

Styrning och samverkan

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2015



National Library
of Sweden

1996:175

Betänkande av Delegationen för samverkan
mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård

Styrning och samverkan

SOU
1996:175

Betänkande av Delegationen för samverkan
mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård



Statens offentliga utredningar
1996:175
Socialdepartementet

A: Ref KB
Occ SOL
49

Styrning och samverkan

Delbetänkande av Delegationen för samverkan mellan
offentlig och privat hälso- och sjukvård
Stockholm 1996

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor.

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90

Svara på remiss. Hur och Varför. Statsrådsberedningen. 1993.

- En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:

Regeringskansliets förvaltningskontor
Distributionscentralen
103 33 Stockholm
Fax: 08-405 10 10
Telefon: 08-405 10 25

Till Statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringens beslut den 13 juli 1995 bemyndigades dåvarande statsrådet Ingela Thalén att tillsätta en delegation för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård. Den 21 november förordnade statsrådet riksdagsledamoten Iréne Vestlund att vara ordförande i delegationen och den 5 februari 1996 förordnades direktör Joakim Ollén och direktör Christina Rogestam att vara ledamöter i delegationen. Vidare förordnades följande att som experter ingå i delegationen: Professor Sven Dahlgren, Socialstyrelsen, departementssekreterare Kjell Ellström, Finansdepartementet, departementssekreterare Yngve Engström, Näringsdepartementet, ordförande Eva Fernvall-Markstedt, Vårdförbundet SHSTF, ordförande Birgit Hansson, Sveriges Psykologförbund, ordförande Åsa Holmstrand, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, avdelningschef Jan-Erik Ljusberg, Konkurrensverket, ordförande Göran Medén-Britth, Privatläkarföreningen, Sveriges läkarförbund, förbundssekreterare Alva Nilsson, Svenska kommunförbundet, departementssekreterare Yvonne Nilsson, Socialdepartementet och utredare Kerstin Sjöberg, Landstingsförbundet. Till sekreterare i delegationen förordnades den 11 mars Monica Ulfhielm och den 1 augusti Anders Edward.

Kjell Ellström och Yngve Engström har p.g.a. ändrade arbetsuppgifter inom regeringskansliet av sagt sig uppdraget. Ledamoten Christina Rogestam har i skrivelse till Socialdepartementet den 16 oktober 1996 av sagt sig uppdraget.

Delegationen har antagit namnet Samverkansdelegationen. Delegationen överlämnar härmed sin första delrapport.

Särskilt yttrande har inlämnats av experten Kerstin Sjöberg.

Stockholm i december 1996

Iréne Vestlund

Joakim Ollén

Monica Ulfhielm

Anders Edward

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	11
<i>1 Inledning</i>	19
1.1 Bakgrund	19
1.1.1 Allmänna utgångspunkter	19
1.1.2 Enskilda sjukvårdspolitiska beslut	20
1.2 Kommittédirektiven	22
1.3 Delegationens hittillsvarande arbete	23
<i>2 Utvecklingen av öppenvård 1993 och 1995</i>	25
2.1 Antal läkarbesök 1993 och 1995	25
2.2 Antalet privata offentligt finansierade läkare 1993 och 1995	28
2.3 Ersättningen till privata offentligt finansierade läkare 1993 och 1995	30
2.4 Antalet sjukgymnastbesök 1993 och 1995	31
2.5 Antalet privata offentligt finansierade sjukgymnaster 1993 och 1995	32
2.6 Ersättning till privata offentligt finansierade sjukgymnaster 1993 och 1995	33
2.7 Den totala ersättningen till privata offentligt finansierade läkare och sjukgymnaster 1993 och 1995 ...	34
<i>3 Det aktuella läget för privata vårdgivare, hösten 1996</i>	35
3.1 Antalet privata offentligt finansierade specialistläkare och en bedömning inför 1997	35

3.2	Uppskattning av antalet minskade läkarbesök 1997 p.g.a. pensionering och beviljade etableringar	37
3.3	Allmän bedömning av utvecklingen av antalet läkarbesök inom öppenvård för perioden 1995-1997 . .	38
3.4	Antalet privata offentligt finansierade sjukgymnaster och en bedömning inför 1997	39
3.5	Uppskattning av antalet minskade sjukgymnastbesök 1997 p.g.a. pensionering och beviljade etableringar	41
3.6	Antalet beviljade etableringar och antalet nya vård- och samverkansavtal under 1996 bland offentligt finansierade sjukgymnaster	42
3.7	Tillämpningen av remissförfarandet och dess effekter	42
3.7.1	Remisskrav i öppenvården, hösten 1996	42
3.7.2	Alternativ till remisskrav för specialistläkarvård	43
3.7.3	Effekter av remissförfarandet	44
3.7.4	Resultat av enkät ang. tillämpningen av gällande remissregler	45
3.8	Avtal med andra privata vårdgivare	48
3.9	Vård- och samverkansavtal	50
3.9.1	Driftformer för läkare och sjukgymnaster med vilka avtal träffats	50
3.9.2	Vad regleras i vårdavtal med läkare och sjukgymnaster?	50
3.9.3	Några utgångspunkter för vårdavtal som träffats under 1996	51
3.9.4	Genomgång av några vårdavtal som träffats 1996	53
3.9.5	Vårdavtalens längd	54
3.9.6	Rätt till ersättning för icke avskrivna investeringar	54
3.9.7	Vilka är hindren för att kunna träffa vårdavtal?	54
3.9.8	Avtal med fritidspraktiker	56

3.10	Primärvården	56
3.10.1	Antalet privata läkare på primärvårds- nivå	56
3.10.2	Primärvårdens organisation	57
3.11	De regionala samverkansorganen	58
4	<i>Skall vårdavtal med enskilda läkare upphandlas eller ej?</i>	61
4.1	Bakgrund och uppdraget	61
4.2	Genomgång av och bakgrund till gällande lag- stiftning	63
4.2.1	Lag om läkarvårdsersättning och lag om ersättning för sjukgymnastik	63
4.2.2	Lag om offentlig upphandling	65
4.3	Nämndens för offentlig upphandling argument för att vårdavtal skall upphandlas	66
4.4	Landstingsförbundets och reservanternas argument mot att vårdavtal skall upphandlas	68
4.5	Överväganden och förslag	70
4.5.1	Inledning	70
4.5.2	Överväganden	71
4.5.3	Förslag	74
5	<i>Delegationens erfarenheter av kontakter med sjuk- vårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna</i> ..	77
5.1	De regionala samverkansorganen	77
5.2	Vårdavtal och lagarna om läkarvårdsersättning respektive ersättning för sjukgymnastik	79
5.3	65-årsgränsen och rätten till ersättningsetablering ..	80
5.4	Remisskravet	81
5.5	Övriga frågor	83
6	<i>Finansiering, styrning och organisation av öppen- vård i andra länder</i>	87
6.1	Inledning	87
6.2	Grunddragen i den öppna vården	89

6.2.1	Hälso- och sjukvårdssystemen i stora drag	89
6.2.2	Speciellt om den öppna vården	91
6.2.3	Jämförelser med Sverige	93
6.3	Aktuella reformer av hälso- och sjukvården	94
6.3.1	Finansiering	94
6.3.2	Styrning och organisation	95
6.3.3	Frågor av speciellt intresse för Sverige ..	97
6.4	Reglering av utbudet	98
6.4.1	Reglering av utbudet av öppen vård	99
6.4.2	Aktörer i regleringsprocessen	104
6.4.3	Iakttagelser och reflektioner från ett svenskt perspektiv	106
6.5	Styrning genom kontrakt	107
6.5.1	Selektion av vårdgivare	108
6.5.2	Kontrakt mellan tillhandahållare och vårdgivare	110
6.5.3	Iakttagelser och reflektioner från ett svenskt perspektiv	112
6.6	Organisationen av den öppna vården	113
6.6.1	Relationer mellan olika typer av öppen vård	113
6.6.2	Primärvårdens förnyade roll	115
6.6.3	Iakttagelser och reflektioner från ett svenskt perspektiv	119
6.7	Sammanfattande jämförelse med Sverige	120
7	<i>Överväganden och förslag</i>	123
7.1	Allmänna synpunkter	123
7.2	Utvecklingen av antalet offentligt finansierade privata läkare under 1996	125
7.3	Utvecklingen av antalet offentligt finansierade privata sjukgymnaster under 1996	126
7.4	Vårdavtal och samverkansavtal	128
7.5	Upphandling av vårdavtal	129
7.6	Tillämpningen av remisskrav	130

7.7	Krav på bättre beskrivnings- och klassificerings-system inom den öppna vården	131
7.8	Den nationella taxans konstruktion	132
7.9	Behovet av vårdstatistik på nationell nivå	133
7.10	Ersättning för icke avskrivna investeringar	134
7.11	Öppenvården i andra länder	134
7.12	Delegationens fortsatta arbete	135
Särskilt yttrande		137

Bilagor

<i>Bilaga 1</i>	<i>Förkortningar och definitioner av vissa begrepp</i>	<i>139</i>
<i>Bilaga 2</i>	<i>Samarbetspolicy mellan Stockholms läns landsting och den privata specialistvården i Stockholm</i>	<i>141</i>
<i>Bilaga 3</i>	<i>Samverkan mellan offentlig och privat specialistsjukvård inom sjukvården i Göteborg</i>	<i>149</i>
<i>Bilaga 4</i>	<i>Hälso- och sjukvårdssystem i några OECD-länder</i>	<i>155</i>

Tabellbilagor

<i>Tabellbilaga 1</i>	<i>Privata specialistläkare med offentlig finansiering, hösten 1996</i>	<i>163</i>
<i>Tabellbilaga 2</i>	<i>Privata sjukgymnaster med offentlig finansiering, hösten 1996</i>	<i>167</i>

<i>Tabellbilaga 3</i>	<i>Uppskattning av antalet minskade läkarbesök p.g.a. pensionering och beviljade nyetableringar per 1997-01-01</i>	171
<i>Tabellbilaga 4</i>	<i>Nytecknade vård- och samverkansavtal under 1996 med privata specialistläkare och sjukgymnaster</i>	175
<i>Tabellbilaga 5</i>	<i>Antalet privata offentligt finansierade läkare på primärvårdsnivå hösten 1996</i>	179
<i>Tabellbilaga 6</i>	<i>Krav på remiss i öppenvård hösten 1996</i>	181
<i>Tabellbilaga 7</i>	<i>Finansiering, styrning och organisation av öppenvården i andra länder</i>	185

Sammanfattning

Bakgrund

Följande baserar sig på resultatet av två enkäter, dels en till samtliga sjukvårdshuvudmän, dels en till privata och offentligt anställda vårdgivare ang. tillämpningen av gällande remissregler. Båda enkäterna speglar förhållandena i september 1996. Vidare har en särskild studie angående internationella förhållanden, på uppdrag av delegationen, genomförts av Sven-Eric Bergman.

Utvecklingen av antalet privata vårdgivare

Sedan årsskiftet 1995/96 har antalet privata läkare, exklusive allmänläkare, verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning minskat med 163 varav 42 i stället träffat avtal med sjukvårdshuvudmannen. Vidare har 6 nya etableringar tillkommit. Den största andelen, 115, har av olika skäl lämnat sin etablering. Vid årsskiftet 1996/97 berörs 354 läkare av de nya pensionsreglerna. För att dessa skall kunna fortsätta sin verksamhet krävs att sjukvårdshuvudmannen träffar vårdavtal med respektive läkare. Hittills har 58 beviljats fortsatt verksamhet. Dessutom har hittills beslut fattats om 19 nya etableringar. Det skulle innebära att antalet privata läkare minskar med 277 eller 14 % jämfört med hösten 1996 och att antalet privata läkare vid ingången av 1997 skulle vara färre än år 1993. Den ökning som den fria etableringen medförde 1994 är följaktligen helt borta vid ingången av 1997.

Många av de läkare som lämnar sin etablering vid årsskiftet p.g.a. de nya pensionsreglerna har emellertid varit verksamma på deltid, varför en minskning av privatläkarkåren med 14 % uppskattningsvis motsvarar en minskning av tillgänglig läkarkapacitet med 7 % uttryckt i antalet läkarbesök.

Sedan årsskiftet 1995/96 har antalet privata allmänläkare verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning ökat med 146 p.g.a. att, i och med husläkarlagens upphörande, de givits möjlighet att övergå till att verka enligt den nationella taxans regler.

Antalet privata allmänläkare verksamma inom primärvården uppgick i september till ca 500, dvs. 12 % av samtliga allmänläkare inom primärvården. Motsvarande tal år 1994, efter husläkarlagens införande, uppgick till 668 och 16 %.

Sedan årsskiftet 1995/96 har antalet privata sjukgymnaster, verksamma enligt lagen om ersättning till sjukgymnastik, minskat med cirka 100 varav 10 i stället träffat avtal med sjukvårdshuvudmannen. Vidare har 2 nya etableringar beviljats. Den största andelen, 90, har av olika skäl avvecklat sin verksamhet. Vidare berörs vid årsskiftet p.g.a. de nya pensionsbestämmelserna 91 sjukgymnaster, varav 2 hittills beviljats fortsatt etablering. Inga nya etableringar har beviljats inför 1997. Det innebär att antalet sjukgymnaster minskar med 89 eller 4 % jämfört med hösten 1996. Även bland sjukgymnasterna är många av dem som lämnar sin etablering vid årsskiftet verksamma på deltid, varför en minskning av sjukgymnastkåren med 4 % motsvarar en minskning av tillgänglig sjukgymnastkapacitet med 2 % uttryckt i antalet sjukgymnastbesök.

Tillämpningen av remissförfarandet och dess effekter

Sedan årsskiftet 1995/96 har 5 sjukvårdshuvudmän infört remisskrav för specialistläkarvård. Oftast är barnsjukvård, psykiatri och gynekologi undantagna från remisskravet. Vidare har 3 sjukvårdshuvudmän beslutat att införa remisskrav fr.o.m. den 1 januari 1997. För sjukgymnastik är förhållandet det motsatta; endast 4 sjukvårdshuvudmän har sedan årsskiftet beslutat om remissfrihet.

En generell slutsats av den enkät som delegationen genomfört är att kravet på remiss i sig styr till den offentliga vårdproduktionen.

Andelen patienter inom primärvården som remitteras till specialistläkare skiljer sig inte nämnvärt i landsting med eller utan remisskrav; 8 % respektive 7 %. Andelen som remitteras till sjukgymnastik skiljer sig emellertid markant; 5 % i landsting med remisskrav och 10 % i landsting utan remisskrav. För sjukgymnastik skulle således remisskravet ha en dämpande effekt för tillgängligheten.

Någon förändring av väntetiderna till läkare kan generellt sett inte noteras. Dock med undantag för de privata läkarna där remisskrav införts. Här har i stället väntetiderna ökat. För sjukgymnastik har väntetiderna generellt sett minskat under 1996 och hos privata sjukgymnaster, där remisskrav föreligger, är väntetiderna kortast.

För såväl privata läkare som sjukgymnaster, vilka är verksamma i landsting med remisskrav, gäller att man tar emot och behandlar färre patienter under 1996, vilket också varit ett uttalat syfte med att införa remisskrav. För sjukgymnastik gäller att antalet behandlingar minskat både i offentlig och privat regi. Den största minskningen har emellertid skett för privata sjukgymnaster, där remisskrav föreligger.

Slutligen anser såväl landstingsanställda som privat verksamma sjukgymnaster, som är verksamma i landsting med remisskrav, att andelen vårdkrävande patienter ökat.

Vård- och samverkansavtal

Trots regeringens och riksdagens intentioner har det hittills under 1996 träffats ett förhållandevis få antal vård- eller samverkansavtal. Samtidigt framhåller flera sjukvårdshuvudmän att man bedömer att det kommer att träffas ett stort antal vårdavtal under sista kvartalet i år.

Orsaken till att det hittills träffats så få vårdavtal anger sjukvårdshuvudmannen i första hand bero på den nationella taxans utformning. Den anses vara för hög och samtidigt fungera som ett "golv" i diskussioner om vårdavtal. Såväl sjukvårdshuvudmannen som de privata vårdgivarna säger sig också vilja avvakta eventuella förändringar av den nationella taxan. En annan orsak som flera sjukvårdshuvudmän tar

upp är Nämndens för offentlig upphandling (NOU:s) beslut ang. upphandling av vårdavtal. Från de privata vårdgivarnas sida framhålls också ofta den osäkerhet som tidsbegränsade avtal medför. Osäkerheten är emellertid av begränsad natur så länge rätten att övergå till den nationella taxan finns.

Eftersom huvuddelen av befintliga vårdavtal träffats före 1996 utgör lagarna om ersättning till läkare och sjukgymnaster oftast basen för innehållet i dessa avtal. Vad som i stället anses viktigt att reglera i avtalsform är kvalitetsfrågor och kraven på verksamhetsuppföljning. Samverkan med "moderklirik" och primärvård är andra frågor som ofta är avtalsreglerade i syfte att åstadkomma vård på rätt vårdnivå. Det senare är också en fråga som ofta framhålls vara av grundläggande natur för hur samverkan skall kunna etableras. I de få policydokument som hittills tagits fram betonas just de privata specialisternas plats i vårdkedjan mellan primärvård och den vård som kräver sjukhusens resurser. Samverkan mellan dessa tre "nivåer" förutsätts ske i form av vårdkedjor i syfte att skapa effektivitet i sjukvården och kontinuitet för patienterna. I några vårdavtal, där nämnda grundsyn är en viktig utgångspunkt, har också ersättningarna i förhållande till den nationella taxan ändrats för att styra mer kvalificerad vård till de privata vårdgivarna.

Skall vårdavtal upphandlas eller ej?

Med anledning av NOU:s beslut om att vårdavtal, i motsats till samverkansavtal, skall upphandlas i enlighet med LOU har Landstingsförbundet i en skrivelse till Socialdepartementet framfört krav på förändringar i gällande lagstiftning för läkare och sjukgymnaster alternativt att det av specialmotiveringarna framgår att vårdavtal inte skall behöva upphandlas. Denna skrivelse har överlämnats till delegationen för handläggning. Delegationens synpunkter ges under rubriken Överväganden och förslag.

Finansiering, styrning och organisation av öppenvården i andra länder

I delrapporten lämnas stort utrymme för att beskriva hur öppenvården ser ut i andra länder. Detta material som på delegationens uppdrag tagits fram av Sven-Eric Bergman kommer att utgöra ett viktigt underlag i delegationens fortsatta arbete under 1997.

Eftersom den öppna sjukvården i flertalet länder produceras privat blir frågan om samordning mellan privata och offentliga vårdgivare inte aktuell på samma sätt som i Sverige. Men eftersom finansieringen, undantaget USA, till större delen är offentlig uppkommer ändå likartade frågor om samordning och styrning som i det svenska systemet. Det gäller exempelvis kostnadskontroll, anpassning av vårdutbud till behov samt samordning mellan öppenvård och slutenvård respektive mellan allmänläkarvård och övrig specialistvård.

En påtaglig skillnad är att öppenvården huvudsakligen bedrivs utanför sjukhusen medan Sverige av tradition fortfarande har en hög andel öppenvård på sjukhus. Ytterligare en skillnad är att patientavgifter, i synnerhet på primärvårdsnivå, är sällsynta, medan i Sverige snarare patientavgifterna får en ökad betydelse som finansieringskälla och styrmedel till olika vårdnivåer.

Bland likheterna kan nämnas att etableringskontroll förekommer i alla de studerade länderna och att remisskrav från primärvårdsläkare är vanligt förekommande, åtminstone för att få komma till sjukhus.

Överväganden och förslag

Utöver det utredningsmaterial som presenteras baserar sig delegationens synpunkter på de erfarenheter som ledamöterna erhållit genom sina besök hos 21 sjukvårdshuvudmän. Vid dessa besök har i flertalet fall ledamöterna i de regionala samverkansorganen deltagit.

Delegationen anser att det ännu är för tidigt att dra alltför långtgående slutsatser av utvecklingen hittills. I stället vill delegationen fästa upp-

märksamheten på ett antal tendenser i utvecklingen, som det finns särskild anledning att följa i det fortsatta arbetet under 1997. Ett undantag är det särskilda uppdrag ang. upphandling av vårdavtal, som Socialdepartementet överlämnat till delegationen för handläggning.

- Delegationen anser att det är viktigt att slå fast att den privata vården utgör en betydelsefull del av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Detta ger uttryck för en grundläggande värdering som delegationen anser vara en nödvändig förutsättning för att en förtroendefull samverkan ska kunna etableras.
- Delegationen vill framhålla betydelsen av de regionala samverkansorganens tillkomst. Dessa utgör ett viktigt forum för att skapa ömsesidig respekt och förståelse för varandras situation.
- Delegationen anser att sjukvårdshuvudmännens roller som beställare och finansiär av hälso- och sjukvård samt arbetsgivare med ansvar för det helt dominerande utbudet medför att ett särskilt stort ansvar åvilar sjukvårdshuvudmännen för att tillgängliga resurser skall utnyttjas så effektivt som möjligt.
- Delegationen ser med viss oro på minskningen av de privata läkare som ej är allmänläkare. Dessa utgör en viktig del i vårdkedjan mellan akutsjukhusens öppenvård och primärvård. Mycket talar för att öppen specialistläkarvård utanför akutsjukhusen snarare borde ökas i omfattning.
- Delegationen anser att det är en utveckling i fel riktning att så många allmänläkare lämnat primärvården och övergått till att vara verksamma enligt den nationella taxan. En strävan borde i stället vara att i princip samtliga i dag verksamma taxeanslutna allmänläkare ingick i primärvårdsorganisationen.
- Delegationen noterar att antalet remisser till privata sjukgymnaster, i synnerhet i vissa av landstingen med remisskrav, har minskat markant genom att allmänläkarna i större utsträckning än tidigare styr till den offentliga produktionen. Det är angeläget att berörda landstingsledning tydligt informerar förvaltningsledning och övrig personal om patientens rätt att välja sjukgymnast.
- Delegationen ser optimistiskt på den fortsatta utvecklingen av vårdavtal när det gäller vårdgivare som i dag har en personlig etablering

och där möjlighet föreligger att återgå till den nationella taxan. Däremot kan det finnas anledning till viss tveksamhet inför möjligheten att träffa vård- eller samverkansavtal, när det gäller ny-etablerade läkare och sjukgymnaster, om etableringsrätten begränsas alltför snävt i tiden.

- Delegationen anser att det skall krävas en stark koppling till den offentligrättsliga lagstiftning som LOL och LOS innebär för att krav på upphandling av vårdavtal inte ska föreligga. Vårdavtal, som helt saknar hänvisning till fortsatt etablering via ett samverkansavtal, bör behandlas som en strikt affärsmässig handling och därmed omfattas av kraven på upphandling enligt lagen om offentlig upphandling.
- Delegationen anser att det i dag saknas beskrivnings- och klassificeringssystem av tillräckligt hög kvalitet och som skulle kunna möjliggöra en adekvat jämförelse av vårdgivare vad avser kostnader, prestationer och kvalitet. Därmed försvåras också en relevant avvägning mellan privat och offentlig vård med utgångspunkt i effektiviteten i respektive verksamhet. Delegationen anser att det krävs att ett antal utvecklingsprojekt på såväl nationell, regional som lokal nivå initieras.
- Delegationen anser att det är väsentligt att den nationella vårdstatistiken håller hög kvalitet. Utvecklingen mot färre taxeanslutna vårdgivare och flera vårdavtal kräver att den redovisning som i dag sker för vårdgivare med avtal utvecklas för att kunna hålla samma kvalitet som den statistik som i dag finns för de taxeanslutna vårdgivarna. Vidare bör primärvårdsstatistiken ses över vad avser redovisningen av privata allmänläkare. I detta sammanhang bör särskilt de taxeanslutna allmänläkarna uppmärksammas.
- Delegationen anser att det behöver göras en samlad översyn av konkurrenslagen (KL) och LOU vad avser tillämpningen av dessa för hälso- och sjukvårdstjänster och där man är hänvisad till att träffa avtal med en sjukvårdshuvudman för att kunna bedriva verksamhet med offentlig finansiering.
- Delegationen anser att frågan om ersättning till de privata vårdgivare, som under de närmaste åren uppnår pensionsålder och som under de senaste åren gjort betydande investeringar i sin verksamhet, bör ges en författningsmässig reglering.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Regeringens beslut att tillsätta en nationell delegation för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård har sin grund i riksdagens beslut med anledning av regeringens propositioner 1994/95:109 avseende "Vissa privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters etablering m.m." och 1994/95:195 avseende "Primärvård, privata vårdgivare m.m."

I det följande ges en sammanfattning av de allmänna utgångspunkter riksdagen fastställt för gällande sjukvårdspolitik samt de enskilda beslut som fattats och som i första hand har betydelse för de privata vårdgivarnas (läkare och sjukgymnaster) villkor och förutsättningar att bedriva verksamhet.

1.1.1 Allmänna utgångspunkter

En välutvecklad primärvård utgör basen för hälso- och sjukvården. Primärvården skall därför prioriteras. Primärvårdens ansvar och uppgifter framgår av hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Även landstingens totala finansierings- och planeringsansvar inklusive privat vård framgår av HSL. Detta ställer krav på ökad samverkan mellan privata vårdgivare och huvudmännen. Betydelsen av ett varierat vårdutbud med olika driftsformer framhålls. Det anses vara en fördel om det finns alternativ till den offentligt producerade vården. Verksamhetens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet bör styra valet av vårdgi-

vare. De privata vårdgivarna bör därför ses som en del av de samlade vårdresurserna och bör t.ex. kunna medverka i gemensam jour- och beredskapsverksamhet liksom att privatpraktikerna skall kunna erbjudas olika former av fortbildning i landstingets regi. Samtidigt som det alltså bör finnas ett varierat vårdutbud, och alternativ till den offentligt producerade vården, måste landstingens möjligheter att uppfylla sitt samlade planeringsansvar förbättras. Privat verksamhet bör i ökad omfattning regleras genom vårdavtal. Redan i samband med de nya ersättningsformer som trädde i kraft 1 juli 1994 betonades det önskvärda i att vårdavtal mellan privata vårdgivare och landstingen kommer till stånd för att stärka samarbetet och stimulera till samsyn om verksamhetens innehåll, omfattning och lokalisering.

Vårdavtal bör därför vara det vanligaste sättet att reglera förhållandet mellan landsting och privata vårdgivare. Faktum är emellertid att majoriteten av privatpraktiker fortfarande uppbär ersättning enligt de nationella, av regeringen fastställda, taxorna.

1.1.2 Enskilda sjukvårdspolitiska beslut

Sedan 1991 gäller att privata vårdgivare inte får ta ut högre patientavgifter än den som gäller för motsvarande vård i offentlig regi.

1994 trädde lagen om husläkare i kraft, vilket bl.a. innebar rätt att välja fast läkarkontakt i primärvården. Vidare gavs privata allmänläkare möjlighet att etablera sig som husläkare. Lagen om husläkare är upphävd fr.o.m. 1996. Rätten för den enskilde att välja en fast läkarkontakt kvarstår emellertid.

Fri etableringsrätt för privata specialistläkare och sjukgymnaster gällde under perioden 1 januari-15 november 1994. Fr.o.m. 1995 ställs krav på samverkansavtal eller vårdavtal med huvudmännen för att få etablera sig med offentlig finansiering.

1994 övertog landstingen finansieringsansvaret från försäkringskassorna för den offentligt-finansierade privatvården.

Fr.o.m. 1994 ställs krav på heltidsarbete och att man inte också är landstingsanställd för att få etablera sig som privatpraktiker med

offentlig finansiering. Landstingen kan emellertid träffa vårdavtal i vilka man frångår dessa bestämmelser.

Den 1 juli 1994 infördes nya taxor för privatpraktiserande specialläkare och sjukgymnaster med tre arvodesnivåer (enkelt, normalt och särskilt arvode). Det särskilda arvodet lades utanför det s.k. ersättningstaket. Utbetalningarna ökade med 45 % under 2:a halvåret 1994 jämfört med 2:a halvåret 1993. Detta kan förklaras av utöver den fria etableringsrätten såväl de nya taxorna, som att det inte finns något ersättningstak för de särskilda arvoden. Fr.o.m. 1997 kommer de särskilda arvoden att inordnas under ersättningstaken.

Fr.o.m. 1996 gäller att de remissregler, i relevanta delar, som gäller för landstingets egen verksamhet även skall gälla för de specialistläkare och sjukgymnaster som omfattas av lagen, (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS).

Med anledning av vad som sägs om regionala samverkansorgan i regeringens proposition 1994/95:195, träffade Socialdepartementet och Landstingsförbundet den 28 mars 1995 en överenskommelse innebärande att Landstingsförbundet rekommenderar samtliga sjukvårdshuvudmän att inrätta samverkansorgan senast fr.o.m. 1 januari 1996. I överenskommelsen anges samverkansorganens arbetsuppgifter.

Fr.o.m. 1995 finns ingen automatisk rätt till ersättningsetablering. Vidare upphör vid årsskiftet 1996/97, automatiskt rätten till ersättning från landstingen när privatpraktikern uppnår 65 års ålder. Landstingen kan emellertid genom att träffa vårdavtal frångå dessa bestämmelser.

Fr.o.m. 1997 får Socialstyrelsen genom en ny tillsynslag ansvar för tillsyn över all hälso- och sjukvård oavsett driftform.

1.2 Kommittédirektiven

Direktiven

Delegationen skall

- kartlägga det samlade vårdutbudet inom respektive landstingsområde i relation till uppskattat vårdbehov hos befolkningen,
- följa utvecklingen av primärvårdens verksamhetsinriktning, driftformer och kostnader,
- följa de lokala samverkansorganens utveckling och utvärdera deras funktion,
- söka former för att underlätta samverkan mellan privat och offentligt bedriven vård och söka undanröja eventuella hinder för en sådan samverkan,
- följa och bedöma utformningen av samverkans- och vårdavtal mellan sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna,
- följa och redovisa omfattningen och utvecklingen av alternativ till den offentligt bedrivna vården.

I delegationens uppdrag ingår att redovisa utvecklingen vad gäller privata allmänläkare inom primärvården (husläkare) i samband med att lagen (1993:588) om husläkare upphör att gälla vid utgången av år 1995 (SFS 1995:836).

Delegationen skall i form av delrapporter fortlöpande informera regeringen om utvecklingen i nämnda avseenden. Delegationen skall även lämna förslag till åtgärder om de obalanser i vårdutbudet, som redovisas av vissa sjukvårdshuvudmän inte kan utjämnas med stöd av de ändringar i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik som gäller sedan den 1 januari 1995 (SFS 1994:750 och SFS 1994:751) och de ändringar i samma lagar som kommer att träda i kraft den 1 januari 1996 respektive 1 januari 1997 (SFS 1995:837 och SFS 1995:838).

Delegationen skall vidare följa och bedöma

- utvecklingen av antalet privata vårdgivare, såväl läkare som sjukgymnaster, med offentlig finansiering genom vårdavtal respektive samverkansavtal,

- tillämpningen av remissförfarandet och dess effekter för berörda privata vårdgivare,
- utvecklingen av privatpraktiserande vårdgivares verksamhet med offentlig finansiering när vårdgivare uppnått allmän pensionsålder,
- utvecklingen av kostnaderna för olika tjänster inom specialistläkar- och sjukgymnastikvården i offentlig regi respektive ersättningarna för motsvarande tjänster hos de privatpraktiserande vårdgivarna med offentlig finansiering,
- de praktiska och ekonomiska förutsättningarna för privatpraktiserande läkare utan offentlig finansiering att remittera patienter till laboratorie- och röntgenundersökning.

Delegationens arbete skall slutredovisas senast vid utgången av år 1997.

1.3 Delegationens hittillsvarande arbete

Delegationens arbete påbörjades i början av 1996. Delegationen har bedömt det som viktigt att etablera en nära och löpande kontakt med företrädarna för de regionala samverkansorganen. Som ett led i denna ambition har delegationen hittills besökt 21 sjukvårdshuvudmän och där träffat företrädarna i de regionala samverkansorgan från såväl sjukvårdshuvudmännens sida som de privata vårdgivarna. I vissa fall har inbjudan från sjukvårdshuvudmannen gått ut till samtliga privata vårdgivare för att i särskild ordning beredas tillfälle att träffa delegationen.

För att få en aktuell bild av utvecklingen av antalet privata vårdgivare under 1996 och i vilken utsträckning vård- och samverkansavtal träffats har delegationen genomfört en enkät riktad till samtliga sjukvårdshuvudmän i september 1996. Genom denna enkät belyses också hur remissförfarandet tillämpas och hur sjukvårdshuvudmännen tillämpar 65-årsregeln vad avser vårdavtal och ersättningsetablering. En annan fråga som belyses genom denna enkät är utvecklingen vad gäller privatpraktiserande läkare inom primärvården.

Delegationen har vidare i en särskild enkät med hjälp av Sveriges läkarförbunds och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbunds medlemsregister genomfört en studie bland såväl offentliga som privata vårdgivare verksamma i landsting med och utan remisskrav för att söka belysa hur vårdgivarna bedömer de praktiska konsekvenserna. Resultaten av båda enkäterna presenteras i denna delrapport, kapitel 3.

Socialdepartementet har den 27 juni 1996 överlämnat en skrivelse från Landstingsförbundet med anledning av Nämnden för offentlig upphandlings (NOU) beslut att vårdavtal skall upphandlas. Delegationens överväganden och förslag presenteras i denna delrapport, kapitel 4.

Socialdepartementet har också överlämnat ett antal skrivelser från såväl intresseorganisationer som enskilda personer som rör frågor inom delegationens ansvarsområde. Ett antal skrivelser har också inkommit till Samverkansdelegationen. Samtliga skrivelser har besvarats skriftligen.

För att få ett internationellt perspektiv på den öppna vårdens styrning, finansiering och organisation har delegationen uppdragit åt konsulten Sven-Eric Bergman att genomföra en sådan studie. Resultatet presenteras i denna delrapport, kapitel 6.

Den kanske viktigaste uppgiften för delegationen är att medverka till att finna former som underlättar samverkan mellan offentlig och privat vård. Ett viktigt led i detta arbete är att hitta och sprida goda exempel. Samma dag som denna rapport överlämnas, den 6 december 1996, anordnar delegationen en konferens där stort utrymme ges för att presentera hur samverkan konkret bedrivs på många håll i landet genom vårdavtal och vårdkedjeprojekt, allt i syfte att utnyttja de samlade resurserna så effektivt som möjligt.

2 Utvecklingen av öppenvård 1993 och 1995

Uppgifterna i detta avsnitt är huvudsakligen hämtade från Landstingsförbundets löpande statistikinsamling. Vissa uppgifter har därutöver hämtats från Per Carlssons utredning "Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer" (SOU 1996:91) och Socialstyrelsen.

2.1 Antalet läkarbesök 1993 och 1995

Av tabell 2.1 framgår att det totala antalet läkarbesök 1995 uppgick till 26,1 miljoner varav läns- och regionsjukvården svarade för 39 %, primärvården inkl. privata allmänläkare 43 % och privata specialistläkare (inkl. taxeanslutna allmänläkare) för 18 %. 1993 svarade antalet besök hos privata specialistläkare för 20 %. Huvudförklaringen till den minskade andelen är att privata allmänläkare som inte fanns 1993 numera ingår i primärvårdsstatistiken och i stor utsträckning rekryterades från privata specialistläkare i allmänmedicin vid sidan av läkare tidigare verksamma inom FHV. Om man inkluderar de privata allmänläkarna i primärvården i antalet läkarbesök hos de privata specialistläkare svarade dessa 1995 för 24 % av alla läkarbesök medan primärvården med landsting/kommuner som huvudman svarade för 37 % av samtliga läkarbesök. Om man i stället "nivågrupperar" öppenvårdsbesöken och inkluderar de privata taxeanslutna allmänläkarna i gruppen primärvårdsnivå (tabell 2.3) svarade antalet läkarbesök på denna nivå för 45 %.

Tabell 2.1 Totala antalet läkarbesök 1993 och 1995 (1000-tal)

	Läns- och Region- sjukvård antal	%	Primärvård Totalt antal	%	varav priv. allm. läkare antal
1993	10 640,5	41	9 905,9	38	-
1995	10 214,4	39	11 165,3	43	1 615,8

Privata läkare (taxeanslutna och avtal)							Totalt S:a Besök
Totalt antal	%	varav taxeanslutna antal	%	varav taxeansl. allm. läk. antal	%		
1993	5 224,4	20	4 218,7	81	949,1	22	25 770,8
1995	4 692,3	18	4 042,4	86	584,4	14	26 071,9

År 1993 uppgick antalet läkarbesök till 25,8 miljoner, dvs. antalet läkarbesök ökade mellan 1993-95 med 301 000 (1,2 %).

Antalet läkarbesök inom läns- och regionsjukvården har sedan 1993 minskat med 426 000 (4 %), inom primärvården ökat med 1,3 miljoner besök (12,7 %) och vad avser besök hos privata specialister minskat med 532 000 (10,2 %). Inom primärvården svarade 1995 de privata allmänläkarna för 1,6 miljoner besök vilket motsvarar drygt 14 % av samtliga besök inom primärvården (tabell 2.2).

Tabell 2.2 Antal läkarbesök hos privata allmänläkare i förhållande till totala antalet läkarbesök i primärvården 1994 och 1995

	Primärvård		
	Totalt	varav privata allmänläkare	
		Antal	%
1993	10 950,7	1 118,2	10
1995	11 165,3	1 615,8	14

Den huvudsakliga förklaringen till minskningen av antalet läkarbesök hos privata specialister, samtidigt som antalet verksamma ökat med 12 % (tabell 2.4) under samma period, är det antal specialister i allmänmedicin som 1994 övergick till att verka inom husläkarlagens ram. En annan förklaring är den successiva avvecklingen av fritidspraktiker.

Under 1995 gjordes fyra miljoner läkarbesök hos privatläkare exkl. specialistläkare i allmänmedicin med ersättning enligt den nationella taxan. Totala antalet läkarbesök har minskat med 4 % jämfört med 1993, vilket innebär att antalet besök per läkare minskat kraftigt då antalet taxebundna läkare ökat med 221 (tabell 2.4). Utvecklingen stämmer med de politiska intentionerna bakom förändringarna av ersättningsreglerna, nämligen att minska antalet besök per vårdgivare till förmån för bättre kvalitet, men utvecklingen har också medfört en kraftig produktivitetsminskning. 1993 utförde en läkare i genomsnitt 2 288 besök. Motsvarande tal för 1995 var 1 958 dvs. en minskning med 14 procent.

