarvården 59

6.1 Läkarnas anslutning 59
6.2 Utbetalning av läkarvårdsersättning 60
6.3 Uppföljning 61
6.4 Kvalitetssäkring 62
6.5 Fastställelse av ersättning för läkarvård 62

7 Analys av modellen. Effekter för försäkringen och sjukvårdshuvudmännen 63

7.1 Inledning 63
7.2 Kostnadsberäkningar 63
7.3 Administrationskostnader för försäkringen 68
7.4 Kostnader för sjukvårdshuvudmännen 68

8 Övergångsbestämmelser och tidpunkt för genomförande av utredningens förslag 69

8.1 Övergångsbestämmelser 69
8.2 Tidpunkt för genomförande av utredningens förslag 69

Bilaga 1 Utredningens direktiv 71

Bilaga 2 Tabell Normalarvode, reducerat arvode och ekonomiskt tak för resp. specialitet 75

Sammanfattning

Bakgrund

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

Uppdraget

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

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

Läkare som omfattas av de föreslagna arvodesbestämmelserna

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

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

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

Arvoden

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

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

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

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

Ekonomiskt tak

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

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

Åldersgräns

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

Vikariat

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

Sanktionsregler

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

Uppföljning

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

Författningsförslag

1. Förslag till Förordning om arvoden till privatpraktiserande läkare

Regeringen föreskriver följande.

Inledande bestämmelser

1 § Denna förordning skall tillämpas på läkarvård enligt 2 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring samt på rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för födelsekontrollerande verksamhet m.m. som lämnas av privatpraktiserande läkare som är uppförd på en av den allmänna försäkringskassan upprättad förteckning.

Med sjukvårdshuvudman avses i denna förordning landstingskommun eller kommun som inte tillhör landstingskommun.

2 § Förordningen omfattar vård eller rådgivning som avses i 1 § och som meddelas av en läkare med någon av följande specialiteter vilka svarar mot numrering och terminologi i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. enligt nedan.

Specialitet	Specialitet enligt förordningen om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.
Allmänmedicin	4
Anestesiologi	1 i
Barnaålderns invärtes sjukdomar	3 a–e
Hudsjukdomar och veneriska sjukdomar	11
Invärtes sjukdomar	2 a–k, 7 f och 13
Kirurgiska sjukdomar	1 a–h
Kvinnosjukdomar och förlossningar	1 j
Psykiska sjukdomar	5 a–c
Ögonsjukdomar	1 o
Öron-, näs- och halssjukdomar	1 l–n
Tumörsjukdomar	1 k och 15
Nervsjukdomar	12

Förordningen omfattar även sådan läkarvård eller rådgivning som avses i 1 § och som ges av läkare som saknar kompetensbevis för en specialitet enligt denna förordning.

Anslutning

3 § En privatpraktiserande läkare förs efter ansökan upp på förteckning hos den allmänna försäkringskassa inom vars verksamhetsområde han har för avsikt att bedriva läkarvård om sjukvårdshuvudmannen tillstyrker att han förs upp på förteckningen. Om det inom en försäkringskassas verksamhetsområde finns mer än en sjukvårdshuvudman skall den huvudman hos vilken verksamheten kommer att bedrivas ha tillstyrkt att läkaren förs upp på förteckningen.

Tillstyrkan enligt första stycket behövs dock inte när läkaren har för avsikt att bedriva heltidsverksamhet och

1. övertar en befintlig praktik från en läkare som är ansluten till försäkringen samt bedriver verksamheten vidare med i huvudsak oförändrad inriktning, eller

2. nyetablerar sig på en ort inom stödområdena 1 och 2 enligt förordningen (1990:642) om regionalpolitiskt företagsstöd eller inom någon av följande kommuner: Nordanstig i Gävleborgs län, Krokom i Jämtlands län eller Nordmaling, Robertsfors eller Vännäs i Västerbottens län.

Ett övertagande enligt andra stycket 1 anses föreligga även om den läkare som har överlåtit praktiken avser att fortsätta bedriva verksamhet där under högst ett år, räknat från den övertagande läkarens tillträde. Som förutsättning härför gäller att den läkare som överlåtit praktiken fyllt 65 år vid tillträdet i fråga och att läkarnas sammanlagt uppburna arvode inte kommer att överstiga den beloppsgräns som anges i 8 § andra stycket. Om förutsättningarna enligt detta stycke är uppfyllda får båda läkarna samtidigt vara anslutna till försäkringen.

I fall som avses i andra stycket 1 bör försäkringskassan inhämta yttrande från sjukvårdshuvudmannen innan kassan fattar beslut om att föra upp läkaren på förteckningen.

En läkare som förts upp på förteckningen kan på egen begäran föras av från denna med verkan tre månader efter det att framställningen kommit in till försäkringskassan.

Försäkringskassan skall föra av en läkare från förteckningen från och med den månad då läkaren fyller 70 år.

4 § Tillstyrkan som avses i 3 § första stycket behövs inte för en läkare som tillfälligt vikarierar för en på förteckningen uppförd läkare som på grund av sjukdom eller annat godtagbart skäl är helt eller delvis förhindrad att driva sin verksamhet. Tillstyrkan behövs inte heller för en vikarie när en på förteckningen uppförd läkare inte själv driver sin verksamhet under en sammanlagd tid av längst sextio dagar för år räknat.

5 § En läkare som är anställd hos sjukvårdshuvudman får inte föras upp på förteckning hos försäkringskassan om veckoarbetstiden hos sjukvårdshuvudmannen är lägst 17 timmar eller, i fråga om läkarpsykoanalytiker, lägst 20 timmar. Har läkaren förts upp på förteckning hos kassan, skall han föras av från den, om han ökar veckoarbetstiden hos sjukvårdshuvudmannen till lägst timantal som anges i första meningen.

Utan hinder av föreskrifterna i första stycket får en läkare som är anställd hos sjukvårdshuvudman föras upp på förteckning hos försäkringskassan som tillfällig vikarie enligt 4 §.

En privatpraktiserande läkare som förts upp på förteckning hos försäkringskassan får inte föras av från förteckningen enbart på grund av att han tillfälligt upphör med eller inskränker verksamheten som privatpraktiker för att vikariera inom den offentliga sjukvården.

6 § En läkare som är specialist i allmänmedicin får inte föras upp på förteckning hos

försäkringskassan om han är verksam som husläkare enligt lagen (1993:00) om husläkare. Om läkaren har specialistkompetens också i annan specialitet får han dock för verksamhet inom denna specialitet vara uppförd på sådan förteckning.

Arvoden och patientavgifter

7 § Normalarvodet enligt 8 § utgör ett enhetligt arvode för medicinsk rådgivning och undersökning eller behandling som utförs av en läkare med specialistkompetens enligt 2 §.

För rätt till ersättning i form av normalarvode vid ett läkarbesök skall läkarens vårdinsatser i direkt kontakt med patienten uppgå till minst hälften av tidsåtgången för besöket. Läkarbesöket skall vidare omfatta

1. anamnesupptagning innefattande psykosociala faktorer och undersökning med för specialiteten vedertagna undersökningsmetoder,
2. bedömning och rådgivning eller information, eller
3. behandling med för specialiteten vedertagna behandlingsmetoder.

En läkare som saknar specialistkompetens enligt 2 § får tillgodoräkna sig ett normalarvode för vårdinsatser vid ett läkarbesök som består av anamnesupptagning och undersökning, bedömning och rådgivning eller behandling. Vid besöket skall läkarens vårdinsatser i direkt kontakt med patienten uppgå till minst hälften av tidsåtgången för besöket.

Normalarvode som avses i första, andra och tredje styckena utges under förutsättning att läkarens tidsåtgång i direkt kontakt med patienten i genomsnitt per kalendermånad uppgår till minst det antal minuter som anges i 8 § första stycket (tabell).

Om en läkare i sin mottagningsverksamhet inte uppfyller förutsättningarna enligt första och andra styckena får en försäkringskassa besluta att läkaren inte har rätt att tillgodoräkna sig högre arvode än som gäller för läkare som avses i tredje stycket.

8 § Normalarvode får för läkare med specialistkompetens respektive utan sådan kompetens tillgodoräknas med högst följande belopp under förutsättning att de arvoden vilka en läkare sammanlagt har uppburit under ett kalenderår inte överstiger nedanstående belopp.

Läkare	Normalarvode högst kr	Tidsåtgång minuter per patientbesök	Sammanlagt uppburet arvode kr
Allmänmedicin	454	20	1 587 300
Anestesiologi	534	20	1 867 800
Barnaålderns invärtes sjukdomar	639	30	1 598 500
Hudsjukdomar och veneriska sjukdomar	529	20	1 849 800
Invärtes sjukdomar	544	25	1 630 800
Kirurgiska sjukdomar	548	20	1 918 000
Kvinnosjukdomar och förlossningar	544	20	1 903 000
Psykiska sjukdomar	960	50	1 344 300
Ögonsjukdomar	608	25	1 824 300
Öron-, näs- och halssjukdomar	481	20	1 682 500
Tumörsjukdomar	485	25	1 454 500
Nervsjukdomar	771	35	1 541 500
Utan specialist-kompetens	300	20	1 050 000

Om en läkare sammanlagt uppburit arvoden under ett kalenderår vilka överstiger i första stycket nämnda belopp får för läkare med specialistkompetens respektive utan sådan kompetens ett reducerat arvode tillgodoräknas med högst följande belopp under förutsättning att de arvoden vilka läkaren sammanlagt har uppburit under ett kalenderår inte överstiger nedanstående belopp.

Läkare	Reducerat arvode högst kr	Sammanlagt uppburet arvode kr
Allmänmedicin	196	1 929 600
Anestesiologi	243	2 292 200
Barnaålderns invärtes sjukdomar	280	1 948 300
Hudsjukdomar och veneriska sjukdomar	212	2 220 700
Invärtes sjukdomar	237	1 985 800
Kirurgiska sjukdomar	239	2 336 800
Kvinnosjukdomar och förlossningar	225	2 296 000
Psykiska sjukdomar	415	1 634 500
Ögonsjukdomar	232	2 172 400
Öron-, näs- och halssjukdomar	201	2 034 900
Tumörsjukdomar	207	1 765 200
Nervsjukdomar	334	1 875 900
Utan specialistkompetens	129	1 276 400

För samtalsbehandling som meddelas av läkare som också är legitimerad psykoterapeut är arvodet högst 643 kronor, om den tid som åtgår för behandling i direkt kontakt med patienten överstiger 45 minuter.

För mindre omfattande rådgivning, undersökning eller behandling än som angetts i 7 § och som utförs av läkaren själv eller under hans överinseende får läkaren endast tillgodoräkna sig enkelt arvode med 100 kronor per patientbesök.

För särskilt krävande åtgärder som finns upptagna i en särskild förteckning till förordningen får en läkare med specialistkompetens tillgodoräkna sig särskilt arvode. Arvodesbeloppet utgörs av normalarvodet för läkarens specialitet enligt första stycket multiplicerat med det poängtal som åtgärden har i förteckningen.

När arvoden som en läkare sammanlagt har uppburit under ett kalenderår överstiger i andra stycket nämnda belopp får läkaren högst tillgodoräkna sig enkelt arvode enligt fjärde stycket.

Riksförsäkringsverket får meddela föreskrifter om ersättning för läkarutlåtanden.

9 § För rådgivning som lämnas i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering får läkaren tillgodoräkna sig normalarvode. Normalarvodet utgör även ersättning för inprovning av pessar, insättning av livmoderinlägg eller subkutan implantation och uttagande av preventivmedel. Gör läkaren inte en gynekologisk undersökning i samband med rådgivning i födelsekontrollerande syfte får läkaren tillgodoräkna sig enkelt arvode enligt 8 § fjärde stycket.

Vid gynekologisk undersökning ersätts pessar, införare och det första behovet av kemiska medel med 270 kronor utöver normalarvodet. Detta gäller även när pessaret med tillbehör efter förskrivning kan hämtas på apotek utan kostnad för patienten.

Vid gynekologisk undersökning ersätts livmoderinlägg med 110 kronor utöver normalarvodet.

10 § Arvode för läkarbesök innefattar betalning för kliniska laboratorieundersökningar som anges i en särskild förteckning.

Om en laboratorieundersökning enligt första stycket inte utförs på den anslutne läkarens mottagning skall läkaren själv stå för kostnaden.

11 § Ersättning för läkares kostnader för resa med egen bil vid sjukbesök lämnas med det belopp som anges i anvisningarna till 33 § 3 c. kommunalskattelagen (1928:370). Om särskilda skäl föreligger utges även ersättning för resa med annat färdmedel.

Ersättning för resa med egen bil får beräknas utan hinder av att kostnaden skulle ha blivit lägre om annat färdmedel använts. För varje sådan resa beräknas, oavsett antalet sjukbesök per resa, en minsta ersättning av 10 kronor. Om särskilda skäl inte föranleder annat, får avståndet till den sjuke från den anlitade läkarens mottagning inte beräknas överstiga avståendet till den sjuke från dennes husläkare eller den allmänna mottagning som är inrättad för den ort där den sjuke vistas.

12 § Den försäkrade betalar efter hänvisning från husläkare patientavgift med högst 100 kronor. Saknas sådan hänvisning betalar den försäkrade patientavgift med högst 300 kronor.

13 § Försäkringskassan betalar genom läkarvårdsersättning skillnaden mellan arvode och patientavgift enligt denna förordning. Om en försäkrad enligt 21 § är befriad från

att betala de avgifter som anges i 12 §, skall försäkringskassan betala även sådan avgift genom läkarvårdsersättning.

Arvode för rådgivning enligt 9 § betalas helt genom läkarvårdsersättning.

Även arvode för provtagning i syfte att utröna om samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen (1988:1472) föreligger och för undersökning och rådgivning i samband med provtagningen betalas helt genom läkarvårdsersättning.

Resekostnadsersättning enligt 11 § betalas av försäkringskassan.

Arvode för sjukvård som avses i 2 § andra stycket 5 och 6 förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring betalas helt genom läkarvårdsersättning.

Sammanlagt uppburet arvode som avses i 8 § första och andra styckena omfattar inte arvode enligt 8 § fjärde stycket och 9 §.

I sammanlagt uppburet arvode som avses i 8 § första och andra styckena räknas in även arvoden för besök som görs hos en sådan vikarie som avses i 4 §.

14 § Arvode för läkarvård utgör ersättning för samtliga åtgärder vid ett rådfrågningstillfälle inberäknat läkemedelsförskrivning och provtagning för klinisk laboratorieundersökning. I arvodet ingår också betalning för läkarintyg som behövs för att få ut sjukpenning eller sjuklön samt för förbands- och annat förbrukningsmaterial.

15 § Arvodet för rådgivning enligt 9 § omfattar även förskrivning av preventivmedel och kostnader för preventivmedel som lämnas ut vid läkarbesöket.

16 § Leder bestämmelserna i förordningen till att arvodes- eller ersättningsbelopp kommer att utgå i brutet krontal, avrundas belopp som slutar på öretal från och med femtio uppåt och annat öretal nedåt till helt krontal.

Remiss

17 § För laboratorieundersökning som utförs av Statens bakteriologiska laboratorium lämnas ersättning från den allmänna försäkringen enligt föreskrifter som Riksförsäkringsverket meddelar, om undersökningen utförs efter remiss från

1. en läkare som är ansluten till försäkringen, eller
2. en läkare som är anställd av studerandehälsovårdsorganisation.

Övriga bestämmelser

18 § En läkare som är ansluten till försäkringen får inte meddela läkarvård eller rådgivning mot högre arvode än som följer av denna förordning. För all vård som omfattas av förordningen skall läkaren lämna läkarvårdsräkning till försäkringskassan och redovisa de uppgifter som Riksförsäkringsverket föreskriver. Sådan provtagning, undersökning eller rådgivning i samband med provtagning som avses i 13 § tredje stycket skall dock, utan uppgift om patientens identitet, redovisas särskilt till kassan enligt föreskrifter som verket meddelar. Formulär för läkarvårdsräkning fastställs av verket.

En läkare är på begäran av försäkringskassa, Riksförsäkringsverket eller domstol skyldig att i ärende om läkarvårdsersättning lämna upplysningar samt förete journal och övrigt material som rör undersökning eller behandling av en försäkrad.

En läkare, som utför behandling enligt avtal med en sjukvårdshuvudman, får uppbära ersättning från sjukvårdshuvudmannen enligt grunder som denne och läkaren kommer överens om.

Uppgår arvoden som en läkare sammanlagt under ett kalenderår uppburit till belopp enligt 8 § andra stycket får läkaren ändå tillgodoräkna sig särskilt arvode enligt 8 § femte stycket under förutsättning att sjukvårdshuvudmannen godkänt att nämnda belopp får överskridas. Försäkringskassan prövar efter ansökan frågor om rätt till arvode enligt detta stycke.

Läkarvårdsersättning kan innehållas i avvaktan på att sådana uppgifter lämnas som avses i första stycket.

19 § Om en läkare som är ansluten till försäkringen bryter mot en föreskrift i denna förordning får försäkringskassan besluta att han skall föras av från kassans förteckning. Ett avförande från förteckningen meddelas för en viss tid, lägst ett och högst tre år. Under denna tid får en annan försäkringskassa inte föra upp läkaren på sin förteckning över anslutna läkare. Bestämmelserna i 3 § första - fjärde styckena om förutsättningar för anslutning till försäkringen tillämpas beträffande läkare, som begär att åter föras upp på förteckningen.

Är förseelse som i första stycket sägs, med hänsyn till värde och övriga omständigheter, att anse som ringa får försäkringskassan besluta att läkaren skall avstängas från rätt till ersättning enligt denna förordning i högst tre månader. Under denna tid får en annan försäkringskassa inte föra upp läkaren på sin förteckning över anslutna läkare.

Föreskrifterna om återbetalningsskyldighet i 20 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring skall tillämpas på ersättningar som försäkringskassan betalar ut enligt denna förordning.

Föreskrifterna i 20 kap. 10–13 §§ lagen om allmän försäkring om omprövning och ändring av försäkringskassas beslut samt överklagande av försäkringskassas och domstols beslut tillämpas i ärenden enligt första och andra stycket. Ett beslut av en försäkringskassa eller av en annan domstol än försäkringsöverdomstolen i ärenden som avses i första och andra stycket gäller dock omedelbart endast om kassan eller domstolen särskilt förordnar det.

20 § Uppkommer kostnad med anledning av att patient uteblivit från avtalat läkarbesök, får patientavgift ändå tas ut av patienten.

Läkarvårdsersättning utges inte i fall som avses i första stycket.

21 § Ett exemplar av denna förordning skall finnas tillgängligt på en för patienterna väl synlig plats inom läkarens mottagning.

Den som ger vård enligt denna förordning skall på begäran av den försäkrade anteckna betalda patientavgifter enligt 12 § på fastställt formulär.

En försäkrad som för viss tid har uppnått kostnadsbefrielse enligt 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. är även befriad från att betala patientavgifter enligt 12 § under samma tid.

22 § Närmare föreskrifter för tillämpningen av denna förordning meddelas av Riksförsäkringsverket.

Förteckningar som avses i 8 § femte stycket och 10 § fastställs av Riksförsäkringsverket efter samråd med Socialstyrelsen.

Övergångsbestämmelser

1. Denna förordning träder i kraft den ..... 1993. Genom förordningen upphävs läkarvårdstaxan (1974:699).

2. Den upphävda taxan gäller dock fortfarande i fråga om arvode till privatpraktiserande läkare som avser tid före ikraftträdandet.

3. Med läkare som har specialistkompetens i allmänmedicin jämställs i fråga om rätt att tillämpa arvoden enligt 7 § dels läkare som etablerat sig i allmän praktik före den 1 juli 1969, dels annan läkare som erhållit Sveriges läkarförbunds allmänläkardiplom och etablerat sig i allmän praktik före utgången av år 1973.

4. En försäkringskassa får medge att en läkare som efter juni 1985 nyetablerar sig på ort inom stödområdena 1 eller 2 enligt förordningen (1990:642) om regionalpolitiskt företagsstöd eller inom kommun som sägs i 3 § andra stycket 2, får tillämpa arvoden som överstiger de i 8 § första, andra, fjärde och femte styckena med 20 procent.

En försäkringskassa får medge att en läkare, som efter juni 1985 nyetablerar sig på ort utanför de i föregående stycke nämnda stödområdena och kommunerna, får tillämpa arvoden som överstiger de i 8 § första, andra, fjärde och femte styckena angivna arvodena med 10 procent, dock inte om etableringen sker inom någon av följande kommuner:

Botkyrka, Danderyd, Ekerö, Haninge, Huddinge, Järfälla, Lidingö, Nacka, Salem, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Stockholm, Sundbyberg, Tyresö, Täby, Upplands-Bro, Upplands Väsby, Vallentuna, Vaxholm, Värmdö, Österåker,

Härryda, Göteborg, Kungsbacka, Kungälv, Lerum, Mölndal, Partille, Öckerö,

Burlöv, Helsingborg, Kävlinge, Landskrona, Lomma, Lund, Malmö, Staffanstorp, Svedala, Trelleborg, Vellinge.

Försäkringskassa får även medge en läkare som avses i första eller andra stycket att sammanlagt uppburet arvode enligt 8 § första och andra styckena får höjas med det procenttal som anges i första eller andra stycket i denna punkt.

Arvodeshöjning enligt första eller andra stycket skall efter två år från det att läkaren fördes upp på förteckning hos försäkringskassan avvecklas successivt med fem procentenheter årligen. Om läkaren vid nyetableringen redan var uppförd på förteckning hos kassan räknas tiden från och med den månad då läkaren inledde sin verksamhet i samband med nyetableringen.

5. Bestämmelsen i 21 § fjärde stycket i den upphävda läkarvårdstaxan (1974:699) i dess lydelse före den 1 juli 1991 gäller fortfarande i mål som anhängiggjorts i försäkringsrätt före nämnda tidpunkt. Om ett sådant mål efter regeringsbeslut överlämnats till kammarrätt för prövning, skall nämndemän ingå i kammarrätten. I dessa mål gäller 20 kap. 11 § tredje stycket samt 13 § första, andra och fjärde styckena lagen (1962:381) om allmän försäkring.

6. En läkare som när denna förordning träder i kraft är uppförd på förteckning hos allmän försäkringskassa skall från och med den dag förordningen träder i kraft föras av från förteckningen om han inte uppfyller kraven för att stå kvar på denna.

7. En läkare som före ikraftträdandet är uppförd på förteckningen och inte fyllt 70 år skall även fortsättningsvis vara uppförd på förteckningen.

Som förutsättning enligt första stycket krävs att läkaren i en ansökan till försäkrings-

kassan lämnar uppgift dels om den specialitet enligt 2 § han har för avsikt att fortsättningsvis tillkännage som sin mottagningsinriktning, dels om han har för avsikt att meddela läkarvård som enligt 7 § första, andra och fjärde styckena berättigar till ersättning med normalarvode för ett läkarbesök. Avser läkaren inte att bedriva läkarvård som berättigar till ersättning med nämnda normalarvode eller saknar läkaren specialistkompetens får läkaren även fortsättningsvis vara uppförd på förteckningen med rätt att tillgodoräkna sig normalarvode som avses i 7 § tredje och fjärde styckena.