Tabell 2.3 Antal läkarbesök på primärvårdsnivå (inkl privata allmänläkare i förhållande till de totala antalet läkarbesök 1993 och 1995

	Läns- och regionsjukvård		Primärvårds-nivå		Priv. spec. läkare exkl. allm. läkare		Summa Besök
	antal	%	antal	%	antal	%	
1993	10 640,5	41	10 855,0	42	4 275,3	17	25 770,8
1995	10 214,4	39	11 749,7	45	4 107,9	16	26 071,9

Det totala antalet besök hos offentligt finansierade privatspecialister uppgick 1995 till 4,7 miljoner (tabell 2.1) varav knappt 650 tusen besök gällde läkare med vilka vårdavtal träffats. Besök hos läkare med vårdavtal svarade för 14 % av samtliga privatläkarbesök. Motsvarande tal för 1993 var 5,2 miljoner besök varav 1 miljon (19 %) besök hos läkare med vårdavtal. Den stora skillnaden i antal besök mellan 1993 och 1995 kan utöver vad som nämnts ovan också förklaras av att 117 tidigare taxeanslutna läkare blev privata husläkare 1994. Den stora rekryteringskällan till husläkare var läkare tidigare verksamma inom företagshälsovården. Då det föreligger en strävan att öka andelen läkare med vilka sjukvårdshuvudmannen träffar vårdavtal är det vidare värt att uppmärksamma att den procentuella andelen läkarbesök hos läkare med vårdavtal var lägre 1995 jämfört med 1993. Utvecklingen förklaras av att gamla vårdavtal tidigare träffades med s.k. fritidspraktiker, vilka successivt håller på att avvecklas. De nya avtal som numera avses riktar sig till taxeanslutna läkare eller rena nyetableringar.

2.2 Antalet privata offentligt finansierade läkare 1993 och 1995

1995 fanns det 2 065 läkare som erhöll ersättning enligt lagen om läkavårdsersättning (tabell 2.4). 1 553 av dessa var verksamma redan i slutet av 1993 medan 512 (25 %) har tillkommit under 1994 och 1995. 1993 fanns det totalt 1 844 läkare anslutna till den nationella taxan, vilket innebar att 291 läkare som var verksamma 1993 hade 1995 avvecklat sin verksamhet eller erhöll ersättning på annat sätt än enligt den nationella taxan. Tillkomsten av 512 nya etableringar och avvecklingen av 291 medför ett nettotillskott av 221 (+12 %) läkare under 1993-95 som erhöll ersättning enligt den nationella taxan.

Tabell 2.4 Antalet privata offentligt finansierade läkare 1993 och 1995

	Läkare med ersättn. enl LOL	varav allmän- läkare	allmän- läkare i i prim.vård	Antal avtal med läkare	varav indivi- duella
1993	1 844	*	-	uppg saknas	
1995	2 065	214	uppg saknas	268	171

* Enligt RFV uppgick antalet till 432 inkl. vikarier, varför denna uppgift skall ställas i relation till RFV:s uppgift angående totala antalet taxanslutna läkare, 2 274.

Som tidigare nämnts övergick 117 läkare under perioden 1994-95, som tidigare erhållit ersättning enligt nationella taxan, till verksamhet enligt lagen om husläkare. Eftersom denna lag upphört per 1 januari 1996 finns det anledning att särskilt följa om de kvarstår som privata vårdgivare inom primärvårdens organisation eller återgår till att vara verksamma som allmänläkare inom ramen för lagen om läkarvårdserättning, vilket dessa enligt särskilda övergångsregler har rätt till. Samtidigt torde det ligga i sjukvårdshuvdumännens intresse att genom vårdavtal fortsätta att knyta dessa till primärvårdsorganisationen.

Enligt uppgifter från Socialstyrelsen uppgick antalet privata husläkare 1994 till 668, dvs. andelen privata husläkare i förhållande till totala antalet primärvårdsläkare uppgick till 16 % (tabell 2.5). Motsvarande uppgifter för 1995 saknas.

Tabell 2.5 Andelen privata husläkare i förhållande till totala antalet primärvårdsläkare

	Antalet primärvårdsläkare	varav privata husläkare	%
1994	4 188	668	16

Under 1995 fanns det vidare 171 läkare som träffat vårdavtal med respektive huvudman. Vidare fanns 97 vårdavtal träffade med juridiska personer. Hur många privata vårdgivare som omfattas av dessa avtal har inte redovisats.

2.3 Ersättningen till privata offentligt finansierade läkare 1993 och 1995

Den totala ersättningen till taxeanslutna läkare inkl. patientavgifter var 1995 2 137 miljoner kronor (tabell 2.6). Patientavgiften svarade för ca 20 procent, dvs. läkarvårdsersättningen exkl. patientavgiften uppgick till 1 700 milj. kronor. För 1993 var motsvarande tal 1 654 milj. kr. respektive 1 252 milj. kr. dvs. en ökning med 29 % inkl. patientavgifter och 36 % exkl. patientavgifter.

Tabell 2.6 Ersättning till privata offentligt finansierade läkare (mkr) 1993 och 1995

	Ers. till läkare enl. LOL	Patient- avgifter	Summa ersättning	Ersättning till läkare med avtal exkl. patientavg.
1993	1 252	402	1 654	Uppgift saknas
1995	1 700	437	2 137	320

Sammanfattning av utvecklingen 1993-95 avseende taxeanslutna läkare framgår av nedanstående tabell 2.7.

Tabell 2.7 Utvecklingen 1993-95, uttryckt i procent avseende läkare som erhållit ersättning enligt den nationella taxan

Antal	+ 12
Antal besök	- 4
Ersättning exkl. patientavg.	+ 36
Ersättning inkl. patientavg.	+ 29
Ersättning per besök exkl. patientavg.	+ 42
Ersättning per besök inkl. patientavg.	+ 35

2.4 Antalet sjukgymnastbesök 1993 och 1995

Av tabell 2.8 framgår att det totala antalet sjukgymnastbesök 1995 uppgick till 8,5 miljoner varav de privata sjukgymnasterna svarade för 56 %, primärvården för 32 % och läns- och regionsjukvården för 12 %. Antalet sjukgymnastbesök har ökat med 635 000 (8 %) mellan 1993 och 1995. Antalet sjukgymnastbesök hos privata sjukgymnaster har ökat med 305 000 (8 %) mellan 1993 och 1995.

Tabell 2.8 Totala antalet sjukgymnastbesök 1993 och 1995 (1000-tal)

	Läns- och Region- sjukvård		Primärvård	
	antal	%	antal	%
1993	993,8	13	2 381,2	30
1995	997,2	12	2 707,0	32

	Privata sjukgymn. (taxeansl. och avtal)				Summa besök
	Totalt antal	%	varav taxeanslutna antal	%	
1993	4 486,6	57	4 266,2	95	7 861,6
1995	4 792,0	56	4 608,6	96	8 496,2

2.5 Antalet privata offentligt finansierade sjukgymnaster 1993 och 1995

Av tabell 2.9 framgår att det 1995 fanns 2 346 sjukgymnaster som erhöll ersättning enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik. Motsvarande tal 1993 var 1 729 vilket innebär en ökning med 617 (+36 %) sjukgymnaster under perioden 1993-95. Relationen mellan ökningen av antalet besök och antalet sjukgymnaster innebär att antalet besök per sjukgymnast har minskat kraftigt. 1993 utförde en sjukgymnast i genomsnitt 2 467 behandlingar. Motsvarande tal för 1995 var 1 964, en minskning med 20 %.

Tabell 2.9 Antalet privata offentligt finansierade sjukgymnaster 1993 och 1995

	Sjukgymnaster med ersättning enl. LOS	Antal avtal med sjukgymnaster varav individuella	
1993	1 729	Uppgift saknas	
1995	2 346	90	49

2.6 Ersättning till privata offentligt finansierade sjukgymnaster 1993 och 1995

Av tabell 2.10 framgår att den totala ersättningen till taxanslutna sjukgymnaster inkl. patientavgiften 1995 uppgick till 988 mkr, varav patientavgifterna svarade för 16 %. Därtill kommer ersättning till sjukgymnaster med avtal med 37 mkr.

Tabell 2.10 Ersättning till privata offentligt finansierade sjukgymnaster (mkr) 1993 och 1995

	Ersättn till sjukgymn enl LOS	Patient- avgift	Summa ersättning	Ers. till sjukgymn. med avtal exkl pat. avg
1993	507	133	640	Uppg. saknas
1995	829	159	988	37

För 1993 uppgick ersättningen till taxanslutna sjukgymnaster till 640 mkr. inkl. patientavgifter och 507 mkr. exkl. patientavgifter dvs. en ökning med 54 % respektive 63 %.

Sammanfattning av utvecklingen 1993-95 avseende taxanslutna sjukgymnaster framgår av nedanstående tabell 2.11.

Tabell 2.11 Utvecklingen 1993-95, uttryckt i procent, avseende sjukgymnaster som erhållit ersättning enligt den nationella taxan

Antal	+ 36
Antal besök	+ 8
Ersättning exkl. patientavg.	+ 63
Ersättning inkl. patientavg.	+ 54
Ersättning per besök exkl. patientavg.	+ 51
Ersättning per besök inkl. patientavg.	+ 43

2.7 Den totala ersättningen till privata offentligt finansierade läkare och sjukgymnaster 1993 och 1995

Sjukvårdshuvudmännens totala ersättning till läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan var 2,5 miljarder, vilket innebär 771 miljoner mer än 1993. Därtill kommer ersättning till läkare och sjukgymnaster med vårdavtal som 1995 uppgick till 358 milj. kronor. De totala patientavgifterna till taxanslutna läkare och sjukgymnaster uppgick 1995 till 596 milj. kr. Uppgift om patientavgifter till privata vårdgivare med avtal saknas. I Per Carlssons utredning "Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer" (SOU 1996:91) görs bedömningen att själva förändringarna i taxans utformning och arvodesnivåer svarat för kostnadsökningarna under perioden 1993-95 med ca 25-35 % för läkare och sannolikt något högre för sjukgymnaster.

3 Det aktuella läget för privata vårdgivare, hösten 1996

Informationen i detta kapitel baserar sig, om inte annat anges, på en enkätundersökning som delegationen genomfört bland samtliga sjukvårdshuvudmän, hösten 1996.

3.1 Antalet privata offentligt finansierade specialistläkare och en bedömning inför 1997

Som framgår av tabell 3.1 och tabellbilaga 1 uppgick antalet privata specialistläkare med offentlig finansiering och ersättning enligt den nationella taxan till 2 048 varav 360 (17,6 %) var specialistläkare i allmänmedicin. Motsvarande tal, som framgår av tabell 2.4, för 1995, var 2 065 och 214 (10,4 %).

Tabell 3.1 Privata läkare med offentlig finansiering, hösten 1996

	Antal med ersättning enl. LOL	varav all- mänläkare	Antal avtal med läkare	varav individuella	
Summa	2 048	360	205	142	
	Antal som pensioneras 970101	varav bevil- jas fortsatt verksamhet	Antal bevil- jade etable- ringar	Total förändring 970101 antal	%
Summa	354	58	19	-277	-14

Det innebär att antalet specialistläkare som följer lagen om läkarvårds-ersättning minskat med 17 sedan årsskiftet, samtidigt som antalet specialistläkare i allmänmedicin ökat med 146. Det senare har sin förklaring i det antal läkare som i och med husläkarlagens upphörande övergått till att vara verksamma enligt den nationella taxans regler. Det innebär vidare att cirka 160 specialistläkare exkl. allmänläkare, upphört att vara verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning. En förklaring till den totala minskningen av denna grupp specialistläkare är att det under 1996 träffats ett 40-tal vård- och samverkansavtal med läkare som tidigare tillhört denna grupp. Men den största andelen, cirka 110 specialistläkare exkl. allmänläkare, har under 1996 lämnat sin etablering.

Antalet vård- och samverkansavtal uppgick till 205 varav 142 är träffade med enskilda läkare. Övriga avtal avser avtal som träffats med juridiska personer, t.ex. Praktikertjänst AB, och där det inte alltid framgår hur många läkare som varje avtal omfattar. Det bör noteras att dessa uppgifter är lägre än den officiella redovisningen för 1995 samtidigt som det verkligen träffats ett antal nya avtal under 1996. Det

finns två förklaringar till dessa diskrepenser. Dels ingår sannolikt avtal med fritidspraktiker i 1995 års siffror vilka är under avveckling och inte ingår i redovisningen för 1996. Dessa redovisas separat i tabellbilaga 1. Dels ingår de vårdavtal som träffats med specialistläkare i allmänmedicin i 1995 års redovisning. Dessa redovisas i denna undersökning som privata allmänläkare i primärvården, vilket också överensstämmer med Socialstyrelsens primärvårdsredovisning.

Av tabell 3.1 framgår vidare att 354 i dag verksamma läkare pensioneras (65 år eller äldre) 1997-01-01. För att dessa skall kunna få fortsätta sin verksamhet krävs att sjukvårdshuvudmannen träffat ett vårdavtal med respektive läkare. Hittills har 58 beviljats fortsatt verksamhet.

Dessutom har beslut fattats om 19 ersättnings-/nyetableringar. Detta skulle innebära att antalet specialistläkare skulle minska med 277 eller 14 % jämfört med hösten 1996 och att antalet specialistläkare verksamma enligt den nationella taxan vid ingången av 1997 skulle vara färre än 1993. Hänsyn har inte tagits till en ytterligare minskning p.g.a. vårdavtal som kommer träffas under sista kvartalet 1996.

3.2 Uppskattning av antalet minskade läkarbesök 1997 p.g.a. pensionering och beviljade etableringar

Som framgår av tabell 3.2 och tabellbilaga 3 svarar de som går i pension vid årsskiftet för drygt 475 000 läkarbesök. De som beviljats fortsatt verksamhet under 1997 beräknas ta emot knappt 85 000 läkarbesök och de beslut som fattats om ersättnings-/nyetableringar beräknas ge drygt 46 000 läkarbesök. Detta tillsammans medför en minskning av mottagningskapaciteten med knappt 345 000 besök, vilket motsvarar en minskning med ungefär 7 %. Det innebär att många av dem som nu avvecklar sin verksamhet arbetar på deltid; en minskning av specialistläkarkåren med 14 % motsvarar en kapacitetsminskning med 7 %.

Tabell 3.2 Antalet minskade privatläkarbesök 1997-01-01 p.g.a. pensioneringar m.m.

	Antal läkarbesök 1995 (1000-tal)	Antal läkare som pensioneras 970101	Antal besök som dessa svarade för 1995	Antal som beviljats fortsatt verksamhet 1997	Antal besök som dessa svarar för (1000-tal)
Summa	4 692,2	354	475,6	58	84,6

	Antal beviljade etableringar	Antal besök som dessa svarar för (1000-tal)	Total förändring 970101 (1000-tal)	%
Summa	19	46,3	-344,7	- 7,3

3.3 Allmän bedömning av utvecklingen av antalet läkarbesök inom öppenvård för perioden 1995-1997

Den generella bedömningen är att öppenvården vid akutsjukhus minskar, i vissa fall med upp till 20 %. Endast ett par sjukvårdshuvudmän har uppgivit oförändrad nivå. På liknande sätt, om än inte i samma omfattning, räknar man med en generell minskning av besöken hos privata specialister. Fem sjukvårdshuvudmän räknar med oförändrad nivå och en räknar med en ökning. De flesta sjukvårdshuvudmän räknar med en ökning av antalet läkarbesök inom primärvården. I fyra fall uppges oförändrad omfattning och ytterligare fyra räknar med en minskning även inom primärvården.

3.4 Antalet privata offentligt finansierade sjukgymnaster och en bedömning inför 1997

Som framgår av tabell 3.3 och tabellbilaga 2 uppgick hösten 1996 antalet privata sjukgymnaster med offentlig finansiering och verksamma enligt lagen om ersättning till sjukgymnastik till 2 247. Av tabell 2.9 framgår att motsvarande tal för 1995 var 2 346, dvs. en minskning har under 1996 skett med 99. Vidare fanns det 91 vård- och samverkansavtal varav 68 med enskilda sjukgymnaster. Antalet vårdavtal under 1995 var 90. Samtidigt har enligt enkäten 12 nya vård- och samverkansavtal träffats under 1996, vilket tyder på att avtal med fritidspraktiker som är under avveckling inkluderats i 1995 års siffror. Minskningen med ca 100 sjukgymnaster under 1996 torde ha sin förklaring till att den fria etableringen under 1994 på vissa håll ledde till en överetablering och att dessa nu avvecklat sin verksamhet samt att 10 sjukgymnaster som tidigare varit taxeanknutna under 1996 träffat avtal med sjukvårdshuvudmannen.

Tabell 3.3 Privata sjukgymnaster med offentlig finansiering, hösten 1996

	Antal med ersättning enl. LOS	Antal avtal med sjuk- gymnaster	Varav individuella		
Summa	2 247	91	68		

	Antal som pensioneras 970101	Varav be- viljas fort- satt verk- samhet	Antalet be- viljade etabli- ringar	Total förändring 970101	
				Antal	%
Summa	91	2	0	- 89	- 4

Vidare framgår av tabell 3.3 att 91 sjukgymnaster pensioneras vid årsskiftet. Av dessa har 2 hittills beviljats att fortsätta sin verksamhet. Några ny- och ersättningsetableringar p.g.a. dessa pensionsavgångar har hittills inte beviljats, vilket torde kunna förklaras av att antalet pensionsavgångar är relativ måttlig och att antalet privata sjukgymnaster ökade mycket kraftigt under 1994. Den totala minskningen p.g.a. pensionsavgångar och de som beviljats fortsatt verksamhet uppgår till 89 sjukgymnaster eller en minskning med 4 %.

3.5 Uppskattning av antalet minskade sjukgymnastbesök 1997 p.g.a. pensionering och beviljade etableringar

Som framgår av tabell 3.4 svarar de som går i pension vid årsskiftet för drygt 100 000 sjukgymnastbesök. De som beviljats fortsatt verksamhet under 1997 beräknas ta emot knappt 2 000 besök. Inga nya etableringar har beviljats, varför kapacitetsminskningen motsvarar knappt 99 000 besök, vilket motsvarar en minskning med ungefär 2 %. Många av dem som nu avvecklar sin verksamhet arbetar på deltid; en minskning av sjukgymnastkåren med 4 % motsvarar en kapacitetsminskning med 2 %.

Tabell 3.4 Antalet minskade sjukgymnastbesök 1997-01-01 p.g.a. pensioneringar m.m.

Antal sjukgymnastbesök 1995 (1000-tal)	Antal sjukgymnaster som pensioneras 970101	Antal besök som dessa hade för 1995 (1000-tal)	Antal som beviljas fortsatt verksamhet 1997	Antal besök som dessa svarar för (1000-tal)	Total förändring 970101 (1000-tal)	%
Summa 4 791,9	91	100,4	2	1,8	-98,6	- 2

3.6 Antalet beviljade etableringar och antalet nya vård- och samverkansavtal under 1996 bland offentligt finansierade läkare och sjukgymnaster

Antalet ny-ersättningsetableringar under 1996 bland specialisläkare och sjukgymnaster har varit ytterst begränsad (tabellbilaga 4); sex bland specialisläkare och 2 bland sjukgymnaster. Hittills har under 1996 (september 1996) 48 nya vård- och samverkansavtal träffats med specialisläkare och 12 med sjukgymnaster. Av dessa har 42 respektive 10 träffats med vårdgivare som tidigare varit verksamma enligt lagarna om ersättning för läkarvård och sjukgymnastik. Resten avser nya etableringar. Det förefaller emellertid som om ett stort antal vård- och samverkansavtal kommer att träffas under årets sista månader. Den bedömning som sjukvårdshuvudmännen gör är att minst ca 155-160 avtal med specialisläkare och minst ca 100 med sjukgymnaster kommer att träffas. Stockholms läns landsting är den sjukvårdshuvudman som svarar för merparten av dessa avtal (tabellbilaga 4).

3.7 Tillämpningen av remissförfarandet och dess effekter

3.7.1 Remisskrav i öppenvården, hösten 1996

Av tabell 3.5 och tabellbilaga 6 framgår att 5 sjukvårdshuvudmän infört remisskrav för specialisläkarvård. Oftast är barnsjukvård, psykiatri och gynekologi undantagna från kravet på remiss. Ytterligare tre sjukvårdshuvudmän har beslutat att fr.o.m. 1 januari 1997 införa remisskrav. Diskussioner pågår för närvarande mellan sjukvårdshuvud-

männen i de blivande storlänerna i Skåne respektive västsverige för att uppnå en harmonisering av reglerna mellan de aktuella områdena.

Tabell 3.5 Remisskrav i öppenvården, hösten 1996

	Läkare		Sjukgymnaster	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Antal sjukvårdshuvudmän	5	21	22	4

För sjukgymnastik har det tidigare varit reglerat i lag att remissförfarande skall tillämpas för att ersättning enligt den nationella taxan skall kunna lämnas. Kravet på likställighet har därför medfört att det också införts inom den offentliga primärvården. Det är förklaringen till att det i dag endast råder remissfrihet hos 4 sjukvårdshuvudmän.

3.7.2 Alternativ till remisskrav för specialistläkarvård

Bland de sjukvårdshuvudmän som aktivt tagit ställning för att inte införa remisskrav bland specialistläkare framhålls att det är krångligt för patienten, att det föreligger risk för att antalet läkarbesök ökar samt att det föreligger fritt vårdsökande till läkare. I stället framhålls att man söker styra till rätt vårdnivå genom differentierade patientavgifter samt att vårdgivarna själva genom en samsyn om vårdkedjor skall medverka till att patienterna får vård på rätt vårdnivå.

Kristianstads läns landsting är sannolikt de som var tidigast ute med klart differentierade patientavgifter som ett styrinstrument istället för obligatoriskt remisstvång. Ett besök i primärvården eller hos taxansluten allmänläkare är 60 kr. Hos privata s.k. organspecialister kostar ett besök med remiss 140 kr. och utan remiss 260 kr. Ett akutbesök kostar 260 kr.

Något liknande resonemang ang. sjukgymnastik förs inte utan här hänvisas till att man av tradition sedan länge haft remisskrav till sjuk-

gymnastik. Det är också en vanligt förekommande uppfattning bland sjukvårdshuvudmännen att den fria etableringsrätten under 1994 ledde till en såväl överetablering av sjukgymnaster som överkonsumtion av sjukgymnastik. Vidare anses det föreligga en gråzon mellan sjuk- och friskvård med risk för missbruk. Därför kan man se en utveckling där flera sjukvårdshuvudmän infört begränsningar i antal behandlingar per remiss i syfte att minska vårdkonsumtionen.

3.7.3 Effekter av remissförfarandet

Även om det är delegationens uppfattning att det ännu är för tidigt för att på ett allsidigt sätt kunna belysa effekterna av de generella remisskrav som införts har vi valt att genomföra en enkätundersökning för att belysa situationen hösten 1996. Enkäten skickades ut till 100 läkare och 100 sjukgymnaster jämnt fördelade mellan landstingsanställda inom primärvården och privatpraktiker samt verksamma i landsting med eller utan remisskrav. Urvalen har gjorts slumpmässigt med utgångspunkt i Läkarförbundets och Sjukgymnastförbundets medlemsregister. Urvalet har gjorts av vårdgivare verksamma i följande landsting med remisskrav: Örebro, Älvsborg, Dalarna och Västerbotten och i följande landsting utan remisskrav: Jönköping, Uppsala och Östergötland.

Svarsfrekvensen uppgick till ca 60 %. Den låga svarsfrekvensen förklaras av att någon påminnelse p.g.a. tidsbrist inte kunde skickas ut. Samtidigt kan konstateras att bortfallet är jämnt fördelat mellan de olika läkar- och sjukgymnastgrupperna. P.g.a. den låga svarsfrekvensen och att det som ovan nämnts ännu är för tidigt att dra alltför långtgående slutsatser av de nya remissreglerna, bör naturligtvis resultatet tolkas med stor försiktighet. Dock bör indikationer och trender kunna utläsas som kan ge vägledning för vilka frågeställningar som det kan finnas anledning att speciellt följa i fortsättningen. Dessutom stödjer resultaten de erfarenheter och synpunkter som delegationen kunnat ta del av, dels genom sina besök i landstingen, dels genom inkomna brev från enskilda vårdgivare.

3.7.4 Resultat av enkät angående tillämpningen av gällande remissregler

Hur remitterar de landstingsanställda primärvårdsläkarna till öppen specialistläkarvård respektive sjukgymnastik?

I landsting med remisskrav remitterar läkarna i hela 95 % till specialistläkare verksamma vid akutsjukhus medan i landsting utan remisskrav motsvarande tal är 85 %. I det senare fallet remitteras 14 % till privata organspecialister. Någon skillnad i remissmönstret före och under 1996 kan inte noteras.

I landsting med remisskrav remitterar läkarna i drygt 2/3 av fallen till vårdcentralernas sjukgymnaster och i knappt 1/3 av fallen till privata sjukgymnaster. I landsting utan remisskrav är remissmönstret det samma. En viss förändring i remissmönstret kan dock noteras före 1996 och under 1996. I landsting med remisskrav kan en viss ökning av remisser till de landstingsanställda sjukgymnasterna fr.o.m. 1996 i förhållande till de privata sjukgymnasterna noteras. I landsting utan remisskrav, dvs. remisskravet till privat sjukgymnastik har tagits bort fr.o.m. 1996, kan en motsatt effekt noteras, dvs. en ökad andel av remisserna går till de privata sjukgymnasterna i förhållande till de landstingsanställda.

En generell slutsats är att remisskraven i sig styr till den offentliga vårdproduktionen.

De privata specialistläkarnas bedömning av varifrån remisserna/patienterna kommer

I landsting som infört remisskrav till specialistläkarvård fr.o.m. 1996 kommer knappt 60 % från primärvården (20 % privata och 40 % landstingsanställda allmänläkare), drygt 20 % från landstingsanställda specialistläkare, optiker, tandläkare, företagshälsovård m.m. och knappt 20 % från andra privata organspecialister. Före 1996, då remisskrav inte förelåg, kom drygt 50 % direkt till de privata specialistläkarna. I landsting utan remisskrav kommer 2/3 direkt till specialistläkare. Av förklarliga skäl föreligger ingen skillnad före och under 1996.

Sjukgymnasternas bedömning av varifrån remisserna/patienterna kommer

För landstingsanställda sjukgymnaster verksamma i landsting som 1996 infört remisskrav kommer 80 % från primärvårdsläkarna och 15 % från akutsjukhusen. Någon skillnad i den relativa fördelningen före och under 1996 kan inte noteras.

För landstingsanställda sjukgymnaster verksamma i landsting utan remisskrav kommer 30 % av patienterna direkt, varför den övriga relativa fördelningen blir annorlunda; 50 % från primärvårdsläkare och 12 % från akutsjukhus. Inte heller här kan någon skillnad i den relativa fördelningen före och under 1996 noteras.

För privata sjukgymnaster verksamma i landsting med remisskrav kommer 65 % från primärvårdsläkarna, 15 % från företagshälsovård, 10 % från akutsjukhusen. Någon skillnad i den relativa fördelningen före och under 1996 kan inte noteras.

För privata sjukgymnaster verksamma i landsting som tagit bort remisskravet fr.o.m. 1996 kommer 21 % direkt och 53 % från primärvårdsläkare. Här är den relativa fördelningen av förklarliga skäl olika före och under 1996 eftersom det före 1996 inte var möjligt att komma direkt till sjukgymnast.

Namnges läkare/sjukgymnast alternativt mottagning regelmässigt på remissen?

Här kan inte konstateras några signifikanta skillnader mellan vårdgivarernas agerande verksamma i landsting med eller utan remisskrav. Här går i stället en tydligt skiljelinje mellan läkare och sjukgymnaster. Läkare namnger regelmässigt till vem patienten skall vända sig när det gäller specialistläkarvård medan det är mindre vanligt att så sker till sjukgymnastik. Detta förhållande kanske i sig är naturligt med hänsyn till att urvalet av organspecialister är begränsat medan tillgången till sjukgymnaster är större och att de dessutom i större utsträckning är generalister. Å andra sidan finns det anledning att uppmärksamma hur man kan styra med remisser samtidigt som det fria läkar- och sjukgymnastvalet gäller.

Patientens väntetider för att få komma till läkare

Med ett tydligt undantag varierar inte patienternas väntetid för att få komma till läkare i någon större utsträckning vare sig det gäller landsting med eller utan remisskrav eller till privata eller landstingsanställda läkare. Undantaget är privata specialistläkare som är verksamma i landsting som infört remisskrav fr.o.m. 1996. För dessa var väntetiden betydligt längre än i övriga fall, där väntetiden varierar mellan 6-9 dagar. Det bör noteras att denna grupp läkare redan före 1996, då remisskrav inte förelåg, hade längre väntetider än privatläkarna i de remissfria landstingen.

Patienternas väntetider för att få komma till sjukgymnastik

Här kan det konstateras att väntetiderna generellt sett minskat under 1996 jämfört med tiden före. Den kortaste väntetiden finns hos privata sjukgymnaster verksamma i landsting med remisskrav; 4 dagar medan den längsta, 13 dagar, finns hos privata sjukgymnaster utan remisskrav.

Genomsnittligt antal besök respektive behandlingar per månad

För läkarna kan generellt sett konstateras att landstingsläkare verksamma i landsting med remisskrav har något fler besök per månad än landstingsläkare verksamma i landsting utan remisskrav och att någon skillnad inte föreligger mellan 1996 och tiden före. Vidare kan konstateras att privata läkare har fler besök än sina landstingsanställda kollegor samtidigt som antalet besök per månad minskat för de privata läkarna under 1996. Den största minskningen svarar privata läkare verksamma i landsting som infört remisskrav (./ 8 %).

För sjukgymnaster har generellt sett antalet behandlingar minskat något under 1996 och för den största minskningen står privata sjukgymnaster verksamma i landsting med remisskrav (./ 11 %).

Sammanfattningsvis kan sägas att privata vårdgivare verksamma i landsting med remisskrav tar emot och behandlar färre patienter 1996 än före 1996, vilket ju också är ett uttalat syfte från de landsting som infört remisskrav.

Har patienternas sammansättning och diagnoser ändrat karaktär sedan årsskiftet 1995/96?

Generellt sett kan konstateras att en klar majoritet inte anser att det skett någon större förändring av patientsammansättning och diagnoser. Från detta mönster avviker sjukgymnaster (såväl landstingsanställda som privatpraktiker) verksamma i landsting med remisskrav som i större utsträckning anser att förändringar skett. 46 % av de landstingsanställda sjukgymnasterna anser att antalet vårdkrävande patienter ökat, att antalet patienter från sjukhus ökat och att hemsjukvårdsbesöken ökat. 42 % av de privata sjukgymnasterna anser också att antalet vårdkrävande patienter ökat och att antalet äldre patienter ökat. Vidare anger de att de möter fler irriterade patienter p.g.a. återbesök hos läkare för att få en ny remiss till sjukgymnastik samt att barnfamiljernas ekonomiska situation gör att de inte längre anser sig ha råd med erforderlig behandling.

Primärvårdsläkarnas bedömning av hur stor andel av patienterna som remitteras till specialistläkarvård respektive sjukgymnastik

Andelen patienter som remitteras till specialistläkare skiljer sig inte nämnvärt i landsting med eller utan remisskrav; 8 % respektive 7 %.

Andelen som remitteras till sjukgymnastik skiljer sig emellertid markant; 5 % i landsting med remisskrav och i landsting utan remisskrav 10 %. För sjukgymnastik skulle således bibehållandet av remisskrav ha en dämpande effekt på den andel av patienterna som får tillgång till sjukgymnastik.

3.8 Avtal med andra privata vårdgivare

I enkäten har sjukvårdshuvudmännen också tillfrågats arg. vårdavtal med andra privata vårdgivare än läkare och sjukgymnaster. Eftersom de svar som redovisats huvudsakligen avser individuella avtal speglar detta inte alltid tillgången som allmänheten har till dessa vårdgivare.

Exempelvis redovisas få avtal med barnmorskor och sjuksköterskor. Förklaringen härtill är att när hela eller delar av vårdcentraler (BVC, MVC) lagts ut på entreprenad redovisas detta som avtal med juridiska personer. Inte heller antalet individuella avtal speglar alltid omfattningen av tillgången till övriga privata vårdgivare, exempelvis psykoterapeuter och kiropraktorer. Dessa bedriver i stor utsträckning sin verksamhet utan offentlig finansiering.

Tillgången till psykoterapi med offentlig finansiering regleras genom att sjukvårdshuvudmännen normalt avsätter en "central pott", som sedan avräknas allteftersom räkningarna från de enskilda terapeuterna inkommer. Den enskilt största gruppen utgörs av psykoterapeuter inklusive feldenkreizpedagoger. Ungefär hälften av sjukvårdshuvudmännen har träffat individuella vårdavtal med denna grupp. Den andra hälften har träffat avtal med Sveriges Psykologförbund, vilket innebär att respektive sjukvårdshuvudman får en förteckning över samtliga legitimerade psykoterapeuter till vilka med man sedan kan remittera patienter. Omfattningen av psykoterapeutisk vård med offentlig finansiering styrs i stor utsträckning av vilka resurser som staten avsätter för detta i de årliga s.k. Dagmaröverenskommelserna. Totalt finns ca 160 individuella avtal. Därtill kommer att 13 sjukvårdshuvudmän träffat avtal med Psykologförbundet och två med Föreningen legitimerade psykoterapeuter respektive S:t Lukasstiftelsen. Värt att påpeka är att i Dagmaröverenskommelsen för år 1997 inte finns några sådana öronmärkta medel.

En annan stor grupp som sjukvårdshuvudmännen har avtal med är kiropraktorer med vilka avtalen liknar de som gäller för psykoterapeuter, dvs. de enskilda vårdavtalen innebär att kiropraktorerna förbinder sig att ta emot patienter som remitteras utan att vårdvolymen anges i det enskilda avtalet. Sammanlagt uppges ca 60 kiropraktorer ha avtal, varav knappt 40 finns inom Stockholms läns landsting. Vidare finns drygt 60 avtal träffade med foterapeuter varav 40 i Stockholms läns landsting som för övrigt också är det enda landsting angett att man träffat avtal med logopedier (20). Därutöver finns enstaka enskilda avtal träffade med barnmorskor/sjuksköterskor, naprapater och akupunktörer.

3.9 Vård- och samverkansavtal

3.9.1 Driftformer för läkare och sjukgymnaster med vilka avtal träffats

Av sammanlagt 225 angivna vård- och samverkansavtal med läkare har driftform angivits för 152. Aktiebolagsformen är den klart dominerande och svarar för knappt 65 % av samtliga avtal. Av dessa är ca 1/3 träffade med Praktikertjänst AB. Den näst största driftformen är enskild firma, som svarar för ca 1/3 av samtliga avtal.

Bland sjukgymnaster där driftform för 76 avtal angivits (av sammanlagt 91 angivna vård- och samverkansavtal) är enskild firma den klart vanligaste och svarar för 59 % av samtliga avtal. Den näst största driftformen är aktiebolag, som svarar för 32 % av samtliga avtal. Avtal med Praktikertjänst AB är inte lika vanligt som när det gäller läkare.

3.9.2 Vad regleras i vårdavtal med läkare och sjukgymnaster?

Eftersom de flesta vård-/samverkansavtal träffats före 1996 innebär det också att lagarna om ersättning till läkare och sjukgymnaster fortfarande utgör basen för innehållet i träffade avtal. Därmed utgår fortfarande ersättning vad avser arvode och medicinsk service enligt den nationella taxans bestämmelser i flertalet fall. Det är egentligen bara i de tre största storstadsregionerna samt Västmanland och Gävletorg där man i större omfattning träffat överenskommelser som avviker från den nationella taxans bestämmelser.

Den viktigaste frågan att reglera i avtalsform synes i stället vara kvalitetsaspekten inklusive krav på verksamhetsuppföljning. I de fall sjukvårdshuvudmannen fastställt en kvalitetspolicy omfattar den även de privata vårdgivarna.

Ibland refereras till den av Privatläkarföreningen själva framtagna "Kvalprak". Samverkan med "moderklinik" och primärvård är en annan fråga som vanligen är avtalsreglerad, i syfte att åstadkomma vård på rätt vårdnivå. I detta sammanhang omnämns också möjligheten för de privata vårdgivarna att delta i den fortbildning som erbjuds övriga anställda. Tillgång till datorutrustning för bl.a. fakturering och övrigt rapportunderlag återfinns också oftast som ett krav i avtal. Krav på tillgänglighet inklusive frågor om semester och övrig ledighet finns också med i flertalet avtal. Krav på jourmedverkan är däremot ovanligt. (Det förekommer däremot oftare i de avtal som träffats med privata vårdgivare inom primärvården.)

Övriga frågor som alltid regleras i avtal är verksamhetens inriktning och omfattning samt giltighetstid liksom rätten att återgå till nationella taxan om avtalet upphör.

Eftersom så få vård- och samverkansavtal träffats under 1996 föreligger det följaktligen inga större skillnader mellan dessa två avtalsformer och begreppen används f.ö. olika bland olika sjukvårdshuvudmän.

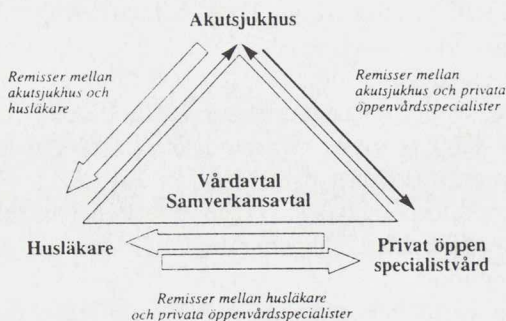
3.9.3 Några utgångspunkter för vårdavtal som träffats under 1996

Några sjukvårdshuvudmän, bl.a. Stockholm och Göteborg har tagit fram skriftliga dokument som anger hur man ser på samverkan med privatläkarna. Dessa policydokument, som återfinns i bilagorna 2 och 3, utgör utgångspunkt för överläggningar i samband med att vård- och samverkansavtal skall träffas.

I policydokumenten från såväl Stockholm som Göteborg betonas att de privata vårdgivarna ses som en resurs i det totala sjukvårdsutbudet och att det föreligger en strävan från båda parter att utöka samarbetet. Vidare betonas vikten av att sjukvårdshuvudmannen ska kunna påverka de privata vårdgivarnas geografiska placering så att de styrs till områden där de bäst behövs. Vidare slås fast att avtal i första hand skall träffas med vårdgivare verksamma i gruppomtagningar om inte sär-

skilda skäl talar för enläkarmottagningar; såväl effektivitets-, kvalitets- som kontinuitetsaspekten talar för detta.

I policydokumentet från Stockholm återfinns följande figur:



Det förtjänas att betonas att specialistläkarna i allmänmedicin inte omfattas av policydokumenten som här refereras. Det finns anledning att återkomma till detta i anslutning till diskussion om primärvårdens organisation.

I båda dokumenten framhålls att de privata specialisterna har en plats i vårdkedjan mellan primärvården och den vård som kräver sjukhusens resurser och att samverkan mellan dessa tre "nivåer" förutsätts ske i form av vårdkedjor i syfte att skapa effektivitet och kontinuitet i patientarbetet. Eftersom en gemensam målsättning är att patienterna skall tas omhand på lägsta effektiva omhändertagandenivå bör primärvården i större utsträckning remittera till privata specialister då sjukhusvård ej är erforderlig. På motsvarande sätt kan sjukhusköerna minskas genom utremittering av vissa patienter till privata specialistläkare och att specialistläkarna frigör resurser genom att remittera fall till primärvården som inte kräver specialistläkarnas särskilda kompetens.

För övrigt är det fortfarande ovanligt med en etablerad samverkanspolicy mellan primärvård-sjukhus och privata specialister. Bland flera sjukvårdshuvudmän pågår det emellertid utredningsarbete med sikte på att åstadkomma en samverkanspolicy. I de fall där man kommit längst gäller det samverkan mellan sjukhus och primärvård i form av olika vårdkedjeprosjekt. Men inte heller detta förekommer i någon större omfattning; 7 sjukvårdshuvudmän har lämnat uppgift om detta.

3.9.4 Genomgång av några vårdavtal som träffats 1996

Samtliga avtal som redovisas i det följande avser gruppmmottagningar, där det klart framgår hur många vårdgivare som omfattas av avtalet. Dessa vårdgivare är också namngivna i avtalet. Delegationen vill i detta sammanhang påpeka att det finns anledning att i fortsättningen från sjukvårdshuvudmännens sida centralt dokumentera hur många läkare som omfattas av respektive avtal. I dag saknas ofta information om detta. Sannolikt kommer det under 1997 att träffas ett stort antal vårdavtal med läkare som i dag erhåller ersättning enligt den nationella taxan. Denna läkargrupp kommer då att minska i antal utan att det föreligger motsvarande uppgifter om dessa på annat håll.

I samtliga av delegationen studerade vårdavtal föreligger det rätt att återgå till den nationella taxan, om avtalet upphör att gälla och vederbörande har en personlig etablering i botten. Vidare regleras vad som sker om någon slutar under avtalsperioden och en ersättningsrekrytering måste ske. Huvudregeln är att om den som slutar avser att återgå till den nationella taxan måste ersättningsrekrytering ske bland dem som har en personlig etablering. Om så inte är fallet kan ersättningsrekrytering ske utanför de som omfattas av den nationella taxan. Den personen har inte, om denna slutar eller avtalet upphör, rätt att tillämpa den nationella taxan. I ett avtal framgår att, om den som slutar ersätts med en läkare som inte är ansluten till den nationella taxan, den som slutar inte får återgå till att bedriva verksamhet enligt den nationella taxan. Av ett annat avtal framgår att en läkare som slutar inte får återgå till den nationella taxan under avtalsperiodens längd, dvs. vederbörandes etableringsrätt är vilande under hela avtalsperioden.

I ett avtal fastställs att den verksamhet som skall bedrivas inte får vara av konkurrerande karaktär med den verksamhet som skall ske på primärvårdsnivå. I avtalen regleras vidare att de privata vårdgivarna skall följa fastställda vårdprogram och att sjukvårdshuvudmannen har rätt att genomföra medicinska revisioner.

I ett par avtal förbinder sig vårdgivaren att erbjuda utbildningsplatser för blivande läkare och sjuksköterskor och att personal från primärvård och slutenvård skall ha möjlighet att askultera hos den privata vård-

givaren. Motsvarande möjlighet skall föreligga för de privata vårdgivarna inom primärvård och länssjukvård.

3.9.5 Vårdavtalens längd

Av enkäten framgår att 31 % av vårdavtalen har en giltighetstid på mer än 1 år men högst 3 år och en lika stor andel har en giltighetstid på mer än 3 år. I 26 % av avtalen gäller dessa tillsvidare med en viss angiven ömsesidig uppsägningstid. I 12 % har vårdavtalen en kortare giltighetstid än 1 år. Det bör noteras att denna redovisning ej avser vårdavtal inom primärvården.

3.9.6 Rätt till ersättning för icke avskrivna investeringar

I riksdagens beslut förutsätts att sjukvårdshuvudmannen lämnar en skälighets ersättning till privatpraktiserande vårdgivare som inte får vårdavtal men som gjort betydande investeringar i sin verksamhet under senare år. Denna ersättning föreslås lämnas för den del av investeringen som inte är avskriven.

Endast en sjukvårdshuvudman har klart angivit att man fastställt bestämmelser som reglerar ersättning för lokaler och befintlig utrustning om verksamheten tvingas upphöra. I ett par fall har man angivit att man är beredd att pröva frågan individuellt.

3.9.7 Vilka är hindren för att kunna träffa vårdavtal?

Som den viktigaste orsaken till att så få vårdavtal hittills träffats anger landstingen den nationella taxans utformning. Den anses vara för hög och samtidigt fungera som ett "golv" i diskussioner om vårdavtal. Samtidigt ger taxan en frihet för den enskilde vårdgivaren och begränsad insyn från sjukvårdshuvudmannens sida varför egentliga in-

citament saknas för den privata vårdgivaren. Många säger sig också avvakta eventuella förändringar av den nationella taxan.

En annan orsak som flera sjukvårdshuvudmän tar upp är NOU:s beslut ang. upphandling av vårdavtal. Tvister om ersättningsetablering liksom rena attitydfrågor och kulturskillnader tas också upp som bidragande orsaker. Någon efterlyser standardiserade vårdavtal i vilka formerna för kostnads- och kvalitetskontroll regleras.

Inte förvånande anges därför förändringar av den nationella taxan som ett medel att öka intresset för vårdavtal liksom att NOU:s beslut bör klarläggas och eventuellt upphävas.

Mer generellt konstateras att det krävs en samarbetspolicy om hur samarbetet mellan offentlig och privat vård skall utvecklas och där de privata vårdgivarnas roll i vårdkedjan fastställs. I dag betraktas fortfarande de privata vårdgivarna av många som en konkurrent. Att förändra detta synsätt och i stället utnyttja befintliga resurser på effektivast möjliga sätt är en kultur- och attitydfråga som det tar tid att få genomslag för.

Att få tillgång till jämförande kostnadsanalyser liksom att den som träffar vårdavtal samtidigt får en "kvalitetsstämpel" och att det skulle vara möjligt att styra remisserna till de vårdgivare som har vårdavtal är andra förslag som nämns för att fler vårdavtal skall kunna träffas.

Från de privata vårdgivarnas sida framhålls ofta den osäkerhet som tidsbegränsade avtal medför. Så länge som rätten att övergå till den nationella taxan finns är osäkerheten av begränsad natur. Men i samband med att vårdavtal träffas med enskilda privata vårdgivare som inte tidigare varit etablerad enligt lagen om läkarvårdsersättning kan man konstatera, med reservation för att få sådana avtal hittills har träffats, att vårdavtalen inte reglerar vad som sker när dessa upphör. Det kan i och för sig sägas ligga i sakens natur att vårdavtal, som dessutom enligt NOU:s beslut skall upphandlas, skall vara tidsbegränsade och att några garantier generellt sett aldrig gäller för privata företagare. I ett internationellt perspektiv får emellertid detta synsätt betraktas som unikt. I de länder, som delegationen låtit studera, och där olika kontraktsformer mellan sjukvårdshuvudmän och vårdgivare träffas, betraktas dessa som etableringstillstånd och därmed inte begränsade i tiden. Dessa frå-

geställningar utvecklas ytterligare i avsnittet om vårdavtal och upphandling.

3.9.8 Avtal med fritidspraktiker

De flesta sjukvårdshuvudmän har avvecklat sina avtal med fritidspraktiker. Endast åtta har uppgivit att avtal föreligger och av dessa kommer två att ha avvecklat samtliga avtal i och med utgången av 1996 och ytterligare en kommer att avveckla avtalen efter 1997. I resterande fall är omfattningen, med ett par undantag, av marginell omfattning. En redovisning av avtal med fritidspraktiker ges i tabellbilaga 1 not 3.

3.10 Primärvården

3.10.1 Antalet privata läkare på primärvårdsnivå

Som framgår av tabell 3.6 och tabellbilaga 5 uppgick antalet privata allmänläkare till ca 500. Det skall jämföras med antalet privata husläkare 1994 som enligt Socialstyrelsen uppgick till 668 (se tabell 2.5). Det innebär att man, sedan husläkarlagen upphävts, har utnyttjat sin rätt att i stället vara verksam enligt den nationella taxan. Enligt uppgift från enkäten har sammanlagt 143 läkare som tidigare varit verksamma enligt husläkarlagen valt att eller avser att ansluta sig till den nationella taxan. Det innebär samtidigt att antalet taxeanslutna allmänspecialister ökat jämfört med 1994. De privata allmänläkarna uppgick till 12 % av det totala antalet allmänläkare jämfört med 16 % 1994. Inkluderar man de taxeanslutna allmänspecialisterna utgör de 19 % av den samlade allmänläkarkåren.

Enligt Socialstyrelsen uppgick antalet privata allmänläkare i primärvården hösten 1996 till 524. Differensen kan förklaras av olika mätperioder och att ett antal privata allmänläkare successivt under

1996 valt att ansluta sig till lagen om läkarvårdsersättning i stället för att träffa vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen.

Tabell 3.6 Privata läkare på primärvårdsnivå, hösten 1996

Priv. allmän- läk. antal	Taxe- ansl. all- mänläk. antal	Tot. antalet prim.vårds- läk. exkl. taxeansl. allm.läk. (SoS)	Priv. läk. på prim.vårds- nivå exkl. tax.ansl. allm. läk. procent	inkl. taxansl. allm.läk.	Priv. allm.- läk som över- gått t. nat. tax. antal
S:a 490-500	360	4 126	12	19	143

Det finns anledning att notera att denna utveckling går stick i stäv med regeringens och riksdagens intentioner nämligen att öka antalet vårdavtal med de privata vårdgivarna. Visserligen var detta uttalande i första hand riktat mot de privata organspecialisterna men det är svårt att se att förhållandena skulle vara så annorlunda på primärvårdsnivå att en sådan utveckling inte skulle vara lika önskvärd här.

3.10.2 Primärvårdens organisation

Det generella omdömet, vad avser förändringar i primärvårdens organisation p.g.a. att husläkarlagen upphört, är att några påtagliga förändringar ej ägt rum. Inom flertalet sjukvårdsområden gäller områdesansvar samtidigt som patienternas fria läkarval gäller. Ett par sjukvårdshuvudmän införde aldrig husläkarsystemet och ett par sjukvårdshuvudmän har kvar husläkarsystemet. Flertalet har kvar listningen som varierar mellan 3 000 till 2 000. I vissa fall har den centrala listningen upphört och det är frivilligt på lokal nivå. Den passiva listningen är i princip borta och i några fall har kapitationersättningen upphört.

Den vanligaste ersättningsformen inom primärvården är att varje vårdcentral får en fast kapiteringsersättning och ersättning per besök. Ersättningen per besök kan vara bara patientavgift eller en större summa

beroende på hur relationen mellan den fasta och rörliga ersättningen ser ut. I vissa fall utgår bara kapiteringsersättning och i vissa fall får vårdcentralen bara ersättning per besök. Hur ersättningen till vårdcentraler ser ut får också konsekvenser för huruvida fria nyttigheter i form av utnyttjande av laboratorie- och röntgentjänster ingår eller om dessa kostnader belastar vårdcentralens budget. I de flesta fall (60 %) utgör dessa tjänster en fri nyttighet men i övriga fall (40 %) ingår kostnaderna för dessa tjänster i vårdcentralens budget. Däremot utgör dessa tjänster oftast en fri nyttighet för de privata vårdgivarna antingen genom att den nationella taxans regler följs eller att förhållandena regleras i avtal. Beträffande ersättning för lokaler är det vanligast att särskild kompensation utgår genom att lokalkostnaderna är "öronmärkta" i vårdcentralens budget.

I de flesta fall anger sjukvårdshuvudmannen att de offentliga och privata allmänläkarna har samma arbetsuppgifter. I de fall där skillnader föreligger anges att grundåtagandet är lika, men att de privata saknar tilläggsåtaganden i form av jour/beredskap, mödravårdscentraler och barnavårdscentraler. I ett par fall pågår förhandlingar i dessa frågor. Bland vissa sjukvårdshuvudmän varierar åtagandena för de privata allmänläkarna. De som man träffat avtal med har i princip samma arbetsuppgifter medan de som erhåller ersättning enligt den nationella taxan oftast enbart driver läkarmottagning och saknar områdesansvar.

3.11 De regionala samverkansorganen

Samtliga sjukvårdshuvudmän har inrättat regionala samverkansorgan med de privata vårdgivarna, varav en uppgivit att man ännu inte haft sitt första sammanträde. I ett fall ingår endast läkarna i samverkansorganet. I några fall har man eller överväger att inrätta separata samverkansorgan för läkare och sjukgymnaster ofta på initiativ av de privata vårdgivarna.

Även om flera betonar att det är för tidigt att ange ett generellt omdöme om samverkansorganet är den allmänna bedömningen mycket positiv och att det varit en såväl förutsättning som medverkat till att en

ökad samverkan påbörjats. Själva det faktum att parterna träffas bidrar till en ökad förståelse och ger ett värdefullt erfarenhetsutbyte. De frågor som behandlats hittills är följande: vårdavtal, 65-årsgränsen och ersättningsetableringar, remissfrågan, kvalitetspolicy, upphandlingsfrågor, vikariatsregler, vårdköer och utarbetande av samverkanspolicy.

4 Skall vårdavtal med enskilda läkare och sjukgymnaster upphandlas eller ej?

4.1 Bakgrund och uppdraget

Under hösten 1995 inkom en förfrågan från SPRI till Nämnden för offentlig upphandling, NOU, huruvida det föreligger krav på anbuds-förfarande i samband med avtal med husläkare, andra specialisläkare och sjukgymnaster.

NOU beslöt vid sitt sammanträde 1995-12-12, §6, att som svar på SPRI:s förfrågan meddela att det enligt nämndens bedömning närmast är att anse som en upphandlingssituation att ingå vårdavtal vid nyetablering av privatpraktiserande vårdgivare, varvid LOU skall tillämpas. Med hänvisning till nämndens beslutsunderlag kan beslutet sägas ha följande praktiska innebörd:

- eventuella samverkansavtal eller vårdavtal som träffas med sådan läkare eller sjukgymnast som den 31 december 1995 var verksam och erhöll ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS), ej behöver föregås av ett upphandlingsförfarande enligt lag (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU),
- samverkansavtal med sådan läkare och sjukgymnast som nyetablerar sig inom ramen för LOL och LOS ej behöver föregås av ett upphandlingsförfarande enligt LOU,
- om ett landsting vill få till stånd ett avtal med en anställd läkare eller sjukgymnast eller om denne är över 65 år kan ej samverkansavtal träffas. I dessa fall skall vårdavtal tecknas,
- vårdavtal med sådan läkare och sjukgymnast som nyetablerar sig skall föregås av upphandlingsförfarande enligt LOU.

Nämndens beslut var inte enigt. Fyra ledamöter röstade för och tre ledamöter reserverade sig mot beslutet.

Efter NOU:s beslut hörde flera landsting av sig till Landstingsförbundet och begärde att förbundet skulle uppvakta Socialdepartementet för att få ett förtydligande till stånd. Detta antingen av lagtexterna i LOL och LOS eller av specialmotiveringarna till dessa lagar så att där tillräckligt skall framgå att ett vårdavtal ej skall behöva föregås av ett LOU-förfarande. I skrivelsen till Socialdepartementet 1996-02-23, "Översyn av vårdersättningslagarna" hemställer Landstingsförbundets styrelse att en översyn kommer till stånd så att vårdavtal enligt LOL och LOS ej skall föregås av ett LOU-förfarande.

1996-06-27 överlämnade Socialdepartementet skrivelsen till Samverkansdelegationen. Departementet anger i protokollet att det är en väsentlig uppgift för delegationen att bland annat följa och bedöma frågor om konkurrensneutralitet och offentlig upphandling.

Delegationen har i sin beredning av ärendet bland annat träffat företrädare för NOU och Landstingsförbundet. Påpekas bör att Landstingsförbundet anser att upphandlingsförfarande enligt LOU skall gälla vid såväl vårdavtalstecknande med juridiska personer, detta även om tjänsterna rör läkarvård och sjukgymnastik, som vårdavtalstecknande med andra enskilda vårdgivare än läkare och sjukgymnaster. Grunden för att ej behöva upphandla för enskilda läkare och sjukgymnaster är den direkta kopplingen till bestämmelserna i LOL och LOS.

4.2 Genomgång av och bakgrund till gällande lagstiftning

4.2.1 Lag om läkarvårdsersättning och lag om ersättning för sjukgymnastik

Sjukvårdshuvudmännen har ansvaret för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård. En viktig förutsättning för att skapa likvärdiga villkor är att huvudmännen kan fördela resurserna efter behov, påverka verksamhetens inriktning och kontrollera dess kvalitet. De specialistläkare och sjukgymnaster som vill etablera sig som privatpraktiker med tillgång till offentlig finansiering enligt LOL och LOS kan bara göra det om de träffar ett samverkansavtal med sjukvårdshuvudmannen.

Redan under hösten 1994 ändrades bestämmelserna i LOL och LOS och den under drygt 10 månader så kallade fria etableringen för specialistläkare och sjukgymnaster upphörde. Skälen var att möjliggöra kostnadskontroll och återge landstingen reella möjligheter att fullgöra sitt planeringsansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL.

Tydligt uttalar regering och riksdag att det är eftersträvänsvärt att förhållandena mellan landstingen och privata vårdgivare fortsättningsvis regleras i avtal. Det primära skälet är att landsting och de privata vårdgivare framöver ska verka i samförstånd. I första hand menar regering och riksdag att vårdavtal bör eftersträvas.

Beträffande frågorna kring samverkans- och vårdavtal, och i övrigt med avseende på upphandlingsfrågorna relevanta delar, regleras dessa i §§ 5, 7-9 och 26 (LOS) / 27 (LOL) samt i vissa övergångsbestämmelser till respektive lag.

I 5 § anges att läkarvårds-/sjukgymnastikersättning enligt dessa lagar endast lämnas till läkare/sjukgymnast som har samverkansavtal med landstinget rörande sin verksamhet.

Kravet på samverkansavtal gäller inte vid de vikariesituationer som anges i 10 §.

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

Vårdavtalet gäller då i stället för bestämmelserna i LOL och LOS.

I 7-9 §§ framgår till vilka läkare och sjukgymnaster som ersättning skall lämnas (vissa specialist-/ respektive bakgrundskrav uppställs) och att ersättning endast lämnas till läkare/sjukgymnast som senast ett år efter det att verksamheten påbörjats bedriver verksamhet på heltid (35 timmar per vecka i genomsnitt), om inte särskilda skäl föreligger eller har arbetat minst denna tid någon tolv månader stid under de senaste två åren. Läkarvårds-/sjukgymnastikersättning lämnas inte till en läkare/sjukgymnast som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om läkaren/sjukgymnasten är tjänstledig och vikarierar för en annan läkare. Läkarvårds-/sjukgymnastikersättning lämnas inte heller till en läkare/sjukgymnast som vid vårdtillfället är sextiofem år eller äldre.

I 26 § (LOS) och 27 § (LOL) framgår att regeringen meddelar verkställighetsföreskrifter till LOL och LOS.

I praktiken innebär detta att regeringen fastställer den förordning (taxa) som är tillämplig för respektive lag.

I övergångsbestämmelserna till LOL och LOS framgår bland annat att en läkare/sjukgymnast som var verksam enligt dessa lagar före den 1 januari 1995 har rätt till fortsatt ersättning utan krav på samverkansavtal.

Dessutom undantogs de läkare/sjukgymnaster som var verksamma enligt respektive lag den 1 januari 1995 från kraven på specialist/erfarenhet och heltidsverksamhet. De läkare/sjukgymnaster som fyllt 65 år medgavs fortsatt rätt till ersättning, dock längst till och med utgången av 1996.

4.2.2 Lag om offentlig upphandling

Lagen om offentlig upphandling, LOU, är det övergripande regelverket för offentlig upphandling. Huvudregeln är att konkurrensmöjligheterna på marknaden skall utnyttjas och att upphandlingen skall vara affärsmässig och genomföras utan ovidkommande hänsyn. Lagen styr formerna för anbudskonkurrens, tidsperioder och annonsering, val av anbudsgivare m.m.

Länsrätten kan besluta om att upphandlingen skall göras om ifall upphandlaren har gjort fel enligt LOU. Ett alternativt länsrättsbeslut är att upphandlingen får avslutas först när rättelse har gjorts. Om anbudsgivare efter avslutad anbudstävling anser att denna inte gått korrekt till finns möjlighet för denne att gå till tingsrätt och begära skadestånd.

Om en offentlig förvaltning vinner en anbudstävlan om den egna verksamheten, trots att man inte lämnat det förmånligaste budet, skall förfarandet kunna prövas utifrån lagens regler om affärsmässighet.

I lagens sjätte kapitel definieras vårdtjänster som så kallade B-tjänster. Upphandlingen skall normalt göras som förenklad upphandling. Med detta menas upphandling där alla leverantörer har rätt att delta. Deltagande leverantörer skall lämna skriftliga anbud och den upphandlande enheten får förhandla med en eller flera anbudsgivare. Vid vissa tillfällen får dock direktupphandling användas, nämligen om upphandlingens värde är lågt eller om det finns synnerliga skäl, såsom synnerlig brådska.

Vid förenklad upphandling infordras anbud genom annons eller skrivelse. Leverantör som inte särskilt tillfrågats har rätt att på begäran få förfrågningsunderlaget på samma villkor som andra leverantörer.

För B-tjänster över tröskelvärdet för A-tjänster, dvs. 200 000 ecu, gäller dessutom att man senast inom 48 dagar efter det att upphandlingen avslutats skall skicka ett meddelande till Byrån för Europeiska gemenskapens officiella publikationer i Luxemburg. I meddelandet skall anges om den upphandlande enheten godkänner att meddelandet publiceras.

4.3 Nämndens för offentlig upphandling argument för att vårdavtal skall upphandlas

Vid Nämndens för offentlig upphandling (NOU:s) beslut 1995-12-12, §6, ställde sig fyra (Lisbeth Edlund, ordförande, Kamrarrätten i Göteborg, Bengt Agild, vice ordförande, Kommerskollegium, Tomas Axi, Luftfartsverket och Torsten Brink, Sveriges Industriförbund) av nämndens sju ledamöter bakom beslutet, att som svar på SPRI:s förfrågan meddela att det enligt nämndens bedömning närmast är att anse som en upphandlingssituation att ingå vårdavtal vid nyetablering av privatpraktiserande vårdgivare, varvid LOU skall tillämpas.

NOU:s argumentation utgår dels från LOU och dels från direkta citat ur regeringens proposition 1994/95:195 "Primärvård, privata vårdgivare m.m." som stöd för att LOU är tillämplig.

NOU menar att i LOU definieras upphandling bland annat som köp av tjänster. Upphandlingskontrakt definieras som skriftliga avtal som en upphandlande enhet ingår avssende lagen, 1 kapitlet 5 §. Enligt tjänstedirektivet (92/50/EEG) definieras offentliga tjänsteavtal: "skriftliga avtal med ekonomiska villkor mellan en tjänsteleverantör och en upphandlande myndighet". Eftersom villkoren inklusive ersättningen framförhandlas individuellt uppfyller vårdavtalen förutsättningarna för att anses som upphandling enligt LOU. Vårdavtal avseende hälso- och sjukvårdstjänster är att betrakta som B-tjänster som normalt skall föregås av förenklad upphandling i enlighet med 6 kapitlet i LOU.

Vid förenklad upphandling skall skriftliga anbud införas genom annons eller skrivelse. Vid upphandling av vårdavtal kan det vid bedömningen av inkomna anbud vara nödvändigt att ta hänsyn till flera faktorer än priset. Med anledning av vårdavtalens karaktär bör tilldelning av kontrakt ske utifrån det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet, med hänsyn till de angivna omständigheterna som tillmäts betydelse i den enskilda upphandlingen.

När det gäller övergång från samverkansavtal till vårdavtal, utan krav på upphandling, menar NOU att denna möjlighet endast är förbehållen de vårdgivare som vid lagändringarnas ikraftträdande (1995) var verk-

samma mot ersättning enligt lagen om läkarvårds-/sjukgymnastik-ersättning enligt LOL och LOS.

För att exemplifiera hänvisar NOU till följande citat i propositionen;

(sid 29) Sjukvårdshuvudmännen har ansvaret för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Vården skall ges till alla på lika villkor. En viktig förutsättning för att sjukvårdshuvudmännen skall kunna skapa likvärdiga villkor vad gäller tillgång till hälso- och sjukvård är att de kan fördela resurserna efter behov, påverka verksamhetens inriktning och kontrollera dess kvalitet.

(sid 56) Produktionen av sjukvårdstjänster kan också delvis ske i alternativ till landstingens egen produktion så länge sjukvårdshuvudmannen har inflytande över verksamhetens inriktning, tillgänglighet och kvalitet.

(Sid 63) Ett samlat kostnadsansvar har införts för att underlätta planering och ge bättre förutsättningar för kostnadskontroll inom hälso- och sjukvården. För att ge sjukvårdshuvudmännen ökade möjligheter att pröva hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning anser regeringen att förhållandena mellan sjukvårdshuvudmannen och de privata vårdgivarna skall regleras i avtal. I första hand bör vårdavtal eftersträvas.

Enligt NOU är vad som skall regleras i vårdavtal (åtagande, ersättning, verksamhetsinriktning, former för rapportering, former för kvalitetssäkring m.m.) typiska upphandlingsrekvisit. Om man därutöver sluter vårdavtal för att knyta de privata vårdgivarna till att ingå i en offentlig jourorganisation m.m. innebär detta att man sluter avtal med någon för att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för.

NOU pekar också på att det under deras handläggning av ärendet ifrågasatts om landstingen är huvudmän beträffande verksamhet som grundas på samverkans- eller vårdavtal. NOU gör den bedömningen att huruvida landstingen är huvudman eller ej beträffande upprättande av vårdavtal inte har någon betydelse för avgörandet om det är en upphandlingssituation. Avgörande är om den som tecknar vårdavtalet med vårdgivaren är en upphandlande enhet eller ej.

4.4 Landstingsförbundets och reservanternas argument mot att vårdavtal skall upphandlas

Vid NOU:s beslut 1995-12-12, §6, reserverade sig tre av nämndens sju ledamöter mot beslutet.

Eskil Nord, Finansdepartementet, framförde att "vårdavtal i den form som avses i detta ärende är med hänsyn till deras bakgrund enligt min mening närmast att se som ett utflöde av en offentligrättslig reglering av en delvis offentligfinansiering av sjukvårdsersättning och inte som en upphandling."

Eva Sveman, Landstingsförbundet, och Bengt O Renberg, Svenska kommunförbundet, framförde bland annat att LOL och LOS återspeglar synen att sjukvårdshuvudmän och privata vårdgivare skall samverka. De närmare förutsättningarna för privata vårdverksamheter har dock ansetts hellre böra regleras i särskilda avtal än i författning. Vårdavtal skall i första hand eftersträvas. Vårdavtal kommer att i stor utsträckning att träffas med privata vårdgivare som redan är verksamma med offentlig finansiering, helt i enlighet med lagstiftningens intentioner. De tjänster som lämnas av privata vårdgivare är inte tjänster åt respektive sjukvårdshuvudman utan åt de enskilda som söker vård. Vårdgivaren ansvarar själv för innehåll och kvalitet i sådan vård. En annan sak är att landstinget till följd av sitt allmänna ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen måste ta de initiativ som krävs om tillfredsställande vårdmöjligheter saknas på något område. Dessutom har privata vårdgivare rätt att bedriva verksamhet som inte är beroende av godkännande från landstinget. Den som uppfyller stadgade behörighetskrav kan när som helst påbörja verksamhet riktad till enskilda.

Reservanterna menade också att tecknande av vårdavtal oftast avviker från en vanlig upphandlingssituation, där landstinget önskar få en viss tjänst utförd av någon utanför den egna organisationen. Vid vårdavtal kommer oftast initiativet utifrån samtidigt som landstinget föreslås stå för finansieringen. Att någon upphandlingssituation heller inte föresvävat lagstiftaren framgår klart av att de i varje landsting inrättade samverkansorganen bland annat anges ha till uppgift att yttra sig över

ansökningar om etableringar, dispenser samt vård- eller samverkansavtal.

Reservanterna framförde avslutningsvis att vårdavtal utan föregående upphandling inte strider mot EG-rätten.

Landstingsförbundets skrivelse till Socialdepartementet per 1996-02-23 tar upp ytterligare argument för att vårdavtal inte skall behöva föregås av upphandling enligt LOU:

Enligt förbundsstyrelsens uppfattning utgör inte vårdavtalen sådana avtal om tjänster till landsting eller kommuner som avses i EU:s upphandlingsdirektiv. Det offentliga finansieringsansvaret förmedlas visserligen genom avtal, men grunden för avtalen är offentligrättslig lagstiftning. Tillämpningsområdet för tjänstedirektiven framgår av dess ingress. Där anges att "Whereas the provision of services is covered by this Directive only in so far it is based on contracts; whereas the provision of services on other bases, such as law or, regulation or employment contracts, is not covered." Redan på grund av detta omfattas således avtalen med vårdgivarna inte av tjänstedirektivet. Styrelsen anser att detta synsätt också kan appliceras på de tjänster som omfattas av kapitel 6 i LOU. Därutöver anser styrelsen att systemet med samverkansavtal eller vårdavtal närmast liknar ett koncessionsförfarande. Tjänstekoncessioner uteslöts avsiktligt från tjänstedirektivet vid dess utarbetande.

1996-10-03 träffade Samverkansdelegationens sekretariat företrädare för Landstingsförbundet. Vid detta möte framförde förbundet att vårdavtal mellan landsting och läkare respektive sjukgymnast är att betrakta som en variant på samverkansavtal. Eftersom samverkansavtal ej behöver upphandlas följer med automatik att vårdavtal för dessa vårdgivare ej heller behöver omfattas av krav på upphandling. Enligt förbundet skall dock upphandlingsförfarande enligt LOU gälla såväl när vårdavtal tecknas med juridiska personer, även om tjänsterna rör läkavård och sjukgymnastik, som när vårdavtal tecknas med andra enskilda vårdgivare än läkare och sjukgymnaster. Grunden för att ej behöva upphandla för enskilda läkare och sjukgymnaster är den direkta kopplingen till bestämmelserna i LOL och LOS.

4.5 Överväganden och förslag

4.5.1 Inledning

Det resonemang och de synpunkter som delegationen för i detta avsnitt rör endast relationen till enskilda läkare och sjukgymnaster som har eller önskar få en personlig etablering med LOL och LOS som utgångspunkt. Det avser följaktligen inte entreprenader eller avtal med juridiska personer av typ Praktikertjänst m.fl. I dessa fall ifrågasätts inte att LOU skall tillämpas. Ett upphävande av LOL och LOS skulle med automatik leda till att kravet på upphandling uppstod.

Delegationen är också medveten om att det i många fall inte finns någon skarp gräns mellan avtal med enskilda och juridiska personer. Avtal med juridiska personer är i lika stor utsträckning ett avtal med enskilda vårdgivare som under avtalsperiodens längd har sin personliga etablering vilande.

Delegationen vill vidare markera att man i detta sammanhang inte tar ställning till de nationella taxorna på sikt för läkare och sjukgymnaster. Den särställning som dessa yrkeskategorier åtnjuter i relation till andra yrken inom hälso- och sjukvården avser delegationen att återkomma till i sin slutrapport 1997.

En av Samverkansdelegationens uppgifter är att söka former för att underlätta samverkan mellan privat och offentligt bedriven vård och söka undanröja eventuella hinder för en sådan samverkan. Vid delegationens möten med de lokala samverkansorganen under 1996 har ett flertal av dessa organ hävdat att nuvarande utformning av LOL och LOS, och NOU:s beslut, hämmar en framtida god och smidig samverkan mellan landsting och blivande privata läkare och sjukgymnaster.

Avsaknaden av flexibilitet och möjlighet till att göra lokala anpassningar innebär att vårdavtal inte kommer till stånd. Kravet på upphandling för de läkare och sjukgymnaster som fyllt/fyller 65 år, och tidigare varit verksamma enligt LOL och LOS, finns det ingen förståelse för.

Samtidigt kan delegationen konstatera att det föreligger oklarheter och missförstånd om innebörden i NOU:s beslut. Eftersom den till helt övervägande delen av de idag verksamma läkarna och sjukgymnasterna var etablerade enligt LOL och LOS den 31 december 1995 och att det klart framgår att upphandling i dessa fall inte föreligger kan NOU:s beslut knappast vara en förklaring till att så få vårdavtal träffats under 1996. Det torde snarare vara oklarheter om den nationella taxans konstruktion med hänsyn till pågående översyn liksom den nationella taxans framtida ställning överhuvudtaget som är de avgränsande faktorerna.

Ett förtydligande av övergångsbestämmelserna vad gäller eventuell fortsatt verksamhet för läkare och sjukgymnaster som uppnått 65 års ålder behöver emellertid göras. Eftersom majoriteten av dessa vårdgivare under många år framöver kommer att tillhöra den grupp som den 31 december 1995 var verksamma enligt LOL och LOS bör det tydligt framgå att vårdavtal med dessa inte behöver upphandlas.

Vidare bör förtydliganden göras beträffande övergångsbestämmelserna för de läkare som är verksamma enligt den tidigare gällande husläkarlagen. För de husläkare som har rätt att återgå/övergå till verksamhet enligt LOL bör ej heller krav på upphandling ställas vid tecknande av vårdavtal. Ett exempel på en sådan situation är de landsting som avser att övergå från listningsförfarande till områdesansvar. Ändringar alternativt tillägg i gällande avtal kan inte anses utgöra grund för uppsägning av avtal och förnyad upphandling.

4.5.2 Överväganden

Huvudresonemanget i NOU:s beslut om att vårdavtal skall upphandlas i motsats till samverkansavtal är att det i vårdavtalet är möjligt att frångå gällande nationella bestämmelser om ersättning för utförda tjänster och att därmed en konkurrenssituation om bland annat pris och kvalitet uppstår. Enligt delegationens uppfattning kan man lika väl hävda att det är själva möjligheten att få vara verksam som privat vårdgivare med offentlig finansiering som är själva konkurrenssituatio-

nen, dvs. huruvida landstinget i form av samverkansavtal beviljar en etablering eller ej.

Ett annat motiv för att det ur upphandlingssynpunkt är svårförståeligt att betrakta vårdavtal och samverkansavtal på olika sätt är att det i inledningen av en överläggning mellan berörda parter kan vara oklart huruvida den önskvärda etableringen kommer att resultera i ett vårdavtal eller samverkansavtal. Snarare förfaller det mycket sannolikt att man först under förhandlingens gång kommer fram till om, och i vilken utsträckning, man önskar göra avsteg från LOL och LOS för att såväl tillgodose den enskilda vårdgivarens som landstingets speciella önskemål. Erfarenheterna från delegationens kontakter med såväl landsting som privata vårdgivare är att man många gånger betraktar samverkansavtal som ett första steg på en djupare relation och att man först efter en tid önskar ersätta detta med ett vårdavtal. I den situationen ter sig en upphandling av en redan etablerad relation som onödigt och krångligt, varför det sannolikt leder till att man avstår från att teckna vårdavtal, en utveckling som står i motsatsförhållande till regeringens och riksdagens intentioner.

Ovan förda resonemang kan enligt delegationens uppfattning leda till två olika slutsatser angående frågan om upphandling. Antingen skall såväl samverkansavtal som vårdavtal upphandlas enligt LOU eller också skall med hänvisning till den offentlighetsrättsliga lagstiftningen varken samverkansavtal eller vårdavtal upphandlas. Det finns argument för båda ståndpunkterna, men eftersom det inte har ifrågasatts att samverkansavtal inte behöver upphandlas skulle detta resonemang medföra att inte heller vårdavtal skall behöva upphandlas.

En avgörande utgångspunkt för såväl NOU:s beslut som reservanternas och Landstingsförbundets ställningstagande är den särställning som LOL och LOS ger läkare och sjukgymnaster och att samverkansavtal som helt bygger på LOL och LOS inte behöver upphandlas. En fråga som behöver belysas är om vårdavtal kan anses ha en koppling till LOL och LOS och därmed ett utflöde av en offentlighetsrättslig reglering eller om det är en helt fristående produkt. LOL och LOS är dispositiva, dvs. man kan med utgångspunkt i dessa lagar helt eller delvis i form av vårdavtal göra avsteg från gällande lagstiftning. Man kan alltså hävda

att träffande av ett vårdavtal utgår från LOL och LOS i vilket man avtalar bort vissa eller samtliga bestämmelser.