8. En läkare som före ikraftträdandet är uppförd på förteckningen och som med tillämpning av 3 § sjätte stycket på grund av åldersskäl skall föras av från förteckningen inom en period av två år räknat från ikraftträdandet, skall även fortsättningsvis vara uppförd på förteckningen, dock längst till och med två år efter ikraftträdandet. Som förutsättning för att stå kvar på förteckningen gäller föreskrifterna i 7 andra stycket.

2. Förslag till Förordning om ändring i gränssjukvårdsförordningen (1962:390)

Härigenom föreskrivs att 2 § gränssjukvårdsförordningen (1962:390)[1] skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 §[2]
Ersättning för utgift för läkarvård utges högst med belopp motsvarande det arvode som privatpraktiserande läkare enligt *7 § läkarvårdstaxan (1974:699)* skulle ha fått tillgodoräkna sig för vården *enligt normaltaxa för normalfall*. Utgift för sjukgymnastisk behandling ersätts högst med belopp motsvarande det arvode som privatpraktiserande sjukgymnast enligt 8 § förordningen (1976: 1018) med taxa för sjukvårdande behandling skulle ha fått tillgodoräkna sig för behandlingen.	Ersättning för utgift för läkarvård utges högst med belopp motsvarande det arvode som privatpraktiserande läkare enligt *8 § förordningen (1993:000) om arvoden till privatpraktiserande läkare* skulle ha fått tillgodoräkna sig för vården. Utgift för sjukgymnastisk behandling ersätts högst med belopp motsvarande det arvode som privatpraktiserande sjukgymnast enligt 8 § förordningen (1976: 1018) med taxa för sjukvårdande behandling skulle ha fått tillgodoräkna sig för behandlingen.

Från ersättning för utgift för läkarvård görs avdrag med 70 kronor. Från ersättning för utgift för sjukgymnastisk behandling görs avdrag med 45 kronor.

---

1. Denna förordning träder i kraft den .... 1993.
2. Äldre föreskrifter skall fortfarande gälla i fråga om ersättning som avser tid före ikraftträdandet.

[1] Förordningen omtryckt 1986:435.
[2] Senaste lydelse 1990:1399.

3. Förslag till Förordning om ändring i förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling

Härigenom föreskrivs att 7 § förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling[1] skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	7 §[2]
En läkare skall för att bli uppförd på förteckning enligt 1 § vara ansluten till sjukförsäkringen enligt 3 § *läkarvårdstaxan (1974:699).*	En läkare skall för att bli uppförd på förteckning enligt 1 § vara ansluten till sjukförsäkringen enligt 3 § *förordningen (1993:000) om arvoden till privatpraktiserande läkare.*

---

1. Denna förordning träder i kraft den ... 1993.
2. Äldre föreskrifter skall fortfarande gälla i fråga om uppförande på förteckning som avser tid före ikraftträdandet.

[1] Förordningen omtryckt 1984:766.
[2] Senaste lydelse 1984:766.

1 Utredningens uppdrag

1.1 Direktiven

Utredningen har i uppgift att göra en allmän översyn av läkarvårdstaxans regelsystem samt lägga fram förslag om ett reformerat ersättningssystem.

I direktiven till utredningen (dir. 1992:29) anges att översynen skall ske med utgångspunkt i att ett system med husläkare skall ha införts över hela landet vid utgången av år 1995.

Det främsta syftet för utredningen är att lämna förslag till ett moderniserat ersättningssystem för specialistvård hos de privatpraktiserande läkare som även i fortsättningen kommer att vara anslutna till försäkringen när ett husläkarsystem införs.

Enligt direktiven bör ersättningen utformas så att specialistläkarnas insatser inriktas mot sådana åtgärder och behandlingar som ligger inom deras speciella kompetensområde. Utformningen av ersättningen bör inte motverka den önskvärda utvecklingen att specialistläkare med lämplig bakgrund efter kompletterande utbildning kan etablera sig som husläkare.

Vid utformningen av ersättningssystemet skall vidare en viktig utgångspunkt vara att underlätta för privatpraktiker att i framtiden bedriva en kvalificerad mottagningsverksamhet. Det bör därvid bl.a. prövas om arvodesnivåerna behöver förändras. En grund för denna prövning bör vara att privatpraktiker skall ha möjlighet att t.ex. investera i lokaler och utrustning som svarar mot dagens och framtida krav.

Enligt direktiven bör utredningsarbetet omfatta även övriga principer som kommer till uttryck i bestämmelserna i läkarvårdstaxan. Skälen för och emot den särskilda taxan för läkare över 65 år bör därvid prövas och konsekvenserna för patient, försäkring och sjukvårdshuvudman av att en högre ersättning införs för flera åtgärder vid ett och samma besök bör belysas. Vidare bör möjligheten att slopa gränsen på högst 6 000 besök per kalenderår för rätt till läkarvårdsersättning prövas, reglerna för vikariat ses över och behovet av ändring av sanktionsreglerna övervägas.

I uppdraget ingår även att kostnadsberäkna förslaget om arvodesbestämmelserna. Förändringar i kostnaderna bör särredovisas för försäkring resp. sjukvårdshuvudmän. Förslag till omprioriteringar inom ersättningssystemet skall redovisas. Vidare bör konsekvenserna av förslagen i form av ändrade administrationskostnader för försäkringskassan belysas. I övrigt gäller de direktiv som utfärdats till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående utredningsförslagens inriktning.

1.2 Bakgrund

Läkarvårdstaxan trädde i kraft den 1 januari 1975. Fr.o.m. år 1985 ändrades reglerna för de privatpraktiserande läkarnas anslutning till sjukförsäkringens ersättningssystem. Bl.a. begränsades möjligheten till fri försäkringsanslutning och rätten för offentligt anställda läkare att bedriva s.k. fritidspraktik med anslutning till försäkringssystemet

avskaffades. Därefter har endast mindre ändringar företagits i taxan. Dessa har gällt arvodesnivåerna, utformningen av arvodesbestämmelserna och anslutningsreglerna.

Läkarvårdstaxan har inte varit föremål för någon allmän översyn sedan sin tillkomst för nästan 20 år sedan. Synpunkter har också under senare tid framförts från skilda håll på att taxan i olika avseenden är föråldrad och administrativt krävande för försäkringskassor, sjukvårdshuvudmän och vårdgivare. Näringsfrihetsombudsmannen (NO) har haft synpunkter på läkarvårdstaxan från konkurrenspolitisk synpunkt och Riksrevisionsverket (RRV) har pekat på vissa brister i såväl taxan som det gällande ersättningssystemet.

Den pågående strukturomvandlingen av den svenska hälso- och sjukvården kommer i hög grad att beröra även de privatpraktiserande läkarnas arbetsförhållanden och ekonomi. Det planerade införandet av ett system med husläkare över hela landet kommer att väsentligt förändra förutsättningarna för flertalet privatpraktiker.

1.3 Utredningsarbetet

Tyngdpunkten i detta arbete har legat på överväganden och förslag om en ny ersättningsmodell. Dessutom har jag behandlat de särskilda frågor om bestämmelser i nuvarande läkarvårdstaxa som angetts i direktiven.

Arbetet inleddes med en hearing. Till denna inbjöds representanter från Läkargruppen i Örebro, Läkarmottagningen i Hötorgscity, Stockholm Heart Center, Svenska Privatläkarföreningen, Praktikertjänst, HAO Privatvårdens Arbetsgivarförbund, Landstingsförbundet och sjukvårdshuvudmännen, Försäkringskasseförbundet och försäkringskassorna samt Förtroendeläkarföreningen. Syftet var att ge berörda parter möjlighet dels att lämna synpunkter på de olika delar i regelverket som utredningen hade att se över, dels att ge konstruktiva förslag till ett reformerat ersättningssystem.

Två studieresor har genomförts under arbetet, den ena till Danmark och den andra till England. I Danmark besöktes Amtsrådsföreningen i Köpenhamn och Skive sjukhus på Jylland och i England besöktes bl.a. en "General Practioner" (allmänläkare motsvarande vår husläkare) och hans mottagning. Vidare besöktes Family Health Services Authority (FHSA) som administrerar allmänläkarna samt British Medical Association (BMA) som är motsvarigheten till Sveriges Läkarförbund.

2 Nuvarande system för läkarvårdsersättning

2.1 Inledning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet för all hälso- och sjukvård i samhället att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Ansvaret för detta har ålagts sjukvårdshuvudmännen, som även har ansvaret för att planera hälso- och sjukvården med utgångpunkt i befolkningens behov. Denna planering skall även avse privata vårdgivare.

Från sjukförsäkringen lämnas invånar- och behovsrelaterad ersättning till sjukvårdshuvudmännen för såväl sluten som öppen vård. Denna allmänna sjukvårdsersättning innefattar även ersättning för den sjukvård som meddelas av de privatpraktiserande läkare, som är anslutna till den allmänna försäkringen. Den försäkringsanslutne läkaren debiterar arvode enligt den av regeringen fastställda läkarvårdstaxan. Arvodet utgörs av läkarvårdsersättning och patientavgift. Läkarvårdsersättningen utbetalas av den försäkringskassa inom vars område läkaren är verksam. Innan försäkringskassan betalar ut allmän sjukvårdsersättning till sjukvårdshuvudmannen görs avdrag för den läkarvårdsersättning som utbetalats till de försäkringsanslutna privatpraktikerna.

Patientavgiften är densamma hos privatpraktiserande läkare med anslutning till försäkringen som hos motsvarande läkare inom den offentliga öppna vården. I vissa fall får en privatpraktiserande läkare ta ut högre avgift.

Den allmänna sjukvårdsersättningen innefattar även betalning för röntgen- och laboratorieundersökningar som sker på remiss från en läkare med försäkringsanslutning. Dessa undersökningar utgör s.k. fria nyttigheter för de anslutna läkarna. Läkaren debiteras således ingen kostnad för dessa. I stället ingår de i schablonen för den allmänna sjukvårdsersättningen.

2.2 Gällande ersättningssystem

Enligt 2 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) lämnas ersättning från den allmänna försäkringen för läkarvård med anledning av sjukdom. Sådan vård ersätts endast om läkaren är uppförd på försäkringskassans förteckning över anslutna läkare. Ersättningen utbetalas till läkaren enligt bestämmelser som regeringen fastställer. Bestämmelser om ersättning för läkarvård finns i läkarvårdstaxan (1974:699).

Läkarvårdstaxan omfattar sådan läkarvård som ges med anledning av sjukdom samt rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. som lämnas av privatpraktiserande läkare som är uppförd på en av den allmänna försäkringskassan upprättad förteckning (1 §). I taxan finns bestämmelser om anslutning till försäkringen samt om arvoden och patientavgifter. Dessutom finns det särskilda bestämmelser och bestämmelser om rätt för Riksförsäkringsverket (RFV) att utfärda närmare föreskrifter m.m. Därtill kommer en del övergångsbestämmelser.

Anslutning

En privatpraktiserande läkare förs upp på en förteckning hos den allmänna försäkringskassa inom vars verksamhetsområde han bedriver läkarvård, under förutsättning att han åtagit sig att följa läkarvårdstaxans bestämmelser och sjukvårdshuvudmannen tillstyrkt att han förs upp på förteckningen (3 §).

För läkare, som har för avsikt att bedriva heltidspraktik, görs i tre fall undantag från kravet att sjukvårdshuvudmannen skall tillstyrka att läkaren förs upp på förteckningen (3 §). Det ena fallet är om läkaren övertar en befintlig praktik från en kollega som är ansluten till försäkringen och den övertagande läkaren driver praktiken vidare med i huvudsak oförändrad inriktning. Den läkare som fyllt 65 år kan överlåta sin praktik och ändå vara verksam under ytterligare högst ett år om antalet patientbesök inte överstiger 6 000 för de båda läkarna sammanlagt. Vid sådana överlåtelser bör dock försäkringskassan ta in yttrande från sjukvårdshuvudmannen före sitt beslut att föra upp den nytillkomne läkaren på förteckningen. Det andra fallet är om en läkare nyetablerar sig på en ort inom stödområdena 1 och 2 enligt förordningen (1990:642) om regionalpolitiskt företagsstöd eller inom vissa angivna kommuner i norrlandslänen. Det tredje fallet avser läkare som förs upp på förteckningen som vikarie för en ansluten läkare.

Vikariat

En läkare som tillfälligt vikarierar för en ansluten läkare får föras upp på försäkringskassans förteckning (3 §). Detta gäller under förutsättning att den ordinarie läkaren är helt eller delvis förhindrad att driva sin verksamhet på grund av sjukdom eller annat godtagbart skäl. Som tidigare nämnts krävs inte någon tillstyrkan av sjukvårdshuvudmannen för anslutning som vikarie.

Även en läkare som är anställd hos sjukvårdshuvudmannen, och som enligt huvudregeln inte får föras upp på förteckningen, får anslutas som tillfällig vikarie (4 §).

Av RFV:s föreskrifter (RFFS 1990:11) och allmänna råd (1991:6) framgår bl.a. att som annat godtagbart skäl menas ledigheter som följer av AFL, semester, militärtjänstgöring, medicinska studier/forskning, politiskt/fackligt uppdrag, utlandstjänstgöring inom SIDA, FN eller liknande organisation samt avstängning från arbetet på grund av ingripande enligt smittskyddslagen. Vikarien skall bedriva verksamheten i vikariatsgivarens lokaler och mottagningens verksamhet skall ha i huvudsak oförändrad inrikting. Vidare får tidsperioden för ett vikariat inte vara kortare än en dag och inte längre än ett år.

För varje ansluten läkare gäller att högst 6 000 besök per kalenderår ersätts från försäkringskassan (12 §).

Har läkaren haft vikarie inräknas även den senares besök i det maximala antalet för den ordinarie läkaren.

Fritidspraktiserande läkare

Huvudregeln är att en läkare, som är heltidsanställd hos sjukvårdshuvudman, inte får föras upp på förteckning hos försäkringskassan (4 §). Från denna huvudregel görs dock undantag för anslutning som vikarie.

Med heltidsanställd hos sjukvårshuvudmannen menas att läkaren har en veckoarbetstid på lägst 17 timmar och för läkarpsykoanalytiker lägst 20 timmar (4 §). Om en läkare som är ansluten till försäkringen ökar sin veckoarbetstid till lägst 17 resp. 20 timmar

skall läkaren föras av från förteckningen. Dock får en privatpraktiserande läkare som förts upp på förteckningen inte föras av från denna enbart på grund av att han tillfälligt upphör eller inskränker verksamheten för att vikariera inom den offentliga vården.

Arvoden

En läkare får tillgodoräkna sig arvode för varje patientbesök (7 §). Arvodet är uppdelat på sju olika nivåer, arvodesgrupper. Grupp 1 avser enkel rådgivning som inte sker per telefon eller enkel undersökning och behandling av läkaren personligen eller under dennes överinseende (t.ex. kontroll av patienten i samband med injektion, omläggning och därmed jämförlig åtgärd). Grupp 2 avser rådgivning som påkallar undersökning eller behandling som är mer omfattande eller tidsödande än åtgärd hänförlig till grupp 1. Grupp 3 avser rådgivning hos läkare med specialistkompetens när rådgivningen kräver omfattande anamnesupptagning och andra åtgärder. Till rådgivning enligt denna grupp räknas inte fall när läkaren undersökt eller behandlat patienten under den senaste sexmånadersperioden. Grupperna 4–7 avser rådgivning hos läkare med specialistkompetens när rådgivningen påkallar en eller flera särskilt krävande undersökningar som enligt en särskild förteckning är hänförliga till någon av dessa arvodesgrupper.

Den särskilda förteckningen har fastställts i RFV:s föreskrifter (RFFV 1982:8). Denna åtgärdsförteckning är uppdelad på tolv specialiteter. För varje åtgärd inom resp. arvodesgrupp finns angivet vilken eller vilka specialistläkare som har rätt att debitera enligt denna arvodesgrupp. I förteckningen finns ca 250 olika åtgärder.

Utöver arvoden enligt de sju arvodesgrupperna finns i läkarvårdstaxan arvode för samtalsbehandling som meddelas av en läkare som också är legitimerad psykoterapeut (7 §). Dessutom finns arvoden för preoperativ undersökning i steriliseringsärenden samt arvode för telefonrådgivning och tilläggsarvode vid sjukbesök i hemmet. Vidare finns arvoden för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering samt särskild ersättning för tillhandahållande av vissa preventivmedel (8 §). Arvode lämnas även för vissa laboratorieundersökningar som utförs på läkarens mottagning (9 §). I samband med hembesök lämnas ersättning för läkarens resekostnad (10 §).

Läkarvårdstaxan innehåller också bestämmelser om vilken arvodesgrupp som är tillämplig för abort och steriliseringsingrepp samt för provtagning för att utröna om samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen (1988:1472) föreligger och därmed sammanhängande undersökning eller rådgivning (7 §).

För att få tillgodoräkna sig arvode enligt grupperna 3–7 krävs att läkaren har specialistkompetens. I åtgärdsförteckningen finns dock en bestämmelse med generell dispens för specialistläkare med examen i ortopedisk medicin att beträffande vissa åtgärder få tillämpa arvodesgrupperna för dessa.

Även annan läkare med specialistkompetens kan få rätt till arvode enligt grupp 3–7 för visst slag av åtgärd. Efter eventuellt yttrande från Socialstyrelsen beslutar RFV om sådan dispens.

Taxesättning

Arvodena i taxan är uppdelade på två taxesättningar, en normaltaxa och en särskild taxa. Den särskilda taxan är något lägre än normaltaxan och gäller för anslutna läkare fr.o.m. det år då läkaren fyller 66 år.

Arvodeshöjning

Enligt övergångsbestämmelserna till läkarvårstaxan har läkare i gruppmottagningar och vissa andra läkare rätt till arvodeshöjning med 12 % av normaltaxan (för läkare över 65 år 12 % av den särskilda taxan). Denna arvodeshöjning tillkom när läkarvårdstaxan infördes år 1975 för att läkare med stora kostnader och höga intäkter inte skulle få för stora inkomstminskningar i och med att de anslöt sig till försäkringens ersättningssystem. Arvodeshöjningen har successivt avvecklats. Endast en arvodeshöjning på 12 % finns numera kvar.

En annan arvodeshöjning gäller, enligt övergångsbestämmelserna till läkarvårdstaxan, för läkare som efter år 1985 nyetablerar sig i de tidigare nämnda stödområdena eller norrlandskommunerna. Denna arvodeshöjning uppgår till 20 % och avvecklas på tre år. Även vid nyetablering utanför dessa områden får en arvodeshöjning på 10 % tillämpas. Arvodeshöjningen gäller dock inte vid nyetablering i vissa uppräknade kommuner inom storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö. Denna arvodeshöjning avvecklas också på tre år.

Patientavgifter

Arvodet för ett läkarbesök består dels av en läkarvårdsersättning, dels av en patientavgift (12 §). Läkarvårdsersättningen är den försäkrades förmån, men betalas direkt från försäkringskassan till den anslutne läkaren. Vid läkarbesöket betalar den försäkrade endast en patientavgift (11 §). Även för telefonrådgivning får läkaren ta ut en patientavgift och vid hembesök får läkaren ta ut en tilläggsavgift av patienten, dock endast en per hushåll. Patientavgiften fastställs av resp. sjukvårdshuvudman och kan därmed variera. Den anslutne läkaren får ta ut högst den patientavgift som den sjukvårdshuvudman tillämpar inom vars område den försäkringskassa finns där läkaren förts upp på förteckningen.

Rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering är gratis för patienten och hela arvodet betalas av försäkringskassan (12 §). Detsamma gäller provtagning beträffande samhällsfarlig sjukdom samt undersökning och rådgivning i samband därmed. Även för patienter med frikort betalar försäkringskassan hela arvodet till läkaren.

Läkarvårdsbesök

Arvodet för läkarvårdsbesök utgör betalning för samtliga åtgärder vid ett och samma rådgivningstillfälle (13 §). Även om skilda undersöknings- och behandlingsåtgärder utförts lämnas bara ett arvode. I arvodet ingår ersättning för läkemedelsförskrivning, provtagning för klinisk laboratorieundersökning, läkarintyg som behövs för att få ut sjukpenning samt förbands- och annat förbrukningsmaterial.

När det gäller rådgivning i födelsekontrollerande syfte omfattar arvodet även förskrivning av preventivmedel och kostnader för preventivmedel som lämnas ut vid läkarbesöket (14 §). Livmoderinlägg och pessar är gratis för patienten och läkaren får ersättning för dessa enligt läkarvårdstaxan (8 §).

Försäkringskassan betalar ut läkarvårdsersättning till de anslutna läkarna. Läkarvårdsersättningen utgör skillnaden mellan arvodet enligt taxan och gällande patientavgift. I de fall patientavgift inte får tas ut betalar kassan hela arvodet för besöket i form av läkarvårdsersättning. Utbetalningen av läkarvårdsersättning är dock begränsad till högst 6 000

besök per läkare och kalenderår. I antalet besök inräknas dock inte besök enligt arvodesgrupp 1 och inte heller rådgivning i födelsekontrollerande syfte. Som tidigare nämnts inräknas vikariatstagarens besök i vikariatsgivarens maximala antal besök för ersättning från försäkringen.

Läkarens skyldigheter m.m.

En läkare som förts upp på förteckning hos en försäkringskassa har därmed åtagit sig att följa läkarvårdstaxans bestämmelser. En ansluten läkare får inte meddela läkarvård mot högre arvode än vad som följer av taxan (20 §). Avvikelse får endast ske i de fall läkaren utför behandlingar enligt avtal med sjukvårdshuvudmannen. Arvodet blir då en sak mellan läkaren och huvudmannen. Taxan är således en maximitaxa. Som tidigare nämnts får läkaren inte heller ta ut högre patientavgift än den som gäller hos motsvarande läkare inom den offentliga öppna vården.

Läkaren är vidare skyldig att på läkarvårdsräkning redovisa all vård till försäkringskassan (20 §). Läkaren är även skyldig att redovisa andra uppgifter, som RFV föreskriver. RFV fastställer formulär för läkarvårdsräkning och utfärdar föreskrifter om hur redovisningen till försäkringskassan skall ske (RFFS 1977:24).

Om en läkare underlåter att lämna sådana uppgifter som RFV föreskriver kan försäkringskassan innehålla läkarvårdsersättningen i avvaktan på att dessa uppgifter kommer in till kassan (20 §).

Bryter en ansluten läkare mot en föreskrift i läkarvårdstaxan får försäkringskassan besluta att läkaren skall föras av från förteckningen (21 §). I sina allmänna råd 1991:6 har RFV rekommenderat att en läkare, som bryter mot en föreskrift i taxan, av kassan bör erinras om sin skyldighet att följa föreskrifterna i taxan. I samband härmed är det lämpligt att kassan upplyser om att en läkare som bryter mot en föreskrift i taxan kan föras av från kassans förteckning. Om läkaren fortsätter att bryta mot föreskrifterna bör kassan besluta att föra av läkaren från förteckningen. För att ett sådant beslut skall gälla med omedelbar verkan måste försäkringskassan särskilt förordna detta (21 §).

Visar det sig att fösäkringskassan betalat ut för mycket ersättning till en ansluten läkare kan försäkringskassan göra läkaren återbetalningsskyldig (21 §). Även i detta fall gäller kassans beslut med omedelbar verkan endast om kassan särskilt förordnat detta.