Detta resonemang försvåras delvis av den möjlighet som föreligger sedan 1996 att träffa samverkansavtal på begränsad tid. Därmed har rätten till livslång etablering tagits bort och tryggheten i nya samverkansavtal behöver i dag inte vara annorlunda än i ett vårdavtal. Därmed försvagas också, enligt delegationens uppfattning, det offentlighetsrättsliga argumentet för en särställning vad gäller kravet på upphandling. Den enda skillnaden mellan samverkans- och vårdavtal är då att det i det ena fallet finns regler på nationell nivå som reglerar gällande bestämmelser och att det senare, med utgångspunkt i lagens dispositivitet, finns möjligheter att avtala om annat innehåll. Delegationen anser vidare att det allmänt inte är känt varken bland landsting eller bland privata vårdgivare att samverkansavtal och därmed etableringstillstånd numera kan tidsbegränsas. Att så är fallet stöds också av det förslag som återfinns i betänkandet "Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer" (SOU 1996:91) och som säger att det i vårdavtal bör medges rätt att gå tillbaka till den nationella taxan vid avtalstidens slut.

Delegationen menar att om den offentlighetsrättsliga lagstiftningen och motivet för den särställning ur upphandlingssynpunkt skall kunna hävdas bör det klart framgå i kommentarerna till lagstiftningen att samverkansavtal och därmed ett medgivande till personlig etablering i normalfallet skall gälla tillsvidare och att det skall föreligga särskilda skäl för att samverkansavtal och etableringstillstånd skall tidsbegränsas.

Vårdavtal som helt saknar anknytning till LOL och LOS och/eller inte medger en övergång till den nationella taxan skulle därmed enligt delegationens uppfattning upphandlas.

Att tidsbegränsa rätten till en personlig etablering är såvitt delegationen kunnat finna i ett internationellt perspektiv unikt. Det finns därför all anledning för delegationen att följa i vilken utsträckning landstingen önskar tillämpa möjligheten till tidsbegränsning och hur det påverkar viljan att på begränsad tid etablera sig med de investeringar som en etablering initialt medför.

En väsentlig uppgift för delegationen är enligt direktiven att bland annat följa och bedöma frågor om konkurrensneutralitet och offentlig upphandling. Delegationen vill därför i detta sammanhang redovisa ett av Konkurrensverket nyligen (1996-11-06) fattat beslut angående ifrågasatt konkurrenssnedvridande mödravårdsersättning.

Bakgrunden är att Stockholms läns landsting år 1992 träffade avtal med två privata mödravårdscentraler om graviditetsövervakning, Mama Mia och Munkbrons Privata Mödravård. Därefter har landstinget omförhandlat avtalet för Mama Mia med sänkt ersättning som följd. Av olika skäl har motsvarande omförhandling inte ägt rum med Munkbrons Privata Mödravård. Barnmorskegruppen Mama Mia har därför i skrivelse till Konkurrensverket ifrågasatt huruvida landstingets sätt att utforma mödravårdsersättningen strider mot konkurrenslagen (KL).

I beslutet ger Konkurrensverket uttryck för följande bedömning.

"- - - Oavsett i vilken regi mödravårdsverksamheten bedrivs finansieras denna av landstinget. Privata aktörer, som önskar utföra mödravårdstjänster är därför beroende av att träffa avtal med landstinget. Därmed är landstingets beslut att teckna avtal inklusive ersättningsvillkor med privata vårdgivare att betrakta som myndighetsutövning, varför KL inte är tillämplig i detta fall. - - -"

Några slutsatser av Konkurrensverkets beslut kan emellertid inte dras vad avser tillämpningen av LOU.

Ett väsentligt syfte med både LOU och KL är att befintliga resurser skall utnyttjas så effektivt som möjligt och att tjänsteproducerande myndigheter genom att erbjuda alternativa driftformer till den egna produktionen främjar såväl ökad kostnadseffektivitet som ökad valfrihet för patienterna.

4.5.3 Förslag

Samverkansdelegationen anser att det finns skäl att föreslå vissa förtydliganden/ändringar i LOL och LOS. Härigenom underlättas för landsting och privata läkare och sjukgymnaster, och redan etablerade enligt LOL och LOS som fyller 65 år, att teckna avtal på ett smidigare och flexiblere sätt än i dag.

Samverkansavtal för viss tid

Redan i dag föreligger en möjlighet att teckna samverkansavtal för viss tid. Nuvarande lagtexter respektive de skrivningar som finns i förarbetena till LOL och LOS medger denna rätt. Antagligen är detta förhållande okänt ute bland vårdgivarna och landstingen. Tidigare "livslång" etablering eller nuvarande rätt att vara verksam till 65 års ålder kan sålunda avtalas bort. Delegationen vill dock påpeka att denna möjlighet endast bör användas om särskilda skäl föreligger. Sådana skäl kan exempelvis vara att av landstingen fastställda vårdprogram kan kräva särskilda insatser under ett visst antal år eller att vårdgivaren kan ha särskilda skäl att vara verksam under en begränsad tid.

Tidsbegränsade vårdavtal med vårdgivare som är verksamma enligt LOL och LOS

Samverkansdelegationen finner att det är rimligt att landstinget och redan verksamma läkare och sjukgymnaster, eller de som kommer att bli, verksamma enligt LOL och LOS kan teckna vårdavtal som helt eller delvis och under en begränsad tid gör avsteg från de nationella taxorna. Denna rätt bör gälla oavsett när läkaren och sjukgymnasten startade sin verksamhet, dvs. även gälla för de vårdgivare som blev verksamma efter 31 december 1995.

Skälet till denna slutsats är att finansiären, dvs. landstinget, under vissa omständigheter kan behöva göra särskilda insatser inom speciella områden. Att genom vårdavtal med de privata vårdgivare som landstinget redan har ett finansieringsansvar mot skapa en möjlighet till ett flexibelt nyttjande förefaller rimligt.

Fortsatt verksamhet efter 65 år

Enligt Samverkansdelegationen bör det vara möjligt för landstingen att bevilja fortsatt verksamhet för viss tid, utan krav på upphandling, för de läkare och sjukgymnaster som är verksamma enligt LOL och LOS efter det att dessa har fyllt 65 år. I särskilda fall kan det vara lämpligt

att låta sedan lång tid kända vårdgivare fortsätta sin verksamhet enligt gällande lagar. Dessa överenskommelser bör vara tidsbegränsade.

Övriga förslag

Utöver dessa förslag till lagändringar föreslår delegationen att det bör göras förtydliganden av övergångsbestämmelserna för de som varit verksamma enligt den tidigare gällande husläkarlagen. För de husläkare som har rätt att övergå/återgå till verksamhet enligt LOL bör ej krav på upphandling ställas vid tecknande av vårdavtal. Ändringar alternativt tillägg i gällande avtal kan inte anses utgöra grund för uppsägning av avtal och förnyad upphandling.

Delegationen anser att det behöver göras en översyn av såväl KL som LOU vad avser tillämpningen av dessa när det gäller hälso- och sjukvårdstjänster och där man för att kunna bedriva verksamhet med offentlig finansiering är hänvisad till att träffa avtal med ett landsting.

5 Delegationens erfarenheter av kontakter med sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna

Delegationens ledamöter och sekretariat har hittills besökt 21 sjukvårdshuvudmän och då regelmässigt träffat ledamöterna i de regionala samverkansorganen. Kontakter har också löpande hållits med de centrala intresseorganisationerna. Vidare har ett antal skrivelser såväl överlämnats från Socialdepartementet som inkommit direkt till delegationen, företrädesvis från de privata vårdgivarna.

5.1 De regionala samverkansorganen

Även om det generellt sett ännu kan utläsas få konkreta resultat av samverkansorganens arbete skall man inte underskatta betydelsen av det faktum att det i dag finns ett forum där de olika parterna kan träffas och utbyta erfarenheter. Snarare är det delegationens uppfattning att samverkansorganen haft stor betydelse i detta avseende genom att det skapat en bas för att utveckla ett ömsesidigt förtroende, vilket är en grundförutsättning för att ett verkligt samarbete skall komma till stånd. Delegationen vill betona att det inte bara handlar om betydelsen av att sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna ges ett forum att mötas i utan i minst lika stor utsträckning har betydelse att de privata och offentligt anställda vårdgivarna möts. Det finns på samtliga håll myter om varandra som bara kan undanröjas genom att kunskap och fakta om varandras arbetssituation kommer fram. Delegationen vill också framhålla att det finns regionala samverkansorgan som kommit mycket långt och som gemensamt arbetat fram en policy för hur samarbetet skall utvecklas. Delegationen har kunnat notera att sammansätt-

ningen i de regionala samverkansorganen varierar. I vissa finns även politiskt ansvariga för hälso- och sjukvårdsfrågor medan i andra sjukvårdshuvudmannen representeras av endast tjänstemän. Vidare är det inte ovanligt att företrädare för de offentligt anställda vårdgivarna också företräder sjukvårdshuvudmannen i samverkansorganen. Det speglar tydligt sjukvårdshuvudmännens roller som finansiär, beställare och producent. Som framgått tidigare anser emellertid delegationen att det visat vara av stor betydelse att de regionala samverkansorganen också blivit ett forum för de privata och offentligt anställda vårdgivarna.

Från de privata vårdgivarnas sida har vid ett flertal tillfällen frågan om intäktsbortfall för deltagande i de regionala samverkansorganen tagits upp. Såvitt delegationen kunnat finna är det endast i ett fåtal fall som arvode utbetalats. Från sjukvårdshuvudmannens sida hävdas ofta att parterna har ett gemensamt intresse av den aktuella samverkansformen, varför varje part bör svara för sina företrädare. Delegationen kan vidare konstatera att det på vissa håll betalas ut ersättning till de privata vårdgivarna från de fackliga lokalavdelningarna. I många fall förläggs också sammanträdena på kvällstid för att undvika intäktsbortfall.

Det bör vidare noteras att det i det s.k. normalarvodet för taxeanslutna läkare och sjukgymnaster förutsätts ingå ersättning för en rimlig omfattning av sammanträden och konferenser. Vad som är rimligt är naturligtvis en tolkningsfråga och bör närmare regleras mellan sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna.

5.2 Vårdavtal och lagarna om läkarvårdsersättning respektive ersättning för sjukgymnastik

Från sjukvårdshuvudmännens sida betonas ofta det riktiga i att den utveckling som riksdag och regering givit uttryck för om att vårdavtal skall vara det normala sättet som reglerar samarbetet med de privata vårdgivarna. Många sjukvårdshuvudmän menar att det är en förutsättning för att de samlade resurserna skall utnyttjas så effektivt som möjligt. Vidare bidrar vårdavtal till att den privata vården på ett naturligt sätt ingår i sjukvårdshuvudmännens totalplanering.

Att det hittills varit förhållandevis trögt att få till stånd vårdavtal sägs från sjukvårdshuvudmännens sida i första hand bero på den nationella taxans generösa utformning. Det finns, menar man, i dag få incitament från båda parter sida att träffa vårdavtal då de nationella reglerna bildar ett "golv" för den ekonomiska ersättningen. Få förespråkar emellertid ett helt borttagande av ett nationellt regelsystem, även om det på sikt inte behöver lagregleras. I stället bör det överlåtas till de centrala parterna att utforma gemensamma riktlinjer inom vilka respektive sjukvårdshuvudmän kan träffa vårdavtal där hänsyn tas till såväl den enskilde sjukvårdshuvudmannens vårdbehov som den enskilde vårdgivarens inriktning, arbetssätt och uppgift i vårdkedjan.

Kritik har också riktats mot att taxans nuvarande konstruktion stimulerar till att ta emot "enklare fall", som kan klaras av primärvården, i stället för att ägna sig åt de fall som verkligen kräver specialistens särskilda kompetens. Även om sjukvårdshuvudmännen samfällt anser att det är principiellt riktigt att inordna de särskilda åtgärderna under taket kan det leda till att nuvarande förhållande förstärks. Det är en allmän uppfattning att för få kvalificerade åtgärder är prissatta och att de är för lågt prissatta, medan de enklare åtgärderna ger en för generös ersättning. En annan kritik är att taxan konstruerades med utgångspunkt i kostnadsutvecklingen och inte beaktar kvalitet och resultat. Samtidigt har delegationen funnit exempel på där ovan nämnda frågor reglerats i vårdavtal. Nordöstra sjukvårdsområdet i Stockholm har kommit överens om en ersättningsmodell som stimule-

rar till kvalificerad vård framför "primärvårdsfall" och landstinget Gävleborg har i sina vårdavtal en del av ersättningen som är rörlig och där utfallet är beroende av vissa kvalitetsindikationer.

Det beslut som Nämnden för offentlig upphandling (NOU) fattat om att vårdavtal skall upphandlas enligt lagen för offentlig upphandling nämns också som ett hinder för att träffa vårdavtal.

Från de privata vårdgivarnas sida framhålls ofta vikten av att den nationella taxan bibehålls som en garant för att de skall få finnas kvar. Vidare uttrycker man oro för vad som händer när vårdavtalen upphör. Några har också gett uttryck för tveksamhet om de positiva konsekvenser som ett vårdavtal skulle kunna innebära sett i perspektivet av den frihet och självständighet som den personliga etableringen med lagstiftningen som stöd ger.

5.3 65-årsgränsen och rätten till ersättningsetablering

Från de privata vårdgivarnas sida är framför allt borttagandet av rätten till ersättningsetablering en källa till oro; det uppfattas som ett medvetet sätt att på sikt avveckla den privata vårdgivarkåren. Vidare hävdar man att gjorda investeringar och inte minst good-willvärden plötsligt är utan värde och att investeringsviljan successivt kommer att avta ju närmare pensionsåldern man kommer, vilket i sin tur är ett hot mot vårdkvalitén. Dessutom försvåras kontinuiteten i vården liksom de anställdas trygghet. Att införa en rigid 65-årsgräns har man också svårt att förstå när det i samhället i övrigt går mot en ökad flexibilitet av pensionsåldern.

Från sjukvårdshuvudmännens sida anser man att pensionsåldern bör vara lika för såväl privata som offentligt anställda vårdgivare. I dag är man ytterst restriktiv med att låta någon vara verksam efter uppnådd pensionsålder. Att sjukvårdshuvudmännen har beslutanderätt vad avser ersättningsetablering anser man vara en förutsättning för att kunna ta det samlade planerings- och finansieringsansvaret. Många hävdar också

att i dag, när det ställs stora krav på nedskärningar inom hela hälso- och sjukvårdssektorn, de privata vårdgivarna snarare är en privilegerad grupp eftersom majoriteten är taxanslutna eller om vårdavtal gäller har rätt att återgå till den nationella taxan. Därmed kan dessa inte omfattas av besparingar på samma sätt som de offentligt anställda.

5.4 Remisskravet

I en diskussion som förs om remisskrav finns det anledning att skilja på remisskrav till läkare och sjukgymnaster. Detta av två skäl. Det sjukvårdspolitiska argumentet att styra patienterna till "rätt vårdnivå" är tillämpligt på läkare, men inte på sjukgymnaster eftersom sjukgymnaster, oberoende av om de är verksamma som offentligt anställda eller privata vårdgivare finns på samma vårdnivå, nämligen primärvårdsnivån. Det andra motivet är att det redan före 1996 fanns remisskrav till privat sjukgymnastik och att de förändringar som kan noteras under 1996 har andra orsaker än remisskravet i sig.

Det är när det gäller remisskravet för tillgång till specialistläkarvård som åsikterna bland sjukvårdshuvudmännen starkast går i sär. En gemensam utgångspunkt är målsättningen att patienterna skall ges vård på rätt vårdnivå och att primärvården utgör basen för all hälso- och sjukvård. Bland de sjukvårdshuvudmän som medvetet avstått från att införa remisskrav till specialistläkarvård hävdas att det väsentliga är att tillsammans med vårdgivarna utveckla vårdkedjor och vårdprogram som ger patienten adekvat vård på rätt vårdnivå. I dessa vårdkedjor ges de privata specialistläkarna en given roll som, när det föreligger gemensamma vårdprogram, kan ta en större del av den öppna specialistvården från akutsjukhusen. Dessutom hävdas att ett generellt remisskrav är krångligt och skapar irritation bland patienterna. För patienterna kan det också leda till onödiga kostnader. Även primärvårdsläkarna uttrycker oro för en ökad arbetsbelastning som enbart "remissförmedlare" i en redan hårt pressad arbetssituation. En del sjukvårdshuvudmän anser att styrningen av patienter till rätt vårdnivå kan

ske genom differentierade vårdavgifter i stället för generella remisskrav.

De landsting som infört eller beslutat att införa remisskrav till specialistläkervård menar att remisskravet är det styrinstrument som krävs för att stärka primärvårdens ställning och att vård ges på rätt vårdnivå. Det finns vidare en uttalad ambition att minska antalet "onödiga" specialistläkarbesök och därmed spara pengar. Några hävdar vidare att de resurser som frigörs hos de privata specialistläkarna kan utnyttjas på ett effektivare sätt genom att man samtidigt kan styra över ett antal patienter från akutsjukhusens öppenvårdsmottagningar.

Från de privata specialistläkarnas sida uttrycks stor oro över att patientunderlaget drastiskt kommer att minska och att det kan leda till att man tvingas avveckla sin verksamhet. Detta inte i första hand p.g.a. att man tidigare skulle ha haft ett stort antal "onödiga" patienter utan för att resurserna i första hand kommer att styras till den offentligt bedrivna vården, nämligen akutsjukhusens öppenvårdsmottagningar. Många uttrycker också en stor skepsis till att akutsjukhusen frivilligt skulle medverka till att styra över patienter, oftast de mest "lönsamma" till de privata vårdgivarna. För att detta skall kunna ske krävs det mycket tydliga styrsignaler från sjukvårdshuvudmannens sida. Ett landsting som försökt möta denna oro är landstinget i Gävleborg, som i vårdavtal garanterat de privata vårdgivarna en lägsta inkomstnivå. Överenskommelsen kan också tjäna som en signal till de offentliga vårdgivarna att utnyttja de resurser som landstinget ändå finansierar.

Kravet på remiss till privat sjukgymnastik är som tidigare nämnts inget nytt och har därför inte föranlett ifrågasättande av samma omfattning. I stället har flertalet sjukvårdshuvudmän i och med de nya bestämmelserna valt att införa remisskrav till de offentligt anställda sjukgymnasterna. Bland de sjukvårdshuvudmän som aktivt tagit förnyad ställning till remisskravet menar de som bibehållit detta att inte minst den fria etableringen av sjukgymnaster lett till en kraftigt ökad konsumtion som inte kan vara medicinskt motiverad. Man menar att det finns en gräns mellan sjukvård och friskvård, som man måste få ökad kontroll över, bl.a. genom att begränsa antalet behandlingar och därmed minska kostnaderna. Inte desto mindre har de nya reglerna lett till stor oro bland sjukgymnaster i vissa landsting. Från de privata sjukgymnasternas sida hävdas att de nya reglerna lett till att primärvårds-

läkarna i större utsträckning remitterar till de offentligt anställda sjukgymnasterna och att det t.o.m. skulle finnas sjukvårdshuvudmän som mer eller mindre tydligt uttalat att sjukvårdshuvudmännens "egna" resurser i första hand skall utnyttjas. Delegationen har inte funnit att ett sådant synsätt sanktionerats av någon landstingsledning utan att det initierats av enskilt anställda, som inte minst i nedskärningstider, söker "rädda sin egen verksamhet". I ett fall finns det dokumenterat att en förvaltningschef skriftligt uppmanat vårdcentralerna att inte remittera till privata sjukgymnaster. P.g.a. den modell för budgetstyrning som finns inom primärvården i Västmanland har oron också varit stor bland sjukgymnasterna. Budgetsystemet innebär att familjeläkaren har hela budgeten för alla kostnader som familjeläkaren genererar, t.ex. remisser till sjukgymnastik. Det innebär att familjeläkarna har ett ekonomiskt incitament till att minska antalet sjukgymnastikbesök. Från sjukgymnasternas sida hävdas att risken är stor för att patienterna inte får den vård som de borde ha. Faktum är att antalet sjukgymnastikbesök minskat. Det kan nämnas att det f.n. förs diskussioner i Västerbotten att införa ett liknande beslut. Remisskravet ifrågasätts också av många sjukgymnaster, såväl privat som offentligt verkamma, då man anser att sjukvårdshuvudmannen därmed ifrågasätter sjukgymnasternas kompetens att självständigt kunna bedöma patientens behov av sjukgymnastik.

5.5 Övriga frågor

Från sjukvårdshuvudmännens sida tas ofta kravet på verksamhets- och kvalitetsuppföljning fram som en ytterst angelägen fråga och den som man bedömer som viktigast att få reglerat i vårdavtal. Delegationen har funnit att detta inte är någon kontroversiell fråga utan att det snarare råder en osäkerhet om på vilket sätt dessa krav skall utformas. Samtidigt har delegationen noterat att det föreligger bristande kunskap om den verksamhetsuppföljning som de taxeanslutna läkarna och sjukgymnasterna årligen med hjälp av sjukvårdshuvudmännen lämnar in till

Socialstyrelsen och att tillgängligt material följaktligen inte tas till vara och analyseras.

Även frågan om en rimlig kostnadskontroll av de privata vårdgivarnas verksamhet tas ofta upp från sjukvårdshuvudmännens sida. Samtidigt varierar bedömningen av hur stora möjligheterna faktiskt är i dag. Många anser att nuvarande regler med tak och att de särskilda åtgärderna fr.o.m. 1997 inordnas under taket samt att man förfogar över rätten till ersättningsetablering ger en rimlig kostnadskontroll. För att ytterligare kunna styra på vilket sätt resurserna används bör detta enligt sjukvårdshuvudmännen regleras i vårdavtal. Från de privata vårdgivarnas sida hävdas ofta att det föreligger en överdriven fokusering på just de privata vårdgivarnas kostnader som i flertalet landsting svarar för 2-3 % av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. I stället, menar man, borde större kraft ägnas åt att få kontroll över de övriga 97-98 % som den offentligt bedrivna vården svarar för. De privata vårdgivarna tar för övrigt ofta upp att de alltför ofta enbart betraktas som en kostnad för sjukvårdshuvudmännen och att man alltför sällan talar i termer av vad och hur mycket som faktiskt produceras. Att få till stånd system som möjliggör objektiva kostnadsjämförelser upplevs därför som mycket angeläget. Detta framhålls också som viktigt från sjukvårdshuvudmännens sida.

Sjukvårdshuvudmännen tar också ofta upp den risk för missbruk som man anser föreligger genom att läkare som är verksamma inom företagshälsovården samtidigt kan vara verksamma med rätt till ersättning enligt den nationella taxan. Få anser emellertid att det skall förbjudas att kombinera dessa verksamheter. I stället är detta en fråga som man anser bäst löses genom vårdavtal.

Från såväl sjukvårdshuvudmännens som de privata vårdgivarnas sida hävdas att det är viktigt att spelreglerna och arbetsvillkoren är så lika som möjligt. Sjukvårdshuvudmännen nämner det otillfredsställande i att taxanslutna läkare har fri tillgång till röntgenundersökningar och laboratorieprover. Vidare pekar man på de oklarheter som föreligger, när läkare delegerar till annan vårdgivare att utföra en viss åtgärd samtidigt som läkararvode debiteras. De privata vårdgivarna pekar på de olikheter som föreligger i ersättning vid telefonrådgivning och receptförskrivning per telefon samt hembesök. Även frågan om i vilken om-

fattning det kan anses rimligt att delta i sammanträden m.m. utan särskild ersättning är oklar enligt de privata vårdgivarna.

Från de privata vårdgivarnas sida tas ofta upp den dubbla roll som sjukvårdshuvudmännen har; dels som beställare av all hälso- och sjukvårdsproduktion, dels som arbetsgivare och ansvarig för hela den offentliga vårdproduktionen. Dessa dubbla roller medför en uppenbar risk för bristande objektivitet när man står inför val av olika driftformer och att risken för att alternativa driftformer kommer till korta är uppenbar. Detta problem accentueras enligt de privata vårdgivarna i de fall när sjukvårdshuvudmannen valt att delegera till de produktionsansvariga inom den offentliga sjukvården att också besluta om och förhandla med de privata vårdgivarna. Det kan gälla primärvårdschefen eller klinikchefen som inom ramen för sin budget skall förhandla om villkoren för de privata sjukgymnasterna och primärvårdsläkarna alternativt med de privata specialistläkarna.

The first part of the paper discusses the importance of the study of the history of the English language. It is pointed out that the history of the English language is a very complex and interesting subject, and that it is one of the most important branches of the study of the English language. The second part of the paper discusses the importance of the study of the history of the English language. It is pointed out that the history of the English language is a very complex and interesting subject, and that it is one of the most important branches of the study of the English language. The third part of the paper discusses the importance of the study of the history of the English language. It is pointed out that the history of the English language is a very complex and interesting subject, and that it is one of the most important branches of the study of the English language. The fourth part of the paper discusses the importance of the study of the history of the English language. It is pointed out that the history of the English language is a very complex and interesting subject, and that it is one of the most important branches of the study of the English language. The fifth part of the paper discusses the importance of the study of the history of the English language. It is pointed out that the history of the English language is a very complex and interesting subject, and that it is one of the most important branches of the study of the English language.

6 Finansiering, styrning och organisation av öppenvård i andra länder

6.1 Inledning

Delegationen har bedömt att erfarenheter från andra länder kan vara av intresse i delegationens fortsatta arbete. Det kan gälla såväl de grundläggande skillnaderna i system för att finansiera, styra och organisera de öppna vården som de *förändringar* i dessa avseenden som aktualiserats eller genomförts på olika håll under senare år. Det internationella perspektivet på hälso- och sjukvården och dess reformer är i dag framträdande. Jämförelser med andra länder spelar en viktig roll i den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten.

Detta kapitel syftar följaktligen till att ge underlag för utvecklingen av samordningen av offentlig och privat vård i Sverige genom att dra nytta av erfarenheter från andra länder.

Eftersom den öppna sjukvården i flertalet länder *produceras* privat blir frågan om samordningen mellan privata och offentliga vårdgivare inte aktuell på samma sätt som i Sverige. Men eftersom *finansieringen*, undantaget USA, till större delen är offentlig uppkommer ändå likartade frågor om samordning och styrning som i det svenska systemet. Det gäller exempelvis kostnadskontroll, anpassning av vårdutbudet till behovet samt samordning mellan öppenvård och slutenvård respektive mellan allmänläkarvård och övrig specialistvård.

Arbetet utgår från den rapport om sjukvårdsreformer i andra länder (SOU 1994:115) som HSU 2000 för ett par år sedan lät utarbета. Den har följts upp och kompletterats genom att utvecklingen under de två senaste åren beaktats samt genom att den öppna vården fokuserats. Studien har avgränsats till samma OECD-länder som HSU-rapporten,

dvs. England, Danmark, Finland, Kanada, Tyskland, Nederländerna och USA.

Frågeställningarna för studien kan indelas efter hälso- och sjukvårdssystemets tre huvudkomponenter; finansiering, styrning och organisation.

Finansiering

- Fastställande och kontroll av ram för totalkostnaderna.
- Relationen mellan skatte-/försäkringsfinansiering och avgiftsfinansiering.

Styrning

- Central styrning *versus* decentralisering.
- Styrning av vårdgivare efter vårdbehoven.
- Regler för etablering och ersättningsetablering.
- Konkurrens mellan vårdgivare.
- Anbudsförfarande.
- Kontrakt; utformning, längd etc.
- Ersättningssystem.
- Valfrihet.

Organisation

- Relationerna mellan öppenvård vid och utanför sjukhus.
- Relationerna mellan allmänläkarvård och övrig specialistvård.
- Relationerna mellan offentlig och privat vård.
- Remissförfarande.

I tabellbilaga 7 återfinns en schematisk sammanställning som jämför vissa i Sverige och inom ramen för delegationens uppdrag aktuella frågeställningar i de i detta kapitel studerade länderna.

Detta kapitel har på uppdrag av delegationen utarbetats av konsult Sven-Eric Bergman, Stockholm.

6.2 Grunddragen i den öppna vården

Studie är inriktad på den öppna vården och de förändringar som där genomförs. Den kommer att ta upp specifika frågor om reglering och styrning av öppenvården i olika länder. Det finns alltså ingen ambition att redogöra för hur hälso- och sjukvården i sin helhet är uppbyggd på olika håll. För att ge en referensram finns dock i *bilaga 1* en kort presentation av hälso- och sjukvårdssystemet, land för land.

6.2.1 Hälso- och sjukvårdssystemen i stora drag

Ser man på hur systemen i olika länder är uppbyggda framgår att såväl finansiering som produktion av hälso- och sjukvård kan vara privat eller offentlig. Följande modell brukar ofta användas för att visa olika kombinationer av privat och offentlig finansiering respektive privat och offentlig produktion av vården.

Figur 6.1 Exempel på sjukvårdssystem

Exempel på sjukvårdssystem		
Finansiering	Offentlig	Privat
Produktion		
Offentlig	Nationella hälso- och sjukvårdssystem (England, Danmark, Finland)	--
Privat	Offentliga försäkringssystem (Kanada, Tyskland, Nederländerna)	Privata försäkrings-system (USA)

När de olika länderna placeras i *en* av fälten i tabellen, innebär det en förenkling. Å ena sidan finns i samtliga länder med vad som här betecknas som nationella hälso- och sjukvårdssystem också en privat produktion, inte minst när det gäller den öppna vården. De offentliga försäkringssystemen är, å andra sidan, delar av produktionen offentlig. Skillnaden mellan offentlig och privat produktion är inte heller alla gånger särskilt stor; engelska *GP:s* är exempelvis oberoende vårdgivare, men betraktas sällan som "privata" eftersom de är inordnade i ett offentligt, nationellt system.

Med figuren som utgångspunkt (och medveten om att den innebär en förenkling) kan man peka på några karakteristiska drag i olika länders hälso- och sjukvårdssystem.

- *Nationella hälso- och sjukvårdssystem* karaktäriseras av att vara *skattefinansierade*. Finansiering och produktion ligger i ett integrerat system. I denna typ av hälso- och sjukvårdssystem har politiker på nationell respektive lokal nivå det yttersta ansvaret för finansiering, tillhandahållande och drift av verksamheten.
- Det kanadensiska systemet klassificeras som ett *offentligt försäkringssystem*. I praktiken *finansieras* även det kanadensiska hälso- och sjukvårdssystemet *med skatter*. Det tyska systemet kan också sägas närma sig ett skattesystem genom att det numera sker en ekonomisk utjämning mellan kassorna samt att skillnaderna i möjligheter för tjänstemän och arbetare att välja kassa är på väg att minska; endast de företags- och branschanknutna kassorna kan nu, om de så önskar, låta bli att öppna sig för nya grupper (Richard & Schönbach, 1996).
- USA används som exempel på ett hälso- och sjukvårdssystem som kan betecknas som *privat försäkringssystem* (även om man inte kan bortse från att det finns ett betydande offentligt åtagande för pensionärer och fattiga inom ramen för *Medicare* och *Medicaid*). Detta system kännetecknas av att *finansieringen*, åtminstone i betydande delar, sker genom *privata riskrelaterade försäkringar* och att även *produktionen* i huvudsak sker i *privat regi*. I USA, liksom i andra länder med privat produktion, är ansvaret för produktionen normalt

skild från finansiären/försäkringsbolaget, även om det finns tendenser till en ökad integrering.

- De europeiska hälso- och sjukvårdssystem som bygger på försäkringar, t.ex. i Tyskland och Nederländerna, har till skillnad från USA *allmänna, obligatoriska försäkringar* där avgiften står i relation till inkomsten, inte till riskerna. De övergripande spelreglerna i systemen fastställs av staten men finansieringsansvaret ligger hos försäkringsgivaren.

Det finns flera olika former av privat produktion. I de flesta länder där produktionen sker i privat regi är det vanligt att sjukhusen drivs av stiftelser eller av andra former av *icke vinstsyftande* organisationer. Ofta har dessa sjukhus sitt ursprung i välgörenhetsorganisationer, religiösa sammanslutningar, kloster etc. I t.ex. USA och Tyskland, finns sjukhus som drivs i *vinstsyfte*. I Nederländerna och Kanada är detta däremot förbjudet.

6.2.2 Speciellt om den öppna vården

Den öppna vården har olika stark ställning i olika hälso- och sjukvårdssystem. Ett enkelt sätt att illustrera det är att se på hur stor del av de totala kostnaderna som utgörs av öppen vård i olika länder (uppgifterna avser 1992).

England	12,6 %
Danmark	8,1 %
Finland	31,5 %*)
Kanada	10,1%
(Väst)Tyskland	16,9%
Nederländerna	10,5%
USA	22,2%
Sverige	11,2%

*)inkluderar tandvård

Källor: Häkkinen, 1995 (Finland), Schneider *et al*, 1995 (övriga).

Förklaringarna till skillnaderna är säkert till stor del historiska. Den hälso- och sjukvårdspolitiska inriktningen har haft betydelse; vissa länder har medvetet strävat mot att bygga upp sin hälso- och sjukvård kring en väl utvecklad öppen vård. En hög andel kan ju tyda på att detta lyckats. Men det kan också stå för dåligt resursutnyttjande och för en mindre effektiv organisation.

Det finns också skillnader mellan hur stor del av den öppna vården som sker vid och utanför sjukhus. I Tyskland sker exempelvis nästan all öppen utanför sjukhusen, medan den specialiserade vården i Nederländerna nästan är helt koncentrerad till sjukhus.

Den öppna vården utanför sjukhus är i sin tur uppbyggd på olika sätt. I flera länder har husläkaren traditionellt en stark ställning. Framför allt gäller detta England, Danmark och Nederländerna. I andra länder är öppenvården mer baserad på andra specialister än allmänläkare.

Antalet besök i öppen vård varierar starkt mellan olika länder. I Tyskland har varje innevånare nästan 13 läkarekontakter per år. Siffran i England och Nederländerna ligger på ungefär halva antalet besök; i de nordiska länderna är antalet besök ännu färre. Delvis förklaras detta av att distriktssköterskevård (motsv.) är olika väl utbyggd.

Det privata inslaget är generellt större när det gäller den öppna vården än den slutna. Detta gäller framförallt produktionen, men också i någon mån, finansieringen. Det är ganska naturligt att den öppna vården mer kommit att ligga inom den privata sfären. Investeringarna har varit begränsade och det har varit enklare att etablera sig. Stordriftsfördelarna har varit av mindre betydelse. För den enskilde har avgifterna varit hanterliga.

Samtidigt har detta lett till att den offentliga kontrollen över utvecklingen av verksamheten och kostnader varit begränsad. På många håll söker man idag därför efter effektiva instrument för att få ett fastare grepp över utvecklingen av den öppna vårdens kostnader.

När det gäller husläkare eller andra former av öppenvårdsläkare i första linjen är det vanligast att dessa driver verksamheten i *privat regi som egenföretagare* eller i läkargrupper. Andra specialister driver vanligen också verksamheten i privat regi som egenföretagare. Det gäller i vissa länder, t.ex. Kanada och USA, även de specialister som på en del av sin tid tjänstgör vid sjukhus.

6.2.3 Jämförelser med Sverige

I de termer som används i 2.1 har Sverige ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem. I likhet med andra nordiska länder (numera även Finland) är det svenska systemet starkt decentraliserat, medan t.ex. det engelska systemet är centraliserat.

När det gäller såväl finansiering som produktion är den svenska sjukvården i hög grad offentlig, även om pluralismen under senare år ökat. I flertalet OECD-länder är produktionen av öppen vård privat, medan finansieringen är offentlig.

Jämfört med andra länder byggde Sverige under efterkrigstiden ut hälso- och sjukvården med utgångspunkt i institutionen/sjukhuset. Det ledde till ett stort antal vårdplatser per innevånare. På senare år har detta dock jämnats ut; Sverige ligger i dag något under genomsnittet för Västeuropa (WHO, 1996a). Det ledde också till att en stor del av den öppna vården förlades till sjukhus. Fram till för något år sedan har mer än hälften av den öppna vården skett vid sjukhus. I likhet med andra nordiska länder har Sverige få läkarkontakter per innevånare och år, vilket kan tyda på en effektiv organisation av primärvården.

I motsats till fr.a. England, Danmark och Nederländerna har Sverige traditionellt inte haft något husläkarsystem. Erfarenheter från dessa länder har tagits till vara såväl i den nationella husläkarreformen som det nu pågående lokala utvecklingsarbetet.

De länder som finns med i denna studie är representativa i den meningen att de täcker de vanligast förekommande typerna av finansiering och produktion av vård i OECD-länderna; de industrialiserade (eller efterindustrialiserade), rika länder i väst som Sverige traditionellt brukar relatera sig till.

Med *de nordiska länderna* finns i många avseenden stora likheter, men också intressanta skillnader då det gäller organisation och styrning av den öppna vården. *England* har liksom Sverige ett enhetligt system men har satsat mer på den öppna vården. På *kontinenten* dominerar system med obligatorisk försäkring. De korporativa dragen i det *tyska* systemet leder till en stark offentlig kontroll, som i Sverige. Medlet att åstadkomma detta är dock i större utsträckning än här självförvaltning.

Nederländerna har större privata inslag än andra västeuropeiska länder och har under det senaste decenniet strävat efter in mer privatisering. En mer renodlad privat hälso- och sjukvård representeras självfallet av *USA*. I bjärt kontrast till *USA* står, vad gäller finansieringen, *Kanada* som inte godtar någon privat finansiering av det som ingår i det offentliga åtagandet.

6.3 Aktuella reformer av hälso- och sjukvården

Motiven för reformerna liknar varandra i olika OECD-länder. *Kostnaderna* ses som ett grundläggande problem oavsett på vilken nivå de ligger. Kanske är det därför snarare *ostyrbarheten* som i vissa system upplevs som problemet. Möjligheterna att prioritera har varit särskilt små i *fee-for-service-system* (system där ersättningen utgår per utförd åtgärd) utan kostnadstak, s.k. öppna system.

Ett annat skäl, som förs fram för reformer, är *effektivitet*. Särskilt manifesterade sig problemen i länder där de ekonomiska styrsystemen inte belönade produktivitet, t.ex. budgetstyrning utan inbyggda belöningar. *Individens möjligheter påverka* är ytterligare ett motiv. Kraven från patienterna ökar, inte minst när efterkrigsgenerationen nu närmar sig åldrarna då de blir storkonsumenter av vård.

I detta avsnitt behandlas reformerna under delrubrikerna finansiering samt styrning och organisation. I ett tredje delavsnitt noteras i vilka avseenden reformerna är speciellt intressanta ur ett svenskt perspektiv.

6.3.1 Finansiering

Förändringarna på finansieringssidan är små, trots att kostnaderna framhålls som huvudproblemet. *Ökade patientavgifter* är fortfarande en väg som endast beträds med tveksamhet. Det finns dock exempel på nya eller ökade patientavgifter i ett par länder (Tyskland, Finland).

Andra länder, som Kanada, med avgiftsfri vård värnar mycket starkt om den principen. I t.ex. England har antalet *privata försäkringar* ökat genom att små grupper velat försäkra sig om snabbare vård och högre hotellstandard. *Obligatorisk sjukvårdsförsäkring* kvarstår som finansieringskälla i Tyskland och Nederländerna. I England och Sverige förs idén om försäkring fram från och till, dock utan att verka vinna särskilt omfattande stöd.

Möjligheter för patienten *välja "försäkringsgivare" och/eller "försäkringsnivå"* som komplettering eller substitut kan ses som exempel på en individuell anpassning. I England utgör de budgetansvariga husläkarna en möjlighet välja försäkringsgivare, även om man måste hålla i minnet att dessa endast erhåller budget för en mindre del av patientens vård. Den ej genomförda Clintonreformen föreslog att de s.k. hälsoallianserna skulle erbjuda olika typer av försäkringar, vilket innebär att de som i dag är hänvisade till en viss nivå som löneförmån får rätt att på egen bekostnad lägga till vad försäkringen skall täcka. Ville den enskilde t.ex. ha ökad valfrihet skulle han själv få betala kostnaderna för detta. Även den nederländska reformen kommer att ge försäkringstagaren rätt att fritt välja försäkringsbolag. För den vård (ca 5 procent av den totala) som faller utöver den obligatoriska försäkringen blir det också möjligt välja försäkringsnivå.

6.3.2 Styrning och organisation

En del inslag i reformerna syftar till en begränsning av patienternas konsumtion och producenternas utbud genom olika former av reglering (t.ex. minskad valfrihet, etableringskontroll). Andra vill främja effektiviteten genom olika former av marknadsliknande mekanismer (t.ex. konkurrens, kontrakt mellan finansiär/tillhandahållare och producent). Återigen andra är främst inriktade på att ge patienten ett större inflytande.

Bilden av hur styrningen reformeras i olika system är fasetterad och mångtydig. Regleringar av utbudet har fortfarande en nyckelroll, delvis växande (WHO, 1996a). Även genom att olika former av kontraktsstyrning används i fler länder begränsas patienternas val och producentens

frihet. De marknadsliknande inslagen i reformerna är mindre framträdande i praktiken än i retoriken.

Kontraktsstyrningen kan ses som en mekanism för att implementera de målen för hälso- och sjukvårdspolitiken. Den är ett alternativ till den traditionella direktstyrningen i ett integrerat system. Kontraktsstyrning ger en möjlighet till mer marknadsliknande inslag om så önskas, t.ex. genom att skilja på beställare och utförare. Genom kontraktet binds finansiären och vårdgivaren till uttryckliga åtaganden och kontrakten ger också ekonomiska incitament att fullfölja dessa åtaganden (WHO, 1966a).

I en mer avgränsad betydelse är *kontraktsstyrd vård (managed care)* ett styrsystem för den privata sektorn, karaktäriserat av begränsat val av vårdgivare, selektiv kontraktering samt ekonomiska incitament för vårdgivarna (Kane, 1995). I strikt mening uppfylls detta endast av USA samt i Nederländerna (fortfarande om reformen fullt ut genomförs). Funktionellt finns också kontraktsstyrd vård i England, Sverige och Finland (i någon mån), men också i Danmark (genom kontraktstyrning inom amtskommunerna). I Tyskland har visserligen sjukförsäkrarna rätt att vägra teckna avtal med ett sjukhus, men detta förekommer knappt i praktiken.

Begränsningen av *valfriheten* i kontraktsstyrd vård innebär att patienten får hålla sig till den vårdgivare som finansiären/tillhandahållaren har kontrakt med. De faktiska konsekvenserna av denna begränsning varierar beroende på praktiska förutsättningar. Den blir inte lika kännbar i en provins i Kanada (med flera miljoner innevånare) som i en liten kommun i Finland (4 000-5 000 invånare). Antalet kontrakterade vårdgivare är självfallet mångdubbelt större i det förra än i det senare fallet.

Förändringar av *ersättningen* till vårdproducenterna ingår som ett led i reformerna både för att klara totalkostnadskontrollen och främja produktiviteten. För den slutna vården utnyttjar, utöver USA, Sverige (vissa landsting) *DRG*-liknande ersättningar. Sådana planeras också i Tyskland, i starkt förenklad form. England och Kanada verkar inte intresserade av *DRG*. För husläkare/familjeläkare är tendensen att allt fler länder introducerar blandningar av kapitation och prestationsersättningar.

De organisatoriska reformerna innebär en anpassning till de förändringar av styrsystemen som sker i olika länder. Detta innefattar bl.a. att *producenterna* på en del håll får en självständigare ställning, dock utan att i någon större omfattning göras privata

I Finland, Tyskland och Sverige innebär reformerna att *husläkarens* ställning stärks. I England ges dessutom husläkarna budgetansvar parallellt med de befolkningsansvariga distrikten. Det är vidare inte minst intressant att det t.o.m. finns indikationer på att man i USA vill stärka familjeläkaren/allmänläkaren, bl.a. genom ekonomiska incitament.

Sammanfattningsvis kan man se många likheter i reformerna. *Kontraktsstyrning* har en framträdande plats. Den syftar till såväl kostnadskontroll som höjning av produktivitet/effektivitet. Större inslag av *marknad och konkurrens* finns också som element i flertalet av de studerade reformerna, om än inte i alla. Innebörden är dock rätt oklar och verkar i praktiken tonas ner. Förutsättningarna har också i vissa avseenden varit oklara (jfr. Hunter, 1996)

När det gäller *centralisering versus decentralisering* är bilden inte entydig. Tendenser till ökad decentralisering och/eller minskad statlig styrning finns i Finland, Kanada och i viss mån även i Nederländerna. Mer statlig styrning kan skönjas i Danmark och i Tyskland.

Hälso- och sjukvårdsreformer är svåra såväl att få beslut om som att implementera. Exempel på detta är försöken till reformer i USA, Nederländerna och Finland. Det är inte heller säkert att reformerna i praktiken får den inverkan som man förväntar. I flera europeiska länder hörs nu röster, som talar om att reformerna blivit mer retorik än praktik (European Health Reform, 1995).

6.3.3 Frågor av speciellt intresse för Sverige

Ur ett svenskt perspektiv har intresset under slutet av 80-talet och början av 90-talet i rätt hög grad varit koncentrerade till sådana reformer som försökt komma tillrätta med problemen kring låg produktivitet och effektivitet. Det har gällt reforminstrument som åtskillnad av beställare och utförare, kontrakt, betalning efter prestation samt konkurrens.

I den *engelska* reformen har därför just uppdelningen på beställare och utförare och producenternas friare ställning varit intressanta att följa. Samma gäller systemet med budgetansvariga husläkare (*GP Fundholders*). På motsvarande sätt har den *nederländska* reformens ökade inriktning mot marknadslösningar och självkontroll uppfattats som viktig att följa. Även den *finska* reformeringen av statsbidragen har gett utrymme för marknadslösningar.

Uppmärksamheten kring denna typ av reformer kvarstår. Samtidigt har även reformer inriktade på problemen med totalkostnadsutvecklingen kommit i blickfången. De *tyska* reformerna med etableringsbegränsningar och budgettak hör hit, liksom *managed care* i *USA* och de *kanadensiska* ansatserna till nya ersättningsformer och samverkan mellan producenter. Ur ett svenskt perspektiv är också den *danska* "icke-modellen" med betoning av samverkan och administrativa styrmedel väl värd att uppmärksamma.

En tredje typ av motiv för reformer gäller problem med dålig service och för lite inflytande för patienten. Här handlar det om sådant som ökad valfrihet och att pengarna följer patienten. I detta avseende har Sverige kanske mer att hämta från tidigare etablerade lösningar i andra länder än av nu aktuella reformer.

6.4 Reglering av utbudet

Som framgått av avsnitt 6.3 ingår en förbättrad kontroll av utbudet, och därmed också av kostnaderna av öppen vård som en del av reformerna i olika länder. Detta har i någon mån kommit att förbises eftersom uppmärksamheten under senare år varit starkt inriktad på reformer som påverkar efterfrågan samt på reformer som strävar efter att fördela resurserna på effektivast möjliga sätt, dvs. olika former av marknadsliknande system.

Som WHO (1996a) framhåller i sin sammanfattande analys av pågående reformer tycks emellertid erfarenheterna hittills visa att budgettak för hela hälso- och sjukvården, eller för dess olika delar, baserade på mål och på gränser på personalsidan tycks vara det mest effektiva

medlet att se till att kostnadsutvecklingen håller sig inom givna ramar. Inom denna kategori av reformer ingår bl.a. reduktion av antalet sjukhussängar och läkarbesök, kontroll av kostnaderna för arbetskraften, utgiftstak för vårdproducenterna, förändringar av ersättningssystemen samt påverkan på vilka resurser som läkarna får utnyttja.

6.4.1 Reglering av utbudet av öppen vård

I princip finns två olika vägar att reglera utbudet. För det första kan man sätta upp direkta gränser för t.ex. antalet läkare som får ansluta sig till systemet och/eller hur stor volym som får produceras, t.ex. antalet läkarbesök. För det andra kan man utforma ersättningssystemet så att utbudet håller sig inom en given ram. Kombinationer är självfallet möjliga. I exempelvis *Tyskland* finns såväl ett tak för antalet tillåtna etableringar som ett ersättningssystem som innebär att ersättningen per besök minskar om det totala antalet besök ökar.

Begränsning av etablering finns i flertalet av de länder vi här studerar.

I *England* begränsas antalet etableringar, såväl totalt som i olika delar av landet. Etableringskontrollen innebär att nya läkare släpps in först när någon annan slutar eller när befolkningen ökar. En särskild kommitté, *Medical Practices Committee (MPC)*, har i uppgift att kontrollera fördelningen av läkare över landet. När man bedömer behovet i olika områden tar man hänsyn till faktorer som hur många som i genomsnitt finns på listan till praktiker i det berörda området, åldersfördelning och befolkningstäthet samt speciella lokala behov, t.ex. etniska grupper och tillgängligheten till kvinnoläkare. Även befolkningens önskemål, uttryckt genom *Community Health Councils*, påverkar bedömningen. I verkligheten varierar läkartätheten avsevärt mellan olika delar av landet. Den är påtagligt högre i södra än i norra England (Hacking, 1966).

En regel då det gäller nyetablering i relation till befintlig läkartäthet utgår från det genomsnittliga antalet listade per läkare, 2 000 patienter. För områden med olika läkartäthet gäller:

Pat per läkare	Möjlighet etablera
Under 1 700	Ingen nyetablering tillåts.
1 700 - 2 100	Läkaren måste kunna motivera sin etablering för MPC.
Över 2 100	Fritt att etablera sig som GP.

I *Danmark* bestäms på nationell nivå det totala antalet husläkare och deras fördelning över landet. Sedan det nuvarande systemet för etableringsplanering infördes 1976 är det i stort sett endast möjligt att etablera sig genom att köpa en praktik av någon som går i pension eller slå sig ner i ett område som är underförsörjt med läkare. Antalet husläkare är alltså strikt kontrollerat (Johansen, 1995).

Även i *Tyskland* finns sedan 1993 en etableringskontroll; innan dess hade varje läkare rätt att öppna egen mottagning. I regioner som har större läkartäthet än 10 procent över behovsprövad vårdnivå tillåts inga nyetableringar. Den behovsprövade nivån har fastställts centralt för hela Tyskland. Dessutom får inte läkaren ha kvar sin anslutning till kassan efter 68:e levnadsåret (Horgby, 1996).

I *Nederländerna* har staten en viss kontroll över allmänläkarnas etablering genom en särskild lag som reglerar maximi- och minimistorleken för en allmänläkarpraktik. Likaledes finns kontroll över hur många positioner för specialistläkare som får etableras för öppen vård vid sjukhus. På husläkarsidan finns också en "skrämmässig" etableringskontroll som i praktiken ger de lokala läkarorganisationerna ett avgörande inflytande över etableringarna. Det beror på att en läkare inte klarar sig utan att tillhöra en kollegial grupp för. Det går annars inte att upprätthålla 24-timmarsservice och få rimlig ledighet. Hindras läkaren inträde i en kollegial grupp kan han därför inte fungera som husläkare (Spri 1992a).

I *Kanada* har tills nyligen rätt etableringsfrihet för läkare. Alla som har specialistutbildning har kunnat etablera sig var som helst i landet och uppbära ersättning enligt den läkarvårdstaxa som tillämpas i den provins där man har sin verksamhet. Eftersom detta lett till en ojämn fördelning av läkare har ett antal provinser infört (eller överväger införa) begränsning av utbudet i storstäderna, ekonomiska incitament

för läkarna på landsbygden samt tvång utländska läkare att arbeta en viss tid på landsbygden (WHO, 1996c).

Det finns inga begränsningar för läkarna att ansluta sig till den nationella sjukförsäkringen i *Finland*; en tredjedel av alla läkare har någon form av privat praktik. Det är dock endast sju procent av alla läkare som arbetar privat på heltid. Det bör också noteras att för besök hos privatläkare betalar patienten ersättningen och får sedan tillbaka en del av summan efter en återbärings taxa. Normalt ligger återbärings taxan under de arvoden läkaren tar ut. I snitt täcker försäkringen drygt en tredjedel av patientens avgifter till privatläkarna (WHO, 1996b).

Begränsningar av ersättningar, dvs. tak för kostnaderna har införts i allt fler länder under senare år. Mest uppmärksammat är kanske det *tyska* systemet. I det erhåller läkaren ersättning enligt en särskild taxa, som bygger på ett poängsystem. Alla ingrepp klassificeras och ges ett *relativt* värde i form av poäng. Detta sker på federal nivå. På delstatsnivå förhandlar läkarnas och kassornas organisationer fram en årlig budget för varje distrikt. Denna överförs som klumpsumma till läkarnas organisationer. I efterhand revideras budgeten när man vet storleken på inbetalningarna till försäkringen. Vid periodens slut beräknas poängvärdet för varje distrikt och läkarna får sin ersättning i relation till sina prestationer. Genom att producera mycket kan han/hon öka sin egen inkomst, men samtidigt sjunker poängvärdet. Läkarna får också incitament att flytta till områden med låg läkartäthet, där poängvärdet blir högre.

I *England* utgör 60 procent av ersättningen till husläkaren av kapitationsersättning, resten är prestationsrelaterad. Ersättningen förutsätts totalt för hela landet hålla sig inom de angivna ramarna. Om så inte blir fallet, genom att de åtgärdsrelaterade ersättningarna överskrider ramen, skall detta justeras genom avdrag i följande års budget.

I *Danmark* är en högre andel av ersättningen, 70 procent, prestationsrelaterad. Detta ger incitament för husläkaren att behålla patienten och inte remittera honom/henne till sjukhuset. Samtidigt ökar risken för att kostnadstaket spräcks. Utfallet granskas varje år av ett utskott inom amtskommunen, sammansatt av politiker och läkare. De sammantagna utgifterna för de prestationsrelaterade delarna inte får överskridas med

mer än 4 procent per år om det inte kan motiveras av att det skett påtagliga förändringar av arbetsuppgifterna.

I Kanada prövas sedan flera år nya ersättningssystem för läkarna för att komma till rätta med de ökade kostnaderna utan att införa generella etableringsbegränsningar. Den väg som allt fler provinser prövar är att införa olika former av volym- eller kostnadstak i avtalen med läkarnas organisationer. Alla provinser har någon form av utgiftstak och sju av de tio provinserna vad man kallar "hårda" tak, vilket innebär att det är läkarkollektivet som helt och hållet får ta ansvar för överskridande; vid "mjuka" tak delar läkarna och provinsregeringen ansvaret (Barer *et al*, 1995). Det innebär att varje provinsregering och resp läkarorganisation förhandlar fram en global budget för läkarnas tjänster. Den relativa ersättningen för respektive behandling, dvs. vad läkaren reellt erhåller delegeras vanligen till läkarnas organisationer att avgöra. Det pågår f.n. en intensiv debatt i Kanada kring olika förslag att införa någon form av kapitationsersättning i primärvården (WHO, 1996c).

Som ett alternativ till en ren kapitering drivs i Ontario, Kanadas rikaste provins, ett antal försöksprojekt som innebär att patienten väljer att knyta sig till en individuell läkare eller en grupp av läkare. Man får byta doktor efter minst sex veckor, dock högst två gånger per år. Patientens garanteras dygnet runt service genom telefon och kvällsmottagningar. Läkaren betalas fortfarande *fee-for-service*, men för var och en sätts ett tak beroende på hur många patienter han/hon har justerat för ålder, kön och hälsostatus. Detta tak kallas för "*benchmark threshold*". Läkaren kan också få inkomster utöver denna tröskel. Det handlar då i huvudsak om arbete på institutioner som sjukhus och sjukhem (Spurgeon, 1966).

I Nederländerna får en allmänläkare en ren kapitationsersättning för offentligt försäkrade. Kostnadskontrollen är därigenom inget större problem. För specialister har det tidigare *open-ended system* i finansieringen av de holländska sjukhusen år 1983 ersatts av ett budgetstyrt system med årliga förhandlingar mellan sjukhusen och offentliga och privata försäkringskassor. Problemet var emellertid att specialistläkarna, som i Nederländerna finns vid sjukhusen, fortsatte att ersättas på basis av *fee-for-service*. Några år senare, 1989, slöts avtal mellan försäkrarna, sjukhusen och *Dutch Association of Medical Specialists* som

innebar kontroll och restriktioner för utvecklingen av specialisternas verksamhet och inkomster. Inte heller detta ledde dock till önskat resultat; när regeringen skar ned ersättningarna svarade specialisterna med att öka produktionen, vilket i sin tur ledde till finansiella problem för sjukhusen. I detta läge började lokala specialister, sjukhus och försäkringsbolag i fem områden diskutera möjligheterna till ett nytt ersättningssystem. I juni 1993 föreslog en statlig utredning att specialisternas inkomster skulle integreras i sjukhusens budgetar. Reaktionen var initialt negativ, men stimulerade utvecklingen i de områden där tak på försäkringar redan fanns. Detta stöddes ytterligare av hälsoministern som deklarerade att man avsåg att implementera experimenten i hela landet om de visade sig framgångsrika. Dessutom lovade hon att specialister som deltog i försöken skulle få kompensation för nyligen genomförda inkomstnedsänkningar. Detta visade sig ge en kraftig effekt; i slutet av 1995 var nästan alla specialister och sjukhus involverade i vad som beskrevs som "lokala initiativ", dvs. försöksvis träffade avtal med försäkringsgivarna om ersättningen till specialistläkarna.

Dutrée och de Roo (1996) ser flera tänkbara scenarier för den framtida utvecklingen. I ett scenario, benämnt det pluralistiska, intervenerar inte regeringen i de lokala arrangemang som utvecklats inom experimenten. I ett annat scenario, det uniforma, väljer regeringen att implementera lösningen från *ett* av experimenten. Ett tredje scenario är att de lokala experimenten enbart ses som övergångslösningar och ersätts av ett system där sjukhusen och försäkringsbolagen kommer överens om priserna och specialisterna blir "underleverantörer" till sjukhusen och som sådana tvungna att förhandla om kostnader och volymer med sjukhusledningarna. Ett växande antal specialister ser samtliga dessa scenarier oattraktiva. De väljer att ge upp sin oberoende praktik och söker sig i stället till anställningar vid sjukhusen. Det rör sig alltså om en "sju-kronorsreform i filttofflor."

6.4.2 Aktörer i regleringsprocessen

Reglering är en term som i huvudsak associeras med att det offentliga ingriper och sätter regler och gränser. I det som vi här diskuterar kan dock den som reglerar vara antingen offentlig eller privat, beroende på vem som har det slutliga finansieringsansvaret. Karakteristiskt för hälso- och sjukvården är ju att det oftast finns en "tredje part" som betalar. Tillspetsat kan man säga att såväl vårdgivaren som patienten är ointresserad av kostnaderna. Tredje parten, försäkraren i en eller annan form, måste alltså gå in och reglera. Är denne som i flertalet västeuropeiska länder offentlig blir det en offentlig reglering. Är försäkraren i huvudsak privat, som i USA kommer denne att begränsa antalet vårdgivare och deras verksamhet genom styrning i kontrakten (*managed care*); mer om detta senare.

En offentlig reglering kan i och för sig arbeta genom konkurrens mellan olika finansiärer. Detta är tanken i den *holländska* reformen, där försäkringsbolagen (offentliga och privata) skall konkurrera med varandra genom att erbjuda olika villkor för den fasta premien dvs. den del av premien som inte är relaterad till den försäkrades inkomst. Genom att upphandla vården av effektiva producenter och sätta gränser för deras verksamhet kan bolagen erbjuda en låg premie och/eller tjänster av hög kvalitet. I praktiken har dock inte försäkringsbolagen velat konkurrera med varandra med hjälp av priset. I stället har man valt att positionera sig genom att erbjuda attraktiva tilläggsförsäkringar.

I någon mening liknande tankegångar finns i de *tyska* strävandena till mer konkurrens mellan kassorna, när nu valfriheten för den enskilde har ökat. Eftersom de tyska läkarna i öppen vård träffar kollektiva avtal på delstatsnivå är det svårt att se att kassorna i praktiken kan utesluta några enstaka vårdgivare.

Ett annat sätt för det offentliga att utnyttja privata aktörer, eller agenter, är att arbeta med någon form av självförvaltning i systemet. Framför allt det *tyska* systemet har ett tydligt korporativt inslag. De kassaanslutna läkarna är sammanslutna i lagligt reglerade organisationer på delstatsnivå. Dessa organisationer administrerar hela ersättningssystemet, reglerar etableringar, följer upp förskrivningar och remisser samt sköter en stor del av kostnadskontrollen. Även i *Kanada*

spelar läkarnas organisationer en roll genom att de bestämmer vilken ersättning olika behandlingar skall erhålla inom ramen för en total given ersättning för den öppna vården. I en del fall kan självförvaltningen vara informell, t.ex. i *Holland* där de lokala läkarorganisationerna i praktiken kontrollerar etableringarna.

I *England* bestäms som nämnts, på nationell nivå hur många husläkare som skall finnas och hur de skall fördelas över landet. Det skall finnas ett kontrakt med *DHA*, som sedan den 1 april 1996 har ansvaret för såväl den öppna som slutna vården (tidigare fanns en särskild myndighet för husläkarna). De läkare som redan finns vid en flerläkarmottagning har ett avgörande inflytande över vilken ny kollega som släpps in när någon slutar.

Det engelska kontraktet är omfattande och reglerar i detalj relationerna mellan *NHS* och husläkaren. Det tar t.ex. områden som ersättning vid sjukdom och graviditet samt hur ensampraktiker får ersättning till vikarie vid frånvaro för utbildning (Ellis & Chisholm, 1994).

Avtal mellan försäkringskassorna och läkarorganisationer om ersättningar i den öppna vården finns också i *Danmark* och *Holland*. I båda dessa fall sluts avtalen först på central nivå.

Vilka tjänster som skall ge ersättning från sjukförsäkringen förhandlas i *Nederländerna* fram av en central myndighet, Sjukförsäkrings Centralråd. Denna bestämmer också riktlinjer för ersättningarna och godkänner de avtal som sluts mellan kassorna och de enskilda vårdproducenterna.

I *Danmark* fastställs villkoren för att bedriva husläkarverksamhet, liksom ersättningens konstruktion, på den centrala nivån i förhandlingar mellan Praktiserande Läkare Organisation (PLO) och Sygesikringens Forhandlingsudvalg. I avtalet anges vilka kompetenskrav som skall gälla för att få etablera sig som husläkare samt reglerna för etablering. I princip tillämpas husläkaravtalet lika i hela landet, men på senare år har ökade möjligheter öppnats för lokala variationer t.ex. när det gäller jourverksamhetens organisation och ersättningen för förebyggande vård. Vissa amtskommuner har också, oberoende av det centrala avtalet, i högre grad än andra satsat på projekt för att utveckla verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring inom husläkarverksamheten. Även sjukgymnasterna har avtal med försäkringskassan. De ersätts *fee-for-service*. Ingen patientavgift utgår.

Det finns alltså inget klart mönster när det gäller ansvarsfördelningen centralt – lokalt. Med hänsyn till de skillnader som finns i hur hälso- och sjukvården i stort är centraliserad resp decentraliserad är det inte förvånande. Med en viss generalisering skulle man kunna se en tendens till att även om möjligheterna till lokala anpassningar ökar så strävar staten centralt efter ett grepp om verksamheternas totala omfattning och kostnader.

6.4.3 Iakttagelser och reflektioner från ett svenskt perspektiv

Av redovisningen i detta avsnitt framgår tydligt att behovet av att kontrollera utvecklingen av verksamhet och kostnader i den öppna vården är genomgående i alla system, antingen de är skatte- eller försäkringsfinansierade. Inte heller verkar skillnader i fördelningen mellan offentlig och privat vård ha betydelse i detta sammanhang. Även i de länder där öppenvården traditionellt är privat, och där det rimligtvis inte finns några planer på att förändra detta, diskuteras vilka instrument som är nödvändiga för att begränsa utbudet. Detta är alltså inte något som i sig skall uppfattas som en negativ inställning till den privata sektorn.

I valet av metod och instrument söker sig olika länder skilda vägar. Olika kombinationer av etableringsbegränsning och begränsningar av ersättningen används därvid. I Sverige har under några år utbuds- begränsning uppfattats som "omoderna". En sådan uppfattning får inte stöd om man ser på utvecklingen i andra länder.

Förhandlingslösningar och korporativa lösningar har likaså mötts med ökad misstro i Sverige. Så är inte fallet överallt. I fram för allt *Tyskland* bibehålls och stärks förhandlingsmodellen och det självförvaltande in-slaget. Om Sverige på nytt skulle önska pröva mer av självförvaltning finns alltså intressanta erfarenheter att ta hem från andra. Sådana erfarenheter kan också göras när det gäller hur offentlig finansiering och privat produktion kan kombineras, inte minst då det gäller den öppna vården.

Den svenska utvecklingen har under flera decennier präglats av decentralisering. I vissa avseenden kvarstår den decentraliserade strukturen. I andra kan man tolka in en tendens till centralisering. Under 1990-talet har statsmakterna genom lagar och överenskommelser markerat en nationell inriktning, t.ex. när det gäller prioritering och väntetider (vårdgarantin), den öppna vårdens organisation (husläkarsystem eller inte) samt uppgiftsfördelning mellan kommuner och landsting (ÄDEL). Det centrala inflytandet har i praktiken också ökat genom att staten kontrollerar landstingens inkomster.

Motsvarande tendenser till recentralisering kan också skönjas i övriga Europa (WHO 1996a).

6.5 Styrning genom kontrakt

Avsnitt 4 behandlar styrningen på vad som kan kallas *makronivån*, dvs. hur det samlade vårdutbudet och dess fördelning kontrolleras. I detta avsnitt skall vi ta upp styrningen på *mikronivån* eller med andra ord styrningen av den enskilde vårdgivaren.

Närmare avgränsat kommer detta avsnitt att behandla styrningen genom *kontrakt* till skillnad från den *direkta* styrning som sker i de fall verksamheten sker i den egna organisationen genom avlönade läkare eller annan personal.

Kontraktsstyrningen kan sägas bestå av två olika faser. Den ena handlar om att bestämma vilka vårdgivare som överhuvudtaget skall få tillhöra systemet, den andra om hur kontraktet med dessa vårdgivare ser ut. Dessa båda faser kommer att behandlas i de två första delarna av detta avsnitt. Därefter diskuteras de för Sverige mest intressanta iakttagelserna och reflektionerna.

6.5.1 Selektion av vårdgivare

Som framgått av avsnitt 4 sker i nästan alla länder, som är aktuella i denna studie, en begränsning av antalet etableringar och också en styrning av var någonstans etableringar är tillåtna. Det vi här skall se på är *hur* selektionen av vårdgivare sker och vilka konsekvenser den får för patientens valfrihet.

Kontraktstyrd vård motsvaras i USA av *managed care*. Det brukar ibland blandas ihop med *managed competition*, dvs. styrd konkurrens (Kane, 1995). Något samband mellan kontraktstyrning och konkurrens finns dock inte i sig. Kontraktsstyrningen kan ske inom ramen för olika former av "marknader", varav konkurrens är en.

I den mån konkurrens förekommer som en del av den kontraktsstyrda vården kan den uppträda i två olika led. Ett är att vårdgivarna selekteras i konkurrens, eventuellt efter anbud. Detta förekommer inte i något av de system för den öppna vården vi här ser på.

I ett annat led kan konkurrens innebära att läkarna konkurrerar om patienterna. I och för sig kan man säga att en sådan konkurrens finns i alla system där patienten kan välja vårdgivare och där ersättningen till vårdgivarna blir beroende av detta val. I den meningen kan man tala om en konkurrens såväl i olika listningssystem, exempelvis *Danmark* och *England*, som i system där läkaren ersätts per besök som i *Kanada* och *Tyskland*.

Det är samtidigt så att det finns en tveksamhet om en direkt konkurrens om den enskilde patienten är värd att sträva efter. Utvecklingen i *Tyskland* sägs visserligen gå mot mera konkurrens. Den består för det första av möjligheter till större konkurrens mellan kassorna om försäkringstagarna, för det andra av att kassorna skall bli mer uttalade beställare som ställer krav på vårdgivarna. Däremot kommer inte vårdgivarna mer än tidigare att konkurrera om patienterna.

Vad är innebörden av kontraktsstyrd vård för patientens valfrihet? Definitionsmässigt medför en selektion av vårdgivare att patientens möjligheter att välja vårdgivare minskar. Om full valfrihet råder inom den selekterade gruppen blir de *praktiska* konsekvenserna av begränsningen beroende på inom hur stort område valfriheten gäller.

Av principiellt större intresse blir därför vilken frihet att välja som finns inom den selekterade gruppen. I de *engelska* och *danska* husläkarsystemen har patienterna rätt att välja husläkare. I Danmark är detta begränsat till att gälla läkare inom tio kilometer från hemmet. Man får dessutom inte byta husläkare mer än var sjätte månad. Tidigare fanns en liknande begränsning i England; byte av husläkare kunde ske högst en gång per år. Numera får dock patienten byta så ofta han/hon vill.

I *England* krävs normalt remiss från husläkare för att få vård av specialist vid eller utanför sjukhus, utom vid akutmottagning. Även i *Danmark* förutsätter vård hos öppenvårdsspecialist remiss från husläkaren. Detta gäller även andra vårdgivare anslutna till den allmänna försäkringen, t.ex. sjukgymnaster. Några undantag finns dock; vård hos ögon- och öronläkare samt hos kiropraktorer kan ske utan remiss. En liten del av befolkningen (2,5 procent) är s.k. Grupp 2- försäkrade. De får fritt välja specialist (utan remiss), men får i gengäld betala en del av kostnaderna själva (Johansen, 1995).

I det tredje landet med husläkarsystem, *Nederländerna*, kan man fritt välja husläkare (personer med privat försäkring *behöver* inte lista sig hos husläkare, men gör vanligast ändå detta). Även om valet är fritt väljer man ofta husläkare i det område där man bor. För behandling av specialist, som i regel finns vid sjukhus, krävs remiss, vilket dock inte är särskilt svårt att få.

Sjukgymnasterna i Holland tillhör primärvården, men är endast tillgängliga efter remiss. Flertalet sjukgymnaster arbetar i fristående mottagningar, ensamma eller i grupp. Behandlingen av offentligt försäkrade patienter kräver auktorisation av sjukkassa; privat försäkrade betalar *fee-for-service* (Boerma *et al* 1993).

Det *tyska* systemet ger alla rätt att gå till vilken privatpraktiserande läkare han eller hon vill. För vården vid sjukhus krävs remiss utom vid akutfall.

I *Finland* kan patienterna inte välja vårdgivare i någon större omfattning inom den offentliga vården. Befolkningen listas områdesvis. Det relativt stora andelen privatpraktiserande läkare ger dock en viss valfrihet. Det gäller åtminstone i tätorterna, och speciellt i storstäderna,

där de flesta privatläkare finns. För behandling vid sjukhus krävs remiss från primärvårdsläkare eller privatpraktiserande läkare.

Det ligger i det *amerikanska* försäkringssystemets natur att den enskilde kan köpa sig till valfrihet han/hon önskar (eller arbetsgivaren är beredd att stå för). I traditionella försäkringar är valet fritt, men det kan förekomma att viss vård skall godkännas i förväg. Olika typer av kontraktsstyrd vård växer nu fram. Den mest kända, men långt ifrån den enda, typen är de s.k. *HMOs* (Health Maintenance Organizations). De erbjuder mot en fast premie vårdtjänster med allmänläkare som grindvakter. I andra system får patienten betala hela eller delar av vården själv om han/hon vill söka vård utanför den selekterade gruppen läkare.

För den relativt stora gruppen, som står utan försäkringsskydd, är naturligtvis valmöjligheterna avsevärt mer begränsade.

I *Kanada* har de flesta medborgarna en fast läkarkontakt; oftast en allmänläkare, gynekolog eller barnläkare. Det finns dock inget listningssystem utan man är fri att gå till den läkare man önskar. Något formellt remisstvång för att söka specialistvård finns inte. I praktiken kräver dock specialisterna ofta att patienterna har en remiss från allmänläkare eftersom taxan är konstruerad så att man får en högre ersättning för patienter som har en remiss.

6.5.2 Kontrakt mellan tillhandahållare och vårdgivare

I försäkringsbaserade system har det länge funnits kontrakt mellan försäkraren och producenten. Som framgått har det t.ex. i Tyskland och Nederländerna utvecklats komplexa system för förhandlingar om hur ersättningarna skall utgå. Dessa kontraktsarrangemang har dock i huvudsak handlat om att skapa ett klart och stabilt förhållande mellan sjukförsäkrarna och vårdgivarna. I nu aktuella reformer, särskilt i skattefinansierade system, har kontraktsprocessen blivit ett instrument för handlingar om priser och kvalitet. De har också kommit att inriktas mot en styrning av producenterna (WHO, 1996a).

Förespråkarna för kontraktsstyrning anför fyra huvudskäl för att ersätta direktstyrningen i skattebaserade system med kontrakt (WHO, 1996a):

- För att ge förutsättningar för decentralisering.
- För att vårdgivarna bättre skall utföra sina tjänster.
- För att förbättra planeringen av hälso- och sjukvården.
- För att leda och styra hälso- och sjukvården mer effektivt.

I de tre "husläkar-länderna" (England, Danmark och Nederländerna) finns nationella kontrakt som de som vill arbeta som husläkare måste acceptera (Spri, 1992a).

I *England* reviderades kontraktet senast 1990. Det utarbetades och fastställdes av hälso- och sjukvårdsdepartementet. I kontraktet beskrivs utförligt verksamhetens mål och innehåll. Där beskrivs också vilka rättigheter patienten har och vilka skyldigheter husläkarna har när det gäller t.ex. tillgänglighet, information till patienterna, krav på formaliserade verksamhetsredovisningar och arbete för att få till stånd systematisk kvalitetssäkring. För att styra verksamheten har reglerna blivit mycket detaljerade. För en normal husläkarpraktik med fem till sex doktorer behövs det idag en till två *practice managers* för att sköta räkningar och redovisning.

Även i *Danmark* finns ett nationellt kontrakt. Förutom vad som nämnts i avsnitt 4 om etableringsregler och ersättningar tar kontraktet upp regler för läkarval, verksamhetens innehåll och servicenivå, regler för tillgänglighet samt patienternas möjligheter att klaga.

I *Holland* finns två nationella kontrakt; det ena med de offentliga sjukvårdssystemen, det andra med de privata försäkringsbolagen. Dessa kontrakt är mer summariska än de i England och Danmark.

I de tre länder som här behandlats ingår ansvar för service dygnet runt i åliggandet. I huvudsak omfattar verksamheten mottagning och hembesök men det pågår en utveckling mot att också integrera förebyggande verksamhet, främst i England och Danmark. Ett gemensamt problem är att hitta smidigare former för samverkan mellan husläkarna och andra personalkategorier (Spri, 1992a).

Hittills har vi behandlat kontrakten mellan finansiär/beställare och läkaren. I det engelska systemet kontrakterar dessutom de budgetansvariga husläkarna (*GP Fundholders*) i sin tur verksamhet från andra. Systemet innebär att de budgetansvariga läkarna inte bara är patientens husläkare (med samma åtaganden som övriga husläkare), utan också

den som beställer vissa delar av patientens vård och behandling. Detta omfattar planerade operationer, öppen vård efter remiss, diagnostik i öppen vård, läkemedel samt samhällsbaserad vård (*community care*) som distriktssköterskevård, hälsovård och psykiatri. En del försök pågår också med att husläkarna har hand om hela budgeten, dvs. även för den akuta vården. Budgetansvariga läkare disponerar budgeten på ett friare sätt än övriga husläkare.

Vissa yrkesgrupper, t.ex. sjukgymnaster och distriktssköterskor, har utnyttjat möjligheterna att bli fristående vårdproducenter, s.k. *trusts*. Dessa fristående vårdenheter är fortfarande offentligt ägda och ansvariga inför regeringen. De har dock egen ledning och egen styrelse, utsedd av ministern. Kontrakten mellan husläkarna och *trusts* har gett möjligheter till att bättre än tidigare reglera samverkan mellan olika professioner (Spri, 1992a).

Sjukgymnastik är vanligtvis inte en del av primärvården, men kan bli det i en *Fundholding* – praktik. Många husläkare har numera direkt tillgång till sjukgymnastikavdelningar. Det finns dessutom omkring 10 000 sjukgymnaster knutna till sjukhusen (Boerma *et al*, 1993).

6.5.3 Iakttagelser och reflektioner från ett svenskt perspektiv

I avsnitt 4 kunde vi konstatera att det i olika system fanns samma behov att kontrollera utvecklingen av ekonomi och verksamhet genom volymtak och/eller ersättningsregler. Av detta avsnitt framgår att finansièren också har en ökad strävan att styra verksamheten mot angivna mål. Det innebär att kontrakten fått andra funktioner än tidigare. Det handlar inte bara om att se till att reglera förhållandet mellan det allmänna och en enskild yrkesutövare utan också att aktivt påverka hur hälso- och sjukvården utvecklas, exempelvis då det gäller förebyggande insatser.