2.3 Problem med nuvarande ersättningssystem

Den nu gällande läkarvårdstaxan har varit i kraft i drygt 17 år. Sedan den trädde i kraft den 1 januari 1975 har den i huvudsak haft samma utformning. I samband med ett ändrat system för ersättning från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen begränsades dock möjligheten till fri försäkringsanslutning, och rätten för offentligt anställda läkare att bedriva s.k. fritidspraktik med anslutning till försäkringssystemet avskaffades. Därefter har endast mindre ändringar företagits i taxan. RFV har ofta tagit initiativet till ändringarna som varit resultatet av RFV:s i princip årliga överläggningar med Sveriges Läkarförbund om justering av taxans arvodesnivåer. Från skilda håll har framhållits att den gällande läkarvårdstaxan är föråldrad och att den inte följt med i den medicinska utvecklingen. Detta innebär att vissa nya behandlingsmetoder inte finns upptagna i läkarvårdstaxans åtgärdsförteckning och därmed inte är ersättningsbara enligt arvodesgrupperna 4–7 i taxan. Vidare har framförts att den medicinska utvecklingen under 1980-talet inneburit att stora och dyra investeringar i mottagningarna varit nödvändiga.

Då läkarvårdstaxan och dess ersättningsbestämmelser inte följt med i denna utveckling har från privatläkarna framförts att svårigheter uppkommit för specialistläkare med anslutning till försäkringen att konkurrera med den offentliga vården. Att taxeersättningen inte ökat i samma takt som mottagningskostnaderna har ansetts medföra risk för kvalitetsförsämring eftersom t.ex. efterutbildningen därmed kan ha blivit eftersatt.

Läkarvårdstaxan är till sin konstruktion uppbyggd på sju olika arvodesgrupper, från enkla medicinska rådgivningar till omfattande operationer. Till de fyra högsta arvodesgrupperna hör en åtgärdsförteckning med ca 250 åtgärder. Taxan omfattar tolv specialiteter och för varje åtgärd i förteckningen anges vilken specialitet en läkare skall ha för att få debitera arvode för åtgärden. Utöver de sju arvodesgrupperna finns även bestämmelser om ersättning för preventivmedelsrådgivning, telefonrådgivning, laboratorieundersökning, hembesök osv. Denna detaljerade utformning av gällande taxa har nämnts som en anledning till att det är svårt att följa upp läkarnas tillämpning av ersättningsbestämmelserna. Försäkringskassorna har framhållit att de i dag måste ha patientens tillstånd för att ta del av läkarens journaler. Detta innebär att kassorna i stort sett saknar möjlighet att följa upp läkarens taxetillämpning.

Läkarvårdstaxans detaljerade utformning har även ansetts ge möjlighet till individuella tolkningar vid debitering av arvode vilket för läkarna medfört olikheter i ekonomin utan att alltid vara en följd av kompetens och kvalitet. Taxan har också ansetts premiera ett stort antal läkarvårdsbesök men inte att läkaren tagit tid på sig för patienten vid ett läkarbesök.

Ersättningen till de privatpraktiserande läkarna, som är anslutna till den allmänna försäkringen, utbetalas från försäkringskassan. Innan kassan betalar ut den allmänna sjukvårdsersättningen till sjukvårdshuvudmannen görs avdrag för vad som betalats ut till de anslutna läkarna. På så sätt utgör läkarvårdsersättningen en kostnad för sjukvårdshuvudmännen. Sjukvårdshuvudmännen har påpekat att kostnaderna för privatläkarvården i dag inte är förutsebara, att såväl antalet läkarbesök som kostnaderna för dessa ökat och att prognosen visar på en fortsatt ökning. Även från andra håll har påpekats att taxesystemet måste anses ha en viss kostnadsdrivande effekt.

RRV har nyligen granskat en del regler och villkor för privatläkare som är anslutna till försäkringen och bl.a. pekat på att en del uppfattar läkarvårdstaxans ersättningsgräns som att de tilldelats en besöksvolym om 6 000 besök per år, något som med rimlig tidsåtgång per besök knappast är möjligt för en läkare att ensam klara av. I stället anlitar läkaren, som RRV påpekar vikarier för att utöka mottagningens kapacitet. En annan faktor som RRV nämner som ersättningshöjande och därmed även kostnadsdrivande är den s.k. taxeglidningen. I början av 1980-talet var taxeglidningen ca 4 % och ökade till 8,3 % för perioden juli 1985 – juni 1986. Därefter har det tenderat att minska med undantag för perioden juli 1989 – juni 1990 då den utgjorde 9,9 %. RRV konstaterar att det är svårt att genom utredningar och kontroller visa vad som till största delen är förklaringen till taxeglidningen även om det finns skäl att tro att taxans konstruktion är en starkt bidragande faktor.

I direktiven angav det föredragandet statsrådet vissa bestämmelser i läkarvårdstaxan som utredningen särskilt borde uppmärksamma, nämligen den särskilda taxan för läkare som fyllt 66 år, regeln att arvodet omfattar samtliga åtgärder vid ett och samma besök, begränsningen för utbetalning av läkarvårdsersättning till 6 000 besök per kalenderår, vikariatsreglerna och sanktionsreglerna. Från skilda håll har kritik riktats även mot dessa bestämmelser.

Även NO har haft synpunkter på taxan ur konkurrenspolitisk synpunkt och RRV har pekat på vissa brister i såväl läkarvårdstaxan som det gällande ersättningssystemet.

3 Utgångspunkter för ett nytt ersättningssystem

Min bedömning: *För läkarvård hos en privatpraktiserande läkare, som är ansluten till försäkringen, skall även fortsättningsvis läkarvårdsersättning utbetalas direkt till läkaren av försäkringskassan.*

Det nya ersättningssystemet skall i huvudsak omfatta sådan specialistvård som av medicinska skäl inte innefattas i en husläkares verksamhet.

När husläkarreformen är fullt utbyggd bör man överväga om läkare med specialistkompetens i allmänmedicin skall ha rätt att vara uppförd på försäkringskassas förteckning över privatpraktiserande läkare anslutna till försäkringen.

Så länge det inte är bestämt hur röntgen- och laboratorieundersökningar skall ersättas i husläkarsystemet utgår jag i mina överväganden från den ordning som i dag gäller med s.k. fria nyttigheter för anslutna privatpraktiker.

En läkare, som saknar specialistkompetens, skall på grund av bl.a. anpassningen till EG-rätten även fortsättningsvis ha möjlighet att vara ansluten till försäkringen.

Ersättningen för läkarvård skall utformas med inriktning på den heltidsverksamma privatläkarkåren, dvs. läkare som meddelar minst 2 000 patientbesök per år (1 000 besök avseende läkare med specialistkompetens i psykiska sjukdomar).

Försäkringsersättning beräknas med utgångspunkt från en patientavgift på 100 kr.

3.1 Inledning

Ett moderniserat ersättningssystem för övrig specialistvård behöver införas när en husläkarreform genomförs.

Huvudprincipen i ett sådant ersättningssystem är att specialistläkarnas insatser skall inriktas mot sådana åtgärder och behandlingar, som ligger inom deras speciella kompetensområde. Det betyder att varje ansluten läkare bör i huvudsak arbeta inom sin specialistkompetens och att hänsyn bör tas till de kostnader en sådan läkares mottagning kräver. Ersättningssystemets utformning skall underlätta för privatpraktiker att i framtiden bedriva en kvalificerad mottagningsverksamhet. Privatpraktikerna bör ha möjlighet att t.ex. investera i lokaler och utrustning som svarar mot dagens och framtida krav.

Ett nytt ersättningssystem behöver avgränsas i förhållande till det föreslagna husläkarsystemet. Detta behandlas mer ingående i kapitel 4. I det följande redovisas dels det föreslagna husläkarsystemet, dels den privatläkarkår som är ansluten till den allmänna försäkringens nu gällande ersättningssystem. Dessutom uppmärksammas den samordning som i dag finns mellan den privata och offentliga vården vad gäller röntgen- och laboratorieundersökningar.

Inledningsvis redovisas dock hur de försäkrades förmån vid vård hos privatpraktiserande läkare utvecklats under senare delen av 1900-talet. Även EG-aspekter berörs i detta kapitel.

3.2 Vård hos privatpraktiserande läkare

Om man blickar bakåt i tiden kan man tala om tiden före och efter år 1975. Denna uppdelning i tiden hänför sig dels till de försäkrades förmåner vid vård hos privatpraktiserande läkare, dels till de privatpraktiserande läkarnas anslutning till försäkringen. Från läkarnas synpunkt kan även år 1985 ses som en brytpunkt för deras anslutning till försäkringen.

Genom AFL och den läkarvårdstaxa som trädde i kraft den 1 januari 1970 fick de försäkrade ersättning från sjukförsäkringen för utgifter för läkarvård i samband med sjukdom. Meddelades vården av läkare i den offentliga öppna vården lämnades ersättning med visst belopp per besök under förutsättning att den försäkrade fått betala högst den vårdavgift som regeringen bestämt för läkarbesök i offentlig öppen vård. Patienten betalade således endast vårdavgiften vid besöket.

För vård hos privatpraktiserande läkare betalade patienten hela arvodet till läkaren. Därefter hade den försäkrade rätt till viss återbäring från försäkringskassan. Enligt då gällande läkarvårdstaxa fick den försäkrade ersättning för tre fjärdedelar av sina utgifter vid ett läkarbesök. Utgifter som översteg vissa arvodesbelopp inräknades inte i underlaget för återbäring.

Fr.o.m. år 1975 ändrades systemet med en återbäringstaxa för den privata vården. I stället infördes samma system som gällde inom den offentliga vården. I den nya läkarvårdstaxan fastställdes en högsta patientavgift. Vidare fastställdes det högsta arvode som läkaren fick uppbära för viss undersökning eller åtgärd. Den del av arvodet som inte täcktes av patientavgiften utgjorde den försäkrades förmån i form av läkarvårdsersättning som försäkringskassan betalade ut direkt till läkaren. Detta system gäller fortfarande. En skillnad är dock att den statliga regleringen av patientavgiften avskaffades fr.o.m. den 1 januari 1991. Patientavgiften bestäms numera av resp. sjukvårdshuvudman och är således inte enhetlig över hela landet.

Övergången från en återbäringstaxa till en taxa där försäkringsförmånen utbetalas direkt till den behandlande läkaren och patienten betalar en i förväg bestämd patientavgift medförde att samhällets inflytande över privatläkarna ökade bl.a. genom taxekontroll. Samtidigt förstärktes försäkringsskyddet för patienterna. De privatpraktiserande läkarnas verksamhet knöts närmare den av samhället bedrivna vården. För att det nya ersättningssystemet skulle gälla för vård hos en privatpraktiserande läkare krävdes att läkaren var ansluten till försäkringen. Detta skedde genom frivillig anmälan till försäkringskassan. Systemet var i första hand avsett för privatpraktiserande läkare med minst 2 000 patientbesök om året. Eftersom det fanns ett stort antal deltidspraktiker främst i storstäderna var det angeläget att även dessa anslöt sig till det nya försäkringssystemet. Anslutningen till försäkringen var således fri till den 1 januari 1985 då den begränsningen infördes, att sjukvårdshuvudmannen skall tillstyrka anslutning för att en försäkringskassa skall ha rätt att föra upp läkaren på sin förteckning över anslutna läkare. Från denna tidpunkt har en läkare som är heltidsanställd hos sjukvårdshuvudmannen, s.k. fritidspraktiker, inte längre rätt att vara ansluten till försäkringen. I samband med de nya anslutningsreglerna fördes dessa läkare av från kassans förteckning. Detsamma skedde med de privatpraktiserande läkare som endast bedrev verksamhet i mindre omfattning.

3.3 Förslaget om ett husläkarsystem

Enligt direktiven skall översynen av läkarvårdstaxan ske med utgångspunkt i ett förslag om att en husläkarreform skall ha införts i hela landet senast vid utgången av år 1995.

Inom Socialdepartementet har ett förslag om att införa ett husläkarsystem utformats. Förslaget finns redovisat i departementspromemorian Husläkare - för kontinuitet och trygghet i vården (Ds 1992:41). Förslaget har remissbehandlats men någon proposition har ännu inte förelagts riksdagen. Jag utgår därför från det förslag som redovisas i nämnda promemoria.

Målet är att alla människor i landet skall kunna ha en egen husläkare senast år 1995.

Det grundläggande syftet med ett husläkarsystem är att garantera alla en god hälso- och sjukvård och stärka det grundläggande utbudet av denna vård. Därutöver syftar husläkarreformen bl.a. till ett bättre resursutnyttjande och en geografisk utjämning av läkarinsatserna inom primärvården. I promemorian framhålls att alltför mycket av den sjukvård som skulle kunna ges av allmänläkare inom primärvården i dag förmedlas av läkare inom andra specialiteter samt att rätt vårdnivå är en grundförutsättning för en sund sjukvårdsekonomi.

I samband med att ett husläkarsystem inrättas föreslås även att fri etablering för husläkare införs. Varje läkare som uppfyller kompetenskraven, dvs. har specialistkompetens i allmänmedicin, skall kunna etablera sig som husläkare. Det främsta skälet till att husläkarna skall vara allmänmedicinare är att människor, oavsett ålder, skall kunna få hjälp för flertalet av sina hälsoproblem hos en och samma läkare.

Husläkarna föreslås kunna arbeta i olika verksamhetsformer. Oavsett om läkaren är anställd av sjukvårdshuvudmannen eller är t.ex. egen företagare gäller att varje husläkare skall lista minst 1 000 och högst 3 000 personer. För dessa åtar sig läkaren att uppfylla vissa specificerade uppgifter. Som riktmärke för en heltidsarbetande husläkare anges en listning av i genomsnitt 2 000 personer.

Enligt förslaget kommer det nuvarande antalet verksamma specialister i allmänmedicin inte att räcka till för att täcka behovet av husläkare. Kravet på specialistkompetens i allmänmedicin kommer i ett kortare perspektiv att kräva tillskott av läkare med denna kompetens. Både inom länssjukvården och bland privatpraktikerna utför läkare inom närliggande specialiteter i dag uppgifter som i andra länder utförs av allmänläkare. Man räknar därför i förslaget med att under ett övergångsskede behöva ge läkare inom närliggande specialiteter dispens för att vara verksamma som husläkare och ge dem möjligheter att komplettera sin utbildning för att få specialistkompetens även i allmänmedicin.

För att ett husläkarsystem skall kunna kombineras med rätten till fri etablering framhålls att ett grundåtagande måste anges på central nivå och gälla lika över landet. En husläkares grundåtagande föreslås omfatta mottagningsverksamhet, jour, hembesök, individprevention, samverkan med andra service- och vårdgivare såväl inom som utom hälso- och sjukvården, kvalitetssäkring och rapportering av ohälsa och risker. Även andra uppgifter kan ingå i husläkaråtagandet men dessa bör regleras av parterna på regional nivå. Här syftar förslaget bl.a. på läkarinsatser inom barn- och mödravård.

Någon förändring av det övergripande finansieringssystemet för hälso- och sjukvården föreslås inte i samband med husläkarreformen. Sjukvårdshuvudmännen kommer därmed att ha såväl finansierings- som planeringsansvaret för hela hälso- och sjukvården inklusive det föreslagna husläkarsystemet. Enligt promemorian skall större delen av ersättningen, 70–80 %, utgöras av kapiteringsersättning. Denna ersättning skall endast kompletteras med patientavgifter vad gäller det centralt reglerade grundåtagandet.

Patientavgifterna bör täcka ca 25 % av de totala kostnaderna för en husläkarpraktik med ett grundåtagande. Sådana prestationsrelaterade ersättningar förväntas öka husläkarens benägenhet att själv utföra de åtgärder, inom ramen för den egna kompetensen, som patienten är i behov av. Därmed förväntas att vidareremittering i stor utsträckning kan undvikas. Dock framhålls att om prestationsersättningen får alltför stort utrymme kan det finnas risk för att husläkaren gör mer än vad som är medicinskt motiverat och undviker att remittera i fall där det skulle behövas.

Enligt promemorian bör patientavgifterna fastställas centralt och gälla lika över hela landet. Patientavgiften för ett husläkarbesök skulle kunna fastställas till t.ex. 100 kr. Patientavgifterna avses vara ett styrinstrument för vårdsökandet och därmed utgöra ett alternativ till det remisstvång som gäller i många andra länder. Ett besök hos en annan specialist efter remiss av husläkaren föreslås t.ex. kosta 100 kr. Att direkt söka en annan specialist kan däremot innebära att en patientavgift på t.ex. 300 kr tas ut. Dessutom föreslås att möjligheter till långremisser bör finnas för de personer som har behov av en närmare kontakt med och upprepade besök hos en annan specialist än allmänmedicinaren. Den lägre patientavgiften skulle då gälla för alla besök hos den andre specialisten.

I det föreslagna grundåtagandet bör ingå att varje husläkare medverkar till att den egna verksamheten följs upp såväl kvantitativt som kvalitativt. Vidare anses att en ökad datorisering för bl.a. informationsåterföring bör ske parallellt med uppbyggnaden av husläkarsystemet.

3.4 Privatläkarkårens omfattning m.m.

Uppgifter om privatläkarkårens omfattning m.m. har tagits in från RFV:s statistikenhet. Uppgifterna avser år 1990 och omfattar privatpraktiserande läkare med anslutning till försäkringen.

År 1990 var 2 473 läkare verksamma inom försäkringen. Dessutom fanns det 465 läkare, som var anslutna till försäkringen men som inte bedrev någon mottagningsverksamhet.

Av de verksamma läkarna hade 376 (15 %) specialistkompetens i allmänmedicin och 1 945 (79 %) specialistkompetens i någon annan specialitet i läkarvårdstaxan eller i både allmänmedicin och annan specialitet. Resterande 152 (6 %) läkare saknade specialistkompetens eller hade sådan specialitet, som inte ingår i taxan.

De verksamma läkarna meddelade totalt 3 822 000 besök under året. Om man räknar in antalet telefonrådgivningar uppgick det totala antalet konsultationer till 4 454 000.

Allmänmedicinarna stod för 18 % av det totala antalet besök, läkare med annan specialitet enligt taxan eller med både annan specialitet och allmänmedicin för 79 % och läkare utan specialitet eller specialitet utanför taxan för 3 %.

Bruttoarvodet, dvs. försäkringsersättning och patientavgifter uppgick till 1 285,8 mkr och fördelade sig på de nämnda grupperna av läkare med 15 % resp. 82 % och 3 %.

Av bruttobeloppet utgjorde försäkringsersättningen 1 025,2 mkr och patientavgifterna har beräknats till 260,6 mkr.

Av de verksamma läkarna var 40,2 % under 46 år och 14,7 % över 65 år. Antalet verksamma läkare med minst 2 000 besök var störst i åldersintervallet 46-55 år och utgjorde 38,5 %. Av läkare över 65 år hade 7,4 % minst 2 000 besök under året.

Enligt RFV:s statistik för perioden juli 1990 – december 1991 utgjorde bruttobelopp per besök för samtliga läkare i genomsnitt 362,30 kr. För de olika specialiteterna och läkare utan specialistkompetens var bruttobelopp per besök följande.

Tabell 1. Bruttobelopp per besök för perioden juli 1990 - december 1991 fördelat efter läkarens specialitet

Läkare	Bruttobelopp per besök kr
Allmänmedicin	310,20
Anestesiologi	354,70
Barnaålderns invärtes sjukdomar	334,70
Hudsjukdomar och veneriska sjukdomar	320,90
Invärtes sjukdomar	373,90
Kirurgiska sjukdomar	387,20
Kvinnosjukdomar och förlossningar	357,70
Psykiska sjukdomar	482,50
Ögonsjukdomar	388,80
Öron-, näs- och halssjukdomar	362,30
Tumörsjukdomar	272,50
Nervsjukdomar	508,40
Utan specialitet	283,10
Samtliga läkare i genomsnitt	362,30

I samtliga ingår specialitet utanför läkarvårdstaxan.

3.5 Röntgen- och laboratorieundersökningar

För laboratorieundersökningar som i sin helhet kan utföras på en privatpraktiserande läkares mottagning utges ingen särskild ersättning från försäkringen. Dessa undersökningar finns förtecknade i RFV:s föreskrifter (RFFS 1977:26). I denna förteckning upptas vissa andra laboratorieundersökningar för vilka läkaren får ersättning per undersökning dock högst för analyser av tre prover som tagits vid ett och samma besök. För analyser som efter remiss från en ansluten läkare utförs på ett av sjukvårdshuvudmannens laboratorium eller ett laboratorium som sjukvårdshuvudmannen har avtal med lämnas ersättning till sjukvårdshuvudmannen genom den allmänna sjukvårdsersättningen. Denna samordning mellan den offentliga vården och de anslutna privatpraktikerna innebär att läkaren kan remittera patienter till laboratorieundersökningar inom den offentliga vården utan att någon kostnad tas ut av den remitterande läkaren. Samma förhållande gäller för remiss till röntgenundersökning inom den offentliga vården.

Någon kostnad tas heller inte ut av en ansluten läkare då laboratorieundersökning utförs av Statens bakteriologiska laboratorium (SBL) efter remiss från läkaren. Ersättning lämnas direkt till laboratoriet enligt den taxa som gäller för laboratoriet.

3.6 EG-aspekter på läkare inom försäkringen

När EES-avtalet träder i kraft, vilket beräknas ske under år 1993, kommer Sverige att omfattas bl.a. av den frihet inom EG som benämns fri rörlighet för personer. För att

underlätta för t.ex. läkare att vara verksamma i andra medlemsländer finns i EG-direktiven vissa bestämmelser om ömsesidigt erkännande av kompetensbevis.

När det gäller rätten att utöva verksamhet som läkare skall varje medlemsstat erkänna sådana kompetensbevis för specialister som tilldelats läkare i annan medlemsstat genom att ge dem samma innebörd som de som utfärdats i det egna landet. De specialiteter som omfattas av EG-direktiven är uppdelade i specialiteter som är gemensamma för samtliga medlemsländer och sådana som förekommer i minst två av länderna. Specialiteten allmänmedicin omfattas inte av EG-direktiven.

Enligt EG-direktiven har det mottagande landet inte rätt att kräva kunskaper i landets språk och i medicinalförfattningar som villkor för erkännande av ett kompetensbevis som uppfyller direktivens krav. Detta har sin grund i EG-rättens förbud att diskriminera någon på grund av nationalitet. Fel eller försummelse i sin yrkesutövning beroende på bristande språkkunskaper eller kunskaper i landets lagstiftning kan för en läkare enligt EG-praxis dock medföra disciplinära åtgärder eller t.o.m. återkallelse av legitimationen. I EG-direktiven finns beträffande bl.a. yrkesgruppen läkare bestämmelser som ålägger de berörda myndigheterna att anvisa möjligheter att skaffa sig tillräckliga kunskaper i landets språk. Enligt propositionen (1992/93:83) om vissa behörighetsfrågor inom hälso- och sjukvården m.m. har departementschefen för avsikt att föreslå att en bestämmelse av den innebörden tas in i behörighetsförordningen.

För Sveriges del innebär erkännandet om kompetensbevis som specialistläkare att en läkare från ett annat land som omfattas av EES-avtalet – som från sitt eget land har bevis om sådan specialistkompetens som finns med i läkarvårdstaxan – har rätt att som sådan specialist tillgodoräkna sig ersättning från försäkringskassan under förutsättning att läkaren uppfyller vad som i övrigt gäller för anslutning till den allmänna försäkringen.