Att man selekterar vissa vårdgivare påverkar valfriheten. De praktiska konsekvenserna av detta varierar. Sverige är speciellt när det gäller valfriheten eftersom man tillämpar ett system där beställaren skall sluta

kontrakt med vårdgivarna men den enskilde patienten ändå kan välja och medföra pengar till den han väljer.

Utformning av kontrakten påverkas självfallet av hur hälso- och sjukvårdssystemet i stort är uppbyggt. Men det finns drag som också är genomgående. I de länder där familjeläkarna/husläkarna har en stark ställning har man uppenbarligen sett som önskvärt med rätt detaljerat utformade kontrakt. När primärvården också fått ett ansvar för resursfördelningen till övrig vård (budgetansvariga husläkare i *England*) har man också fått större rörelsefrihet inom den egna verksamheten.

6.6 Organisationen av den öppna vården

Detta avsnitt kommer att behandla organisationen av den öppna vården och vilka tendenser till förändringar som kan skönjas.

Det har redan framgått att systemen i olika länder skiljer sig åt i väsentlig grad då det gäller hur samspelet mellan olika delar av den öppna vården ser ut. Det finns flera, delvis överlappande, dimensioner av detta samspel; öppen vård vid respektive utanför sjukhus, allmänläkarvård (i form av husläkare eller på annat sätt) respektive specialistvård samt offentlig vård respektive privat vård.

Primärvårdens andel av den öppna vården varierar, liksom dess roll och funktioner. I ett europeiskt perspektiv står det dock klart att en förnyelse av primärvården står högt på agendan över reformer (WHO, 1996a).

6.6.1 Relationer mellan olika typer av öppen vård

Som tidigare framgått finns det i *Tyskland* en strikt åtskillnad mellan sluten och öppen vård; bortsett från universitetssjukhusens polikliniker drivs den öppna vården av privatpraktiserande läkare utanför sjukhus. Det finns dock möjligheter för specialister att privat behandla patienter vid sjukhus i enlighet med en federal taxa. Dessa pengar går till en pol

för läkarna vid sjukhuset ifråga. Läkarna ersätter sjukhuset för att dess resurser utnyttjas. Det finns också en del öppenvårdsspecialister som har rätt behandla patienter på sjukhus. De fakturerar patienterna *fee-for-service* och ersätter sjukhusen för kostnaderna. Sjukhusen i sin tur fakturerar patienterna enligt en nedsatt taxa (Laschober & Vertrees, 1995).

Ett problem i det tyska systemet är att läkare med teknikintensiv verksamhet har lättare att öka volymen än andra läkare. Det har lett till stora inkomstskillnader mellan läkare i olika specialiteter. Det har också medfört stora investeringar i teknisk utrustning. Fr.o.m. 1996 gäller därför ett volymtak för vissa tekniska åtgärder, t.ex. laboratorieanalyser. För åtgärder utöver poängtaget reduceras punktantalet. För att styra läkarna mot längre personligare kontakter ingår numera också ersättningar per behandlingsfall och behandlingsbesök (Horgby, 1996).

För privatförsäkrade patienter kan läkarna debitera upp till 2,3 gånger mer än för dem, som är försäkrade i sjukförsäkringarna. I de fall sjukhusläkarna meddelar öppen vård följer man dock kassaavtalen (Leidl, 1995).

I England finns som nämnts också privata försäkringar. Specialistläkare, *consultants*, får en del av sin inkomst från dessa privata försäkringar. 1992/93 uppgick denna ersättning till £550 million, vilket motsvarar £27 000 per *consultant* (Orton och Fry, 1995). Däremot omfattar inte försäkringarna normalt allmänläkarvård. Under 1990-talet har dock vissa försök gjorts att lansera försäkringar som omfattar såväl primärvård som specialister (Rehnberg & Garpenby, 1995).

I USA är den vanligaste organisationen att specialister i öppen vård också följer med patienten in i sjukhuset och svarar för den slutna vården. Patienterna betalar i regel *fee-for-service*. Läkarevoden inte ingår i DRG-systemet; de tjänster som utförs av de sjukhusanknutna läkarna ingår alltså inte i sjukhusets finanser (Laschober & Vertrees, 1995.). Antalet läkare som söker sig till primärvården har minskat i ett redan specialisttungt system. Det finns ett överskott på specialister och också betydande problem med deras fördelning (Mendoza & Henderson, 1995).

6.6.2 Primärvårdens förnyade roll

I den sammanfattande rapporten till WHO-konferensen i Ljubljana sommaren 1996 om reformer av hälsosjukvården i Europa (WHO, 1996a) konstateras att det finns stora skillnader i hur primärvården är uppbyggd och arbetar i olika länder. Sedan principerna för primärvården slogs fast i Alma Ata 1978 har det visserligen skett en betydande idémässig utveckling. Framstegen är dock fortfarande otydliga och osäkra. Några tendenser kan dock avläsas:

- I både socialförsäkringssystem och system med offentliga vårdgivare integreras nu vissa förebyggande funktioner, som tidigare drivits i vertikala program, i primärvården. Detta har visat sig effektivt om det finns en god infrastruktur för primärvården, ändamålsenliga incitament samt en god samordning med och stöd från hälsovården.
- Listning av patienter, familjevis eller individuellt, introduceras på många håll där det systemet inte tidigare funnits. Det speglar troligen förändringen från att betala läkarna *fee-for-service* eller med lön och i stället införa kapitering. Det speglar också den ökade vikten av att primärvården skall styra och hålla samman patientens väg vidare i vården (*gatekeeping*).
- Primärvården kommer antagligen att spela störst roll i reformerna på de ställen där man också ger den någon form av kontroll över hur resurserna styrs till övriga delar vården. Detta inkluderar England (s.k. *GP Fundholders*) samt i viss mån Finland och Sverige.
- Primärvården bör utveckla sin relativ styrka, nämligen att erbjuda en integrerad vård till och tillsammans med patienten och lokalsamhället. Den rollen inkluderar:
 1. Funktionell integration, vilket innebär att det sjukdomsorienterade synsättet skall ersättas av integrerat synsätt på behov och problem hos individer, familjer och i lokalsamhället.
 2. Organisatorisk integration, vilket understryker att primärvårds-teamet skall innehålla olika professioner och integrera vård som idag ligger utanför hälsocentralerna.
 3. Utbildningsmässig integration, som kan leda till utveckling av kunskaper och attityder som idag inte finns i primärvården.

I *England* har regeringen sommaren 1996 lanserat ett nytt program för den framtida primärvården. Programmet tar förutom de traditionella målen som kontinuitet, samordning och *gatekeeping* upp ett antal förslag om förbättringar (Trevelyan, 1996):

Utjämna skillnader i resurser mellan primärvård och sekundärvård.

- Påverka skillnaderna i kvalitet.
- Förbättra rekrytering och få personalen att stanna kvar.
- Förbättra primärvårdens lokaler.
- Göra utbildningen mer relevant för primärvården.
- Utöka rollerna för sjuksköterskor och sjukgymnaster m.fl. samt utveckla teamarbetet.
- Förbättra informationen till patienter och vårdare och öka deras involvering i vården.
- Öka den lokala flexibiliteten så att lokala mål kan mötas.
- Förbättra organisationen genom att knyta samman praktiker lokalt, förbättra ledningen, minska byråkratin och utveckla IT.

Denna politik kan ses som ett led i vad som sedan ett par år har förts fram under samlingsbeteckningen primärvårdsledd vård. Den kan sägas bestå av två delar. Den ena ena utgörs av *GP Fundholders* (se avsnitt 5), den andra av "vanliga" *GP:s*, som mer aktivt deltar i beställningsprocessen. Detta kan ske på olika sätt, i vad som betecknas som *locality purchasing* (Ham & Willis, 1994). En form är att ge de olika praktikerna skuggbudgetar, där upphandlingen sker av *DHA* på uppdrag av praktikerna. En annan form av lokal upphandling innebär att resurserna fördelas på distrikt, där allmänläkarna tillsammans med andra företrädare för den lokala befolkningen diskuterar behov och prioriteringar. Upphandlingen sker sedan av *DHA*. I en lösare form involveras allmänläkarna direkt i *DHAs* upphandling, t.ex. genom enkäter, besök ute på praktikerna eller deltagande i arbetsgrupper tillsammans med distriktets beställare. I mer än hälften av distriktet finns nu försök med *locality purchasing* (Redmayne, 1996).

I *Finland* fanns i slutet av 70-talet och början av 80-talet en kritik mot långa väntetider, dålig kontinuitet och bristande omvårdnad i primärvården trots att denna tillförts stora resurser. För att möta dessa prob-

lem genomfördes under åren 1985-87 ett antal projekt, varav ett handlade om att införa ett system med personliga läkare i de fyra största städerna (Helsingfors, Åbo, Tammerfors och Lahtis). I detta system tilldelas en person, eller en familj, alltid en bestämd doktor på hälsocentralen. Försöken omfattade även vissa privata läkare.

Syftet med att inkludera de privata läkarna var bl.a. att få en uppfattning om huruvida privat vård kan integreras i ett offentligt drivet primärvårdssystem. I allt deltog 17 privata husläkare i försöken med i snitt 2 400 patienter per läkare. Ersättningen baserades i huvudsak på läkarens erfarenhet och kunnande (basersättning) samt på en kapitationsersättning. Ingen ersättning *fee-for-service* förekom. Försöket finansierade av den allmänna sjukförsäkringen. I bedömningen av hur försöket utföll måste man ta hänsyn till att det var relativt litet, att det endast bedrevs i några större städer samt att inga andra personalgrupper var involverade. Försöket visade emellertid att det är möjligt att integrera privata vårdgivare i ett offentligt system i större städer, där utbudet av primärvård är diversifierat (Arto *et al*, 1995).

När man 1989 beslutade att införa systemet med privata läkare i hela landet bedömde man dock att privatläkarnas med verkan inte längre var behövlig. Läkartätheten vid de kommunala hälsovårdscentralerna var nu så stor att en personlig läkare kunde erbjudas alla enbart utifrån den offentliga vården. De privata läkarna som deltagit i försöken ficka alltså inte sina kontrakt förnyade (Hagman, 1996).

I systemet med personliga läkare har doktorn stor frihet att själv organisera verksamheten, men villkoret är att patienten skall kunna träffa sin doktor inom tre dagar. Läkarna ersätts också på annat sätt än tidigare, genom en kombination av lön (60 procent), kapiteringsersättning (15 procent), ersättning per behandling (15 procent) och ersättning för lokaler (5 procent).

Resultaten av försöken med personlig läkare betecknas som uppmunrande. Tillgängligheten till allmänläkare har ökat och väntetiderna har klart reducerats. Såväl läkare som patienter tycks uppskatta systemet. Under 90-talet har runt en tredjedel av patienterna tilldelats personliga läkare (WHO, 1996a).

Nyligen har systemet med personliga läkare utvecklats till vad som på finska kallas *vaestavassuu*. Det betyder "befolkningsansvar". I denna

modell stimuleras samverkan mellan olika kategorier: läkare och sjuksköterskor formar team, som betjänar 1 500 – 5 000 personer. De flesta hälsocentraler rör sig nu mot principen med befolkningsansvar. Där den ännu inte införts beror det på att befolkningsunderlaget är så litet att man ännu inte infört systemet (WHO, 1996a).

I *Tyskland* kommer primärvårdens roll att stärkas genom att den i framtiden endast skall utövas av specialister i allmänmedicin, som dessutom får sin utbildning förlängd från tre till fem år. Detta ersätter nuvarande system där allmänläkarvården ofta utförs av andra specialister, t.ex. invärtesmedicinare. Den förändrade inriktningen har beslutats av det tyska läkarsällskapet. Därigenom förekommer man ett annars väntat regeringsingripande (Goldbeck-Wood, 1996).

Såväl den förlängda utbildningen som de taxeförändringar vi tidigare redogjort för understryker utvecklingen mot det husläkarsystem som aviserades i 1993 års reform. Det tidigare mycket stora gapet i inkomster mellan specialister och allmänläkare, över 40 procent, håller nu på att minska (United States General Accounting Office, 1994).

I *Kanada* har alla provinser lagt fast som mål att förändra hälso- och sjukvårdssystemets tonvikt från institutionsbaserad vård till en samhällsbaserad vård med inriktning på hälsofrämjande och förebyggande insatser. De insatser för att begränsa kostnadsökningarna och förändra ersättningssystemet vi tidigare redogjort för (4.1) är ett led i det arbetet. (WHO, 1996c). Mer precist anges som mål för organisation, ledning och finansiering av primärvården (Advisory Committee on Health Services) 1995:

- Optimera tillgängligheten till primärvård av god kvalitet, inklusive remiss till annan vård när så är ändamålsenligt.
- Fördela resurserna så att primärvård, som karakteriseras av helhetssyn och kontinuitet belönas.
- Främja samarbete i vården och att primärvårdsläkarna tar ett ansvar för patientens hela vår.
- Erbjuder tillfredsställande arbetsmiljö för vårdgivarna.
- Uppmuntra vårdlag med flera professioner.
- Länka ansvaret för patienten med den populationsbaserade finansieringen.

- Utveckla finansieringssystem som tar hänsyn till demografiska och geografiska förändringar.
- Stimulera etableringar i glesbygd och områden med stora behov.
- Utveckla primärvårdens informationssystem.

6.6.3 Iakttagelser och reflektioner från ett svenskt perspektiv

Skillnaderna i organisation av den öppna vården mellan olika länder är i och för sig naturliga. I ett historiskt perspektiv har sjukvårdens organisation formats efter hur samhället i stort organiserats. I *Tyskland* drev Bismarck fram den moderna socialförsäkringen i slutet av 1800-talet som ett bålverk mot socialismen. Men även de starka korporativistiska dragen och den katolska kyrkans inflytande (subsidiaritetsprincipen) gjorde sig gällande. I *England* smälte efter andra världskriget ett segregerat sjukvårdssystem samman i *NHS* på grundval av de riktlinjer Beveridge drog upp redan under andra världskriget.

Samtidigt som skillnaderna finns kvar kan man se strävanden i olika länder som går åt samma håll. I många länder söker man sig mot system där allmänläkare/familjeläkaren svarar för den första linjen och får till uppgift att lotsa patienten vidare i systemet, i vissa fall som patientens agent eller beställare. Samtidigt integreras läkarinsatser och insatser från andra professioner.

Det finns också en utveckling mot att låta den första linjen få en påverkan på hur patientens eventuella vidare väg i systemet skall se ut. Till detta kopplas också i vissa fall ett ekonomiskt ansvar. Tydligast är detta hos de budgetansvariga husläkarna i *England*.

De utvecklingstendenser, som här diskuteras, påverkas inte primärt av hur systemen ser ut vad avser offentlig resp privat vård. Oavsett finansieringsform och driftform finns ett behov av att finna former för ett bra primärt omhändertagande av patienten.

Likaledes oberoende av privat och offentlig verkar vara en utveckling mot att skapa slagkraftiga organisationer för att beställa sjukvård, antingen man nu explicit använder den termen eller inte. I *England* sluter sig *Fundholders* samman i *multifunds* och det finns också

diskussioner om samverkan mellan de budgetansvariga husläkarna och distrikten, som i sin tur fusionerat båda med varandra och med de tidigare speciella myndigheterna för familjevården. I *USA* utvecklas olika former av kontraktsstyrd vård. Sådan kan innebära att *HMO* arbetar med avlönade läkare och söker nära samarbete med ett eller flera sjukhus, dvs. något som funktionellt är rätt likt ett landsting. I Tyskland och Nederländerna vill man att försäkringskassorna skall bli mer aktiva beställare. Även på utförarsidan pågår en koncentration, t.ex. genom engelska *trusts* och kanadensiska *superboards*.

6.7 Sammanfattande jämförelse med Sverige

Trots att den öppna vården i flertalet av de länder vi här studerat produceras privat är frågorna om samordning och styrning likartade dem som är aktuella i Sverige; kostnadskontroll, anpassning av vårdutbudet till behovet samt samordning mellan öppenvård och slutenvård respektive mellan allmänläkarvård och övrig specialistvård.

På några få år har Sverige gått från ett land med ett stort antal vårdplatser per innevånare till en position något under genomsnittet för Västeuropa. Successivt har också andelen öppen vård utanför sjukhus ökat. Sammantaget innebär denna utveckling att det blir än mer intressant att ta del av erfarenheter från andra och försöka dra lärdomar av dem.

I många av OECD-länderna har reformer i hälso- och sjukvården aktualiserats under slutet av 80-talet och början av 90-talet. Ur ett svenskt perspektiv har intresset i rätt hög grad varit koncentrerade till sådana reformer som försökt komma tillrätta med problemen kring låg produktivitet och effektivitet genom marknadsliknande lösningar. Samtidigt som uppmärksamheten kring denna typ av reformer kvarstår har även reformer inriktade på problemen med totalkostnadsutvecklingen kommit i blickfånget antingen det handlar om offentlig eller privat vård. Olika kombinationer av etableringsbegränsning och begränsning-

är av ersättningen används därvid. Förhandlingsmodellen och de självförvaltande inslag har snarast avtagit i Sverige. I flera andra länder är de dock fortfarande aktuella och delvis under utveckling.

Vårdens finansiärer har en ökad strävan att styra verksamheten mot angivna mål. Det innebär att kontrakten fått andra funktioner än tidigare genom att aktivt påverka hur hälso- och sjukvården utvecklas. I de länder där familjeläkarna/husläkarna har en stark ställning har man uppenbarligen sett som önskvärt med rätt detaljerat utformade kontrakt. Eftersom man endast sluter kontrakt med vissa vårdgivare påverkar valfriheten. Sverige är speciellt när det gäller valfriheten eftersom man tillämpar ett system där beställaren skall sluta kontrakt med vårdgivarna men den enskilde patienten ändå kan välja och medföra pengar till den han väljer.

Skillnaderna i organisation av den öppna vården mellan olika länder är delvis historiska. På många håll finns dock strävanden mot ett system där allmänläkare/familjeläkaren svarar för den första linjen och får till uppgift att lotsa patienten vidare i systemet, i vissa fall som patientens agent eller beställare. Samtidigt integreras läkarinsatser och insatser från andra professioner. Det finns också en utveckling mot att låta den första linjen få en påverkan på hur patientens eventuellt vidare väg i systemet skall se ut. Till detta kopplas också i vissa fall ett ekonomiskt ansvar. Dessa utvecklingstendenser påverkas inte primärt av hur systemen ser ut vad avser offentlig resp privat vård. Likaledes oberoende av privat och offentlig verkar vara en utveckling mot att skapa slagkraftiga organisationer för att beställa sjukvård samt mer koncentrerade utförarorganisationer.

Det finns anledning för Sverige att följa den fortsatta utvecklingen av den öppna vårdens finansiering, styrning och organisation i de här aktuella länderna. I *Danmark* kan det bl.a. vara intressant att följa om det rikstäckande systemet framdeles kommer att ge utrymme för mera lokala variationer. Det *finska* systemet med personliga läkare integrerar nu fler yrkesgrupper men är fortfarande uppbyggt på enbart offentlig vård. Den för några år sedan påbörjade inriktningen mot marknadslänkande lösningar kom av sig som en följd av den samhällsekonomiska krisen. När denna nu är på väg att hävas kan man fråga sig om blickarna på nytt vänds mot pluralism och konkurrens.

Det *tyska* systemet har visat sig framgångsrikt genom att kunna dämpa kostnadsutvecklingen genom förhandlingar och självreglering, men också genom etableringskontroll. Frågan är dock om strukturen, t.ex. skotten mellan öppen och sluten vård, inte också måste förändras. Inriktningen mot mer allmänläkarvård och mindre specialistvård är givetvis intressant att följa ur ett svenskt perspektiv. Samma gäller frågan om på vilket sätt de uttalade målen om mer konkurrens kommer att förverkligas.

Det är fortfarande osäkert var den *nederländska* reformen till slut kommer att hamna. För övriga Europa, inkl. Sverige, är det intressant att se hur det i utgångsläget mest privata systemet söker ytterligare öka det privata inslaget. Mer specifikt är frågan om specialistläkarnas framtida ställning värd att uppmärksamma.

Kanada önskar uppenbarligen inte lämna sitt offentligt dominerade system. Man vill också behålla den federala grundstrukturen. Däremot är man på väg inskränka den tidigare vidsträckta etableringsfriheten och förändra sitt ersättningssystem. På sikt kan detta innebära att Kanada får ett system med husläkare.

De *amerikanska* erfarenheterna är som vanligt mer intressanta när det gäller delarna än helheten. Kontraktsstyrd vård, t.ex. *HMO*, har uppmärksamrats för sina goda resultat. Det är dock osäkert vilka de systemövergripande effekterna är. Det faktum att modellen ökar kan tydas som att kostnaderna kontrolleras. Men studier på området har gett blandade resultat. Det är tänkbart att kostnadssänkningen är momentan (Rosenthal 1996).

7 Överväganden och förslag

I detta kapitel redovisas bedömningar och ställningstaganden som har gjorts av delegationens ledamöter. När det i det följande talas om delegationen avses således ledamöterna i delegationen.

7.1 Allmänna synpunkter

Inledningsvis vill delegationen betona att den anser att det ännu är för tidigt att dra alltför långtgående slutsatser och därmed lämna konkreta förslag baserad på utvecklingen under framför allt 1996. I stället vill vi med utgångspunkt i regeringens direktiv peka på tendenser i utvecklingen som det finns anledning att särskilt följa i delegationens fortsatta arbete under 1997. Ett undantag är det särskilda uppdrag som Socialdepartementet överlämnat till delegationen, nämligen frågan om vårdavtal skall upphandlas enligt lagen om offentlig upphandling.

Viktiga utgångspunkter för delegationens arbete är dels regeringens och riksdagens uttalande om att den privata vården är ett värdefullt inslag i sjukvården, som kan medverka och stimulera till att sjukvården utvecklas mot öppnare vårdformer, dels sjukvårdshuvudmännens ansvar för planering och finansiering av all hälso- och sjukvård.

Sjukvårdshuvudmännens roller som såväl finansiär och beställare av all hälso- och sjukvård som arbetsgivare och ansvarig för det helt dominerande utbudet medför att ett särskilt stort ansvar åvilar sjukvårdshuvudmännen att tillgängliga resurser utnyttjas så effektivt som möjligt och att man på ett objektivt sätt väljer de driftformer som bäst tillgodoser detta krav. Det är en förtroendefråga som är avgörande för i vilken

utsträckning en önskvärd samverkan mellan offentlig och privat vård skall kunna åstadkommas.

Delegationen kan konstatera att det fortfarande på många håll finns psykologiska låsningar bland såväl sjukvårdshuvudmänen som de offentligt anställda vårdgivarna när det gäller på vilket sätt man betraktar de privata vårdgivarna. På liknande sätt finns det också på vissa håll bland de privata vårdgivarna fortfarande en misstänksamhet och ett avståndstagande till såväl sjukvårdshuvudmannen som de offentligt anställda vårdgivarna.

Delegationen vill därför betona betydelsen av de regionala samverkansorganens tillkomst som det forum som kan lägga grunden för en nödvändig ömsesidig respekt och förståelse. Det är en förutsättning för att verklig samverkan ska kunna åstadkommas. I den processen har sjukvårdshuvudmännen ett särskilt stort ansvar inte bara för sitt eget förhållningssätt utan också för vilka signaler som de som arbetsgivare vidarebefordrar till sin anställda personal.

Fortfarande förekommer det att man ställer "den egna produktionen" eller "de egna medarbetarna" i motsatsförhållande till de privata vårdgivarna. Ett förhållningssätt som kan förstärkas av de besparingar som sjukvården nu är föremål för.

Som delegationen tidigare framhållit har de regionala samverkansorganen på flera håll blivit ett viktigt forum för privata och offentligt anställda vårdgivare. Delegationen rekommenderar därför övriga sjukvårdshuvudmän att överväga möjligheten att ge de offentligt anställda vårdgivarna tillträde till de regionala samverkansorganen. Till de sjukvårdshuvudmän som medvetet valt att inte låta sig företrädas av politiker vill delegationen peka på det angelägna att politikerna på annat sätt engageras i arbetet med att gemensamt utforma den policy för hur samverkan konkret skall bedrivas.

När ansvariga inom hälso- och sjukvården talar om den privata vården som ett komplement till den offentliga kan det felaktigt leda tanken till en verksamhet som kan tas i anspråk vid kapacitetsbrist i "den egna produktionen" men som för övrigt fungerar "vid sidan om". Ett sådant synsätt leder också lätt till att den privata verksamheten enbart betraktas som en kostnad.

Samtidigt vill delegationen än en gång betona att i den process, som vi har kunnat konstatera pågår på de allra flesta håll i och med de regionala samverkansorganens tillkomst, många har kommit mycket långt i att ta fram riktlinjer för väl fungerande vårdkedjor som inkluderar såväl offentlig som privat vård.

Delegationen anser att följande mening uttrycker en grundläggande värdering som en nödvändig förutsättning för att en verklig samverkan skall kunna realiseras: *Den privata vården utgör en betydelsefull del av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.* Ett sådant förhållningssätt skulle främja såväl kvalitet i vården som hushållning med tillgängliga resurser.

7.2 Utvecklingen av antalet offentligt finansierade privata läkare under 1996

Nettominskningen av antalet privata specialistläkare inklusive taxean-slutna allmänläkare kommer p.g.a. pensionsavgångar vid årsskiftet 1996/97 att uppgå till ca 14 %. Många som lämnar sin praktik vid årsskiftet är emellertid inte heltidsarbetande utan uppskattningsvis kommer kapaciteten uttryckt i antalet läkarbesök att motsvara en minskning med 7 %.

Det som delegationen anser ger anledning till viss oro är minskningen av de privata specialistläkarna, exklusive allmänläkarna. Hittills i år har cirka 110 avvecklat sin verksamhet och inför 1997 sker en minst lika stor minskning. Dessa spelar enligt delegationens uppfattning en allt viktigare roll i vårdkedjan mellan akutsjukhusens öppenvård och primärvården. Mycket talar för att öppen specialistläkarvård utanför akutsjukhusen är en effektiv vårdform, vilket bland annat stöds av en nyligen publicerad rapport som utförts på uppdrag av Landstingsförbundet. Därför borde denna snarare ökas i omfattning. Delegationen vill ännu inte dra alltför långtgående slutsatser av utvecklingen hittills under 1996, men kommer noga att följa utvecklingen under 1997.

En annan källa till oro är den förhållandevis stora övergången av allmänläkare till den nationella taxan med anledning av husläkarlagens upphörande. Det innebär att ett antal vårdavtal har avvecklats och därmed viktiga resurser i primärvårdsorganisationen. I stället kan dessa läkare verka under mera fria former och därmed inte på samma sätt planeras in som en primärvårdsresurs. Delegationen har t.o.m. kunnat notera fall där man anställt nya allmänläkare på vårdcentralerna när tidigare privata husläkare lämnat sina befattningar. Enligt delegationens uppfattning borde utvecklingen vara den motsatta. Inte minst mot bakgrund av att det anses råda brist på läkare inom primärvården. Denna fråga har uppmärksammats i olika rapporter, inte minst på senare tid. En strävan borde, enligt delegationens uppfattning, vara att i princip samtliga i dag verksamma taxanslutna allmänspecialister skulle införlivas i sjukvårdshuvudmannens primärvårdsorganisation. Möjligen skulle detta kunna ge ett tillskott på ca 300 allmänläkare. Ett ytterligare motiv för en sådan önskvärd utveckling är, att i de policydokument, som delegationen hittills tagit del av, framhålls de privata specialisternas roll som en viktig resurs i vårdkedjan. Specialistläkarna i allmänmedicin är av naturliga skäl exkluderade i dessa policydokument.

7.3 Utvecklingen av antalet offentligt finansierade privata sjukgymnaster under 1996

Ca 100 sjukgymnaster anslutna till den nationella taxan har försvunnit under 1996. Samtidigt har bara 12 nya vårdavtal slutits hittills i år, vilket innebar att merparten avvecklat sin verksamhet. Ca 90 försvinner vid årsskiftet 1996/97 p.g.a. pensionsavgångar. Att den fria etableringsrätten för sjukgymnaster under 1994 ledde till en överetablering är en vanligt förekommande uppfattning bland sjukvårdshuvudmännen. Samtidigt kan delegationen konstatera att generellt sett sjukvårdshuvudmännen inte har anpassat utbudet i landstingens regi.

Snarare tvärtom. Under samma period, 1993-95, har antalet behandlingar inom den offentliga primärvården ökat dubbelt så mycket (+14 %) som den ökning som de privata sjukgymnasterna svarade för (+7 %). För sjukgymnasternas del kan man alltså konstatera att sjukvårdshuvudmännen betraktat den privata och offentligt bedrivna vården som konkurrenter, ett synsätt som utan tvekan lett till en onödig kostnadsökning. Därtill kommer att den nya taxekonstruktionen medverkade till att minska antalet behandlingar per sjukgymnast. Motivet här till var kvalitetsskäl. Den andra aspekten är att det också lett till kraftiga produktivitetsminskningar, vilket kan ha bidragit till kritiken om de kraftigt ökade kostnaderna. En avvägning av rimlig kvalitet, effektivt resursutnyttjande och rimliga väntetider är en grannliga uppgift. Delegationens remissenkät visar att väntetiderna fortsätter att minska i synnerhet där remisskrav föreligger och att antalet behandlingar också fortsätter att minska. Delegationen avser att följa utvecklingen under 1997 mycket noga.

Det är också bland sjukgymnasterna som delegationen kunnat konstatera att det i vissa landsting föreligger betydande motsättningar mellan privata och offentligt anställda sjukgymnaster. Från vissa primärvårdsförvaltningar har man mer eller mindre öppet uppmanat till att inte remittera till privata sjukgymnaster. Detta tillsammans med förtäckta hot om att en fortsättning av remisser till privata sjukgymnaster kommer att leda till att ett antal sjukgymnaster på vårdcentralerna sägs upp. Delegationen ser mycket allvarligt på detta, även om landstingsledningarna huvudsakligen tagit avstånd från nämnda agerande.

Varför den här utvecklingen kunnat konstateras just bland sjukgymnasterna har säkert flera orsaker. Några har nämnts ovan. En förklaring som sannolikt har stor betydelse är att såväl de primärvårdsanställda som de privata sjukgymnasterna arbetar på samma vårdnivå – primärvårdsnivå – varför konkurrensaspekten slår igenom hårdare och som förstärks av besparingskrav. Liknande tendenser, om ej i samma omfattning, har kunnat noteras mellan privata och offentligt anställda allmänläkare.

7.4 Vårdavtal och samverkansavtal

Som framgår av tidigare avsnitt har det hittills träffats ett fåtal vårdavtal som alternativ till att helt tillämpa den nationella lagstiftningens regelsystem. Delegationen kan också notera att någon strikt skillnad i lagens mening mellan vårdavtal och samverkansavtal inte tillämpas. Oftast används benämningen vårdavtal även när t.ex. den nationella taxans regelsystem tillämpas fullt ut.

Samtidigt är det delegationens uppfattning att man i princip från båda parter sida har en i grunden positiv attityd till att teckna vårdavtal. En förutsättning för detta är emellertid, enligt delegationens uppfattning att man gemensamt kommit fram till en gemensam grundsyn, att generella riktlinjer för vad som ska regleras i vårdavtal utarbetas och inte minst att det fastställs vilken roll som de privata vårdgivarna kan spela i vårdkedjan. Arbetet med att få fram ett gemensamt policydokument har tagit mycket av vissa regionala samverkansorgans tid i anspråk. Vissa har ännu inte påbörjat detta arbete. Först när ett sådant dokument föreligger kan man förvänta sig att antalet vårdavtal kommer att öka markant. Andra orsaker till den tröghet som hittills noterats ang. utvecklingen av vårdavtal är att man avvaktat ev. förändringar i den nationella taxan och ev. signaler om den nationella taxans framtida ställning. Delegationen kan också se ett klart samband mellan förekomsten av nämnda policydokument och de förväntningar från sjukvårdshuvudmännens sida om i vilken omfattning vårdavtal kommer till stånd under de närmaste månaderna. Vad som nu redovisats gäller för de vårdgivare som i dag har en personlig etablering enligt LOL och LOS och där det i vårdavtal regelmässigt ges en garanti om rätt att återgå till den nationella taxan om vårdavtalet skulle upphöra. I dessa fall hyser delegationen ingen tvekan om att vårdavtal kommer att träffas i önskvärd omfattning.

Däremot hyser delegationen viss oro inför möjligheten att få till stånd vårdavtal eller t.o.m. samverkansavtal när det gäller nyetablerade läkare/sjukgymnaster som inte har sin förankring i en tidigare personlig etablering enligt gällande lagstiftning. Om sjukvårdshuvudmannen regelmässigt kommer att tillämpa tidsbegränsade samverkansavtal/etableringar eller vårdavtal utan koppling till samverkansavtal är det

delegationens bedömning att få presumtiva privata vårdgivare vågar gå in i ett vårdavtal eller ett samverkansavtal på 3-5 år för att därefter stå inför risken att avveckla sin verksamhet. En sådan utveckling skulle i sin tur innebära ett allvarligt hot mot återväxten av privata vårdgivare. För tydlighetens skull vill delegationen betona att den anser att vårdavtal på mellan 3-5 år är en rimlig tidsperiod. Det är själva etableringstillståndets längd, uttryckt i samverkansavtalets varaktighet, som delegationen ställer sig tveksam till. Delegationen kommer därför att mycket noggrant följa tillämpningen och utvecklingen av nyetableringar under 1997.

Vidare anser delegationen att kravet på heltidsverksamhet i enlighet med vad som konstateras i betänkandet "Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer" (SOU 1996:91) bör luckras upp. Sambandet mellan tjänstgöringsgrad och vårdkvalitet är oklart. Det kan exempelvis vara bättre att i separat överenskommelse stipulera ett minsta antal besök per vårdgivare som en sorts garanti för att vidmakthålla kompetensen och svara för god kontinuitet och tillgänglighet.

Socialdepartementet har uppmärksammat på de särskilda krav på erfarenhet och kompetens för sjukgymnaster som för närvarande regleras i LOL. Dessa bestämmelser härrör sig till förhållanden som gällde i mitten av 70-talet. Delegationen anser att dessa saknar aktualitet i dagens hälso- och sjukvård. Eventuella erfarenhets- och kompetenskrav utöver legitimation bör fastställas av landstingen.

7.5 Upphandling av vårdavtal

Delegationen har i sitt ställningstagande till frågan huruvida vårdavtal skall upphandlas eller ej tagit fasta på den offentlighetsrättsliga reglering som LOL och LOS innebär. Det innebär också att om dessa lagar skulle upphävas, det med automatik följer att vårdavtal skulle upphandlas. En annan utgångspunkt för delegationens ställningstagande är att samverkansavtal enligt NOU inte behöver upphandlas. Den centrala frågeställning är då huruvida vårdavtal kan behandlas som en individuell anpassning av LOL och LOS eller om det strikt skall betraktas som ett helt

fristående avtal utan koppling till gällande lagstiftning. LOL och LOS är alltså dispositiva till sin karaktär.

Om samverkansavtal och därmed rätten till personlig etablering gäller tillsvidare och det i vårdavtal ges rätt att vara verksam med samverkansavtal om vårdavtalet upphör, anser delegationen att det föreligger en sådan stark koppling mellan avtal och lagstiftning att vårdavtal inte behöver upphandlas. Även i tidsbegränsade samverkansavtal av betydligt längre omfattning än vårdavtal, t.ex. 10 år eller mera vore det möjligt att hävda den offentlighetsrättsliga regleringen som grund för att inte behöva upphandla. Om däremot ett vårdavtal helt saknar hänvisning till fortsatt etablering via ett samverkansavtal bör vårdavtal betraktas som en strikt affärsmässig relation och då bör också vårdavtal upphandlas.

För de vårdgivare, som när de uppnår 65 års ålder antingen helt är verksamma enligt LOL eller LOS eller har vårdavtal som garanterar samverkansavtal, bör enligt delegationens uppfattning gälla, att om en förlängning önskas, vårdavtal inte upphandlas. Ett rent vårdavtal utan koppling till samverkansavtal och som upphör vid 65 års ålder bör, enligt delegationens uppfattning, om en förlängning önskas vårdavtal upphandlas.

7.6 Tillämpningen av remisskrav

Den enkät ang. tillämpningen av remisskrav som delegationen genomfört visar att remisskravet i sig styr till offentlig vårdproduktion. Vidare kan noteras att remisskravet lett till färre patientbesök 1996 jämfört med 1995 och att väntetiderna generellt sett har minskat, även i landsting utan remisskrav. Dock med ett undantag, nämligen för privata specialisläkare som är verksamma i landsting som infört remisskrav fr.o.m. 1996. Här har i stället väntetiderna ökat från en redan tidigare anmärkningsvärt hög nivå, samtidigt som antalet läkarbesök minskat. Den här situationen behöver belysas ytterligare för att utröna om dessa landsting skiljer ut sig i några avseenden jämfört med andra landsting.

Den utveckling som delegationen anser mest oroande om som delegationen finner helt oacceptabel är effekterna av hur de nya remissreglerna tillämpas för sjukgymnastik på förvaltningsnivå inom visserligen ett fåtal landsting. Här måste berörda landstingsledningar ta sitt ansvar och mycket tydligt informera förvaltningsledning och berörd personal om patienternas rätt att välja läkare och sjukgymnast i enlighet med bestämmelserna i HSL. I dessa fall är det också angeläget att landstingsledningarna tar initiativ till direkta överläggningar med såväl primärvårdsläkare, offentliganställda som privata sjukgymnaster för att närmare utreda och analysera den uppkomna situationen. Vidare kan en kartläggning av de speciella kompetenser som finns, hur man arbetar, vilken typ av patienter man har och antalet behandlingar samt att samma krav ställs på privata och offentligt anställda sjukgymnaster när det t.ex. gäller återföring till remitterande läkare. Sådana kartläggningar har visat sig leda till bättre relationer och att en konfliktsituation kan ersättas av en verklig samverkan. Därmed åstadkoms också ett effektivare resursutnyttjande.