För läkare som är allmänpraktiserande och således inte innehar specialistkompetens (i Sverige legitimerad läkare) har EG-länderna fr.o.m. den 1 januari 1991 ålagts att införa en särskild utbildning för allmänpraktiserande läkare. Enligt EG-direktiven skall fr.o.m. den 1 januari 1995 varje medlemsstat kräva att läkaren innehar bevis om sådan utbildning som allmänpraktiserande läkare för att ha rätt att vara verksam som allmänpraktiserande läkare inom landets socialförsäkringssystem. Personer som genomgår den aktuella utbildningen får undantas från kravet. Läkare som den 1 januari 1995 har en utbildning som uppfyller minimikraven i EG-direktiven och som är etablerad i ett land undantas också från kravet. För läkare med utbildning i det egna landet får högre krav ställas även i fortsättningen.

Ovan nämnda proposition har beslutats av regeringen och under oktober månad 1992 överlämnats till riksdagen. Propositionen har sin utgångspunkt i en promemoria utarbetad inom Socialdepartementet (Ds 1992:34) om införande av EES-rätt – ömsesidigt erkännande av kompetensbevis för verksamhet inom hälso- och sjukvården m.m. För att uppfylla EES-avtalets krav föreslås i propositionen att ett nytt kompetensbevis för läkare införs i lagstiftningen. Vidare föreslås att de allmänpraktiserande läkarna kallas Europaläkare och att benämningen skyddas. Frågan om hur kravet på denna kompetens skall utformas fr.o.m. den 1 januari 1995 lämnas öppen i propositionen.

För att tillgodose den fria rörligheten för personer skall enligt direktiven varje medlemsstat inom ramen för sitt eget socialförsäkringssystem, erkänna de intyg för allmänpraktiserande läkare som utfärdats till medlemsstaternas medborgare av övriga medlemsstater.

Av EG-rätten följer att läkare med kompetensbevis som allmänpraktiserande läkare

fr.o.m. den 1 januari 1995 har rätt att utöva verksamhet som allmänpraktiserande läkare inom ramen för varje medlemsstats socialförsäkringsområde. Kravet på kompetensbevis som allmänpraktiserande läkare för verksamhet inom socialförsäkringssystemet påverkar enligt direktiven inte medlemsstaternas rätt att i övrigt själva utforma sina nationella socialförsäkringssystem och att bestämma vilken verksamhet som skall bedrivas inom ramen för dessa system.

För att efterleva den nämnda principen i EES-avtalet om den fria rörligheten för personer måste således läkare från andra medlemsstater som innehar kompetensbevis som allmänpraktiserande läkare omfattas av ett ersättningssystem inom den svenska socialförsäkringen. Eftersom förslaget om ett husläkarsystem ställer krav på specialistkompetens i allmänmedicin återstår alternativet att låta även allmänpraktiserande läkare omfattas av den förordning om arvoden till privatpraktiserande läkare, som i detta betänkande föreslås för läkare anslutna till försäkringen.

4 En ny modell för läkarvårdsersättning

Mitt förslag: De specialiteter som omfattas av gällande läkarvårdstaxa omfattas även av det föreslagna ersättningssystemet. Specialiteten klinisk fysiologi förs in som en specialitet inom invärtes sjukdomar. Även läkare som saknar specialistkompetens omfattas av ersättningssystemet.

Ett ekonomiskt tak för ersättning från försäkringen införs i syfte att göra det möjligt att förutsäga kostnaderna för den försäkringsanslutna privatläkarvården.

Ersättningssystemet grundas på en förenklad modell för ersättning till anslutna läkare. Tre typer av arvoden införs, enkelt arvode, normalarvode och särskilt arvode. Normalarvodet utgör för resp. specialitet ett enhetligt arvode per patientbesök. Åtgärder som tids- och/eller kostnadsmässigt inte motsvarar åtgärder som ersätts med normalarvode upptas i en särskild förteckning och ersätts med särskilt arvode (denna fråga måste utredas vidare).

Samtliga åtgärder enligt gällande läkarvårdstaxa som inte upptas i nämnda förteckning eller är av mindre omfattning ersätts med normalarvode.

4.1 Inledning

En ny ersättningsmodell förutsätter en avgränsning av den vård som försäkringsersättningen skall omfatta. Min bedömning är att ersättningssystemet skall avse vård hos läkare med sådan specialistkompetens som omfattas av gällande läkarvårdstaxa. Någon utökning av antalet specialiteter föreslås inte, då avsikten bl.a. är att skapa ett ersättningssystem som är enkelt att administrera. Inte heller föreslås någon uppdelning inom de olika specialiteterna. Dock urskiljs specialiteten klinisk fysiologi och anges som en specialitet inom specialiteten invärtes sjukdomar. Allmänmedicin som är en specialitet i gällande taxa föreslås vara kvar under en övergångstid. Denna specialitets plats i ersättningssystemet bör prövas i samband med utbyggnaden av husläkarreformen. Jag föreslår dock att nyanslutning av läkare med specialistkompetens i allmänmedicin inte får ske om läkaren även är verksam som husläkare. För bl.a. anpassning till EG föreslås att läkare som saknar specialistkompetens även fortsättningsvis får vara anslutna till försäkringen. Avsikten är att göra en gränsdragning så att specialistvården hos privatpraktiserande läkare med anslutning till försäkringen inte belastas med kostnader för vårdinsatser som bör utföras av en husläkare och finansieras inom husläkarsystemet.

För att ersättning skall utbetalas till en ansluten specialistläkare föreslås att läkaren i huvudsak har inriktat sin verksamhet på sådana undersökningar och behandlingar som ligger inom läkarens specialistområde. Av olika skäl har även andra specialistläkare än allmänmedicinarna i viss utsträckning utfört uppgifter som normalt sett utförs av allmänmedicinarna och i andra länder av allmänpraktiserande läkare. Avsikten med den föreslagna ersättningsmodellen är att endast en läkare som i huvudsak bedriver en kvalificerad mottagningsverksamhet inom sin specialitet skall ha rätt att tillgodoräkna sig

arvoden som är hänförliga till denna specialitet. Om en ansluten läkare inte har denna inriktning på sin verksamhet och således inte uppfyller förutsättningarna för rätt till specialistersättning får läkaren endast tillgodoräkna sig arvoden som gäller för läkare som saknar specialistkompetens.

En beloppsgräns, ett ekonomiskt tak, föreslås avseende den försäkringsersättning som maximalt får utbetalas från försäkringskassan till den enskilde läkaren. Avsikten är att göra det möjligt att i förväg kunna beräkna kostnaderna för vård som meddelas av de privatpraktiserande läkarna som är anslutna till försäkringen.

Arvodet till de anslutna läkarna föreslår jag byggs upp på tre grupper med utgångspunkt i ett s.k. normalarvode som utgör ett enhetligt arvode för medicinsk rådgivning, undersökningar och behandlingar som normalt sett ingår i en kvalificerad mottagningsverksamhet inom läkarens specialitet. Nuvarande arvodesgrupper minskas från sju till tre och förteckningen över åtgärder enligt grupp 4–7 tas bort. En ny förteckning införs. Denna upptar endast åtgärder som ersätts med ett särskilt arvode som är högre än normalarvodet. Att övergå från gällande läkarvårdstaxa med olika arvoden för ett stort antal uppräknade åtgärder till en ersättningsmodell med ett enhetligt arvode för huvuddelen av antalet besök i mottagningen syftar till att få bort den kostnadsdrivande effekt som gällande taxa har. Konstruktionen med ett enhetligt arvode syftar även till att ge de anslutna läkarna möjlighet att följa med i den medicinska utvecklingen samt att kunna ge ersättning för förändrade undersöknings- och behandlingsmetoder utan att dessa måste vara preciserade i en särskild förteckning. Dessutom är avsikten att underlätta administrationen för både läkare och försäkringskassa.

Arvodesnivåerna för normalarvodet föreslås bli olika för skilda specialiteter i läkarvårdstaxan och är för varje specialitet beräknade för en mottagning som är utrustad för kvalificerad verksamhet inom resp. specialitet. Syftet är att heltidsverksamma läkare inom de olika specialiteterna skall ha möjlighet att bedriva en kvalificerad mottagningsverksamhet.

En noggrann prövning bör ske av de åtgärder som förs in i den ovan nämnda förteckningen över åtgärder som berättigar till särskilt arvode. Vid denna prövning anser jag att det är nödvändigt att väga samman behovet av att en viss åtgärd utförs i privat mottagningsverksamhet med den kostnad som detta medför för samhället.

4.2 Konstruktion av ett moderniserat ersättningssystem

4.2.1 Arvodesgrupper

I mitt förslag till nytt ersättningssystem har ersättningen byggts upp på tre arvodesgrupper, enkelt arvode, normalarvode och särskilt arvode. Konstruktionen bygger på ett enhetligt arvode, normalarvode, per besök avseende läkarens huvudsakliga verksamhet. Normalarvodet utgör ett genomsnittsarvode för den medicinska rådgivning samt de undersökningar eller behandlingar som utförs av en specialistläkare som bedriver en kvalificerad mottagningsverksamhet med i huvudsak inriktning på undersökningar och behandlingar inom sin specialistkompetens. För att uppfylla förutsättningarna för ersättning i form av normalarvodet skall följande ingå i läkarbesöket. Läkaren skall göra anamnesupptagning där hänsyn även tas till psykosociala faktorer. I besöket skall ingå undersökning eller behandling. Företar läkaren undersökning av patienten skall denna vara relevant för den specialitet läkaren har. Läkaren skall bedöma resultatet av undersökningen och utföra en differential diagnostik. Meddelas patienten viss behandling förutsätts denna ske med för specialiteten sedvanliga behandlingsmetoder. I besöket skall

vid behov även ingå förskrivning av läkemedel, information till patienten samt social, psykologisk eller pedagogisk rådgivning. Medicinsk rådgivning, undersökningar eller behandlingar skall för att berättiga till normalarvode lämnas av läkaren personligen. Om läkaren biträds av annan personal får läkaren tillgodoräkna sig normalarvode under förutsättning att läkarens vårdinsatser i direkt kontakt med patienten omfattar minst hälften av den tid patientbesöket uppgår till.

Vid beräkningen av nivån för normalarvode har jag utgått från det antal patientbesök per år som Stor-Stockholms Privatläkarförening (S-SPLF) ansett utgöra en rimlig vårdvolym för resp. specialistläkare. Med ledning av dessa besöksvolymer och med den förutsättningen att normal årsrabetstid utgör 40 veckor har jag i mina överväganden kommit fram till den tidsåtgång som i genomsnitt behövs för ett patientbesök. Denna tidsåtgång har också legat till grund för normalarvodet för resp. specialitet. Mot denna bakgrund föreslår jag att en läkare får tillgodoräkna sig normalarvode under förutsättning att läkarens tidsåtgång i direkt kontakt med patienten i genomsnitt beräknat per kalendermånad uppgår till minst 20 minuter för läkare som är specialist i allmänmedicin, anestesiologi, hudsjukdomar, kirurgiska sjukdomar, kvinnosjukdomar eller öron-, näs- och halssjukdomar. Genomsnittlig tidsåtgång för ett patientbesök hos läkare som är specialist i invärtes sjukdomar, ögonsjukdomar eller tumörsjukdomar har beräknats till 25 minuter, i barnsjukdomar till 30 minuter, i nervsjukdomar till 35 minuter och i psykiska sjukdomar till 50 minuter.

Åtgärder som berättigar läkaren till ersättning med normalarvode motsvarar undersökningar och behandlingar enligt arvodesgrupperna 3–5 och delar av arvodesgrupperna 2 och 6 i nu gällande läkarvårdstaxa.

Enkelt arvode är ett lägre arvode än normalarvodet. Detta arvode föreslår jag att en läkare får tillgodoräkna sig för enkla undersökningar och behandlingar som görs av läkaren personligen eller av personal på mottagningen under läkarens överinseende (t.ex. kontroll av patienten i samband med injektion, omläggning och därmed jämförlig åtgärd). Åtgärder som berättigar läkaren till ersättning med enkelt arvode motsvarar åtgärder enligt arvodesgrupp 1 och 2 i nu gällande läkarvårdstaxa.

Särskilt arvode är ett högre arvode än normalarvodet. Detta arvode föreslår jag att en läkare får tillgodoräkna sig för vissa åtgärder som bör anges i en särskild förteckning. Dessa skiljer sig från åtgärderna enligt normalarvodet på så sätt att de av tidsmässiga och/eller kostnadsmässiga skäl inte ryms i normalarvodet. Med de tillägg som behövs för en modernisering av ersättningssystemet motsvaras dessa av åtgärderna enligt arvodesgrupp 7 och delar av arvodesgrupp 6 i nu gällande läkarvårdstaxa.

För vilka åtgärder en läkare skall få tillgodoräkna sig särskilt arvode behöver utredas vidare. Jag anser att det är lämpligt att RFV utreder och beslutar i denna fråga efter samråd med berörda intressenter. Därvid bör även ingå att göra kostnadsberäkningar för att särskilt arvode skall kunna fastställas.

4.2.2 Arvodesnivåer

Nivån på ett normalarvode har beräknats med utgångspunkt från den mottagningsstandard som bedömts vara nödvändig för att en läkare skall kunna bedriva en kvalificerad mottagningsverksamhet som är inriktad mot åtgärder och behandlingar som ligger inom läkarens specialistkompetens. För att driva en sådan verksamhet behöver läkaren få täckning för kostnader för förbrukningsmaterial, mottagningspersonal, lokaler, inventarier och övriga kostnader såsom tele, porto osv. Läkaren bör även kunna täcka kost-

nader för viss efterutbildning, egen lön, socialavgifter och egen pension.

Beräkningen av normalarvodena för varje specialitet innebär en sammanvägning av dels mottagningskostnader och besöksvolym för resp. specialitet med ledning av uppgifter från S-SPLF, dels det statistiska genomsnittet för bruttobelopp per besök och antal patientbesök per läkare och år för resp. specialitet enligt RFV:s statistikregister avseende anslutna läkare. Vid övervägandena har normalarvodena baserats på den besöksvolym som S-SPLF ansett som lämplig för resp. specialitet.

I mina överväganden har jag ansett att en läkare skall få tillgodoräkna sig normalarvode för läkarbesök upp till ett belopp som motsvarar den i mitt förslag beräknade mottagningskostnaden för varje specialitet innefattande läkarens lön, socialavgifter och pensionsavsättningar. Uppgår de arvoden som läkaren sammanlagt har uppburit till den beräknade mottagningskostnaden lämnas därefter ersättning med ett reducerat arvode för varje läkarbesök. Detta arvode får läkaren tillgodoräkna sig till dess att de arvoden som sammanlagt uppburits uppgår till ett belopp som motsvarar en ökning av besöksvolymen med ca 50 %. Därefter lämnas ersättning endast för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering. Under vissa speciella förutsättningar kan även ersättning för åtgärder enligt den särskilda förteckningen utges från försäkringen.

Mina överväganden har lett fram till följande belopp för normalarvodena (1992 års prisnivå). I tabellen redovisas även det sammanlagda arvodesbelopp som under ett kalenderår inte får överskridas för att rätt till normalarvode skall föreligga. Normalarvodet varierar mellan de olika specialiteterna. Detta beror på att vid beräkningen av normalarvodet har hänsyn tagits till att såväl mottagningskostnaden som tidsåtgången för ett patientbesök varierar mellan specialiteterna.

Tabell 2. Normalarvode för läkare med följande specialiteter (1992 års prisnivå)

Läkare	Normalarvode, högst kr	Sammanlagt uppburet arvode kr
Allmänmedicin	454	1 587 300
Anestesiologi	534	1 867 800
Barnaålderns invärtes sjukdomar	639	1 598 500
Hudsjukdomar och veneriska sjukdomar	529	1 849 800
Invärtes sjukdomar	544	1 630 800
Kirurgiska sjukdomar	548	1 918 000
Kvinnosjukdomar och förlossningar	544	1 903 000
Psykiska sjukdomar	960	1 344 300
Ögonsjukdomar	608	1 824 300
Öron-, näs- och halssjukdomar	481	1 682 500
Tumörsjukdomar	485	1 454 500
Nervsjukdomar	771	1 541 500
Utan specialistkompetens	300	1 050 000

I nedanstående tabell redovisas det reducerade arvodet för varje specialitet och belopp som utgör det sammanlagt uppburna arvode som under ett kalenderår inte får överskridas för att rätt till reducerat arvode skall föreligga, det s.k. ekonomiska taket.

Tabell 3. Reducerat arvode för läkare med följande specialiteter (1992 års prisnivå)

Läkare	Reducerat arvode, högst kr	Sammanlagt uppburet arvode kr
Allmänmedicin	196	1 929 600
Anestesiologi	243	2 292 200
Barnaålderns invärtes sjukdomar	280	1 948 300
Hudsjukdomar och veneriska sjukdomar	212	2 220 700
Invärtes sjukdomar	237	1 985 800
Kirurgiska sjukdomar	239	2 336 800
Kvinnosjukdomar och förlossningar	225	2 296 000
Psykiska sjukdomar	415	1 634 500
Ögonsjukdomar	232	2 172 400
Öron-, näs och halssjukdomar	201	2 034 900
Tumörsjukdomar	207	1 765 200
Nervsjukdomar	334	1 875 900
Utan specialistkompetens	129	1 276 400

Vid mina överväganden har jag beräknat beloppet för de olika normalarvodena med utgångspunkt från att läkaren är heltidsverksam. Verksamhetsvolym, dvs. antalet patientbesök per år, har beräknats med ledning av uppgifter från S-SPLF om en genomsnittlig tidsåtgång per patientbesök för olika specialiteter. Patienttiden har antagits utgöra 75 % av normal arbetstid. Beräkningarna är baserade på 40 timmars arbetsvecka och 40 arbetsveckor per år.

Mottagningskostnaderna har framräknats med ledning av uppgifter från Praktikertjänst AB samt S-SPLF. I beräkningarna ingår kostnader för förbrukningsmaterial, personal, lokaler, sjukvårds- och kontorsutrustning samt övriga kostnader som bedömts vara nödvändiga för att bedriva en kvalificerad mottagningsverksamhet. Vid övervägandena om storleken på mottagningskostnaderna har inriktningen varit att underlätta för privatpraktikerna att bedriva kvalificerad mottagningsverksamhet med möjlighet att t.ex. investera i lokaler och utrustning som svarar mot dagens och framtida krav.

I mina överväganden motsvarar den kalkylmässiga lönen för läkaren medellönen för en specialistläkare inom offentlig vård. Uppgiften är hämtad från Löner i landstingen 1991, Landstingsförbundet, SACO-K, TCO-OF, SKAF. Efter uppräkning med 3 % till 1992 års prisnivå och med tillägg för semesterlön/semesterersättning med 12,20 % uppgår den kalkylmässiga lönen till 426 000 kr per år. Därtill kommer lagstadgade socialavgifter. Vid mina överväganden har även egen pensionsavsättning ansetts som en kostnad i verksamheten och ingår i underlaget för beräkning av normalarvodet.

En sammanställning av mottagningskostnad, arvoden och ekonomiskt tak för varje specialitet framgår av bilaga 2.

Med hänvisning till de kostnader som uttgjort underlag för beräkning av normalarvodet anser jag att den arvodeshöjning som sedan år 1975 gällt som en övergångsbestämmelse till gällande läkarvårdstaxa bör vara helt avvecklad.

Som tidigare nämnts lämnas ersättning med enkelt arvode för mindre omfattande åtgärder motsvarande åtgärder enligt arvodesgrupp 1 och 2 i den nu gällande läkarvårdstaxan. Jag anser att arvodesnivån skall ligga kvar på ungefär samma nivå och därmed uppgå till 100 kr per patientbesök.

Beloppen för särskilt arvode kan beräknas först när frågan om vilka åtgärder som skall omfattas av detta högre arvode utretts ytterligare. Jag föreslår att dessa åtgärder upptas i en förteckning som fastställs av RFV. För varje sådan åtgärd sätts ett poängtal efter ett index där normalarvodet för specialiteten utgör basen. Det särskilda arvodet för varje åtgärd räknas därefter fram genom att normalarvodet för specialiteten multipliceras med det poängtal som angetts för åtgärden i förteckningen.

Enligt gällande läkarvårdstaxa utges arvode för samtalsbehandling som meddelas av en läkare som också är legitimerad psykoterapeut under förutsättning att den tid som åtgår för behandling i direkt kontakt med patienten överstiger 45 minuter. Jag föreslår att arvode för samtalsbehandling även fortsättningsvis skall lämnas enligt en särskild bestämmelse. Sådan behandling meddelas, enligt RFV:s statistik, till ca 95 % av läkare med specialistkompetens i psykiska sjukdomar och läkare som saknar specialistkompetens. Mot bakgrund av normalarvodena för dessa läkare föreslår jag att sådan samtalsbehandling ersätts med ett arvode på 643 kr.

4.2.3 Övriga ersättningar

Som framgår av föregående avsnitt omfattar de kostnadsberäkningar som ligger till grund för normalarvodet samtliga kostnader för en heltidspraktiserande läkares mottagningsverksamhet. I mina överväganden har jag utgått från mottagningskostnader och årlig besöksvolym för att få fram ett enhetligt arvode per patientbesök. Detta innebär att alla prestationsersättningar – med undantag för arvodesgrupperna 1 och 7 samt vissa delar av arvodesgrupperna 2 och 6 – som finns i den nu gällande läkarvårdstaxan innefattas i normalarvodet för resp. specialitet. I normalarvodet inräknas dock inte ersättning för samtalsbehandling som meddelas av en läkare som också är legitimerad psykoterapeut. För denna behandling finns fortfarande en separat arvodesbestämmelse.

När ett husläkarsystem införs kommer enligt husläkarpromemorian husläkarnas grundåtagande att bl.a. omfatta jour och hembesöksverksamhet. Hembesök kommer därför att i mindre utsträckning behöva göras av övriga specialistläkare. En läkares vårdinsatser vid sjukbesök i patientens hem är i regel mindre omfattande än de som läkaren meddelar på sin mottagning. Har läkaren meddelat sådan vård att grundförutsättningarna för rätt till normalarvode är uppfyllda får läkaren dock tillgodoräkna sig ett sådant arvode. Därigenom anser jag att läkaren får täckning för extra kostnader som eventuellt är förenade med hembesöket. Jag föreslår att arvodestillägg för hembesök därmed inte längre skall utges från försäkringen. Jag anser dock att reseersättning i samband med hembesök även fortsättningsvis bör lämnas av försäkringen. Jag föreslår att ersättning utges med det belopp som anges i anvisningarna till 33 § 3 c. kommunalskattelagen (1928:370). Detta innebär för år 1992 en ersättning per mil med 12 kr, vilket motsvarar det skattefria beloppet vid resa med egen bil i tjänsten enligt nämnda lag. Om särskilda

skäl föreligger skall ersättning även utges för läkares resor med annat färdmedel t.ex. taxi.

För telefonrådgivning föreslår jag att en läkare inte längre får tillgodoräkna sig något separat arvode. De beräkningar som legat till grund för normalarvodet utgör en sammanvägning av den totala mottagningskostnaden innefattande läkarens lön och tidsåtgången för samtliga besök under ett år. Därmed anser jag att det genom normalarvodet även ges generell kostnadstäckning för telefonrådgivning. Av samma anledning anser jag att separat ersättning inte heller skall utges för samtliga de laboratorieundersökningar som finns upptagna i en av RFV upprättad förteckning till gällande läkarvårdstaxa. Väljer läkaren att inte utföra en sådan laboratorieundersökning på sin mottagning får läkaren således svara för kostnaden.

Enligt gällande läkarvårdstaxa utges ersättning från försäkringen för laboratorieundersökningar som utförs av SBL. Som förutsättning gäller att remiss för sådana undersökningar skall ha utfärdats av en läkare med anslutning till försäkringen, en läkare anställd av en studerandehälsovårdsorganisation eller en läkare inom företagshälsovård, för vilken bidrag lämnas efter beslut av yrkesinspektionen. Vad gäller SBL har en proposition (1992/93:46) om ett nationellt smittskyddsinstitut m.m. överlämnats till riksdagen. I propositionen föreslås att SBL läggs ned och att ansvaret för dess uppgifter övertas av dels en ny myndighet, Statens smittskyddsinstitut, dels ett nybildat bolag för produktion av vacciner m.m. Riksdagen har ännu inte fattat beslut i anledning av nämnda proposition. Jag förutsätter att frågan om remisser till sådan laboratorieverksamhet kommer att lösas så att ersättning motsvarande dagens regler kan utges. Vidare upphör det statliga bidraget till företagshälsovård fr.o.m. utgången av år 1992. Som en följd härav konstaterar jag att laboratorieundersökningar efter remiss från en läkare inom företagshälsovård inte längre blir ersättningsberättigade. Även denna fråga anser jag bör lösas på samma sätt som angivits ovan.

Preoperativ undersökning i steriliseringsärenden ersätts enligt mitt förslag med normalarvodet. Detsamma gäller för provtagning i syfte att utröna om en samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen (1988:1472) föreligger samt för undersökning och rådgivning som sker i samband med sådan provtagning.

Även rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering ersätts enligt mitt förslag med normalarvode. Ingår inte gynekologisk undersökning i besöket utges ersättning med enkelt arvode. Ersättning för preventivmedel föreslår jag bör lämnas som enligt nu gällande läkarvårdstaxa med särskilda belopp.

Undersökning eller behandling av läkare med examen i ortopedisk medicin ersätts i gällande läkarvårdstaxa med samma arvode oavsett vilken specialitet läkaren har. Då den ersättningsmodell som jag föreslår bygger på ett normalarvode för resp. specialitet anser jag att ifrågavarande undersökning eller behandling skall ersättas med normalarvodet för den specialitet som den behandlande läkare har. Först om Socialstyrelsen föreslår att ortopedisk medicin bör utgöra en egen specialitet anser jag att en särskild arvodesnivå bör skapas för denna verksamhet.

Vad gäller läkarintyg anser jag att sådant intyg som behövs för att få ut sjukpenning eller sjuklön även fortsättningsvis skall innefattas i arvodet för ett läkarbesök.

Ersättning för läkarutlåtanden ersätts i dag med belopp som RFV fastställt i sina föreskrifter (RFFS 1977:27). Föreskrifterna avser utlåtanden som utfärdats av såväl läkare som är anslutna till försäkringen som andra privatpraktiserande läkare. Jag har bedömt att frågan om arvode för läkarutlåtanden inte ingår i mitt utredningsuppdrag. Jag vill dock framhålla att det är av avgörande betydelse för försäkringskassornas hand-

läggning av försäkringsärenden att läkarutlåtandena håller hög kvalitet och lämnas utan dröjsmål. Jag anser att arvode för läkarutlåtanden även fortsättningsvis bör utges enligt särskilda föreskrifter och inte räknas in i arvodena i det nya ersättningssystemet.

4.2.4 Patientavgifter

I mina överväganden har jag utgått från förslaget i husläkarpromemorian där det föreslås att patientavgiften bestäms centralt.

I likhet med nu gällande läkarvårdstaxa skall skillnaden mellan arvodet och patientavgiften utgöra den läkarvårdsersättning som försäkringskassan betalar ut till läkaren. Även fortsättningsvis gäller att någon patientavgift inte får tas ut för rådgivning i födelsekontrollerande syfte och inte heller för undersökning eller rådgivning i samband med provtagning för att utröna om samhällsfarlig sjukdom föreligger samt för undersökning och rådgivning i samband därmed. Patientavgift får heller inte tas ut av en försäkrad som enligt 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. är befriad från att betala patientavgifter under viss tid.

I föregående avsnitt har jag redovisat och motiverat mitt förslag om att en läkare inte längre får tillgodoräkna sig arvode för telefonrådgivning. Därav följer också att läkaren inte heller har rätt att ta ut patientavgift för sådan rådgivning.

Även beträffande hembesök har jag i föregående avsnitt föreslagit att det s.k. hembesökstillägget slopas. Därav följer att en läkare inte heller får ta ut ett avgiftstillägg av patienten vid sjukbesök i hemmet.

4.2.5 Ekonomiskt tak för ersättning från försäkringen

Från i första hand landstingen och Landstingsförbundet har framhållits att kostnaderna för den försäkringsanslutna privatläkarvården har varit omöjliga att i förväg beräkna. För att skapa förutsättningar för att bättre kunna bedöma dessa kostnader föreslår jag att en gräns, ett ekonomiskt tak, som för varje specialitet anger att om de arvoden en läkare sammanlagt uppburit under ett kalenderår uppgår till ett visst belopp så utbetalas därefter ingen läkarvårdsersättning för resterande del av året. Det ekonomiska taket bygger på de uppgifter om mottagningskostnader och besöksvolym som för varje specialitet legat till grund för beräkningen av normalarvodet.

Den årliga besöksvolym för resp. specialitet som beräkningarna bygger på överensstämmer med den som framförts från S-SPLF som lämplig för att göra det möjlig för en läkare att bedriva en kvalificerad verksamhet inom sin specialitet. Även om detta antal besök utgör en rimlig arbetsbörda har många läkare möjlighet att öka sin kapacitet. Jag anser att det ur samhällets och de försäkrades synpunkt kan vara motiverat med ett högre kapacitetsutnyttjande. Jag har därför föreslagit att när läkaren under ett kalenderår sammanlagt uppburit arvoden som motsvarar den mottagningskostnad (inklusive läkarlön, socialavgifter och pensionsavsättningar), som redovisats i bilaga 2, får ersättning utges med ett reducerat arvode för ytterligare 50 % av den årsvolym som framförts från S-SPLF. Det reducerade arvodet har beräknats täcka vissa rörliga kostnader för mottagningen samt 50 % av läkarlönen. När det sammanlagt uppburna arvodet under kalenderåret uppgår till belopp som motsvarar denna högre besöksvolym utges inte ytterligare ersättning från försäkringen. Det ekonomiska taket för ersättning från försäkringen omfattar inte patientbesök för vilka läkaren tillgodoräknat sig enkelt artvode. Det omfattar inte heller arvode för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller om abort

eller sterilisering.

Däremot innefattas alla övriga arvoden. Detta innebär att även särskilt arvode omfattas av det ekonomiska taket. Andelen åtgärder som ersatts med särskilt arvode kan vara större för vissa läkare än för andra. En läkare som inriktat sin verksamhet för en stor andel sådana åtgärder kan i vissa fall nå det ekonomiska taket men ändå ha kapacitet för fler vårdinsatser av detta slag. För att göra det möjligt för en sådan läkare att utnyttja denna kapacitet föreslår jag att bestämmelserna om vårdavtal enligt gällande läkarvårdstaxa skall kvarstå. Dessutom föreslår jag att en försäkringskassa får besluta att utge ersättning även om läkaren sammanlagt uppburit arvoden som uppgår till det ekonomiska taket. Detta bör endast gälla för åtgärder som ersätts med särskilt arvode och under förutsättning att sjukvårdshuvudmännen godkänner att så får ske.

5 Särskilda frågor

Mitt förslag: *En åldersgräns för hur länge en läkare får vara ansluten till försäkringen bör införas. Däremot skall en läkare på grund av ålder inte erhålla lägre arvode än sina kolleger.*

Samtliga vårdinsatser vid ett och samma patientbesök skall ingå i arvodet för ett besök varvid normalarvodet utgör ett enhetligt arvode för undersökningar och behandlingar av olika art och omfattning.

Begränsningen av ersättning från försäkringen bör uttryckas i ekonomiska termer i stället för i antalet vårdbesök.

Under en tid av längst två månader för år räknat skall en vikarie kunna anslutas till försäkringen för en kollega, som valt att inte driva sin verksamhet, utan att försäkringskassan skall pröva skälet till frånvaro.

Om en försäkringskassa beslutar att föra av en läkare från förteckningen på grund av att han brutit mot bestämmelse i den föreslagna förordningen skall beslutet avse lägst ett och högst tre år. Under denna tid får läkaren inte föras upp på annan kassas förteckning. Därefter sker prövning som för nyanslutning. Vid ringa förseelse bör försäkringskassan få besluta att avstänga läkaren från rätt till ersättning från försäkringen under högst tre månader.

För att ge försäkringskassorna förbättrade möjligheter att följa upp de anslutna läkarnas ersättningsanspråk, föreslår jag att kassorna för nämnda ändamål får författningsenlig rätt att ta del av patientjournalerna.

5.1 Särskild taxa för läkare fr.o.m. det år läkaren fyller 66 år

Den nu gällande läkarvårdstaxan är uppdelad på normaltaxa och särskild taxa. En läkare skall fr.o.m. det år han fyller 66 år debitera arvode enligt särskild taxa. Den särskilda taxan är i arvodesgrupperna 3–7 ca 13 % lägre än normaltaxan.

Bestämmelserna om särskild taxa infördes i läkarvårdstaxan fr.o.m. år 1980. Denna s.k. pensionärstaxa var ett resultat av de sedvanliga överläggningarna mellan RFV och Sveriges Läkarförbund om justering av taxans arvodesnivåer. Skälet till att en särskild taxa för äldre läkare infördes finns inte skriftligen dokumenterat men i samband med överläggningarna konstaterades att läkare över 65 år hade lägre kostnader för sin verksamhet bl.a. på grund av lägre socialavgifter.

Sedan den särskilda taxan för läkare över 65 år infördes har klagomål framförts över att läkare som uppnått en viss ålder särbehandlas när det gäller ersättning enligt läkarvårdstaxan. Någon motsvarande särbehandling finns varken i tandvårds- eller behandlingstaxan för tandläkare resp. sjukgymnaster. I departementspromemorian om ett husläkarsystem finns heller inget förslag om lägre ersättning till läkare över 65 år.

Enligt RFV:s statistik för år 1990 var 364 (14,7 %) av 2 473 verksamma läkare över 65 år. De svarade för 9,8 % av samtliga besök och hade ett genomsnittsarvode på 286

kr per besök för perioden juli 1990 till december 1991. Genomsnittsarvodet för samtliga läkare var under perioden 362,30 kr per besök.

Vidare framgår när det gäller heltidsverksamma läkare att av 877 var 65 läkare över 65 år. De svarade för 5,9 % av besöken och hade i genomsnitt 2 739 besök under året.

Enligt lagen (1990:659) om särskild löneskatt på vissa förvärvsinkomster skall särskild löneskatt betalas till staten med 21,85 % på lön eller ersättning av personer som är över 65 år. De nämnda skillnaderna i kostnader för läkare över resp. under 65 år är därmed inte längre lika stora. Jag anser därför att det saknas skäl att bibehålla en särskild taxa för läkare över 65 år.

5.2 Åldersgräns

I gällande läkarvårdstaxa finns inte någon gräns för när läkaren av åldersskäl inte längre får vara uppförd på försäkringskassans förteckning.

Enligt RFV:s statistik var 364 läkare över 65 år verksamma inom försäkringen år 1990. De utgjorde 14,7 % av det totala antalet verksamma läkare och svarade för 9,8 % av besöken.

Av de heltidsverksamma läkarna var det 65 läkare över 65 år som meddelade minst 2 000 besök under det året, dvs. 7,4 % av det totala antalet. I taxehänseende betraktas 2 000 besök per år som en nedre gräns för heltidsverksamhet. Läkarna över 65 år svarade för 5,9 % av besöken. Genomsnittet för dessa läkare var 2 739 besök under år 1990.

Enligt statistiken för år 1990 var 241 läkare i åldern 70-79 år anslutna till försäkringen och 59 anslutna läkare var 80 år eller mer.

I departementspromemorian om ett husläkarsystem har inte föreslagits någon övre åldersgräns för husläkare inom nämnda system.

Jag anser att skäl talar för att en åldersgräns införs i läkarvårdstaxan som innebär att en läkare som fyllt 70 år inte längre får vara ansluten till försäkringen. Huvudskälet är att de anslutna läkarna driver en verksamhet som är samhällsfinansierad och att det i Sverige finns en allmän pensionsålder med en rörlig del upp till 70 år. Jag anser att en åldersgräns bör införas i den föreslagna förordningen om arvoden till privatpraktiserande läkare. Detta förutsätter dock att motsvarande regel införs i husläkarsystemet.

5.3 Flera åtgärder vid ett och samma besök

En läkare får enligt gällande läkarvårdstaxa tillgodoräkna sig ett arvode för varje patientbesök. De arvoden som anges i taxan är maximiarvoden och utgör ersättning för samtliga åtgärder vid ett och samma rådfrågningstillfälle. Arvodet innefattar läkemedelsförskrivning och provtagning för klinisk laboratorieundersökning, utfärdande av läkarintyg för att få sjukpenning samt förbands- och annat förbrukningsmaterial.

För varje patientbesök får läkaren ta ut en patientavgift vilken utgör en del av arvodet. Resterande del, läkarvårdsersättningen, betalas av försäkringskassan.

I den utredning som föregick nu gällande läkarvårdstaxa angavs målet för utredningen vara "att de privatpraktiserande läkarna borde inlemmas i ett taxesystem av samma modell som gäller för den offentliga öppna vården, där den försäkrade på förhand vet vad han har att betala för ett läkarbesök". Denna utredning borde enligt sina direktiv "syfta till att skapa ett ersättningssystem som inbegriper hela det arvode som skall utgå till läkaren för vården".

Att patienten inte skall betala mer än en avgift för flera skilda åtgärder vid ett och samma rådgivningstillfälle och att inte mer än en läkarvårdsersättning skall utbetalas från försäkringen för ett och samma patientbesök har även behandlats i förarbetena till abortlagstiftningen (prop. 1975:36). Däri anfördes att om det vid ett läkarbesök ges såväl rådgivning i födelsekontrollerande syfte som vård eller behandling på grund av sjukdom får läkaren tillgodoräkna sig endast ett arvodesbelopp.

Från skilda håll har under de år läkarvårdstaxan gällt behov framförts beträffande läkares möjligheter att få tillgodoräkna sig arvode för flera skilda åtgärder som utförts vid ett och samma besökstillfälle. Från Sveriges Läkarförbund har i samband med taxeöverläggningarna med RFV yrkanden överlämnats om en sådan tillämpning av taxan.

Den frågeställning direktiven tar upp är vilka konsekvenserna blir för patient, försäkring och sjukvårdshuvudman om en högre försäkringsersättning införs för fall när läkaren utfört flera skilda åtgärder vid samma besök.

Enligt min uppfattning skulle detta medföra en ökad administration för försäkringskassorna och dessutom skulle kassorna ha små möjligheter att följa upp taxetillämpningen. För sjukvårdshuvudmännens del borde risken för högre kostnader föreligga eftersom kassans uppföljningsmöjligheter är begränsade.

I den föreslagna ersättningsmodellen med ett normalarvode för varje specialitet ligger att besök av olika art och omfattning skall uppväga varandra vad gäller det ekonomiska utbytet för läkaren. Arvodeskonstruktionen innebär att de vårdinsatser som är medicinskt möjliga att meddela vid ett och samma besök innefattas i normalarvodet. Avsikten med den föreslagna ersättningsmodellen är även att underlätta försäkringskassornas administration. Övergången från en detaljerad taxa till en ersättningsmodell med ett enhetligt arvode för de flesta av läkarens patientbesök syftar även till att få bort de kostnadsdrivande effekter som nu gällande läkarvårdstaxa har. Sammanfattningsvis anser jag att frågan om ersättning för flera skilda åtgärder vid ett och samma besök förlorat sin aktualitet i och med den föreslagna ersättningsmodellen.

5.4 Läkarvårdsersättning för högst 6 000 patientbesök per år

Enligt nu gällande läkarvårdstaxa betalar försäkringen ut läkarvårdsersättning till en ansluten läkare för högst 6 000 patientbesök under ett kalenderår. I dessa besök inräknas inte besök enligt arvodesgrupp 1 i taxan och inte heller besök för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering. Har läkaren under året haft vikarie inräknas även vikariens patientbesök i maximiantalet ersättningsbara patientbesök. Denna gräns för ersättningsbara besök gäller även då överlåtande och övertagande läkare under en övergångstid av ett år tillåts vara verksamma i samma mottagning, dvs. då den läkare som överlåtit praktiken fyllt 65 år.

Bestämmelser om ett tak för ersättning från försäkringen i form av en begränsning av antalet besök hos den anslutne läkaren infördes i läkarvårdstaxan i samband med att den trädde i kraft den 1 januari 1975. Enligt prop. 1974:104 hade utredarna vid utarbetandet av förslaget till taxa utgått från medeltalsberäkningar bl.a. i fråga om antalet besök. För att inte ett antal läkare med avsevärt större antal patientbesök än genomsnittet genom den nya taxan skulle få ökade arvodesinkomster i oskälig omfattning hade utredarna för dessa föreslagit särskilda arvodesbestämmelser. Innebörden därav var att läkaren för alla patientbesök som överstiger 3 000 per kalenderhalvår endast får uppbära patientavgifterna men ingen försäkringsersättning. Inga invändningar hade framförts mot detta

förslag vid remissbehandlingen. Maximigränsen på 3 000 patientbesök per kalenderhalvår för ersättning från försäkringen ändrades till högst 6 000 per kalenderår fr.o.m. den 1 juli 1981.

I och med att vikariatsregler infördes fr.o.m. den 1 januari 1985 inräknas även vikariens patientbesök i de 6 000 besök som utgör maximigränsen för den ordinarie läkaren.

När bestämmelserna om överlåtelse av en praktik med möjlighet för överlåtaren och övertagaren att under ett år samtidigt vara verksamma i mottagningen infördes den 1 juli 1989, begränsades även deras sammanlagda antal ersättningsbara patientbesök till högst 6 000.

Enligt RFV:s statistik för år 1990 var det genomsnittliga antalet patientbesök 1 545 per år och läkare. Sammanställningen nedan visar att 44 läkare haft mer än 6 000 patientbesök under året samt att 717 läkare eller 24,4 % av samtliga läkare haft minst 2 000 men färre än 6 000 patientbesök.

Tabell 4. Läkare med fördelning efter antal patientbesök år 1990

Antal besök	Läkare antal	%
1 – 1 999	2 177	74,1
2 000 – 5 999	717	24,4
6 000 –	44	1,5
Samtliga	2 938	100

För heltidsverksamma läkare, dvs. läkare med minst 2 000 patientbesök per år (inom psykiska sjukdomar 1 000 besök per år) var det genomsnittliga antalet besök 3 467 under år 1990 och fördelade sig på de olika specialiteterna enligt följande.

Tabell 5. Antal läkare med minst 2 000 patientbesök per år och antal patientbesök år 1990 med fördelning efter specialitet

Läkare	Läkare med minst 2 000 besök per år		Antal besök per år och läkare
	antal	%	
Allmänmedicin	148	16,9	3 782
Anestesiologi	12	1,4	3 257
Barnaålderns invärtes sjukdomar	23	2,6	3 365
Hudsjukdomar och veneriska sjukdomar	39	4,4	4 978
Invärtes sjukdomar	112	12,8	3 236
Kirurgiska sjukdomar	134	15,3	3 844
Kvinnosjukdomar och förlossningar	110	12,5	3 482
Psykiska sjukdomar	141	16,1	1 971
Ögonsjukdomar	60	6,8	3 571
Öron-, näs- och halssjukdomar	76	8,7	4 375
Tumörsjukdomar	–	–	–
Nervsjukdomar	3	0,3	3 273
Utan specialitet	16	1,8	3 500
Samtliga[1]	877	100	3 467

[1]I samtliga ingår specialitet utom förteckningen

Av tabellen framgår att för de heltidsverksamma privatpraktikerna utgjorde det genomsnittliga antalet patientbesök ca 3 500 besök under år 1990. För läkare med specialiteten psykiska sjukdomar var det genomsnittliga antalet patientbesök ca 2 000. Läkare med specialistkompetens i hudsjukdomar och veneriska sjukdomar samt öron-, näs- och halssjukdomar hade ett betydligt högre antal patientbesök i genomsnitt under året än övriga specialistläkare.

Tabell 4 visar att relativt få läkare kommit upp till 6 000 patientbesök under ett kalenderår.

Mot bakgrund av dessa uppgifter konstaterar jag att regeln om ersättningsbegränsning vid 6 000 patientbesök under ett kalenderår endast i ett fåtal fall fått den effekt som varit avsedd, nämligen att utgöra en form av ekonomiskt tak för den anslutne läkaren.

Från sjukvårdshuvudmännens sida har framförts krav på en kostnadsbegränsning av ersättningen till privatpraktiserande läkare som är anslutna till försäkringen samt att den försäkringsanslutna privatvården i förväg skall kunna kostnadsberäknas.

Jag har gjort den bedömningen att en gräns fortfarande skall finnas för hur mycket en läkare skall erhålla i försäkringsersättning. Även i mitt förslag till ersättningssystem för försäkringsanslutna läkare är normalarvodet baserat på medeltalsberäkningar. Jag har föreslagit att denna gräns uttrycks i ekonomiska termer. Se avsnittet 4.2.5 Ekonomiskt tak för ersättning från försäkringen.

5.5 Vikariatssystemet

Enligt gällande läkarvårdstaxa skall en läkare för att få föras upp på försäkringskassans förteckning ha en tillstyrkan från sjukvårdshuvudmannen. Från denna bestämmelse finns vissa undantag. Ett sådant föreligger när en läkare förs upp på förteckningen som vikarie för en ansluten läkare (vikariatsgivaren). Följande förutsättningar skall dock vara uppfyllda.

Vikariatsgivaren måste tillfälligt vara förhindrad att driva sin verksamhet. Skälet till detta skall vara sjukdom eller annat godtagbart skäl. Med annat godtagbart skäl avses ledigheter som följer av AFL, semester, militärtjänstgöring, medicinska studier/forskning, politiskt/fackligt uppdrag, utlandstjänstgöring inom SIDA, FN eller liknande organisation samt avstängning från arbetet på grund av ingripande enligt smittskyddslagen. Vikariatsgivaren skall avstå från att driva sin verksamhet helt eller delvis. Är vikariatsgivaren delvis verksam måste hindret att driva verksamheten fullt ut vara sjukdom, delpension eller föräldraledighet. Vikariatsgivaren skall under de senaste två åren i princip ha arbetat heltid under minst 12 månader i följd.