7.7 Krav på bättre beskrivnings- och klassificeringssystem inom den öppna vården

Avvägningen mellan privat och offentlig vård borde ha sin utgångspunkt i effektiviteten i respektive verksamhet så att resurserna används så effektivt som möjligt. Avsaknaden av ett instrument som på ett konkret sätt kan jämföra vårdgivarna med varandra vad avser kostnader, prestationer och vårdkvalitet anser delegationen vara en avgörande orsak till att det i dag kan vara svårt att föra objektiva diskussioner om relationen mellan privat och offentlig vård. Visserligen sker på många håll ett ambitiöst utvecklingsarbete, men det sker utan samordning vilket försvårar adekvata jämförelser. Samtidigt vill delegationen peka på betydelsen av att gemensamma vårdprogram utvecklas för såväl offentlig som privat vård för att erhålla en bra kvalitetskontroll. Enligt

sina direktiv skall delegationen följa kostnadsutvecklingen för den privata och offentliga öppna vården. För att möjliggöra relevanta kostnadsjämförelser krävs att ett antal utvecklingsprojekt initieras där sjukvårdshuvudmän, vårdgivare och Socialstyrelsen är engagerade och att forskningsresurser från exempelvis SPRI ställs till förfogande. Vidare krävs att ekonomiska resurser ställs till förfogande. Förslagsvis skulle en del s.k. Dagmarmedel kunna avsättas för detta ändamål. Delegationen anser vidare att kraven på att utveckla gemensamma och accepterade beskrivnings- och klassificeringssystem är en förutsättning för att på sikt eventuellt kunna avveckla LOL och LOS.

7.8 Den nationella taxans konstruktion

Det ingår inte i delegationens uppgifter att lämna synpunkter på den nationella taxans konstruktion. Trots detta anser delegationen att det är väsentligt att fästa uppmärksamheten på det otillfredsställande faktum att specialistläkartaxan styr mot fel vårdnivå. Dagens taxekonstruktion stimulerar till enklare insatser i stället för att utgöra ett styrinstrument som styr till rätt vårdnivå och avlastar sjukhusens öppna vård. Taxan skall inte ge de privata specialistläkarna incitament att utföra åtgärder som kan ges av primärvårdsläkarna. Denna profil av läkarvårdstaxan förstärks när de särskilda åtgärderna fr.o.m. 970101 förs in under taket. Såvitt delegationen kan bedöma krävs att listan över särskilda åtgärder byggs ut och att priserna ses över. Dessa ökade kostnader bör balanseras av motsvarande reduktion av normalarvodet. Delegationen har visserligen med glädje kunnat notera att man i ett par fall genom vårdavtal på ett framgångsrikt sätt löst detta problem. Trots möjligheten att i vårdavtal komma tillrätta med detta problem anser delegationen att den nationella taxan bör ha en profil som stämmer överens med målsättningen om rätt vårdnivå.

7.9 Behovet av vårdstatistik på nationell nivå

Såväl myndigheter som vårdgivare och sjukvårdshuvudmän är beroende av att tillförlitlig statistik av hög kvalitet finns tillgänglig. En i och för sig önskvärd decentralisering har samtidigt lett till ökade svårigheter att på nationell nivå få fram jämförbart material. Även en önskvärd flexibilitet för att kunna fånga upp vad som är intressant ett visst år medför samtidigt att definitioner och frågeställningar varierar år från år. Därmed försvåras högst avsevärt historiska jämförelser. Landstingsförbundet, Socialstyrelsen och Kommunförbundet är samtliga stora statistiska producenter. Men den samordning som i vissa fall är nödvändig är bristfällig. I det följande ges ett antal konkreta exempel som delegationen uppmärksammat i och med arbetet med denna delrapport.

Mycket av den statistik som tas fram angående läkare och sjukgymnaster är kopplat LOL och LOS, dvs. för de taxanslutna vårdgivarna är statistiken av förhållandevis god kvalitet. Men i och med att allt fler vårdavtal kommer till stånd har inte denna utveckling uppmärksamats så att samma kvalitet kan erhållas. Ett annat exempel är Socialstyrelsens verksamhetsuppföljning som endast avser de taxanslutna läkarna och sjukgymnasterna. Om inte vårdgivarna med vårdavtal fångas upp på samma sätt kommer kvaliteten på dessa verksamhetsuppföljningar att successivt försämrats. Ytterligare ett exempel är på vilket sätt specialistläkarna i allmänmedicin redovisas. De taxanslutna specialistläkare i allmänmedicin redovisas tillsammans med övriga taxanslutna specialistläkare av Landstingsförbundet. De privata primärvårdsläkarna med vårdavtal redovisas i stället i Socialstyrelsens primärvårdsstatistik. När Landstingsförbundet i sin tur redovisar vårdavtal med privata specialistläkare är det stor risk att vårdavtalen med allmänmedicinerna faller bort eftersom dessa redovisas i primärvårdsstatistiken.

7.10 Ersättning för icke avskrivna investeringar

I propositionen 1994/95:195 finns följande uttalande: "Vissa privata vårdgivare som under de närmaste åren fyller 65 år och som landstingen inte vill teckna vårdavtal med kan ha gjort betydande investeringar de senaste åren i sin verksamhet som inte är avskrivna. Regeringen förutsätter att landstingen i sådana fall lämnar skälig ersättning för dessa."

Delegationen vill mot denna bakgrund fästa regeringens uppmärksamhet på att Stockholms läns landsting, med anledning av en begäran från en enskild privat vårdgivare, avslagit densamma med motiveringen att det strider mot gällande rättspraxis enligt kommunallagen att ge understöd åt enskilda. Landstinget anser att det faller utanför dess kompetens att göra vederlagsfria prestationer till enskilda personer och att det saknas stöd i offentligrättslig eller civilrättslig lag för en sådan prestation. Uttalandet i propositionen har inte dignitet av författning och kan därför enligt landstinget inte utgöra grund för att landstinget skulle vara ersättningsskyldig i detta fall. Inte heller kan skadeståndslagen vara tillämplig.

Mot denna bakgrund anser delegationen att regeringens uttalande angående ersättning för icke avskrivna investeringar bör ges en författningsmässig reglering.

7.11 Öppenvården i andra länder

Det som redovisas i kapitel 6 ang. öppenvården i andra länder och som utarbetats av Sven-Eric Bergman kommer enligt delegationens mening att utgöra ett väsentligt underlag i delegationens fortsatta arbete. Delegationen kan redan nu konstatera att, när det gäller den sjukvårdspolitiska debatt som förs i andra länder vad avser den öppna vårdens finansiering, styrning av organisation, likheterna med Sverige är större än skillnaderna.

Den stora skillnaden är att produktionen av den öppna vården nästan uteslutande sker i privat regi varför frågan om en avvägning och samverkan mellan offentlig och privat vård inte är aktuell. En annan påtaglig skillnad är att öppenvården huvudsakligen bedrivs utanför sjukhusen, medan Sverige av tradition fortfarande har en hög andel öppenvård på sjukhus. Ytterligare en skillnad är att patientavgifter, i synnerhet på primärvårdsnivå, är sällsynta medan i Sverige snarare patientavgifterna får en ökad betydelse som finansieringskälla.

För övrigt är likheterna slående. Finansieringen är huvudsakligen offentlig, antingen via skatter eller försäkringar. Behovet av kontroll över kostnader och verksamhet och de diskussioner som förs om val av metoder för att uppnå detta förekommer i alla de länder som redovisas. Bedömningen av primärvårdens roll som en viktig bas i de olika ländernas sjukvårdsorganisation och dess roll i vårdkedjan är också generell. Någon form av etableringskontroll förekommer i alla de studerade länderna och remisskrav från primärvårdsläkare är vanligt förekommande, åtminstone för att få komma till sjukhus.

7.12 Delegationens fortsatta arbete

Enligt direktiven skall delegationens arbete avslutas före utgången av 1997.

Delegationen avser att fortsätta att följa utvecklingen av vårdutbud, tillämpningen av remissregler och 65-årsregeln. Det senare inte minst i perspektivet av i vilken utsträckning ny- och ersättningsetableringar kommer till stånd. Arbetet kommer att ske på samma sätt som under 1996; genom löpande kontakter med sjukvårdshuvudmän och vårdgivare. En större enkätundersökning liknande den som genomförts under 1996 kommer också att genomföras hösten 1997. Beträffande remisshanteringen avser delegationen att också försöka belysa patientperspektivet samt den praktiska tillämpningen av det s.k. riksavtalets bestämmelser om sjukvårdshuvudmannens olika remissregler.

Frågan om kostnadsjämförelser mellan offentlig och privat vård är, som delegationen redan tidigare konstaterat, av stor betydelse. I första

hand bör utveckling av gemensamma beskrivnings- och klassificeringssystem ske på nationell nivå. Delegationen avser också att tillsammans med några intresserade sjukvårdshuvudmän initiera ett par utvecklingsprojekt.

Delegationen skall enligt direktiven uppmärksamma eventuella obalanser i vårdutbudet. Delegationen avser i det perspektivet att särskilt studera den fortsatta utvecklingen av antalet sjukgymnaster och hur behandlingsvolymen utvecklas. Utvecklingen av antalet taxeanslutna allmänläkare och privata allmänläkare i primärvården kommer också att följas.

Frågan om konkurrensneutralitet skall också belysas i ett bredare perspektiv än vad som hittills är gjort. Inte minst gäller det övriga privata vårdgivare, som inte är anslutna till den nationella taxan. Vidare bör den sjuk- och åldringsvård, som bedrivs i kommunal regi uppmärksammas. Inte minst inom åldringsvården är entreprenadlösningar vanligt förekommande.

Den nationella taxans ställning på sikt, inte minst i perspektivet av den särställning som läkare och sjukgymnaster åtnjuter i relation till andra legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, skall också behandlas i delegationens fortsatta arbete.

Redovisningen av de internationella förhållandena utgör en viktig referensram i delegationens fortsatta arbete. Frågan om etableringstillstånd och upphandling kommer särskilt att studeras.

Slutligen kommer delegationen att fortsätta arbetet med att finna och sprida goda exempel och former som underlättar samverkan mellan offentlig och privat vård.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av Kerstin Sjöberg

När det gäller frågan om upphandling av vårdavtal med enskilda läkare och sjukgymnaster anser jag att delegationens resonemang är oklara och i vissa delar även icke relevanta. Enligt min mening borde övervägandena utifrån den diskussion som förts, utmynna i ett ställningstagande enligt följande:

Delegationen har i sitt ställningstagande till frågan huruvida vårdavtal skall upphandlas eller ej tagit fasta på den offentlighetsrättsliga reglering som LOL och LOS innebär. En av utgångspunkterna för delegationens ställningstagande är att samverkansavtal inte behöver föregås av ett LOU-förfarande.

När det gäller vårdavtal förmedlas den offentliga finansieringen genom avtal men grunden för dessa är offentlighetsrättslig lagstiftning. Avtal om sådana tjänster omfattas inte av EGs upphandlingsdirektiv. Detta är en annan av delegationens utgångspunkter för sitt ställningstagande.

Delegationen anser mot bakgrund av vad ovan redovisats att det ligger närmast till hands att anse att här ifrågasättande vårdavtal inte skall behövas föregås av ett LOU-förfarande. I den mån ett förtydligande av lagstiftningen till någon del är erforderligt bör formerna för detsamma övervägas inom departementen.

Delegationen har med detta uttalande slutbehandlat den från Socialdepartementet till delegationen översända hemställan från Landstingsförbundet.

Förkortningar och definitioner av vissa begrepp

HSL, Hälso och sjukvårdslag (1982:763)

KL, Konkurrenslagen (1993:20)

LOL, Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning

LOS, Lag (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik

LOU, Lag (1992:1528) om offentlig upphandling

NOU, Nämnden för offentlig upphandling

Sluten vård

Med sluten vård avses hälso- och sjukvård som ges när patienten är intagen på sjukhus (HSL 5§).

Öppen vård

Med öppen vård avses hälso- och sjukvård som inte kräver intagning på sjukvårdsinrättning/sjukhus. Öppen vård delas med hänsyn till verksamhetsinriktning och innehåll upp i primärvård och övrig öppen vård.

Primärvård

Primärvård betecknar en vårdnivå vilken omfattar basal medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande verksamhet och rehabilitering inklusive hjälpmedelsförskrivning. Primärvård som vårdnivå inkluderar primärkommunal hälso- och sjukvård, privatpraktiserande specialister i allmänmedicin och privatpraktiserande sjukgymnaster.

Övrig öppen vård

Övrig öppen vård betecknar vårdnivån sekundär vård vilken omfattar hälso- och sjukvård av läkare med andra specialistkompetenser än de i allmänmedicin. Övrig öppen vård inkluderar öppenvårdsmottagningar

vid eller anknutna till sjukhus samt privatpraktiserande läkare med annan specialistkompetens än allmänmedicin.

Specialistläkare i allmänmedicin

I denna rapport benämns specialistläkare i allmänmedicin allmänläkare, i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer. Vanligt förekommande andra benämningar är distriktsläkare, husläkare och familjeläkare.

Samverkansavtal

Samverkansavtal tecknas mellan landstinget och privat läkare eller sjukgymnast och medför att vårdgivaren erhåller rätt att vara verksam enligt lag (1993:1651) om läkarvårdersättning respektive lag (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

Vårdavtal

Vårdavtal tecknas mellan landstinget och privat vårdgivare och reglerar parternas inbördes relation och vårdgivarens medicinska åtagande.

Vårdavtalet kan bland annat reglera vissa preciserade åtgärder, ansvar för vissa frågor, ersättning (för läkare och sjukgymnaster kan de nationella taxorna helt eller delvis frångås), kvalitetsuppföljning, tillgänglighet, lokalisering och avtalstid.

Samarbetspolicy

Gemensam policy för samarbete mellan Stockholms läns landsting och den privata specialistvården företrädd av Stor-Stockholms Privatläkarförening

Förord

De privata specialistläkarna och landstingets vård har mycket att vinna på ett utökat samarbete med klara riktlinjer.

Landstinget och de privata specialistläkarna är angelägna om att etablera ett närmare och förbättrat samarbete. Landstinget ser de privata vårdgivarna som en viktig resurs i det samlade sjukvårdsutbudet.

Kvalitetssäkringen är en ytterst viktig beståndsdel som bör utvecklas i samarbete med privatläkarna. Det kvalitetssäkringsprogram (KVAL-PRAK) som Stockholmsavdelningen av Sveriges Privatläkarförening utarbetat förutsätts komma att harmoniera med landstingets kvalitetspolicy.

Denna gemensamma policy har godkänts av Stockholms läns landstings Hälso- och sjukvårdsnämnd och Stor-Stockholms Privatläkarförening. Den överlämnas till landstingets sjukvårdsstyrelser som policy för deras samarbete med de privata specialistläkarna.

Tord Bergstedt
Sjukvårdsdirektör

Gunilla Björk
Ordförande i Stor-Stockholms
Privatläkarförening

Bakgrund

De privata specialistläkarna och landstingets vård har mycket att vinna på ett utökat samarbete med klara riktlinjer.

Stockholms läns landsting är angeläget om att etablera ett närmare och förbättrat samarbete med de privata vårdgivarna. Landstinget ser de privata vårdgivarna som en viktig resurs i det samlade sjukvårdsutbudet.

Det är önskvärt att utveckla den nytta som de privata vårdgivarna gör med ett nära samarbete till en för landstinget planerad nytta. I den svåra ekonomiska situationen landstinget befinner sig är det nödvändigt att få större kontroll på kostnaderna för den sjukvård som privata vårdgivare förmedlar. Det är från landstingets utgångspunkt viktigt att kunna påverka vårdinnehållet, lokaliseringen och patienturvalet. I detta sammanhang är kvalitetssäkringen en ytterst viktig beståndsdel.

Kvaliteten bör utvecklas i samarbete mellan privatläkarna och landstinget. Stockholmsavdelningen av Sveriges Privatläkarförening har utarbetat ett kvalitetssäkringsprogram (KVALPRAK) för detta ändamål.

Detta dokument utgör en gemensam policy för utökat samarbete mellan Stockholms läns landsting och de privata specialistläkarna i Stockholms län.

Struktur

Kostnadskontroll, kvalitetssäkring och kapacitetsutnyttjande är – förutom samarbete mellan vårdgivarna – nyckelord för effektivt vårdutnyttjande.

Somatisk vård

Husläkarna är första linjens sjukvård som skall ta hand om basal hälso- och sjukvård för befolkningen. Om patienterna behöver mer kvalificerad vård eller utredning remitteras de till största del idag till akutsjuk-

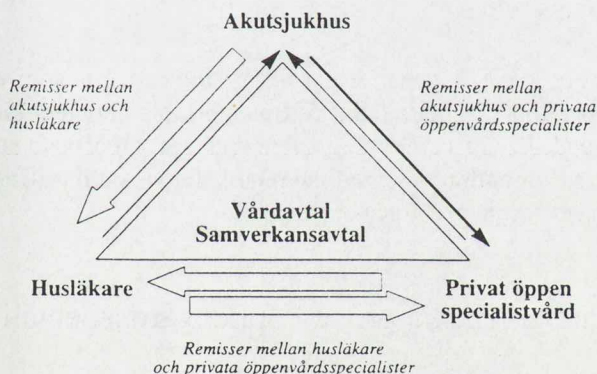
husen. Vid akutsjukhusens öppenvård genomförs fn stora sparbetning och kapaciteten minskar.

Genom bättre samarbete med den privata öppenvården kan patienterna erbjudas remiss till privat öppenvårdsspecialist. De privata öppenvårdsspecialisterna kan genom samarbetsavtal öka sin möjlighet att ta emot remisser från husläkarna. Dessa remitterade patienter förutsätts bli snabbt omhändertagna.

Privatläkarna är en kvalificerad resurs för utredning och vård av patienter som sedan återförs till husläkarna eller en mellanstation för patienter som behöver remitteras för operation eller än mer kvalificerad vård vid akutsjukhusen. De patienter som privatläkarna bedömer kan klaras i primärvården återförs dit för att bereda plats för hänvisningspatienterna. Privatläkarnas specialistkompetens utnyttjas effektivast på detta sätt.

Samarbetet förutsätter ett öppet sinne från alla parter. Primärvård, privatvård och akutsomatisk vård måste ha en ömsesidig respekt för varandra i den framtida strukturen för att de gemensamma – inte minst ekonomiska – målen ska kunna uppfyllas.

Principerna för patienter – och remissflöden kan illustreras enligt följande. Grov pil markerar större (ökade) flöden än smal pil.



Målet med ett samarbetsavtal är att vårda patienten på lägsta effektiva omhändertagandenivå. Alla patienter som kan, ska tas om hand i primärvården.

Akutsjukhusen

Akutsjukhusen får en nyckelroll i den föreslagna strukturen. Sjukhusen utvecklas till att med större kraft ägna sig åt avancerad och högspecialiserad vård. Det gäller både akutsjukvård och planerad vård, såväl komplicerade operationer som dito utredningar.

Psykiatrisk vård

Husläkarna ska utgöra den första linjens sjukvård även när det gäller den basala psykiatriska vården. Den psykiatriska vården har en annan struktur än den somatiska. De privata vårdgivarna kan komma in som en resurs antingen genom att patienten söker direkt eller genom remiss från psykiatrisk sektor eller genom husläkaren. En dialog bör genomföras lokalt om hur samarbetet mellan sektorn, husläkarna och de privata psykiatrikerna ska utvecklas – allt med syfte att effektivt utnyttja de samlade vårdresurserna.

Geriatrisk vård

Det finns behov av en annan specialistvård för patienter som vårdas vid geriatriska kliniker. I alla fall med transportabla patienter kan den generella modellen för samverkan mellan sjukhus och privata specialister användas. För andra patienter kan på lokal nivå avtal träffas om konsultinsatser för de privata specialisterna.

Allmänmedicinska privata öppenvårdsspecialister

Denna grupp av privata specialister har inte någon omedelbar plats i den ovan skissade modellen. Det finns dock några som kan ha en intressant inriktning, till exempel idrottsmedicin eller ortopedisk medicin.

Leg. läkare utan specialitet som arbetar enligt lag om läkarvårdsersättning

Det finns ett fåtal läkare som inte har någon specialitet och dessa får behandlas separat.

Kostnadseffekter

I en modell där sjukhusen omfördelar sin verksamhet till avancerade utredningar och sluten vård samtidigt som primärvården i än högre grad behandlar de patienter som ej behöver specialistvård uppstår naturliga kostnadsbesparingar. Genom ett effektivt användande av den privata specialistvården i vårkedjorna uppstår också kostnadsminskningar.

Det ökade ansvaret innebär naturligtvis behov av fortsatt upprustning av medicinsk utrustning och avsättande av tid för utredningspatienter. Men detta behöver inte vara någon merkostnad i ett system som kan anpassa ersättningssystemet när samarbetsavtal sluts. Ersättningsformen för de mer kvalificerade åtgärderna får övervägas samtidigt med att andra ersättningssystem förhandlas.

Ersättningssystem

Samarbetsavtal avses innebära fortsatt arbete enligt lag om läkarvårdsersättning och tillhörande förordning.

Olika former för ersättningssystem bör diskuteras i framtida vårdavtal.

Medicinsk service

Medicinsk service i form av röntgen och laboratorietjänster är f.n. en så kallad fri service för privatläkarna. För landstingens sjukhus har kostnaden för service integrerats i de ersättningar som sjukhusen er-

håller. Uppföljning av de privata vårdgivarnas användning av medicinsk service bör snarast genomföras för att vara en grund för övervägande av reglering i vårdavtal.

Andra konsekvenser

Förutsättningen för att privatvården ska kunna gå in på ett offensivt sätt i denna vårdkedja är att de läkare som tecknar avtalen får rimliga möjligheter att upprätthålla hög kompetens och kvalificerad utrustning. Det är därför angeläget att framtida ersättningssystem beaktar detta.

Vårdkedja och områdesansvar

Privatvården är positiv till att samarbeta i vårdkedjor eller med områdesansvar. Dock bör betänkas att flyttning av en etablerad mottagning innebär kostnader och besvär både för personal och tidigare patienter.

Kvalitetssäkring och uppföljning

Läkare som har avtal förutsätts kvalitetsredovisa sin verksamhet enligt den framtagna modellen "KVALPRAK", samt redovisa remissflöden från och till primärvård och slutenvård.

I "KVALPRAK" redovisas bland annat struktur på mottagning och personalkompetens, tillgänglighet, befintlig utrustning och rutiner för teknisk och medicinsk säkerhet. Den medicinska processen redovisas med diagnos och åtgärder i olika ålderskategorier, vårdtyngd samt andel nybesök och återbesök m.m. En särskild del av kvalitetsinstrumentet utvecklas för mätning av vårdresultat.

Metodiken är framtagen i samarbete med SEMKO och specialistföreningarna. Samtliga privatläkare lämnar också årligen verksamhetsredo-

visningar till Socialstyrelsen och landsting. Det förutsätts att "KVAL-PRAK" skall harmoniera med HSN:s kvalitetspolicy.

Ersättningsetablering och vikarier

När sjukvården sluter samarbetsavtal med privatläkare ska i positiv anda prövas möjligheterna till ersättningsetablering under avtalstiden. I samverkansavtal bör också i samma positiva anda regleras möjligheterna att använda vikarier för ledig privatläkare för att säkerställa åtagandena i avtalet. Förordnande av vikarier sker i samråd med sjukvårdsområdena varvid dessa också kan acceptera läkare som inte uppfyller i lag ställda ålderskrav. För att anlita vikarier som är anställda i landstinget krävs tjänstledighet från arbetsgivaren.

Landstinget är angeläget om att det finns ett utbud av öppen specialistläkarvård som svarar mot invånarnas behov. Sammansättningen av specialiteter som svarar mot behoven kan variera över tiden. Om vakanser uppstår i utbudet av privatläkare kan dessa tillsättas efter diskussion mellan privatläkarna och sjukvårdsområdena om behovet av komplettering av öppen specialistläkarvård i det aktuella området.

Geografisk spridning av de privata öppenvårdsspecialisterna

Landstinget anser att det finns behov av att uppnå en bättre geografisk spridning av specialistläkarna. Genom att erbjuda privatläkarna olika incitament kan flyttning av mottagningarna diskuteras.

Samarbetsavtal del i processen mot vårdavtal

Att sluta vårdavtal kan ses som en process. Den kan inledas med att först komma fram till ett samarbetsavtal som sedan successivt kan övergå i ett vårdavtal.

Inrättande av samarbetsorgan

Enligt överenskommelsen om samverkansorgan för privata vårdgivare mellan regeringskansliet och Landstingsförbundet ska regionala organ som finansieras av sjukvårdshuvudmännen inrättas.

Samverkan ska avse frågor av policykaraktär för hela SLL som exempelvis att

- främja samverkan mellan offentlig och privat vård
- värna om patientens valmöjligheter i vården
- utforma principer för samarbets- och vårdavtal
- utforma principer för nyetableringar, ersättningsetableringar och vikariat
- utforma principer för dispenser för verksamhet i annan specialitet
- diskutera principer för hur lokala samverkansorgan bör fungera.

Samverkan mellan offentlig och privat specialistsjukvård inom sjukvården i Göteborg

Parterna för samverkan, dvs. företrädare för Göteborgs sjukvård, Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Göteborgs Privatläkarförening, har inom Samverkansrådet för privat och kommunal öppen specialiserad vård tillsammans upprättat Policy för samarbete mellan offentlig och privat specialistsjukvård inom sjukvården i Göteborg.

Policyn bygger på parternas gemensamma intresse att finna former för att underlätta och bibehålla den samverkan som utvecklats sedan Göteborgs sjukvård övertagit, från Försäkringskassan, ansvaret för planering och administration av privata specialister i öppen vård.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har godkänt policydokumenten vid sitt sammanträde i september 1996.

Göteborgs Sjukvård
Hälso- och sjukvårds-
nämndens stab

Göteborgs Privatläkarförening

Eva Afzelius
Projektledare

Bengt Eriksson
Ordförande

Policy för samarbete mellan offentlig och privat specialistsjukvård inom sjukvården i Göteborg

Inledning – förutsättningar för samverkan

Syftet med detta dokument är att ange formerna för samarbetet mellan den offentliga sjukvården och de privata specialistläkare som får läkarvårdsersättning eller ersättning enligt vårdavtal med Göteborgs kommun. Dokumentet skall också beskriva parternas gemensamma grundsyn för formerna för samverkan.

De privata specialisterna är en del av sjukvården i Göteborg och spelar en viktig roll som samarbetspartner. De utgör en del i vårdkedjorna och ger patienten möjlighet till valfrihet.

Lagen om läkarvårdsersättning skall följas såvida inte vårdavtal tecknas mellan parterna.

Vad gäller omfattning av öppen specialiserad sjukvård ämnar Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) upphandla den vård som uppfyller uppställda kvalitetskrav, är mest prisvärd och efterfrågad av den våldsökande allmänheten. Volymen av den privata vården blir därmed utöver den vård som bedrivs enligt lag avhängig dess konkurrensförmåga.

Vårdkedjor – för en optimerad vård

Samverkan mellan privata specialister, primärvård och länssjukvård förutsättes ske i form av vårdkedjor i syfte att skapa effektivitet och kontinuitet i patientarbetet. Målet är att – med patienten i centrum – erbjuda vård på den nivå som är mest adekvat. Gemensam syn på remissförfarande/hantering är viktigt för att skapa effektiva vårdkedjor som förkortar patientens väntan på behandling och perioden av arbetsförmåga.

Likapprincipen – neutralitet

Handläggning av frågor rörande privata och offentliganställda läkare bör ske med samma utgångspunkt/princip inom jämförbara specialiteter.

Samverkansformer

Samverkan förutsättes ske mellan alla vårdgivare inom respektive specialitet för att tillgängliga resurser skall kunna utnyttjas effektivt. Samverkan skall ske vid planering, resursfördelning och utvärdering.

HSN:s stab och de privata vårdgivarna har ett gemensamt samverkansråd för övergripande planerings- och verksamhetsfrågor för samtliga specialiteter. Detta samverkansråd är ett forum för diskussion och bedömning av frågor inför planerade budget- och verksamhetsförändringar samt i övriga frågor i anslutning till det planeringsansvar som åligger sjukvårdshuvudmannen. Dessutom ges tillfälle till ömsesidigt informationsutbyte av gemensamma intressefrågor.

Samverkansgrupper med representanter för de olika specialiteterna beredes tillfälle att ge sitt yttrande före bedömning av resurs- och avtalsfrågor som berör det offentliga och privata sjukvårdsutbudet.

HSN och de privata vårdgivarna strävar efter en samsyn på vårdverksamhetens innehåll, omfattning och lokalisering så att vårdavtal kan träffas.

Vårdavtal är den samverkansform som rekommenderas av huvudmannen. Samverkansavtal är den form av samverkan som regleras enligt lagen om läkarvårdsersättning, dvs. enligt den nationella taxeförordningen.

Vårdavtal

Vårdavtal bygger på ett konstruktivt samspel mellan parterna och bör därför eftersträvas då det ger möjlighet till lokal anpassning till ersättning och villkor.

Vårdavtalen innebär såväl åtagande, ersättning och villkor enligt följande förslag (checklista) till innehållsrubriker;

- tillgänglighet
- verksamhetens omfattning
- verksamhetsuppföljning
- samordning med sjukvårdens resurser
- läkemedelsförskrivning (om reglering införes)
- fortbildning, FOU
- personal, lokaler och utrustning
- medicinskt och ekonomiskt ansvar
- kvalitetssäkring
- samverkansråd – utbyte av information
- ersättningar
- administrativa rutiner
- giltighetstid
- tvist

Om vårdavtal träffas med läkare som har etablering skall läkaren ges rätt att återgå till ett sk samverkansavtal efter avtalstidens slut.

Geografisk placering

Vård skall finnas lätt tillgänglig för de vårdbehövande. Specialister med särskild subspecialitet/inriktning och som betjänar ett stort befolkningsunderlag bör finnas centralt inom Göteborg. I övrigt bör lokalisering av sjukvård ske där efterfrågan/behov föreligger.

Läkarhus/gruppläkarmottagning

Verksamheten bör koncentreras till läkarhus/gruppläkarmottagningar om inte särskilda skäl talar för enläkarmottagningar. Syftet med denna koncentration av specialister är att uppnå effektivitets- och kvalitetsvinster och erbjuda en verksamhet med möjligheter till större anpassning till patienternas behov vad gäller tillgänglighet och kontinuitet.

Långsiktig planering

För dimensionering av specialitet/verksamhet, omfattning och lokalisering av den privata vården krävs långsiktig planering som motsvarar den nivå som är rimlig med avseende på ansvar för annan personal, hyreskontrakt, investeringsbehov m.m.

Kvalitetssäkring

HSN utvecklar tillsammans med privata vårdgivare system för ekonomisk uppföljning samt kvalitetssäkring. Vid upprättande av vårdavtal skall tydligt framgå krav på kvalitetssäkring. En utgångspunkt för kvalitetssäkring kan vara exempelvis KVALPRAK kompletterat med specialitetsprogram.

Kompetensutveckling/fortbildning

Privata vårdgivare bör ges möjlighet att delta i den kompetensutveckling som erbjuds de offentligt anställda läkarna och bör delta i denna utbildning. Utrymme bör skapas för ömsesidigt utbyte mellan kliniker/motsvarande och privata vårdgivare i syfte att stimulera samverkan.

IT-utveckling – ADB-stöd

Sjukvårdens IT-utveckling ger möjligheter till samverkan med privata vårdgivare i utveckling av IT-teknik för bl.a. överföring/mottagning av medicinsk och administrativ information. HSN ger kontinuerlig information om den nya teknologin. Privata specialister deltar aktivt i sjukvårdens IT-utveckling och verkar för att utnyttja tekniken för kvalitetssäkring, rapportering av läkarvårdsbesök, uppföljning enligt Socialstyrelsens krav m.m.

Information till allmänhet/patienter m. fl.

HSN och privata vårdgivare skall tillsammans verka för att ge allmänheten m.fl. en korrekt information om villkor, tillgång och utbud av privata vårdgivare. Båda parter bör hålla varandra informerad om fakta som har betydelse för respektive verksamhet. Inför utgivning av information/annonsering om vårdutbud bör avstämning ske mellan parterna.

Revidering av policy

Revidering kan ske av detta policydokument efter överenskommelse då ändrade förutsättningar uppstår som påverkar samarbetet mellan parterna.

Hälso- och sjukvårdssystem i några OECD-länder

England

National Health Service (NHS), är ett skattefinansierat, statligt hälso- och sjukvårdssystem. Det politiska ansvaret för hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning ligger på den nationella nivån.

Budgeten fördelas till den lokala nivån, *District Health Authorities (DHA)*. Vid fördelningen används en nyckel som tar hänsyn till befolkningens behov i de olika områdena.

De regionala och lokala hälso- och sjukvårdsadministrationerna leds av administratörer och lekmän som utses av regeringen. Det finns alltså inte några direktvalda politiker på den regionala eller lokala nivån vare sig på beställarsidan eller i produktionsstyrelserna.

Den offentligt finansierade vården produceras i offentlig regi, dels vid statligt ägda sjukhus, dels i olika öppna vårdformer med bl.a. sjuksköterskor för hemsjukvård och förebyggande arbete, *community health service* (samhällsbaserad vård). Personalen är anställd av *NHS*. Husläkarverksamheten drivs dock av läkare som är egenföretagare och som har kontrakt med *NHS*.

Det engelska hälso- och sjukvårdssystemet omfattar hela befolkningen och svarar för såväl akutsjukvård som husläkarverksamhet, övrig primärvård och hemsjukvård. Kommunen har ansvar för äldreomsorg och institutionsboende för äldre.

I det engelska hälso- och sjukvårdssystemet finns bara en finansiär, *NHS*, som lokalt företräds av den *DHA* inom vilken man bor. Genom introduktionen av budgetansvariga husläkare, s.k. *Fundholders*, har ett visst mått av valmöjlighet öppnats även när det gäller finansiär. För de

delar av vården som ingår i de budgetansvariga läkarnas åtagande har dessa ett tillhandahållaransvar.

Vid sidan av *NHS* finns en liten men växande privat sektor som finansieras med privata försäkringar eller direktbetalning. Privat vård bedrivs i huvudsak vid privata vårdenheter men det finns privat verksamhet även inom sjukhus som drivs av *NHS*. Det hänger samman med att alla specialister med självständig ställning har rätt att behandla privata patienter vid det sjukhus där de arbetar. Drygt 10 procent av befolkningen har någon form av privat tilläggsförsäkring. Ungefär hälften av dessa försäkringar betalas av den försäkrades arbetsgivare.

Danmark

I Danmark har *amtskommunerne* (med beskattningsrätt) ansvaret för hälso- och sjukvården; såväl för sjukhusväsendet som för den öppna vård som bedrivs inom ramen för den skattefinansierade allmänna sjukförsäkringen.

All produktion av öppen vård som finansieras genom den allmänna sjukförsäkringen sköts av privatpraktiker, som måste ha avtal med amtskommunen för att få ersättning från försäkringen.

Det danska hälso- och sjukvårdssystemet omfattar hela befolkningen och svarar alltså för såväl akutsjukvård som husläkarverksamhet samt övrig öppenvård. Kommunerna har ansvar bl.a. för gruppboende och stöd till de psykiatripatienter som bor i eget hem. Kommunerna ansvarar också för förebyggande insatser, t.ex. barnhälsovård samt för hemsjukvård och vård vid institutioner för äldreboende, *plejehjem*.

I Danmark finns enstaka privata sjukhus som är vinstsyftande samt några icke vinstsyftande vårdenheter som drivs t.ex. av patientföreningar. Det finns också ett fåtal privatläkare, som står utanför den allmänna försäkringen. Ersättning till dessa betalas av patienterna utan offentliga subventioner. Inget hindrar att amtskommunerna köper tjänster från privata sjukhus men det sker endast i marginell omfattning.

Finland

I Finland är det kommunerna som har ansvaret för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård till alla kommuninvånare. Statsbidrag har tidigare utgått i relation till aktivitetsnivån och varit hårt styrande för verksamheten, men är nu befolkningsrelaterad och ger kommunerna större möjligheter att själva besluta. Kommunens andel av kostnaderna finansieras med kommunalskatt.

Sjukhusen är offentliga och drivs som regel av kommunalförbund, samkommuner, med gränser som fastställts av staten. Primärvården bedrivs av 226 hälsocentraler. För cirka hälften av dessa är samkommunerna huvudmän. Hälsocentralerna har en bred verksamhet som utöver läkarmottagning även innefattar barn- och mödrahälsovård, folkhälsoarbete, röntgen- och laborativ verksamhet, sjukgymnastik samt sjukhemsverksamhet där det även finns vissa platser för korttidsvård. Hemsjukvården ingår också i hälsocentralernas verksamhet.

Det finska hälso- och sjukvårdssystemet omfattar hela befolkningen och svarar för såväl akutsjukvård som den primärvård som bedrivs vid hälsocentraler och sjukhem. Även hälsovård och hemsjukvård ingår.

Vid sidan av den offentliga, kommunbaserade hälso- och sjukvården finns också en privat hälso- och sjukvård som subventioneras genom en allmän sjukförsäkring, finansierad med arbetsgivaravgifter och egenavgifter från de anställda. Den privata sjukhusvården är förhållandevis liten och utgör ett par procent av det totala antalet bäddplatser. Där emot finns en omfattande privatläkarverksamhet som svarar för mer än hälften av de öppenvårdsbesök som görs hos specialistläkare. I Finland finns också privata tilläggsförsäkringar som används för att täcka kostnader för vård hos privatläkare. Vanligast är att man tar denna typ av försäkring för barn.

Kanada

Den kanadensiska hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen med skatter som invånarna betalar dels till provinsen, dels till den federala nivån. Arbetsgivaren betalar också skatter av olika slag till både den nationella nivån och till provinsen.

Finansieringen är alltså en gemensam uppgift för federationen och provinserna. Statsbidragen baseras de på befolkningsutvecklingen i respektive provins samt på utvecklingen av BNP. Det är fritt för provinserna att använda bidragen för olika typer av hälso- och sjukvårdsinsatser vilket underlättade en satsning på t.ex. hemsjukvård.