Vikarien får inte ersätta vikariatsgivaren i större omfattning än vad denne avstår från i sin verksamhet. Vikarien skall bedriva verksamheten i vikariatsgivarens lokaler och mottagningens verksamhet skall ha i huvudsak oförändrad inriktning. Med oförändrad inriktning menas att vikarien har samma specialitet enligt läkarvårdstaxan som vikariatsgivaren eller en mycket närliggande specialitet.

En ansluten läkare får ha vikarie för verksamheten under högst tre år såvida inte skälet till vikariatet är delpension, sjukbidrag eller annat synnerligt skäl.

Tidsperioden för ett vikariat får inte vara kortare än en dag och inte längre än ett år. Har verksamheten ökats nämnvärt under ett vikariat på ett år bör en ytterligare ettårsperiod inte medges. Deltidsvikariat som tillåts vid sjukdom, delpension och föräldraledighet skall avse minst en månad och omfatta minst hälften och vid föräldraledighet minst en fjärdedel av mottagningens normala verksamhet under en månad.

Även en läkare som är anställd hos sjukvårdshuvudmannen, och som enligt huvudregeln inte får föras upp på förteckningen, får anslutas som tillfällig vikarie.

Begränsningen för utbetalning av ersättning till högst 6 000 besök per kalenderår i arvodesgrupperna 2–7 gäller för varje ansluten läkare inklusive de läkare som under året vikarierat i mottagningen.

Bestämmelserna om vikariat finns i 3, 4 och 12 §§ läkarvårdstaxan och RFV:s föreskrifter RFFS 1990:11 samt RFV:s allmänna råd 1991:6.

Före den 1 januari 1985 fanns i läkarvårdstaxan och föreskrifterna till denna inte några bestämmelser om vikariat. Anledningen var att läkarna fritt kunde ansluta sig till försäkringen. Endast beträffande läkare som var anställda hos sjukvårdshuvudmannen fanns krav på heltidsanställning för att få föras upp på förteckningen över privatpraktiserande läkare, s.k. fritidspraktiker.

Fr.o.m. den 1 januari 1985 infördes begränsningar för läkarna att fritt få ansluta sig till försäkringen. För nyanslutning av läkare krävs tillstyrkan från sjukvårdshuvudmannen och läkare anställda hos sjukvårdshuvudman med 17 timmar eller mer per vecka får inte längre anslutas till försäkringen.

Med dessa begränsningar i anslutningsreglerna uppstod svårigheter för de privatpraktiserande läkarna att vid frånvaro på grund av semester, sjukdom, utbildning, militärtjänstgöring etc. sätta in en annan läkare i sitt ställe och på så sätt hålla mottagningen igång. För att lösa dessa problem infördes fr.o.m. år 1985 bestämmelser i läkarvårdstaxan om undantag från tillstyrkan från sjukvårdshuvudmannen för anslutning av läkare

som vikarie samt om landstingsanställda läkares rätt att vara anslutna som vikarier.

Enligt RFV:s statistik förekommer anlitande av vikarier till största delen i läkartäta områden och i storstadsområdena. Av statistiken framgår även att antalet besök hos privatpraktiserande läkare under senare delen av 1980-talet ökat med ca 6 procentenheter för varje år. RRV har vid sin granskning av privat vård framhållit att vikariatsanvändningen torde vara en viktig anledning till den kraftiga ökningen av antalet besök.

De privatpraktiserande läkarna har framfört att nu gällande vikariatsregler bör avskaffas och att läkaren själv bör få bedöma när en vikarie behövs i mottagningen.

Från försäkringskassorna har framförts att ärenden som rör vikariat med nuvarande bestämmelser kräver omfattande adminstrations- och uppföljningsinsatser.

För att underlätta försäkringskassornas administration och läkarnas möjligheter att vid korttidsfrånvaro ersättas av en vikarie föreslår jag följande.

Om ett vikariat avser en tid av längst två månader och den sammanlagda tiden som läkaren ersatts av vikarie för år räknat i sin mottagning inte överstiger två månader förs den vikarierande läkaren upp på förteckningen utan att försäkringskassan prövar skälet till att den ordinarie läkaren inte själv driver sin verksamthet. För vikariat som överstiger två månader skall försäkringskassan pröva skälet till att den ordinarie läkaren är förhindrad att driva sin verksamhet. Några ytterligare ändringar av vikariatsreglerna har jag inte funnit skäl att föreslå.

5.6 Sanktionsreglerna

För att bli uppförd på försäkringskassans förteckning som privatpraktiserande läkare krävs enligt gällande läkarvårdstaxa att läkaren åtagit sig att följa taxans bestämmelser samt att sjukvårdshuvudmannen lämnat sin tillstyrkan till anslutningen. Från det senare kravet finns vissa undantag som inte utvecklas närmare här.

I läkarvårdstaxan lämnas föreskrifter om maximiarvoden för vissa angivna åtgärder, uttag av patientavgifter, redovisning av verksamheten osv.

Om en läkare som är ansluten till försäkringen bryter mot en föreskrift i läkarvårdstaxan får försäkringskassan enligt en bestämmelse i taxan besluta att läkaren skall föras av från försäkringskassans förteckning.

Till bestämmelsen i läkarvårdstaxan om att föra av en läkare från försäkringskassans förteckning har RFV i allmänna råd 1991:6 lämnat den rekommendationen att om en försäkringskassa upptäcker att en läkare bryter mot en föreskrift i läkarvårdstaxan bör kassan erinra läkaren om hans skyldighet att följa föreskrifterna i taxan. Försäkringskassan bör även upplysa om att kassan kan besluta att en läkare som bryter mot en föreskrift i taxan skall föras av från kassans förteckning. Om läkaren fortsätter att bryta mot föreskrifterna bör kassan besluta att föra av läkaren från förteckningen.

Har ett beslut om uteslutning från försäkringen lämnats av en försäkringskassa eller en annan domstol än försäkringsöverdomstolen gäller enligt läkarvårdstaxan beslutet omedelbart endast om kassan eller domstolen särskilt förordnar det.

Motsvarande sanktionsbestämmelser gäller även för sjukgymnaster och tandläkare enligt behandlingstaxan resp. tandvårdstaxan.

Den föredragande departementschefen uttalade i prop. 1974:104 att han ansåg det angeläget att få till stånd en allmän anslutning av de privatpraktiserande läkarna till det nya sjukförsäkringssystemet. En frivillig anslutning genom anmälan till försäkringskassan förordades. Denna anmälan om anslutning borde enligt propositionen innehålla ett åtagande av läkaren att meddela läkarvård mot en högsta enhetlig patientavgift med

rätt för läkaren att för varje sådant patientbesök uppbära läkarvårdsersättning från den allmänna sjukförsäkringen med skillnaden mellan patientavgift och arvodesbelopp enligt fastställd taxa. Vidare borde en allmän förutsättning vara att läkare som gjort anmälan därmed avsett att mera stadigvarande tillhöra försäkringssystemet.

Enligt nämnda proposition borde försäkringskassorna, på samma sätt som inom tandvårdsförsäkringen, upprätta ett register över de anslutna läkarna inom kassans verksamhetsområde och göra detta tillgängligt för allmänheten. Även i andra administrativa hänseenden borde tandvårdsförsäkringens bestämmelser kunna tjäna som förebild. Vad gäller tandvårdstaxans föreskrift om kassans rätt att föra av en tandläkare från förteckningen har 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring (SOU 1972:81) lämnat följande kommentar: "Denna påföljd kan få högst ingripande verkningar på den enskilde tandläkarens möjligheter att försörja sig genom utövning av sitt yrke, i synnerhet om, som utredningen förutsätter kommer att ske, de privatpraktiserande tandläkarna allmänt ansluter sig till försäkringen. Bestämmelserna bör därför användas med stor försiktighet och endast vid flagranta brott mot taxan. I allmänhet torde tandläkare en eller flera gånger erinras om sin skyldighet att följa taxans bestämmelser, innan beslut fattas om att han skall avföras från förteckningen."

När en läkare brutit mot läkarvårdstaxan eller en föreskrift till denna har det ofta inneburit att läkaren på läkarvårdsräkningen begärt ersättning från försäkringen för undersökningar och behandlingar som, vid uppföljning av läkarens verksamhet, visat sig inte överensstämma med den åtgärd som utförts. Vidare har det förekommit att en läkare debiterat arvode för patientbesök trots att läkaren inte träffat den person som angetts på läkarvårdsräkningen.

I många fall där försäkringskassan funnit att för hög ersättning betalats ut därför att läkaren på räkningen till kassan angivit mer omfattande undersökningar och/eller behandlingar än vad som faktiskt meddelats, har kassan satt ned ersättningsbeloppet och krävt tillbaka vad som betalats ut för mycket. I vissa fall, även om de är få, där försäkringskassan beslutat att föra av läkaren från förteckningen har beslutet upphävts i en högre instans. Trots att den utredning som legat till grund för kassans beslut i något fall medfört fällande dom enligt brottsbalkens bestämmelser har kassans beslut att föra av läkaren från försäkringen upphävts av Försäkringsöverdomstolen med som exempel den motiveringen att "ett avförande från förteckningen medför allvarliga konsekvenser för den enskilde läkarens möjligheter att försörja sig som privatpraktiker. Konsekvenserna blir mer kännbara för den läkare som redan är etablerad i sådan verksamhet. Då fråga om avförande aktualiseras måste därför, bl.a. mot bakgrund av dessa omständigheter, noggrant utredas vilka överträdelser mot läkarvårdstaxan som läkaren kan ha låtit komma sig till last samt tidpunkten för och omfattningen av dessa. Läkaren måste också beredas möjlighet att bemöta framställda anmärkningar och framföra den bevisning han vill åberopa."

Mot denna bakgrund anser jag att försäkringskassorna måste få förbättrade möjligheter att följa upp och kontrollera att de undersökningar och behandlingar som läkaren angivit på läkarvårdsräkning för varje patient överensstämmer med de undersökningar och/eller behandlingar som faktiskt utförts. Det bästa och många gånger enda sättet att påvisa att en läkare brutit mot en föreskrift i taxan är att jämföra ersättningsanspråket på läkarvårdsräkning med läkarens patientjournaler. Eftersom de anslutna läkarnas verksamhet utgör samhällsfinansierad vård där ersättningen administreras av de allmänna försäkringskassorna anser jag att det är nödvändigt att kassorna har en faktisk möjlighet att kontrollera att rätt ersättning utbetalas från försäkringen till läkaren.

För att göra det möjligt för försäkringskassan att få ta del av en ansluten läkares journaler föreslår jag att en bestämmelse införs i den föreslagna förordningen om arvoden till privatpraktiserande läkare som bryter den sekretess som i annat fall gäller enligt 6 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Som tidigare nämnts medför en uteslutning från försäkringssystemet allvarliga konsekvenser för den enskilde läkaren. Jag föreslår därför att försäkringskassorna i vissa fall får besluta att, under en tid av högst tre månader, avstänga en läkare från rätt till ersättning från försäkringen. De fall jag syftar på är när en läkare brutit mot en föreskrift, men förseelsen är att anse som ringa med hänsyn till värde och övriga omständigheter. Jag föreslår vidare att under den tid läkaren av detta skäl är förhindrad att driva sin verksamhet skall en vikarie för denne få föras upp på kassans förteckning. Den avstängde läkaren skall däremot inte få föras upp som vikarie på förteckning hos någon annan försäkringskassa.

Om en försäkringskassa beslutat att föra av en läkare från förteckningen föreslår jag att detta beslut skall avse viss tid, lägst ett och högst tre år. Jag föreslår vidare att under den tid kassans beslut gäller får en annan försäkringskassa inte föra upp läkaren på förteckning, inte ens som vikarie. Begär läkaren, när den tid som anges i beslutet förflutit, att åter bli uppförd på förteckningen skall ansökan prövas på samma sätt som gäller för nyansluting av läkare.

6 Administration av den försäkringsanslutna privatläkarvården

Anslutning till den allmänna försäkringens ersättningssystem för privatläkarvård bör även fortsättningsvis ske efter ansökan från läkaren och prövning av försäkringskassan. Som förutsättning för anslutning krävs som enligt gällande läkarvårdstaxa att sjukvårdshuvudmannen tillstyrkt att läkaren förs upp på försäkringskassans förteckning.

Utbetalning av försäkringsersättning till läkaren görs av försäkringskassan. Den del av arvodet för varje besök som utgör läkarvårdsersättningen utbetalas månadsvis av kassan efter att läkaren lämnat in sitt ersättningsanspråk på särskild räkning.

Det är även fortsättningsvis av vikt att försäkringskassorna regelbundet kontrollerar att den läkarvårdsersättning en läkare begärt överensstämmer med läkarens vårdinsatser samt att läkaren följt bestämmelserna avseende det föreslagna ersättningssystemet.

Dessa frågor behandlas i tur och ordning i detta avsnitt. Jag utgår i mina överväganden från att ersättningen för den försäkringsanslutna privatläkarvården även fortsättningsvis skall administreras och följas upp av de allmänna försäkringskassorna. Jag förutsätter också att regeringen även i fortsättningen skall fastställa ersättningen till de privatpraktiserande läkarna efter förslag från RFV.

6.1 Läkarnas anslutning

För att bli uppförd på försäkringskassans förteckning skall en läkare enligt gällande läkarvårdstaxa dels ha åtagit sig att följa läkarvårdstaxans bestämmelser, dels skall sjukvårdshuvudmannen ha tillstyrkt att läkaren förs upp på förteckning hos försäkringskassan. Kravet på tillstyrkan av sjukvårdshuvudmannen för anslutning till försäkringen samt undantagen från detta krav vid överlåtelseetablering eller etablering i stödområden anser jag är frågor som ligger utanför utredningens uppdrag.

För att bli uppförd på förteckningen skall läkaren enligt RFV:s föreskifter (RFFS 1977:27) lämna en anmälan till försäkringskassan. Kassan prövar därefter frågan om att ansluta läkaren till försäkringen. Jag anser att det av den föreslagna förordningen om arvoden till privatpraktiserande läkare bör framgå att anslutning prövas efter ansökan från en läkare.

Vid mina överväganden har jag prövat möjligheten att en försäkringskassa genom kontrakt med en enskild läkare skulle kunna ingå ett avtal om anslutning till försäkringen samt om de kvantitativa och kvalitativa förutsättningar som därvid skulle vara uppfyllda för att läkaren skulle vara berättigad till viss ersättning från försäkringen. I 18 kap. 5 § AFL anges grunderna för allmän försäkringskassas verksamhetsområde. Enligt bestämmelserna i paragrafens första stycke får allmän försäkringskassa inte utan särskilt lagstadgande bedriva annan verksamhet än som anges i AFL eller i bestämmelser som utfärdats med stöd av lagen. Att ingå särskilda avtal med privatpraktiserande läkare beträffande anslutningen till försäkringen kan inte anses vara en sådan uppgift

som ingår i försäkringskassas verksamhetsområde. Mot denna bakgrund anser jag att det i dag inte är möjligt med nämnda avtal mellan försäkringskassan och läkaren.

Den föreslagna ersättningsmodellen innebär att en ansluten läkare får tillgodoräkna sig arvoden som anges för den specialitet inom vilken läkaren valt att inrikta sin verksamhet. Någon möjlighet att tillgodoräkna sig arvoden som anges för annan specialitet har jag inte föreslagit.

Någon utökning eller underindelning av de specialiteter som omfattas av gällande läkarvårdstaxa föreslås inte. Administrativa skäl talar för att detta bör undvikas. Dock hänförs specialiteten klinisk fysiologi till den rubricerade specialiteten invärtes sjukdomar. Behovet av precisering av åtgärder hänförliga till vissa specialiteter bör tillgodoses i den förteckning över åtgärder, som skall ersättas med särskilt arvode.

I departementspromemorian om husläkare föreslås att en läkare inte skall kunna kombinera husläkarverksamhet med privat praktik som specialist i allmänmedicin med anslutning till försäkringen. Mot denna bakgrund föreslår jag att en läkare, som har sådan specialitet och är verksam som husläkare enligt lagen (1992:00) om husläkare, inte skall kunna föras upp på försäkringskassans förteckning. Han skall dock kunna föras upp på förteckningen för verksamhet inom annan specialitet.

Vad gäller läkare som saknar specialistkompetens bör anslutning till försäkringen även fortsättningsvis vara möjlig. Dels finns i dag en del läkare som är yrkesverksamma som privatpraktiker med försäkringsanslutning, dels innebär anpassningen till EG-rätten att allmänpraktiserande läkare skall kunna omfattas av socialförsäkringssystemet (se vidare avsnittet 3.6 EG-aspekter på läkare inom försäkringen). Dessutom krävs enligt gällande läkarvårdstaxa inte specialistkompetens för rätt till arvode för samtalsbehandling som meddelas av en läkare som också är legitimerad psykoterapeut.

Beträffande anslutning som vikarie har jag i avsnittet 5.5 Vikariatssystemet föreslagit vissa ändringar av gällande bestämmelser. Se detta avsnitt.

Vad gäller den fortsatta anslutningen för läkare som i dag är uppförd på försäkringskassans förteckning hänvisas till avsnittet 8.1 Övergångsbestämmelser.

6.2 Utbetalning av läkarvårdsersättning

Enligt nu gällande läkarvårdstaxa och RFV:s tillämpningsföreskrifter skall en ansluten läkare redovisa varje patientbesök på en läkarvårdsräkning. Efter varje månads utgång skall läkaren skicka in dessa räkningar jämte en samlingsräkning till försäkringskassan. Efter granskning av räkningarna och ersättningsanspråken betalar försäkringskassan ut ersättning till läkaren. När en läkare begär ersättning för undersökning eller rådgivning i samband med provtagning för att utröna om samhällsfarlig sjukdom föreligger skall redovisningen ske utan uppgift om patientens identitet.

Det föreslagna ersättningssystemet innebär en övergång från en detaljerad taxa till ett ersättningssystem med ett enhetligt arvode för merparten av läkarvårdsbesöken. Detta anser jag innebär möjligheter till betydligt förenklade rutiner för både läkarnas löpande redovisning till försäkringskassan och kassornas rutiner för den löpande granskningen och utbetalningen. RFV bör lämna närmare föreskrifter om nämnda rutiner.

6.3 Uppföljning

Med uppföljning avser jag försäkringskassornas arbete med att utreda och undersöka om den ersättning som en läkare begärt och som utbetalats av försäkringskassan utgjort rätt ersättning för den åtgärd som faktiskt utförts. Med den föreslagna ersättningsmodellen måste uppföljningen av läkarnas ersättningsanspråk ges en betydligt förändrad inriktning. Ett antal åtgärder inom varje specialitet kommer även fortsättningsvis att vara preciserade och klart avgränsade. Dessa skall upptas i en förteckning över åtgärder för vilka läkaren får tillgodoräkna sig särskilt arvode. Övriga undersökningar och behandlingar ersätts enligt normalarvodet för varje specialitet i en skala från åtgärder motsvarande arvodesgrupperna 2 till 6 i gällande taxa. Vad kassan bl.a. har att ta ställning till i sin uppföljning i och med den föreslagna ersättningsmodellen är om de patientbesök för vilka läkaren begärt normalarvodet i genomsnitt motsvarar beskrivningen av de vårdinsatser som innefattas i läkarbesök för vilket läkaren får tillgodoräkna sig normalarvode.

Det föreslagna ersättningssystemet har utformats med inriktning på att vara en modell för ersättning avseende övrig specialistvård när husläkarreformen har införts. Genom ett enhetligt arvode för kvalificerad specialistvård ger den utrymme för nya behandlingar och undersökningsmetoder utan att åtgärden behöver preciseras i en särskild bestämmelse. Vidare har normalarvodet satts till en nivå som beräknats täcka kostnaderna för en kvalificerad mottagningsverksamhet. Jag anser att det därför är av stor vikt att försäkringskassorna följer upp läkarnas ersättningsanspråk så att ersättning enligt normalarvodet endast betalas ut för sådan verksamhet som arvodet är avsett för. Det är dessutom nödvändigt att kassorna följer upp att en åtgärd enligt den särskilda förteckningen faktiskt utförts när arvode begärts för en sådan åtgärd.

Försäkringskassornas erfarenheter av uppföljningen av läkarnas tillämpning av gällande läkarvårdstaxa är blandad. Hos vissa läkare har man t.ex. funnit att undersökningar debiterats flera gånger efter varandra beträffande en och samma patient, trots att taxans bestämmelser inte medger ersättning i sådana fall. Andra läkare har begärt ersättning för en åtgärd enligt en högre arvodesgrupp trots att taxans beskrivning av denna åtgärd inte motsvarat den åtgärd som faktiskt utförts. Vidare har det förekommit att läkare debiterat arvode för patientbesök utan att personen som redovisats på läkarvårdsräkningen hade besökt mottagningen.

Den gemensamma erfarenheten hos försäkringskassorna är dock att kassorna – när det vid uppföljning av ersättningsanspråken varit uppenbart att läkaren inte följt föreskrifterna i läkarvårdstaxan – har begränsade möjligheter att kunna styrka att läkarens ersättningsanspråk på läkarvårdsräkningen inte överensstämt med den åtgärd som faktiskt utförts. Detta har inneburit svårigheter för kassorna dels att göra läkaren återbetalningsskyldig för läkarvårdsersättning som utbetalts med högre belopp än vad som gällt enligt taxan, dels föra av läkare från förteckningen när kassan ansett att läkaren brutit mot en föreskrift i taxan.

Om försäkringskassorna skall ha möjlighet att följa upp att läkarnas ersättningsanspråk överensstämmer med föreskrifterna i den föreslagna förordningen om arvoden till privatpraktiserande läkare samt att läkaren driver en sådan verksamhet som den föreslagna taxan syftar till, anser jag att det är nödvändigt att kassorna ges författningsenlig rätt att ta del av de anslutna läkarnas patientjournaler. Om inte kassorna ges förbättrade möjligheter till en effektiv uppföljning av ersättningsanspråken bedömer jag att det föreligger påtaglig risk att försäkringskassan kommer att betala ut ersättning för läkarvård till läkare som i sin mottagningsverksamhet inte uppfyller förutsättningarna för arvoden

enligt det föreslagna ersättningssystemet samt att kostnaderna för den försäkringsanslutna privatläkarvården därmed kommer att bli väsentligt högre än vad mitt förslag syftar till. Frågan om försäkringskassans möjligheter att få tillgång till patientjournalerna har närmare behandlats i avsnittet 5.6 Sanktionsreglerna.

6.4 Kvalitetssäkring

Uppföljningen av de försäkringsanslutna läkarnas ersättningsanspråk och deras tillämpning av läkarvårdstaxan, som behandlats i föregående avsnitt, är i första hand en kostnadskontroll och innehåller egentligen inte en granskning av kvaliteten i verksamheten. Samtidigt är kvalitetssäkring av de anslutna privatpraktikernas verksamhet av betydelse för att sådan specialistvård, som det föreslagna ersättningssystemet syftar till skall finnas tillgänglig för de försäkrade. Även i detta avseende kommer försäkringskassornas rätt att ta del av läkarens journaler att vara av stor betydelse. För att ytterligare säkra kvaliteten i vården hos de privatpraktiserande läkarna med anslutning till försäkringen föreslår jag att uppdrag ges tilll en arbetsgrupp att utarbeta ett system som gör det möjligt att följa upp och bedöma dessa läkares vårdkvalitet. Gruppens arbete skulle ha till syfte att utreda vad som skall kvalitetssäkras och hur arbetet med kvalitetssäkring skall bedrivas. En samordning med det uppdrag som SPRI och Socialstyrelsen har avseende kvalitetssäkring av husläkare anser jag bör övervägas.

6.5 Fastställelse av ersättning för läkarvård

I 2 kap. 5 § AFL har regeringen bemyndigats att fastställa grunderna för ersättning för läkarvård med anledning av sjukdom som meddelas av privatpraktiserande läkare med anslutning till försäkringen. Enligt bemyndigandet skall ersättning fastställas för högst två år i sänder efter förslag av RFV.

RFV:s förslag till regeringen om ändrade arvodesnivåer m.m. i läkarvårdstaxan föregås av överläggningar med Sveriges Läkarförbund. Resultatet av överläggningarna redovisas i RFV:s Sjukvårdsdelegation och beslut sker i verksstyrelsen. Regler och rutiner är i princip desamma när det gäller ersättning från försäkringen till tandläkare och sjukgymnaster för vård enligt tandvårdstaxan (1973:638) resp. förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling. Jag anser att frågan om fastställelse av ersättningen och formerna för överläggning bör samordnas och lösas på samma sätt för läkare, tandläkare och sjukgymnaster som är anslutna till försäkringen.

7 Analys av modellen. Effekter för försäkringen och sjukvårdshuvudmännen

7.1 Inledning

En förändring av gällande läkarvårdstaxa enligt mitt förslag kommer att få varierande betydelse för de försäkrade, privatpraktiserande läkare, försäkringen och sjukvårdshuvudmännen. Enligt husläkarpromemorian skall en patient, när ett husläkarsystem är fullt utbyggt, kunna vända sig direkt till en annan specialistläkare även om han saknar remiss från sin husläkare. Förslaget innebär dock att patientavgiften efter remiss från husläkaren blir lägre än om sådan remiss saknas. De föreslagna arvodena till privatpraktiserande läkare är för resp. specialitet baserade på dels kostnader, som är förenade med mottagningsverksamheten, dels den tidsåtgång, som behövs för ett läkarvårdsbesök. Avsikten med detta är att ge möjlighet till en kvalificerad läkarvård. Normalarvodet per patientbesök utgör ersättning för besök av varierande art och omfattning. Även om arvodet för ett patientbesök i förhållande till en vidtagen åtgärd därmed kan vara relativt högt blir kostnaden för patienten aldrig högre än patientavgiften. Efter remiss från en husläkare utgör denna dessutom en mindre del av hela arvodesbeloppet.

För de privatpraktiserande läkarna innebär det föreslagna ersättningssystemet både förändringar i läkarens arbetsförhållanden och ekonomi. Den föreslagna utformningen av ersättningen och det beräknade normalarvodet för resp. specialitet syftar till att underlätta för läkarna att arbeta inom sin specialistkompetens såväl vad gäller utrustning som tid för patienten. En läkare som inte uppfyller de krav som ställs på hans verksamhet för att rätt till normalarvode skall föreligga får övergå till en lägre ersättningsnivå. Detta medför att en del läkare blir tvungna att ändra sättet att arbeta och eventuellt investera i ny utrustning för att få tillgodoräkna sig normalarvode för sin specialitet. Dessutom införs en övre gräns för den ersättning som totalt kan komma att betalas ut till den enskilde läkaren från försäkringen. Denna gräns anges med ett visst belopp per specialitet.

I kapitlet beskrivs utgångspunkterna för analysen av det föreslagna ersättningssystemet samt effekterna för läkarna, försäkringen och sjukvårdshuvudmännen.

7.2 Kostnadsberäkningar

För kostnadsberäkning av den föreslagna modellen för ersättning till privatpraktiserande läkare med anslutning till försäkringen har utgångspunkterna varit följande.

Det föreslagna ersättningssystemet omfattar ersättning för övrig specialistvård när den föreslagna husläkarreformen har genomförts. Som husläkare förutsätts i första hand läkare med specialistkompetens i allmänmedicin att vara verksamma. Vidare förutsätts att även andra specialistläkare med lämplig bakgrund efter kompletterande utbildning kan komma att etablera sig som husläkare. I underlaget för kostnadsberäkningarna har

dock ingen korrigering gjorts för varken allmänmedicinare eller andra läkare som kan komma att övergå till att bli husläkare. Även läkare som saknar specialistkompetens och som i dag är ansluten till försäkringen ingår i underlaget.

Patientavgiften för ett läkarvårdsbesök utgör den del av läkarens arvode som patienten betalar. Storleken av denna avgift har således betydelse för hur mycket av arvodet som skall betalas från försäkringen och därmed utgöra en kostnad för sjukvårdshuvudmannen. Jag har haft att utgå från att ett system med husläkare kommer att införas inom några år. I husläkarpromemorian föreslås att patientavgiften blir centralt reglerad och att avgiften vid besök hos husläkare sätts till 100 kr samt att avgiften hos en annan specialistläkare efter remiss från husläkaren sätts till t.ex. 100 kr medan avgiften blir t.ex. 300 kr om besöket sker utan sådan remiss. Då husläkarsystemet syftar bl.a. till att besök hos specialistläkare skall ske efter remiss från husläkaren och att s.k. långremisser skall innebära den lägre patientavgiften för alla besök hos en specialistläkare, utgår jag i kostnadsberäkningarna från en patientavgift på 100 kr. För patientbesök hos allmänmedicinare och läkare som saknar specialistkompetens beräknas patientavgiften dock till 300 kr, eftersom dessa läkare inte förväntas få patienter efter sådan remiss.

Den föreslagna utformningen av ersättningssystemet består av tre arvodesgrupper, enkelt arvode, normalarvode och särskilt arvode. Dessutom finns ett arvode för samtalsbehandling och ett reducerat arvode. När en läkare uppburit arvoden under ett kalenderår, som sammanlagt uppgår till visst belopp lämnas inte någon ytterligare ersättning från försäkringen.

I kostnadsberäkningarna har de föreslagna arvodesnivåerna utgjort underlag. Beräkningarna har gjorts i 1992 års prisnivå.

Uppgifter om antalet anslutna läkare och antalet patientbesök har hämtats från RFV:s statistikregister över försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och avser år 1990.

I tabellen nedan har en kostnadsberäkning gjorts av de nya arvodesbestämmelserna med utgångspunkt från antalet patientbesök år 1990 hos försäkringsanslutna läkare.

Eftersom normalarvodet är ett enhetligt arvode för det huvudsakliga antalet läkarbesök har detta, efter avdrag för patientavgiften, använts som kostnad per besök. Från antalet patientbesök har avdrag gjorts med antalet besök enligt arvodesgrupp 1 i gällande läkarvårdstaxan. Dessa besök motsvarar åtgärder som enligt mitt förslag ersätts med enkelt arvode och som i sin helhet betalas med patientavgiften. Kostnaden för patientbesök som avsett samtalsbehandling, meddelad av läkare som är legitimerad psykoterapeut, har beräknats till det föreslagna arovdet 643 kr. I slutsummeringen av den totalt beräknade kostnaden har tillägg gjorts för patientavgifter avseende läkarbesök som är gratis för patienten men i sin helhet ersätts från försäkringen till läkaren. Härmed avses dels läkarbesök som sker sedan den försäkrade uppnått kostnadsbefrielse enligt 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m., dels för rådgivning i födelsekontrollerande syfte och dels provtagning m.m. i syfte att utröna om en samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen (1988:1472) föreligger.

Tabell 6 Beräknad kostnad för ersättning till privatpraktiserande läkare med anslutning till försäkringen. Beräkningarna är baserade på statistik avseende antal läkarvårdsbesök år 1990

Läkare	Antal besök exkl. grupp 1	Antal besök avseende samtalsbehandling	Normalarvode exkl. patientavgift	Kostnad exkl. grupp 1 och inkl. samtalsbehandl.
Allmänmedicin	678 116	9	154	104 433 365
Anestesiologi	49 772		434	21 601 048
Barnaålderns invärtes sjukdomar	114 754	664	539	61 855 062
Hudsjukdomar och veneriska sjukdomar	198 217		429	85 035 093
Invärtes sjukdomar	528 689	963	444	234 833 253
Kirurgiska sjukdomar	658 151	59	448	294 857 253
Kvinnosjukdomar och förlossningar	477 370		444	211 952 280
Psykiska sjukdomar	266 535	28 727	860	220 113 641
Ögonsjukdomar	245 230	191	508	124 583 525
Öron-, näs- och halssjukdomar	387 816		381	147 757 896
Tumörsjukdomar	2 468		385	950 180
Nervsjukdomar	15 669		671	10 513 899
Utan specialitet	87 975	1 955	0	1 061 565
Utom förteckningen	3 456	8	444	1 535 256
Uppgift saknas	19 695		452	8 902 140
Summa	3 733 913	32 576	411	1 529 985 456
Tillkommer patientavgift för:	Högkostnadsskydd			51 876 500
	Födelsekontroll			10 993 500
	Samhällsfarlig sjukdom			1 932 300
Totalt beräknad kostnad				1 594 787 756

Av beräkningarna i tabellen framgår att de föreslagna arvodesbestämmelserna skulle innebära en årskostnad på 1 595 mkr för den försäkringsanslutna privatläkarvården (1992 års prisvärde). Enligt RFV:s prognos för år 1992 beräknas motsvarande kostnad uppgå till 1 324 mkr.

I underlaget till kostnadsberäkningarna har antagits att patientavgiften är 100 kr. Detta skulle innebära att samtliga besök hos specialistläkarna sker efter remiss från en husläkare, vilket inte förefaller troligt då remisstvång inte föreslås i husläkarreformen. I beräkningarna ingår också kostnader för allmänmedicinarna. Beträffande dessa läkare har jag föreslagit att de bör få fortsätta att vara anslutna till försäkringen under en övergångstid.

Antag att inte alla läkarbesök sker efter remiss från husläkare och att patientavgiften i stället utgör ca 150 kr i genomsnitt. Detta skulle medföra en reducering av försäkringsutgifterna. Med samma beräkningssätt som i tabell 6 skulle reduceringen utgöra 114 mkr. Efter avdrag för denna reduceringseffekt och kostnaden för allmänmedicinarna

utgör den beräknade kostnaden för de föreslagna arvodesbestämmelserna 1 376 mkr.

Förslaget till arvodesgrupper och arvodesnivåer är utarbetat med utgångspunkt bl.a. från att försäkringsanslutna läkare är heltidsverksamma. Den nedre gränsen i detta sammanhang för heltidsverksamhet brukar anges till minst 2 000 besök per år. I följande tabell har därför en kostnadsberäkning gjorts som baserar sig på att samtliga läkare som meddelat minst 2 000 besök år 1990 (för läkare med specialistkompetens i psykiska sjukdomar 1 000 besök) når upp till det ekonomiska taket för ersättning från försäkringen. För läkare som meddelat färre än 2 000 besök har kostnaden beräknats med hjälp av besöksvolymen för år 1990 och normalarvodet enligt de föreslagna arvodesbestämmelserna. I samband med slutsummeringen har, för läkare med färre än 2 000 besök, avdrag gjorts för besök enligt arvodesgrupp 1 i gällande läkarvårdstaxa samt tillägg gjorts för den del av arvodet för samtalsbehandling som överstiger normalarvodet. Dessutom har som i föregående tabell tillägg gjorts för patientavgifter som avser läkarbesök som är gratis för patienten men i sin helhet ersätts från försäkringen till läkaren.

Tabell 7 Beräknad kostnad för ersättning till privatpraktiserande läkare med anslutning till försäkringen. Beräkningarna är baserade på antalsstatistik för år 1990. Kostnaderna för läkare med färre än 2 000 besök är baserade på besöksstatistik. Kostnaderna för läkare med fler än 2 000 besök förutsätter att samtliga har en besöksvolym, som motsvarar det ekonomiska taket

Läkare	Läkare med minst 2000 besök	Läkare med < 2000 besök	Besök hos läkare med < 2000 besök	Normal-arvode exkl. patient-avgift	Kostnad avseende samtliga läkare
Allmänmedicin	148	228	133 832	154	73 089 448
Anestesiologi	12	36	13 406	434	27 024 328
Barnaålderns invärtes sjukdomar	23	66	38 014	539	56 676 366
Hudsjukdomar och veneriska sjukdomar	39	40	28 721	429	78 455 169
Invärtes sjukdomar	112	309	174 330	444	249 412 344
Kirurgiska sjukdomar	134	329	153 442	448	311 523 484
Kvinnosjukdomar och förlossningar	110	161	97 164	444	237 955 216
Psykiska sjukdomar	141	104	0	860	200 849 565
Ögonsjukdomar	60	49	32 408	508	119 809 664
Öron-, näs- och halssjukdomar	76	115	57 762	381	136 756 074
Tumörsjukdomar	0	11	2 469	385	950 565
Nervsjukdomar	3	15	5 856	671	8 657 157
Utan specialitet	16	90	33 758	0	0
Utom förteckningen	3	15	19 400	444	13 221 006
Uppgift saknas	0	28	20 048	452	9 061 696
Summa	877	1 596	810 610	411	1 523 442 082
Läkare med < 2000 besök,	avgår besök enligt grupp 1				36 049 221
	tillkommer samtalsbehandlingar				4 300 032
Samtliga läkare, tillkommer patientavgift för:					
Högkostnadsskydd					51 876 500
Födelsekontroll					10 993 500
Samhällsfarlig sjukdom					1 932 300
Totalt beräknad kostnad					1 556 495 193

Av tabellen framgår att om samtliga läkare som meddelat minst 2 000 besök driver sin verksamhet i sådan omfattning att det sammanlagt uppburna arvodet för varje läkare uppgår till det ekonomiska taket, kommer den totalt beräknade kostnaden för ersättning till försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare att uppgå till 1 557 mkr. I denna kostnad innefattas även ersättning till läkare som meddelat färre än 2 000 besök år 1990. Detta innebär en kostnadsökning i samma storleksordning som redovisats i kommentaren till tabell 6. Enligt samma resonemang som förts där motsvarar den i stort sett kostnaden för allmänmedicinarna och den reducering som en patientavgift på i genomsnitt 150 kr skulle innebära. Med samma beräkningssätt som i tabell 7 skulle reduceringen utgöra

151 mkr. Efter avdrag för denna reduceringseffekt och kostnaden för allmänmedicinarna utgör den beräknade kostnaden för de föreslagna arvodesbestämmelserna 1 332 mkr.

7.3 Administrationskostnader för försäkringen

Den förenklade ersättningsmodell som föreslagits syftar bl.a. till att underlätta försäkringskassornas administration av ersättningen för den försäkringsanslutna privatläkarvården. Jag anser att rutinerna för den löpande administrationen kommer att kunna rationaliseras.

De personalresurser som därigenom kan frigöras kommer i stället att behöva tas i anspråk för uppföljningen av tillämpningen av det nya ersättningssystemet. I detta sammanhang vill jag framhålla att konstruktionen med ett normalarvode för den huvudsakliga delen av en läkares verksamhet medför att uppföljningen blir avgörande för om kostnadsberäkningarna kommer att överensstämma med det framtida utfallet. Det är också av stor vikt att kassornas förtroendeläkare aktivt medverkar i denna uppföljning samt att den kompetensutveckling som kan behövas kommer till stånd.

7.4 Kostnader för sjukvårdshuvudmännen

Av de redovisade kostnadsberäkningarna framgår att förslaget med nya arvodesbestämmelser innebär en ökning av kostnaden för den försäkringsanslutna privatläkarvården. Dock bygger beräkningarna på en patientavgift på 100 kr per besök vilket är betydligt lägre än vad som gäller hos många sjukvårdshuvudmän i dag. En högre patientavgift medför en motsvarande minskning av försäkringsutgifterna. Vidare ingår läkare som är specialister i allmänmedicin i beräkningarna. Kostnaderna för dessa medför högre försäkringsutgifter till dess att husläkarreformen genomförts.

Även om kostnadsberäkningarna, med beaktande av en högre patientavgift, visar på en i stort sett oförändrad kostnad för sjukvårdshuvudmännen innebär förslaget om ett ekonomiskt tak för varje ansluten läkare att kostnaderna kommer att i stora delar kunna beräknas i förväg. Det ekonomiska taket omfattar samtliga läkarbesök som berättigar till arvode med undantag för besök som ersätts med enkelt arvode och, när besöket avser rådgivning i födelsekontrollerande syfte, även normalarvodet. Dock föreslås att en läkare skall kunna få ersättning från försäkringskassan för åtgärder som berättigar till särskilt arvode trots att han nått upp till det ekonomiska taket för sin specialitet. En förutsättning härför är att sjukvårdshuvudmannen godkänner detta. Med ett i huvudsak enhetligt arvode per patientbesök och ett ekonomiskt tak för ersättning till den enskilde läkaren anser jag att sjukvårdshuvudmännens behov av kontroll över kostnaden för den försäkringsanslutna privatläkarvården skall kunna tillgodoses.

8 Övergångsbestämmelser och tidpunkt för genomförande av utredningens förslag

8.1 Övergångsbestämmelser

Förslagen i denna utredning anser jag skall tas in i en ny förordning om arvoden till privatpraktiserande läkare. Därmed upphävs den nu gällande läkarvårdstaxan. Den upphävda taxan kommer dock fortfarande att gälla i fråga om arvoden som avser tid före den nya förordningens ikraftträdande.

För att en läkare fortsättningsvis skall få vara uppförd på försäkringskassans förteckning föreslår jag att läkaren skall lämna in en ansökan härom till försäkringskassan. I ansökan skall läkaren lämna uppgift om dels den specialitet, inom vilken han har för avsikt att bedriva sin verksamhet, dels om han har för avsikt att bedriva en så kvalificerad mottagningsverksamhet att han uppfyller förutsättningarna för rätt till normalarvode enligt den föreslagna förordningen.

Även om en läkare inte har för avsikt att bedriva sådan läkarvård eller om läkaren saknar specialistkompetens enligt förordningen, får han fortsättningsvis vara uppförd på förteckningen. Läkaren är då berättigad högst till de arvoden, som gäller för läkare utan specialistkompetens.

Enligt mitt förslag skall en läkare som fyllt 70 år föras av från förteckningen. För att mildra konsekvenserna av denna regel för vissa läkare anser jag att följande bör gälla övergångsvis. Om en läkare av åldersskäl skall föras av från förteckningen inom en period av två år från det den föreslagna förordningen träder i kraft, skall han trots detta få stå kvar på förteckningen, dock längst till och med två år efter ikraftträdandet.

Beträffande nu gällande övergångsbestämmelser om nyetablering i vissa stödområden och därmed förenad rätt till arvodeshöjning under viss tid föreslås ingen ändring då jag ansett att frågan inte omfattas av utredningsuppdraget. Arvodeshöjningen kommer i det nya ersättningssystemet att beräknas på enkelt arvode, normalarvodet, det reducerade arvodet och det särskilda arvodet. Därav följer en motsvarande höjning av det ekonomiska taket för ersättning från försäkringen.

På samma sätt som enligt övergångsbestämmelserna till gällande läkarvårdstaxa föreslår jag att vissa läkare, i fråga om arvode enligt den föreslagna förordningen, jämställs med läkare som har specialistkompetens i allmänmedicin.

Den föreslagna förordningen om arvoden till privatpraktiserande läkare medför att ändringar behöver göras i vissa nu gällande förordningar. Härmed avser jag att ändringar görs i gränssjukvårdsförordningen (1962:390) och i förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling i enlighet med författningsförslag två och tre.

8.2 Tidpunkt för genomförande av utredningens förslag

Vid mina överväganden har jag utgått från att ett husläkarsystem kommer att införas över hela landet senast den 1 januari 1995. För att genomföra förslaget om ett nytt

ersättningssystem för vård hos privatpraktiserande läkare behövs viss förberedelsetid. Dels behöver förslaget samordnas med den slutliga utformningen av husläkarsystemet, dels behöver frågan om åtgärder enligt det föreslagna särskilda arvodet utredas vidare. Dessutom är de föreslagna arvodena i betänkandet beräknade i 1992 års prisnivå och kan behöva justeras med hänsyn till kostnads- och intäktsutvecklingen fram till ikraftträdandet. Vidare bör RFV och försäkringskassorna få tid att förbereda administrationen av ett nytt ersättningssystem.

Mot denna bakgrund bedömer jag att förslagen i betänkandet bör genomföras tidigast sex månader efter det att riksdagen beslutat att husläkarreformen skall genomföras. För den händelse en husläkarereform inte kommer att genomföras anser jag ändå att detta förslag kan genomföras i alla de delar som inte direkt berörs av en sådan reform.

Bilaga 1

Kommittédirektiv

Översyn av läkarvårdstaxan
Dir. 1992:29

Beslut vid regeringssammanträde 1992-03-12

Statsrådet Könberg anför.

Mitt förslag

Jag föreslår att en särskild utredare tillkallas med uppdrag att göra en översyn av läkarvårdstaxan (1974:699). Översynen skall ske med utgångspunkt i att ett system med husläkare över hela landet införs senast fr.o.m. år 1995. Det systemet förutsätts i första hand bygga på en ersättning per person och inte per utförd prestation. Utredaren måste därför ägna stor uppmärksamhet åt frågan om hur ersättningen från sjukförsäkringen till de privatpraktiserande läkare i öppen vård som även fortsättningsvis kommer att vara anslutna till försäkringen skall utformas när ett husläkarsystem införs. Detta arbete bör inledas med en kartläggning och analys av erfarenheterna av de hittillsvarande ersättningsreglerna. Det är angeläget att taxan utformas så att specialistläkarnas insatser inriktas mot sådana åtgärder och behandlingar som ligger inom deras speciella kompetensområde. Det är också viktigt att utformningen av taxan inte motverkar den önskvärda utvecklingen att specialistläkare med lämplig bakgrund efter kompletterande utbildning kan etablera sig som husläkare.

Utredningsarbetet bör även omfatta övriga principer i läkarvårdstaxan som kommer till uttryck t.ex. i bestämmelserna om maximalt antal besök per år med försäkringsersättning, möjligheterna att ta betalt för mer än en åtgärd per behandlingstillfälle, vikariats- och sanktionsregler, den s.k. pensionärstaxan samt ersättning för fler slag av operationer inom den öppna vården utöver de som för närvarande omfattas av taxan.

Läkarvårdstaxan föråldrad

Läkarvårdstaxan (1974:699, omtryckt 1984:767) trädde i kraft den 1 januari 1975. Den omfattade ursprungligen läkarvård i både privat och offentlig regi. Fr.o.m. år 1985 infördes ett ändrat system för ersättning från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen, vilket bl.a. innebär att de utbetalda försäkringsersättningarna till privatpraktiker avräknas från den allmänna sjukvårdsersättningen till huvudmännen. Därvid ändrades även reglerna för de privatpraktiserande läkarnas anslutning till sjukförsäkringens ersättningssystem. Bl.a. begränsades möjligheten till fri försäkringsanslutning och rätten för offentligt anställda läkare att bedriva s.k. fritidspraktik med anslutning till försäkringssystemet avskaffades.

Som en följd av de betydande förändringarna i ersättnings- och anslutningsreglerna fr.o.m. år 1985 renodlades läkarvårdstaxan till att endast omfatta läkarvård som lämnas av privatpraktiserande läkare med försäkringsanslutning. Därefter har endast mindre ändringar företagits i taxan. Merparten av dessa har gällt arvodesnivåerna samt utform-

ningen av arvodesbestämmelserna i taxan. Ändringarna har i regel gjorts efter förslag från riksförsäkringsverket (RFV). Förslagen har oftast varit resultat av verkets i princip årliga överläggningar med Sveriges Läkarförbund om justering av taxans arvodesnivåer. Vidare har ett antal mindre ändringar i anslutningsreglerna gjorts på grundval av de överenskommelser som regeringen efter år 1985 träffat med sjukvårdshuvudmännen om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen m.m.

Läkarvårdstaxan har således inte varit föremål för någon allmän översyn. Synpunkter har under senare tid framförts från skilda håll på att taxan i olika avseenden är föråldrad och administrativt krävande för försäkringskassor, sjukvårdshuvudmän och vårdgivare. Dessutom har näringsfrihetsombudsmannen (NO) haft synpunkter på taxan från konkurrenspolitisk synpunkt. Vidare har Riksrevisionsverket (RRV) nyligen granskat en del regler och villkor för privatläkare som är anslutna till försäkringskassan och därvid pekat på vissa brister i bl.a. läkarvårdstaxan och det gällande ersättningssystemet.

Regelsystemet i taxan utgår från en princip om ekonomisk ersättning per prestation och kan betraktas som en långtgående statlig reglering av privatpraktikernas verksamhet i olika avseenden. Samtidigt sker för närvarande en omstrukturering och avreglering av stora delar av verksamheten inom hälso- och sjukvården med syfte att förbättra sjukvårdshuvudmännens möjligheter att bedriva en effektiv verksamhet och stärka patienternas valfrihet.

Den pågående strukturomvandlingen av den svenska hälso- och sjukvården kommer i hög grad att beröra även de privatpraktiserande läkarnas arbetsförhållanden och ekonomi. Det planerade införandet av ett system med husläkare över hela landet kommer att väsentligt förändra förutsättningarna för flertalet privatpraktiker. Bland annat kommer det därvid att införas ett särskilt system för ersättning till husläkarna, vilket inte skall bygga på principen i gällande taxa om ersättning per utförd prestation.

Utredningsuppdraget

Mot bakgrund av vad jag nu har redovisat om pågående och förestående strukturförändringar inom hälso- och sjukvården behövs en allmän översyn av läkarvårdstaxans regelsystem. Den särskilde utredaren skall genomföra denna översyn samt lägga fram förslag om en reformerad läkarvårdstaxa. I det följande berörs inriktningen på detta översynsarbete närmare.

En viktig utgångspunkt för utredaren är att läkarvårdstaxan skall ges en utformning som underlättar för privatpraktiker att i framtiden bedriva en kvalificerad mottagningsverksamhet. Det bör därvid bl.a. prövas om arvodesnivårerna behöver förändras. En grund för denna prövning bör vara att privatpraktiker skall ha möjlighet att t.ex. investera i lokaler och utrustning som svarar mot dagens och framtida krav.

Utredaren skall vidare utgå från att ett system med husläkare inom några år kommer att införas över hela landet och att ersättningen för den verksamheten i huvudsak lämnas med ett schablonbelopp för varje person som läkaren har åtagit sig vårdansvaret för.

En grundläggande fråga för utredaren blir hur ersättningen skall utformas för övrig specialistvård utförd av privatpraktiserande läkare med försäkringsansluting. Därvid bör även prövas om en utökning av antalet arvodesgrupper utöver de sju som nu finns i taxan är motiverad, bl.a. med hänsyn till att alltfler operationer beräknas ske inom den öppna privatläkarvården. Som en bakgrund till denna prövning bör utredaren göra en kartläggning och analys av erfarenheterna av de hittillsvarande ersättningsreglerna, varvid inte minst den s.k. taxeglidningen bör uppmärksammas.

Vidare bör utredaren pröva skälen för och emot ett bibehållande av den särskilda taxa som gäller för läkare fr.o.m. det år de fyller 66 år.

Konsekvenserna för patient, försäkring och sjukvårdshuvudman av att införa en högre försäkringsersättning i de fall läkare vid ett och samma patientbesök utför skilda undersöknings- och behandlingsåtgärder inom ramen för den av RFV fastställda åtgärdsförteckningen bör utredas.

Dessutom bör utredaren undersöka om den regel i taxan kan slopas som ger en läkare rätt att få läkarvårdsersättning för högst 6 000 besök per kalenderår utan att avkall görs på verksamhetens kvalitet. Denna prövning bör göras mot bakgrund av ett planerat införande av ett husläkarsystem jämte tillhörande modell för ersättning.

Det är vidare angeläget att utredaren ser över de nuvarande reglerna för vikariat. RRV:s granskning av privat vård visar bl.a. på brister i det nuvarande vikariatssystemet och denna granskning bör därför utgöra ett viktigt underlag för utredarens överväganden.

Avslutningsvis är det angeläget att utredaren också analyserar hur de sanktionsregler i taxan som aktualiseras när en läkare bryter mot taxan hittills har fungerat och att han överväger om reglerna behöver ändras.

Det förutsätts att utredaren under arbetets gång samråder med den arbetsgrupp inom socialdepartementet som kommer att utforma förslag till olika åtgärder som är ägnade att underlätta och stimulera inrättandet av husläkarsystemet.

Utredarens förslag om arvodesbestämmelserna skall vara kostnadsberäknade och förändringar i kostnaderna bör särredovisas för försäkring resp. sjukvårdshuvudmän. Det gäller också de förslag till omprioriteringar inom ersättningssystemet som kan komma att redovisas. Vidare bör konsekvenserna av förslagen i form av ändrade administrationskostnader för försäkringskassan belysas.

Ramar för arbetet

För arbetet gäller regeringens direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående dels utredningsförslagens inriktning (dir. 1984:5), dels beaktande av EG-aspekter i utredningsverksamheten (dir. 1988:43).

Utredningsarbetet bör bedrivas skyndsamt. Den särskilde utredaren bör ha slutfört sitt arbete senast den 1 september 1992.

Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar det statsråd som har till uppgift att föredra ärenden om sjukförsäkring

att tillkalla en särskild utredare – omfattad av kommittéförordningen (1976:119) – med uppdrag att göra en översyn av läkarvårdstaxan,

att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt utredaren.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns anslag Utredningar m.m.

Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

(Socialdepartementet)

Bilaga 2

Tabell Normalarvode, reducerat arvode och ekonomiskt tak för resp. specialitet

Specialitet	Allmänmedicin	Anestesiologi	Barnaålderns invärtes sjukdomar	Hudsjukdomar och veneriska sjukdomar
Mottagningskostnad	900 750	1 181 250	912 000	1 163 250
Läkarlön	426 000	426 000	426 000	426 000
Socialavgifter	169 037	169 037	169 037	169 037
Pensionsavsättning	91 505	91 505	91 505	91 505
Summa	1 587 292	1 867 792	1 598 542	1 849 792
Normalarvode	454	534	639	529
Reducerat arvode	196	243	280	212
Ekonomiskt tak	1 929 590	2 292 177	1 948 340	2 220 740

Specialitet	Invärtes sjukdomar	Kirurgiska sjukdomar	Kvinnosjukdomar och förlossningar	Psykiska sjukdomar
Mottagningskostnad	944 250	1 231 500	1 216 500	657 750
Läkarlön	426 000	426 000	426 000	426 000
Socialavgifter	169 037	169 037	169 037	169 037
Pensionsavsättning	91 505	91 505	91 505	91 505
Summa	1 630 792	1 918 042	1 903 042	1 344 292
Normalarvode	544	548	544	960
Reducerat arvode	237	239	225	415
Ekonomiskt tak	1 985 802	2 336 802	2 296 040	1 634 465

Specialitet	Ögon-sjukdomar	Öron-, näs- och hals-sjukdomar	Tumör-sjukdomar	Nerv-sjukdomar	Utan specialist-kompetens
Mottagningskostnad	1 137 750	996 000	768 000	855 000	
Läkarlön	426 000	426 000	426 000	426 000	
Socialavgifter	169 037	169 037	169 037	169 037	
Pensionsavsättning	91 505	91 505	91 505	91 505	
Summa	1 824 292	1 682 542	1 454 542	1 541 542	1 050 000
Normalarvode	608	481	485	771	300
Reducerat arvode	232	201	207	334	129
Ekonomiskt tak	2 172 440	2 034 852	1 765 227	1 875 927	1 276 434

Statens offentliga utredningar 1992

Kronologisk förteckning

1. Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. U.
2. Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föroreningar inne än ute. M.
3. Psykiskt stördas situation i kommunerna –en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. S.
4. Psykiatrin i Norden –ett jämförande perspektiv. S.
5. Koncession för försäkringssammanslutningar. Fi.
6. Ny mervärdesskattelag.
   – Motiv. Del 1.
   – Författningstext och bilagor. Del 2. Fi.
7. Kompetensutveckling - en nationell strategi. A.
8. Fastighetstaxering m.m. – Bostadsrätter. Fi.
9. Ekonomi och rätt i kyrkan. C.
10. Ett nytt bolag för rundradiosändningar. Ku.
11. Fastighetsskatt. Fi.
12. Konstnärlig högskoleutbildning. U.
13. Bundna aktier. Ju.
14. Mindre kadmium i handelsgödsel. Jo.
15. Ledning och ledarskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. U.
16. Kroppen efter döden. S.
17. Den sista undersökningen – obduktionen i ett psykologiskt perspektiv. S.
18. Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. S.
19. Långtidsutredningen 1992. Fi.
20. Statens hundskola. Ombildning från myndighet till aktiebolag. S.
21. Bostadsstöd till pensionärer. S.
22. EES-anpassning av kreditupplysningslagen. Ju.
23. Kontrollfrågor i tulldatoriseringen m.m. Fi.
24. Avreglerad bostadsmarknad. Fi.
25. Utvärdering av försöksverksamheten med 3-årig yrkesinriktad utbildning i gymnasieskolan. U.
26. Rätten till folkpension – kvalifikationsregler i internationella förhållanden. S.
27. Årsarbetstid. A.
28. Kartläggning av kasinospel – enligt internationella regler. Fi.
29. Smittskyddsinstitutet – ny organisation för Sveriges nationella smittskyddsfunktioner. S.
30. Kreditförsäkring – Några aktuella problem. Fi.
31. Lagstiftning om satellitsändningar av TV-program.Ku.
32. Nya Inlandsbanan. K.
33. Kasinospelsverksamhet i folkrörelsernas tjänst? C.
34. Fastighetsdatasystemets datorstruktur. M.
35. Kart- och mätningsutbildningar i nya skolformer. M.
36. Radio och TV i ett. Ku.
37. Psykiatrin och dess patienter – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling. S.
38. Fristående skolor. Bidrag och elevavgifter. U.
39. Begreppet arbetsskada. S.
40. Risk- och skadehantering i statlig verksamhet. Fi.
41. Angående vattenskotrar. M.
42. Kretslopp – Basen för hållbar stadsutveckling. M.
43. Ecocycles – The Basis of Sustainable Urban Development. M.
44. Resurser för högskolans grundutbildning. U.
45. Miljöfarligt avfall – ansvar och riktlinjer. M.
46. Livskvalitet för psykiskt långtidssjuka – forskning kring service, stöd och vård. S.
47. Avreglerad bostadsmarknad, Del II. Fi.
48. Effektivare statistikstyrning – Den statliga statistikens finansiering och samordning. Fi.
49. EES-anpassning av marknadsföringslagstiftningen. C.
50. Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen. S
51. Översyn av sjöpolisen. Ju.
52. Ett samhälle för alla. S.
53. Skatt på dieselolja. Fi.
54. Mer för mindre – nya styrformer för barn- och ungdomspolitiken. C.
55. Råd för forskning om transporter och kommunikation. K.
    Råd för forskning om transporter och kommunikation. Bilagor. K.
56. Färjor och farleder. K.
57. Beskattning av vissa naturaförmåner m.m. Fi.
58. Miljöskulden. En rapport om hur miljöskulden utvecklas om vi ingenting gör. M.
59. Läraruppdraget. U.
60. Enklare regler för statsanställda. Fi.
61. Ett reformerat åklagarväsende. Del. A och B. Ju.
62. Forskning och utveckling för totalförsvaret – förslag till åtgärder. Fö.
63. Regionala roller – en perspektivstudie. C.
64. Utsikt mot framtidens regioner – sju debattinlägg. C.
65. Kartboken. C.
66. Västsverige – region i utveckling. C.
67. Fortsatt reformering av företagsbeskattningen. Del 1. Fi.
68. Långsiktig miljöforskning. M.
69. Meningsfull vistelse på asylförläggning. Ku.
70. Telelag. K.
71. Bostadsförmedling i nya former. Fi.
72. Det kommunala medlemskapet. C.

Statens offentliga utredningar 1992

Kronologisk förteckning

73. Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. S.
74. Prova privat – Provning och mätteknik inom SP och SMP i europaperspektiv. N.
75. Ekonomisk politik under kriser och i krig. Fi.
76. Skogspolitiken inför 2000-talet. Huvudbetänkande. Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor I. Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor II. Jo.
77. Psykiskt störda i socialförsäkringen – ett kunskapsunderlag. S.
78. Utredningen om vissa internationella insolvensfrågor. Ju.
79. Statens fastigheter och lokaler – ny organisation. Fi.
80. Kriminologisk och kriminalpolitisk forskning. Ju.
81. Trafikpolisen mer än dubbelt bättre. Ju.
82. Genteknik – en utmaning. Ju.
83. Aktiebolagslagen och EG. Ju.
84. Ersättning för kränkning genom brott. Ju.
85. Förvaltning av försvarsfastigheter. Fö.
86. Ett nytt betygssystem. U.
87. Åtgärder för att förbereda Sveriges jordbruk och livsmedelsindustri för EG – förslag om vegetabiliesektorn, livsmedelsexporten och den ekologiska produktionen. Jo.
88. Veterinär verksamhet – behov, organisation och finansiering. Jo.
89. Bostadsbidrag – enklare – rättvisare – billigare. S.
90. Biobränslen för framtiden. Jo.
91. Biobränslen för framtiden. Bilagedel. Jo.
92. Pliktleverans. U.
93. Svensk skola i världen. U.
94. Skola för bildning. U.
95. Den svenska marknaden för projektkapital – statens nuvarande och framtida roll. N.
96. Förbud mot etnisk diskriminering i arbetslivet. Ku.
97. Sparar vi för lite? Hushållssparandet i samhällsekonomin. Fi.
98. Kommunernas socialbidrag – en kartläggning av normer, kostnader m.m. S.
99. Rådgivningen inom jordbruket och trädgårdsnäringen. Jo.
100. Staten och arbetsgivarorganisationerna. Fi.
101. Försvarsmaktens hälso- och sjukvård. Fö.
102. Myndigheternas förvaltningskostnader – budgetering av pris- och löneförändringar. Fi.
103. FHU92. A.
104. Vår uppgift efter Rio – svensk handlingsplan inför 2000-talet. M.
105. Administrativt stöd till Försvarsmakten. Fö.
106. Civilbefälhavarna. Fö.
107. Kulturstöd vid ombyggnad. Ku.
108. VAL, Organisation Teknik Ekonomi. Ju.
109. Investeringar i arrendejordbruket och andra arrenderättsliga frågor. Ju.
110. Information och den nya InformationsTeknologin – straff- och processrättsliga frågor m.m. Ju.
111. Den framtida skogsvårdsorganisationen. Jo.
112. Administrationen i kanslihuset. Klara administrationen – Bilaga. Fi.
113. Lag om företagsrekonstruktion. Ju.
114. Malmöregionens trafiksystem. Överenskommelse om åtgärder i trafikens infrastruktur. K.
115. Kontroll i konkurrens – avveckling av AB Svensk Bilprovnings monopol på kontrollbesiktning. K.
116. Privat förmedling och uthyrning av arbetskraft. A.
117. Konsumenterna och lågprisbutiken. En studie av ändrade köpvanor i dagligvaruhandeln. Jo.
118. Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare. S.

Statens offentliga utredningar 1992

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Bundna aktier. [13]
EES-anpassning av kreditupplysningslagen. [22]
Översyn av sjöpolisen. [51]
Ett reformerat åklagarväsende. Del A och B. [61]
Utredningen om vissa internationella insolvensfrågor. [78]
Kriminologisk och kriminalpolitisk forskning. [80]
Trafikpolisen mer än dubbelt bättre. [81]
Genteknik – en utmaning. [82]
Aktiebolagslagen och EG. [83]
Ersättning för kränkning genom brott. [84]
VAL, Organisation Teknik Ekonomi. [108]
Investeringar i arrendejordbruket och andra arrenderättsliga frågor. [109]
Information och den nya InformationsTeknologin – straff- och processrättsliga frågor m.m. [110]
Lag om företagsrekonstruktion. [113]

Försvarsdepartementet

Forskning och utveckling för totalförsvaret – förslag till åtgärder. [62]
Förvaltning av försvarsfastigheter. [85]
Försvarsmaktens hälso- och sjukvård. [101]
Administrativt stöd till Försvarsmakten. [105]
Civilbefälhavarna. [106]

Socialdepartementet

Psykiskt störda situation i kommunerna
–en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. [3]
Psykiatrin i Norden – ett jämförande perspektiv. [4]
Kroppen efter döden. [16]
Den sista undersökningen – obduktionen i ett psykologiskt perspektiv. [17]
Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. [18]
Statens hundskola. Ombildning från myndighet till aktiebolag. [20]
Bostadsstöd till pensionärer. [21]
Rätten till folkpension – kvalifikationsregler i internationella förhållanden. [26]
Smittskyddsinstitutet – ny organisation för Sveriges nationella smittskyddsfunktioner. [29]
Psykiatrin och dess patienter – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling. [37]
Begreppet arbetsskada. [39]
Livskvalitet för psykiskt långtidssjuka
– forskning kring service, stöd och vård. [46]
Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen. [50]
Ett samhälle för alla. [52]
Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. [73]
Psykiskt störda i socialförsäkringen – ett kunskapsunderlag. [77]
Bostadsbidrag – enklare – rättvisare – billigare. [89]
Kommunernas socialbidrag – en kartläggning av normer, kostnader m.m. [98]
Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare. [118]

Kommunikationsdepartementet

Nya Inlandsbanan. [32]
Råd för forskning om transporter och kommunikation.
Råd för forskning om transporter och kommunikation. Bilagor. [55]
Färjor och farleder. [56]
Telelag. [70]
Malmöregionens trafiksystem. Överenskommelse om åtgärder i trafikens infrastruktur. [114]
Kontroll i konkurrens – avveckling av AB Svensk Bilprovnings monopol på kontrollbesiktning. [115]

Finansdepartementet

Koncession för försäkringssammanslutningar. [5]
Ny mervärdesskattelag.
– Motiv. Del 1.
– Författningstext och bilagor. Del 2. [6]
Fastighetstaxering m.m. – Bostadsrätter. [8]
Fastighetsskatt. [11]
Långtidsutredningen 1992. [19]
Kontrollfrågor i tulldatoriseringen m.m. [23]
Avreglerad bostadsmarknad. [24]
Kartläggning av kasinospel – enligt internationella regler. [28]
Kreditförsäkring – Några aktuella problem. [30]
Risk- och skadehantering i statlig verksamhet. [40]
Avreglerad bostadsmarknad, Del II. [47]
Effektivare statistikstyrning – Den statliga statistikens finansiering och samordning. [48]
Skatt på dieselolja. [53]
Beskattning av vissa naturaförmåner m.m. [57]
Enklare regler för statsanställda. [60]
Fortsatt reformering av företagsbeskattningen. Del 1. [67]
Bostadsförmedling i nya former. [71]
Ekonomisk politik under kriser och i krig. [75]
Statens fastigheter och lokaler – ny organisation. [79]
Sparar vi för lite? Hushållssparandet i samhällsekonomin. [97]
Staten och arbetsgivarorganisationerna. [100]
Myndigheternas förvaltningskostnader

Statens offentliga utredningar 1992

Systematisk förteckning

Myndigheternas förvaltningskostnader
– budgetering av pris- och löneförändringar. [102]
Administrationen i kanslihuset.
Klara administrationen – Bilaga. [112]

Utbildningsdepartementet

Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor
i högskolan. [1]
Konstnärlig högskoleutbildning. [12]
Ledning och ledarskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. [15]
Utvärdering av försöksverksamheten med 3-årig yrkesinriktad utbildning i gymnasieskolan. [25]
Fristående skolor. Bidrag och elevavgifter. [38]
Resurser för högskolans grundutbildning. [44]
Läraruppdraget. [59]
Ett nytt betygssystem. [86]
Pliktleverans. [92]
Svensk skola i världen. [93]
Skola för bildning. [94]

Jordbruksdepartementet

Mindre kadmium i handelsgödsel. [14]
Skogspolitiken inför 2000-talet. Huvudbetänkande. [76]
Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor I. [76]
Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor II. [76]
Åtgärder för att förbereda Sveriges jordbruk och livsmedelsindustri för EG – förslag om vegetabiliesektorn, livsmedelsexporten och den ekologiska produktionen. [87]
Veterinär verksamhet – behov, organisation och finansiering. [88]
Biobränslen för framtiden. [90]
Biobränslen för framtiden. Bilagedel. [91]
Rådgivningen inom jordbruket och trädgårdsnäringen. [99]
Den framtida skogsvårdsorganisationen. [111]
Konsumenterna och lågprisbutiken. En studie av ändrade köpvanor i dagligvaruhandeln. [117]

Arbetsmarknadsdepartementet

Kompetensutveckling - en nationell strategi. [7]
Årsarbetstid. [27]
FHU92 [103]
Privat förmedling och uthyrning av arbetskraft. [116]

KUNGL. BIBL.
1992-12-09
STOCKHOLM

Kulturdepartementet

Ett nytt bolag för rundradiosändningar. [10]
Lagstiftning om satellitsändningar av TV-program. [31]
Radio och TV i ett. [36]
Meningsfull vistelse på asylförläggning. [69]
Förbud mot etnisk diskriminering i arbetslivet. [96]
Kulturstöd vid ombyggnad. [107]

Näringsdepartementet

Prova privat – Provning och mätteknik inom SP och SMP i europaperspektiv. [74]
Den svenska marknaden för projektkapital – statens nuvarande och framtida roll. [95]

Civildepartementet

Ekonomi och rätt i kyrkan. [9]
Kasinospelsverksamhet i folkrörelsernas tjänst? [33]
EES-anpassning av marknadsföringslagstiftningen.[49]
Mer för mindre – nya styrformer för barn- och ungdomspolitiken. [54]
Regionala roller – en perspektivstudie. [63]
Utsikt mot framtidens regioner – sju debattinlägg. [64]
Kartboken. [65]
Västsverige – region i utveckling. [66]
Det kommunala medlemskapet. [72]

Miljö- och naturresursdepartementet

Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föroreningar inne än ute. [2]
Fastighetsdatasystemets datorstruktur. [34]
Kart- och mätningsutbildningar i nya skolformer. [35]
Angående vattenskotrar. [41]
Kretslopp – Basen för hållbar stadsutveckling. [42]
Ecocycles – The Basis of Sustainable Urban Development. [43]
Miljöfarligt avfall – ansvar och riktlinjer. [45]
Miljöskulden. En rapport om hur miljöskulden utvecklas om vi ingenting gör. [58]
Långsiktig miljöforskning. [68]
Vår uppgift efter Rio – svensk handlingsplan inför 2000-talet. [104]