Nittiofem procent av de kanadensiska sjukhusen är icke vinstsyftande och drivs bl.a. av frivilliga organisationer och kommuner. Ett fåtal vinstsyftande sjukhus förekommer inom långtidssjukvården, som inte ligger inom ramen för åtagandet i *Canada Health Act*. Sjukhusen har egna styrelser som utses av ägarna. Styrelsen och sjukhusledningen har ansvar för drift och ekonomi men måste hålla sig inom den årliga budget som man förhandlat sig fram till med provinsregeringen. Varje ägare bestämmer själv hur styrelsen skall utses.

Den öppna läkarvården bedrivs av privatpraktiserande läkare som arbetar i egna mottagningar. En stor del av dessa privata specialister har också rätt att lägga in och behandla sina patienter vid sjukhus när de behöver sådan vård. Även privata lättakuter har etablerats. Under slutet av 80-talet började det också växa upp s.k. *Independent Health Facilities*. Det är privata mottagningar som bedriver verksamhet som genom nya teknologier är möjliga att bedriva utanför sjukhus, t.ex. starroperationer.

De tio provinserna har det konstitutionella ansvaret för hälso- och sjukvården. De grundläggande rättigheterna regleras på den nationella nivån i *Canada Health Act*. Där finns olika kriterier som måste uppfyllas för att provinserna skall få del av statsbidragen. Öppen vård som ges av andra personalgrupper än läkare ingår inte i kriterierna för att få statsbidrag utan beslutas oberoende av detta av varje provins.

I syfte att undvika uppkomsten av parallella hälso- och sjukvårdssystem är det i Kanada förbjudet att ha privata sjukvårdsförsäkringar som täcker den vård som ligger inom ramen för *Canada Health Act*. Likaså är privata, vinstsyftande sjukhus förbjudna inom de verksamheter som ingår. Tilläggsförsäkringar som täcker kostnader för viss extra service, t.ex. enkelrum, är däremot tillåtna.

Tyskland

Finansieringen av den tyska hälso- och sjukvården är till helt övervägande del (nära 80 procent) offentlig. Alla under en viss inkomst är obligatoriskt försäkrade, övriga kan välja att ansluta sig till den offentliga försäkringen eller försäkra sig privat. Ungefär 90 procent av tyskarna är offentligt försäkrade. En ringa andel är helt oförsäkrade. De flesta av dem har mycket hög inkomst.

Försäkringskassorna är självständiga och uppgår till knappt 900. De är av olika slag; allmänna kassor, företagskassor och privata kassor. Kassorna finansieras med avgifter, som utgör en viss procent av medlemmarnas bruttolön. Arbetsgivaren och arbetstagaren betalar vardera hälften av avgiften. Barn och hemarbetande ansluts via den försäkrade. Även pensionärer och arbetslösa tillhör försäkringen. Vanligtvis bestäms kassatillhörigheten av sysselsättning eller bostadsort, men det finns numera större frihet att välja kassa.

Producenterna är i Tyskland uppdelade på sluten och öppen vård. Sjukhusen driver nästan enbart sluten vård. Ungefär hälften är offentliga (delstater och kommuner). Kyrkor och frivilligorganisationer äger 35 procent medan resterande är privata vinstsyftande. Den öppna vården drivs av privatpraktiserande läkare anslutna till försäkringskassorna.

Systemet omfattar i stort sett samtliga tyskar även om vissa har möjlighet försäkra sig privat. All sluten och öppen vård ingår i systemet som måste sägas vara extensivt. Det omfattar praktiskt taget allting som är möjligt inom medicinen. Äldreomsorgen ligger utanför sjukvården. Familjen har huvudansvaret. En äldreomsorgsförsäkring har dock trätt i kraft successivt under åren 1995-96. Den är avsedd att ge ekonomiskt stöd till familjer som vårdar äldre. Alternativt skall den täcka de fulla kostnaderna för vård vid sjukhem.

Ungefär 20 procent av befolkningen har en privat sjukförsäkring, som kompletterar eller ersätter den obligatoriska. Vissa statstjänstemän får hälso- och sjukvård enligt en speciell återbäringstaxa.

Sjukhusläkare i överordnad ställning har rätt att ta emot privatpatienter på sjukhusen. För detta betalar man en ersättning till sjukhusen.

Nederländerna

Finansieringen av den nederländska hälso- och sjukvården sker genom en kombination av olika försäkringar. Finansieringen är till större delen (drygt 75 procent) offentlig.

Försäkringen för exceptionella sjukvårdsutgifter (*AWBZ*) är obligatorisk. Den omfattar alla som står under det holländska skattesystemet, även familjemedlemmar, arbetslösa och handikappade. Arbetsgivaren och arbetstagaren betalar hälften var av avgifterna. Den andra offentliga försäkringen (*ZFW*) är obligatorisk för alla med inkomst under en viss gräns. Den omfattar runt 60 procent av befolkningen. Den finansieras på i princip samma sätt som *AWBZ*.

Den offentliga sjukförsäkringen administreras av 26 fristående sjuk-kassor. De är icke vinstdrivande. Någon konkurrens mellan dem före-kommer i praktiken inte. De inbetalningar som görs till den offentliga försäkringen går till en central fond, som sedan ersätter de enskilda sjuk-kassorna för de utgifter som uppstått.

Av Nederländernas 750 institutioner är 600 privata. Enligt lag får de inte drivas i vinstsyfte. De flesta har anknytning till antingen katolska eller protestantiska understödjare.

Allmänläkarna är i regel egna företagare. Nästan all specialistvård be-drivs på sjukhusen; specialisläkarna är egna företagare som har kontrakt med sjukhuset. Annan personal är anställda med månadslön.

ZFW täcker kostnaderna för sjukhusvård, primärvård, läkemedel etc. upp till 365 dagar. Den kan kompletteras med tilläggsförsäkringar för t.ex. eget rum och bättre mat i samband med sjukhusvård. *AWBZ* om-fattar i huvudsak längre och dyrare behandling i samband med sjukdom och handikapp. De utgifter som täcks har successivt utvidgats.

Social omsorg (älderdomshem, hemtjänst etc.) omfattar hela befolk-ningen. Den finansieras över den statliga budgeten, via *AWBZ* samt ge-nom egenavgifter.

Personer över en viss inkomst omfattas, som nämnts, inte av *ZFW*. För dessa finns möjligheter teckna privata försäkringar. Den privata försäkringen administreras av ett 70-tal konkurrerande sjukförsäkrings-bolag. Dessa privata bolag administrerar också *AWBZ* för sina kunder. En del drivs i vinstsyfte (1/3) medan andra (2/3) är ideella. De ger

tillsammans ett försäkringsskydd till 32 procent av befolkningen, vilket är den högsta andelen privat finansiering i Västeuropa.

För vissa offentligt anställda (6 procent av befolkningen) finns en lagstadgad försäkring.

USA

Finansieringen bygger traditionellt på att den enskilde själv står för betalningen av sjukvård via en privat försäkring eller genom direkt betalning. Den offentliga finansieringen uppgår till endast 40 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. De privata försäkringarna täcker 35 procent och patientavgifterna 25 procent. Proportionerna varierar dock för olika vårdformer.

Den offentliga finansieringen gäller främst *Medicare*- och *Medicaid*-programmen. Dessa är avsedda ge de utsatta grupperna ett grundläggande skydd. *Medicare* omfattar i huvudsak de äldre. *Medicaid* är inriktat på att stödja de fattiga och grupper med höga vårdutgifter. Som bekant sker nu förändringar i hela den amerikanska socialpolitiken som innebär ett minskat federalt inflytande och stöd genom att delstaterna tar över uppgifter.

Ungefär två tredjedelar av befolkningen har en privat försäkring. Den privata försäkringssektorn svarar dock enbart för en tredjedel av de totala sjukvårdskostnaderna.

Indirekt subventioneras också de privata försäkringarna. Upp till ett visst belopp beviljas nämligen ett avdrag med 50 procent av premierna. Arbetsgivarna betalar i många fall sjukförsäkringen, som alltså blivit en löneförmån. För gruppförsäkringar får arbetsgivaren göra skatteavdrag.

Det finns i USA uppemot 7 000 sjukhus. De har en betydande självständighet att fatta beslut om verksamhetens omfattning och inriktning. Den största gruppen (över hälften) är privata icke-vinstsyftande. En dryg tredjedel är offentliga och resten (10 procent) privata vinstsyftande. Marknadsandelen för de senare ökar när fler sjukhus införlivas och läggs samman i kedjeföretag.

Huvuddelen av landets 600 000 läkare arbetar som ensampraktiker eller i små gruppemottagningar; tendensen är att de senare ökar. Flertalet

läkare är specialister, allmänläkardelen uppgår till mindre än 15 procent.

Trots *Medicare* och *Medicaid* är runt 15 procent av befolkningen inte försäkrad. Det motsvarar närmare 40 miljoner människor. Dessa får viss vård genom offentliga program, offentliga vårdgivare och en del privata vårdgivare, som skjuter över dessa kostnader till de försäkrade. De oförsäkrade utgörs av arbetslösa, låginkomsttagare m.fl. som tjänar för mycket för att omfattas av *Medicaid*. En stor grupp bland de oförsäkrade är anställda vid mindre företag.

Medicare täcker utgifterna för de äldre, i första hand för behandling på akutsjukhus under begränsad tid. Genom en subventionerad tilläggsförsäkring inkluderas också läkarvård. Nästan alla har detta tillägg.

*Medicaid*s kostnadstäckning varierar mellan delstaterna. I samtliga fall täcks dock kostnaderna för vård vid akutsjukhus och läkartjänster.

Äldreomsorgen ligger i regel utanför försäkringsskyddet. En stor del av insatserna åvilar därför familjen. Viss hemsjukvård ingår dock i *Medicare*.

Tabellbilaga 1. Privata specialistläkare med offentlig finansiering, hösten 1996

Sjukvårds- huvudmän	Antal med er- sättning enl. na- tionella taxan	varav allmän- läkare	Antal vård- och sam- verkans- avtal ²⁾	varav med enskilda läkare ³⁾	Antal läkare som pen- sioneras 970101	varav be- viljas fort- satt verk- samhet	Antalet beviljade etabli- ringar	Total föränd- ring 970101 pga. avveckling och nya etabli- ringar antal	procent
Stockholm	880	96	81	48 ³⁾	149	31	9	-109	-12
Uppsala	70	6	0 ²⁾	0	8	0	1	- 7	-10
Sörmland	37	13	11	10	4	0	0	- 4	-11
Östergötland	41	3	5	0 ³⁾	10	1	ej beslutat	- 9	-22
Jönköping	50	5	3	3	8	0	0	- 8	-16
Kronoberg	24	2	1	1	4	0	0	- 4	-17
Kalmar	15	3	0	0 ³⁾	0	0	0	0	0
Blekinge	21	13	3 ²⁾	3	7	2	0	- 5	-24
Kristianstad	60	24	2 ²⁾	2 ³⁾	6	0	0	- 6	-10
Malmöhus län	145	39	41 ²⁾	30	27	1	2	- 24	-17

Sjukvårds- huvudmän	Antal med er- sättning enl. na- tionella taxan	varav allmän- läkare	Antal vård- och sam- verkans- avtal ¹⁾	varav med enskilda läkare ³⁾	Antal läkare som pen- sioneras 970101	varav be- viljas fort- satt verk- samhet	Antalet beviljade etablie- ringar	Total föränd- ring 970101 pga. avveckling och nya etable- ringar	procent antal
Halland	39	7	0	0	6	0	ej beslutat - 6	-15	
Bohuslands- landstinget	32	6	2	2 ³⁾	8	ännu ej beslutat	- 8	-25	
Älvsborg	30	18	0	0	8	0	0 - 8	-27	
Skaraborg	20	6	0	0 ³⁾	3	0	ej beslutat - 3	-15	
Värmland	35	12	14	11 ³⁾	11	2	0 - 9	-26	
Örebro	23	13	2	0	2	0	0 - 2	- 9	
Västmanland	14	6	15	13	6	1	0 - 5	-36	
Dalarna	20	13	0	0	2	0	0 - 2	-10	
Gävleborg	31	7	8	8	7	ännu ej beslutat	- 7	-22	
Västernorrland	15	0	0	0	1	0	0 - 1	- 7	
Jämtland	17	7	0	0 ³⁾	5	1	0 - 4	-24	

Sjukvårds- huvudmän	Antal med er- sättning enl. na- tionella taxan	varav allmän- läkare	Antal vård- och sam- verkans- avtal ²⁾	varav med enskilda läkare ³⁾	Antal läkare som pen- sioneras 970101	varav be- viljas fort- satt verk- samhet	Antalet beviljade etabli- ningar	Total föränd- ring 970101 pga. avveckling och nya etabli- ningar	procent
Västerbotten	12	2	0	0	0	0	0	0	0
Norrbotten	46	14	2	1	5	1	0	-4	-9
Gotlands kn	16	0	0	0	5	3	0	-2	-12
Malmö stad	131	13	10 ²⁾	9	25	4	1	-20	-15
Göteborgs stad	224	32	5	1	37	11	6	-22 ¹⁾	-10
Summa	2 048	360	205 ²⁾	142	354	58	19	-279	-14

¹⁾ Utöver pensionsavg. upphör 2 med sin etablering

²⁾ Avtal med privata specialistläkare i allmänmedicin och husläkare/familjeläkare/distriktsläkare redovisas under rubriken primärvård

³⁾ Därtill kommer vårdavtal med fritidspraktiker:

Stockholm	antal ej angivet	upphör 970101
Östergötland	2	
Kalmar	14	avvecklas efter 97
Kristianstad	22	
Bohuslän	15	
Skaraborg	antal ej angivet	upphör 970101
Värmland	3	
Jämtland	1	under avveckling

Tabellbilaga 2. Privata sjukgymnaster med offentlig finansiering, hösten 1996

Sjukvårdshuvudmän	Antal med ersättning enl. nationella taxan	Antal vård- och sam- verkans- avtal	varav med enskilda sjukgym- naster	Antal som pensio- neras 970101	varav be- viljas fort- satt verk- samhet	Antalet be- viljade etableringar	Total föränd- ring 970101 pga. avveckling och nya etab- leringar	procent antal
Stockholm	845	6	3	26	0	0	-26	-3
Uppsala	24	24	24	5	0	0	-5	-21
Sörmland	56	0	0	3	0	0	-3	-5
Östergötland	64	3	1	5	0	0	-5	-8
Jönköping	44	1	0	3	0	0	-3	-7
Kronoberg	25	0	0	0	0	0	0	0
Kalmar	40	0	0	0	0	0	0	0
Blekinge	19	0	0	1	0	0	-1	-5
Kristianstad	64	0	0	2	0	0	-2	-3
Malmöhus län	186	10	7	7	0	0	-7	-4

Sjukvårdshuvudmän	Antal med ersättning enl. nationella taxan	Antal vård- och samverkansavtal	varav med enskilda sjukgymnaster	Antal som pensioneras 970101	varav beviljas fortsatt verksamhet	Antalet beviljade etableringar	Total förändring 970101 pga. avveckling och nya etableringar	procent
Halland	55	0	0	2	0	ej beslutat	-2	-4
Bohuslän	41	9	4	3	ännu ej beslutat		-3	-7
Älvsborg	51	0	0	2	0	0	-2	-4
Skaraborg	28	1	1	0	0	0	0	0
Värmland	40	7	0	2	0	0	-2	-5
Örebro	36	2	0	3	0	0	-3	-8
Västmanland	77	2	2	5	1	0	-4 ¹⁾	-5
Dalarna	56	1	1	0	0	0	0	0
Gävleborg	35	18	18	1	0	0	-1	-3
Västernorrland	30	0	0	1	0	0	-1	-3
Jämtland	46	0	0	1	1	0	0	0

Sjukvårds- huvudmän	Antal med er- sättning enl. na- tionella taxan	Antal vård- och sam- verkans- avtal	varav med enskilda sjukgym- naster	Antal som pensio- neras 970101	varav be- viljas fort- satt verk- samhet	Antalet be- viljade etableringar	Total föränd- ring 970101 pga. avveckling och nya etab- leringar	procent antal
Västerbotten	50	0	0	1	0	0	-1	-2
Norrbotten	63	0	0	0	0	0	0	0
Gotlands kn	5	6	6	0	0	0	0	0
Malmö stad	106	0	0	12	0	0	-12	-11
Göteborgs stad	161	1	1	6	0	0	-6	-4
Summa	2 247	91	68	91	2	0	-89	-4

¹⁾ Sannolikt kommer några att avveckla sin verksamhet pga. dålig lönsamhet

Tabellbilaga 3. Uppskattning av antalet minskade läkarbesök pga. pensionering och beviljade nyetableringar per 970101

Sjukvårdshuvudmän	Antal läkarbesök 1995 hos samliga läkare med offentlig finansiering (1000-tal)	Antal läkare som pensionerats 970101	Antal läkare som beviljats fortsatt verksamhet 1997	Antal besök som dessa svarade för 1995 ¹⁾ (1000-tal)	Antal besök som dessa svarade för 1997	Uppskattning av antalet läkarbesök som dessa svarar för ¹⁾ 1997 (1000-tal)	Antal beviljade etableringar	Uppskattat antal läkarbesök hos nya etableringar ¹⁾ (1000-tal)	Uppskattad förändring av antalet läkarbesök 1997 (1000-tal)	%
Stockholm	1 869,7	149	31	200	31	40	9	18	- 142	-7,6
Uppsala	135,5	8	0	12,8	0	0	1	2	-10,8	-8,0
Sörmland	95,3	4	0	4,7	0	0	0	0	-4,7	-4,9
Östergötland	133,9	10	1	11	1	1,2	ej beslutat	0	- 9,8	- 7,3
Jönköping	79,5	8	0	6,3	0	0	0	0	- 6,3	- 7,9
Kronoberg	83,1	4	0	8,6	0	0	0	0	- 8,6	-10,3
Kalmar	35,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Blekinge	33,9	7	2	12	2	3,5	0	0	- 8,5	-25,1

Sjukvårdshuvudmän	Antal läkarbesök 1995 hos samliga läkare med offentlig finansiering (1000-tal)	Antal läkare som pensioneras 970101	Antal besök som dessa svarade för 1995 ¹⁾ (1000-tal)	Antal läkare som beviljats fortsatt verksamhet 1997	Uppskattning av antalet läkarbesök som dessa svarar för ¹⁾ 1997 (1000-tal)	Antal beviljade etableringar	Uppskattat antal läkarbesök hos nya etableringar ¹⁾ (1000-tal)	Uppskattad förändring av antalet läkarbesök 1997 (1000-tal)	%
Kristianstad	81,2	6	3	0	0	0	0	- 3	- 3,7
Malmöhus län	518,8	27	36	1	2	2	4	- 30	- 5,8
Halland	96,3	6	9,4	0	0	ej beslutat	0	- 9,4	- 9,8
Bohuslans landstinget	49,3	8	6	ännu ej beslutat			- 6		- 12,2
Älvsborg	64,2	8	8,2	0	0	0	0	- 8,2	- 12,8
Skaraborg	55,1	3	6	0	0	ej beslutat	0	- 6	- 10,9
Värmland	73,3	11	11,6	2	2	5,5	0	- 6,1	- 13,1
Örebro	44,8	2	4	0	0	0	0	- 4	- 8,9
Västmanland	50,4	6	6,7	1	1,5	0	0	- 5,2	- 10,3

Sjukvårds- huvudmän	Antal läkar- besök 1995 hos samt- liga läkare med offent- lig finansie- ring (1000-tal)	Antal lä- kare som pensioner- as 970101	Antal besök som dessa svarade för 1995 ¹⁾ (1000-tal)	Antal lä- kare som beviljats fortsatt verksamhet 1997	Uppskatt- ning av antalet läkarbesök som dessa svarar för ¹⁾ 1997 (1000- tal)	Antal be- viljade etab- lingar	Uppskat- tat antal läkarbe- sök hos nya etab- leringar ¹⁾ (1000-tal)	Uppskat- tat för- ändring av anta- let läkar- besök 1997 (1000-tal)	%
Dalarna	29,5	2	5	0	0	0	0	- 5	-16,9
Gävleborg	70,3	7	4	ännu ej beslutat				- 4	-5,7
Västernorrland	32,1	1	1,4	0	0	0	0	- 1,4	- 4,4
Jämtland	33,1	5	3	1	0,8	0	0	- 2,2	- 6,6
Västerbotten	34,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Norrbotten	95,1	5	3,5	1	0,2	0	0	- 3,3	- 3,5
Gotlands kn	27,4	5	4,1	3	3,0	0	0	- 1,1	- 4,0
Malmö stad	394,2	25	42,2	4	13	1	2	- 27,2	- 6,9

Sjukvårdshuvudmän	Antal läkarbesök 1995 hos samliga läkare med offentlig finansiering (1000-tal)	Antal läkare som pensioneras 970101	Antal besök som dessa svarade för 1995 ¹⁾ (1000-tal)	Antal läkare som beviljats fortsatt verksamhet 1997	Uppskattning av antalet läkarbesök som dessa svarar för ¹⁾ 1997 (1000-tal)	Antal beviljade etableringar	Uppskattat antal läkarbesök hos nya etableringar ¹⁾ (1000-tal)	Uppskattad förändring av antalet läkarbesök 1997 (1000-tal)	%
Göteborgs stad	476,2	37	66,1	11	17,4	6	20,3	-28,4	-6
Summa	4 692,2	354	475,6	58	84,6	19	46,3	-341,2	-7,3

¹⁾ Om inte annat uppgivits räknas schablonmässigt med 2 000 läkarbesök per år och läkare för nyetableringar

Tabellbilaga 4. Nytecknade vård- och samverkansavtal under 1996 med privata specialistläkare och sjukgymnaster

Sjukvårds- huvudmän	Specialistläkare			Sjukgymnaster		
	Antal nya etableringar	Antal vård- samverkans- avtal	Bedömning av ytterligare avtal under 1996	Antal nya etableringar	Antal vård- samverkans- avtal	Bedömning av ytterligare avtal under 1996
Stockholm	0	20	Ja, 110	1	4	Ja, 85
Uppsala	0	0	Ja, att gälla fr.o.m. 1997	0	0	Nej
Sörmland	0	3	Ja, 4-5	0	0	Ja, 6
Östergötland	0	1	Ja, 2	0	0	Ja, 3
Jönköping	0	0	Nej	0	0	Nej
Kronoberg	0	0	Nej	0	0	Nej
Kalmar	0	0	Nej	0	0	Nej
Blekinge	0	0	Ja, med 2> 65 år	0	0	Ja, att gälla under 1997
Kristianstad	1	1	Nej, men 1997	1	1	Nej, men 1997
Malmöhus län	1	1	Ja, 11	0	1	Nej

Sjukvårds- huvudmän	Specialistläkare			Sjukgymnaster		
	Antal nya etableringar	Antal vård- samverkans- avtal	Bedömning av ytterligare avtal under 1996	Antal nya etableringar	Antal vård- samverkans- avtal	Bedömning av ytterligare avtal under 1996
Halland	0	0	Nej	0	0	Nej
Bohuslands- landstinget	0	3	Ja, 2-4	0	0	Nej
Älvsborg	0	0	Ja, 4	0	0	Nej
Skaraborg	0	0	Nej	0	0	Nej
Värmland	0	0	Nej	0	0	Nej
Örebro	0	1	Ja, 2	0	3	Ja, 2
Västmanland	0	13	Nej	0	2	Nej
Dalarna	1	1	Nej	0	0	Nej
Gävleborg	1	2	2	0	0	Ja, 1
Västernorrland	0	0	0	0	0	Nej
Jämtland	0	0	Förhandl. har påbörjats	0	0	Förhandl. ska påbörjas

Sjukvårds- huvudmän	Specialistläkare			Sjukgymnaster		
	Antal nya etableringar	Antal vård- samarverkans- avtal	Bedömning av ytterligare avtal under 1996	Antal nya etableringar	Antal vård- samarverkans- avtal	Bedömning av ytterligare avtal under 1996
Västerbotten	0	0	Nej	0	0	Nej
Norrbottn	0	0	1	0	0	Nej
Gotlands kn	0	0	3	0	0	Nej
Malmö stad	2	2	Ja	0	0	Ja
Göteborgs stad	0	0	Ja, med 10>65 år + 2	0	1	Nej
Summa	6	48	min. 155-160	2	12	min. 97

Tabellbilaga 5 **Antalet privata offentligt finansierade läkare på primärvårdsnivå hösten 1996**

Sjukvårds- huvudmän	Privata allmän- läkare inom primär- vården	Taxeansl. allmän- läkare	Tot. ant. allmän- läkare inom primär- vården (SoS 96)	Priv. läk. på primärv. nivå i proc. ant. primärv. läk. exkl. taxeansl. allm. läk.	Priv. allmän- läk. som över- gått till nat. tax. inkl. taxeansl. allm. läk.	Primärv. på entre- prenad	
Stockholm	156	96	768	20	29	31	hela VC, enst. BVC o MVC (15 % av tot. PV)
Uppsala ²⁾	23	6	126	18	22	1	hembesök, jourt.
Sörmland	4	13	90	4	16	3	PV Katrinholm drivs av kn
Östergötland	14	3	195	7	7	1	4 VC
Jönköping	13	5	128	10	13	0	1 VC, PV i Aneby, drivs av kn
Kronoberg	1	2	88	1	4	0	
Kalmar	15	3	110	14	16	2	
Blekinge ²⁾	3	13	71	4	19	7	
Kristianstad ²⁾	31	24	153	20	31	19	4 VC m. områdesansv.
Malmöhus län ²⁾ 21-31 ¹⁾		39	193	11-16	26-30	15	4 VC, PV i Helsingborg drivs av kn (6 läk.)
Halland	25	7	113	22	27	1	
Bohuslandstinget	26	6	146	18	21	4	
Älvsborg	0	18	203	0	8	11	
Skaraborg	10	6	145	7	11	6	1 VC (3 läk)
Värmland	0	12	153	0	7	0	
Örebro	8	13	131	6	15	6	3 VC varav 2 drivs av kn
Västmanland	54	6	134	40	43	1	16 fam. läk enh.
Dalarna	5	13	164	3	10	1	
Gävleborg	7	7	153	5	9	0	1 hälsocentr. m. 4 läk.
Västernorrland	0	0	126	0	0	0	
Jämtland	0	7	73	0	9	0	1 hälsocentr.

Sjukvårds- huvudmän	Privata allmän- läkare med primär- vården	Taxeansl. allmän- läkare	Tot. ant. allmän- läkare inom primär- vården (SoS 96)	Priv. läk. på primärv. nivå i proc. ant. primärv.läk. exkl. taxeansl. inkl. taxeansl. allm.läk. allm.läk.	Priv. allmän- läk. som över- gått till nat. tax	Primärv. på entre- prenad
Västerbotten	9	2	135	7	8	1
Norrbotten	0	14	132	0	10	0
Gotlands kn	0	0	25	0	0	0
Malmö stad	23	13	107	21	30	8
Göteborgs stad	35	32	156	22	36	25
"Fri kommuner"	7	-	108	6	6	0
Summa	490-500	360	4 126	12	19	143

¹⁾ Vårdavtal med allmänspecialister inkluderas

²⁾ Avtal med specialister i allmänmedicin i form av juridiska personer varför 5 exakt antal läkare saknas

Tabellbilaga 6. Krav på remiss i öppenvård hösten 1996

Sjukvårds- huvudman	Läkare		Sjukgymnaster		Kommentarer
	ja	nej	ja	nej	
Stockholm		X		X	
Uppsala		X		X	
Sörmland	X		X		Fr.o.m. 960901: ÖNH, Inv. med, reumatologi kirurgi Fr.o.m. 970101: ortopedi, ögon. Undantag: barn, gyn, psyk. Inga tids- och behand- lingsgränser för sjukgymnastik
Östergötland		X		X	
Jönköping		X		X	
Kronoberg		X	X		Fr.o.m. 960205 för sjukgym- nastik, remiss giltig 1 år. Ej maximerat antal behandlingar
Kalmar		X	X		Behandling påbörjad inom 3 mån och avslutad inom 6
Blekinge		X	X		Nya regler för sjukgymnaster under utarbetande, som om- fattar regler för vem som får skriva remiss, giltighetstid, antal behandlingar och undan- tag för kroniskt sjuka.
Kristianstad		X	X		Högst 10 behandlingar inom 4 mån.
Malmöhus län		X	X		Högst 10 behandlingar inom 4 mån.

Sjukvårds- huvudman	Läkare		Sjukgymnaster		Kommentarer
	ja	nej	ja	nej	
Halland		X	X		Nya regler fr.o.m. 970101. Generell remiss krävs till såväl specialistläkare som sjukgymnaster. Undantag: gyn, psyk, barn <1 år. Remiss giltig 6 mån. Undantag kroniskt sjuka, giltig 1 år. Till privata specialister med avtal införs möjlighet till dagremiss. Akuta besök kräver ej remiss. Övergångsregler under 1 år.
Bohuslands- landstinget		X	X		Läkare kan tidsbegränsa remissen, praxis 6 mån. Diskussion om remisskrav till specialistläkare pågår pga. det västsvenska samarbetet.
Älvsborg	X		X		Undantag: barn, gyn. För sjukgymnastik max 10 behandlingar. Giltig i 6 mån, behandling påbörjas inom 3 mån.
Skaraborg		X	X		Diskussion om remisskrav pågår
Värmland		X	X		Behandling påbörjad inom 3 mån. Avslutad inom 6 mån.
Örebro	X		X		Undantag: barn, gyn, psyk, vuxenhab, STD och besök på logopedmottagning. Behandling påbörjad inom 3 mån och avslutad inom 6 mån för sjukgymnastik.
Västmanland		X	X		Gäller 6 mån. Läkaren har rätt att maximera antalet behandlingar

Sjukvårds- huvudman	Läkare		Sjukgymnaster		Kommentarer
	ja	nej	ja	nej	
Dalarna	X		X		Undantag: barn, gyn, psyk. Inga tidsgränser eller max antal behandlingar
Gävleborg		X	X		Fr.o.m. 970101 införs remiss- krav till specialistläkare. Undantag: gyn, BUP
Västernorrland		X	X		Fr.o.m. 960701 för sjuk- gymnastik, giltighetstid 1 år, ej maximerat antal behand- lingar
Jämtland		X	X		Fr.o.m. 970101 införs remiss- krav till specialistläkare. Undantag: BUP, infektions- och delar av hudklinik, STD. Sjukgymnastbehandling maxi- meras till 10 fr.o.m. 970101
Västerbotten	X		X		Undantag: barn <1 år, gyn, psyk, smittskydd, STD. Remiss giltig i 1 år. Långremiss 5 år.
Norrbotten		X	X		Inga tids- eller begränsningar i antal behandlingar
Gotlands kn		X	X		Tidsbegränsning 6 mån. Max 10 behandlingar
Malmö stad		X	X		Tidsbegränsning 4 mån. Nor- malt max antal behandlingar 10
Göteborgs stad		X	X		Inga tids- eller begränsningar i antal behandlingar. Diskussion om remisskrav till specialist- läkare pågår pga. det väst- svenska samarbetet
Summa	5	21	22	4	

Tabellbilaga 7. Finansiering, styrning och organisation av öppenvården i andra länder

	England	Danmark	Finland	Kanada	Tyskland	Holland
Skattefinansiering alt. försäkring	Nationell skattefinansiering	Skattefinansiering, amtsnivå	Skattefinansiering, kommunnivå, statsbidrag	Skattefinansiering, delstatsnivå, statsbidrag	Försäkringssystem, 80% offentligt	Försäkringssystem, 75% offentligt
Ersättnings-system för primär-/öppenvård	per capita (60 %), per besök, lokal- och personal-kostn. Förhandling lokal nivå inom ramen för centralt budgeterade medel	per capita (30 %), per besök, per åtgärd + vissa övr. ersättn. regler om takersätt. Förhandling nationell nivå.	Hälsocentraler: fast månadslön, per capita, per besök, per åtgärd + vissa speciella ersättningar utarbetat på nationell nivå.	Huvuddelen prestationsersättn. Alla provinser har takersätt. Förhandlas på provinsnivå.	Fee-for-service system. Taxan bygger på ett poängsystem och är prestationsrelaterat. Förhandlingar på delstatsnivå och nationell nivå	Kapitationsersättn. för offentl. finansierade patienter och fee-for-service för privat försäkrade. Förhandlingar sker på lokal nivå. Avtalen godkänns på nationell nivå.
Primärvård, husläkare, allmänläkare	Samtliga privatpraktik. Ca 50 % är s.k. budgetansvariga, dvs. "köper" specialistvård	Samtliga privatpraktik	Hälsocentraler, varav hälften med samkommuner som huvudman. Dessutom finns privata allmänläkare.	Samtliga privatpraktik	Samtliga privatpraktik	Allmänläkare i regel privatpraktik.
Andelen privata öppenvårdsspecialister	Samtliga	Samtliga. Krav på avtal med amtskommun.	Ca hälften privata	Samtliga	Samtliga	Allmänläkare i regel privatpraktik.
Beställarutförarkoncept. Konkurrens.	Ja	Nej	Ny statsbidragsreform möjliggör konkurrens.	Nej	Nej	Ja, i liggande förslag.
Fritt val av husläkare	Ja	Ja	Mycket begränsat	Ja	Ja	Ja
Remisskrav till specialistvård	Ja	Ja	Ja, till sjukhus	Formellt nej, men i praktiken ja.	Ja, till sjukhus	Ja, till sjukhus
Etableringskontroll	Ja	Ja	Ja	Nej, inte generellt, men vissa provinser har infört begränsningar	Ja, sedan 1993	Viss kontroll
Patientavgift	Nej	Nej	Ja. Sedan 1993 även i primärvården	Nej	Nej	Nej

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

1. Den nya gymnasieskolan – hur går det? U.
2. Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. U.
3. Fritid i förändring.
Om kön och fördelning av fritidsresurser. C.
4. Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. UD.
5. Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. UD.
6. Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. UD.
7. Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. UD.
8. Batterierna – en laddad fråga. M.
9. Om järnvägens trafikledning m.m. K.
10. Forskning för vår vardag. C.
11. EU-mopeden. Alders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. K.
12. Kommuner och landsting med betalnings-svårigheter. Fi.
13. Offentlig djurskyddstillsyn. Jo.
14. Budgetlag – regeringens befogenheter på finansmaktens område. Fi.
15. Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. UD.
16. Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. UD.
17. Bättre trafik med väginformatik. K.
18. Totalförsvarspåbud m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. Fö.
19. Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. UD.
20. Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. U.
21. Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. U.
22. Inflytande på riktigt – Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. U.
23. Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. N.
24. Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. UD.
25. Från massmedia till multimedia – att digitalisera svensk television. Ku.
26. Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. K.
27. En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. U.
28. Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. U.
29. Forskning och Pengar. U.
30. Borgenärsbrotten – en översyn av 11 kap. brottsbalken. Fi.
31. Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. C.
32. Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. SB.
33. Banverkets myndighetsroll m.m. K.
34. Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. A.
35. Kriminalunderrättelseregister
DNA-register. Ju.
36. Högskola i Malmö. U.
37. Sveriges medverkan i FN:s familjeår. S.
38. Nationalstadsparker. M.
39. Rapport från klimatdelegationen 1995.
Klimatrelaterad forskning. M.
40. Elektronisk dokumenthantering. Ju.
41. Statens maritima verksamhet. Fö.
42. Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. UD.
43. Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. UD.
44. Översyn av skatteflyktslagen.
Reformerat förhandsbesked. Fi.
45. Presumptionsregeln i expropriationslagen. Ju.
46. Enskilda vägar. K.
47. Cirkelsamhället. Studiecirkelns betydelser för individ och lokalsamhälle. U.
48. Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. N.
49. Regler för handel med el. N.
50. Förbud mot vapen på allmän plats m.m. Ju.
51. Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring – alternativ och förslag. A.
52. Precisering av handelsändamålet i detaljplan. M.
53. Kalkning av sjöar och vattendrag. M.
54. Kooperativa möjligheter i storstadsområden. S.
55. Sverige, framtiden och mångfalden. A.
55. På väg mot egenföretagande. A.
55. Vägar in i Sverige. A.
56. Hälften vore nog – om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. A.
57. Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. Fi.
58. Finansieringen av det civila försvaret. Fö.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

59. Europapolitikens kunskapsgrund.
En principdiskussion utifrån
EU 96-kommittens erfarenheter. UD
60. Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och
utvidningens effekter på den gemensamma
jordbrukspolitiken. UD.
61. Olika länder – olika takt. Om flexibel integration
och förhållandet mellan stora och små stater i EU.
UD.
62. EU, konsumenterna och maten
– Förväntningar och verklighet. Jo.
63. Medicinska undersökningar i arbetslivet. A.
64. Försäkringskassan Sverige – Översyn av
socialförsäkringens administration. S.
65. Administrationen av EU:s jordbrukspolitik
i Sverige. Jo.
66. Utvärderat personval. Ju.
67. Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader.
Fi.
68. Några folkbokföringsfrågor. Fi.
69. Kompetens och kapital + bilaga. N.
70. Samverkan mellan högskolan och näringslivet. N.
71. Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer
och landsbygd. In.
72. Rättspsykiatriskt forskningsregister. S.
73. Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet.
Volym 1 – En granskning. M.
73. Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 1 – An Assessment. M.
74. Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet.
Volym 2 – Faktaredogörelser. M.
74. Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 2 – Descriptions. M.
75. Värden i folkhögskolevärlden. U.
76. EU:s regeringskonferens – procedurer, aktörer,
formalia. Sammanfattning av ett seminarium i
april 1996. UD.
77. Utländska försäkringsgivare med verksamhet i
Sverige. Fi.
78. Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning
och finansiering. N.
79. Översyn av revisionsreglerna. Fi.
80. Viktigt meddelande.
Radio och TV i Kris och Krig. Ku.
81. Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. Fi.
82. En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens
tillsynsmyndigheter. K.
83. Allmänt pensionssparande. S.
84. Ekobrottsforskning. Ju.
85. Egon Jönsson – en kartläggning av lokala sam-
verkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. S.
86. Utvecklad samordning inom det civila försvaret
och fredsräddningstjänsten. Kartläggning,
överväganden och förslag. Fö.
87. Tredimensionell fastighetsindelning. Ju.
88. Kameraövervakning. Ju.
89. Samverkan mellan högskolan och de små och
medelstora företagen. N.
90. Sammanhållet studiestöd. U.
91. Den privata vårdens omfattning och framtida
ersättningsformer – En översyn av de nationella
taxorna för läkare och sjukgymnaster. S.
92. IT i miljöarbetet. M.
93. Ny yrkestrafiklagstiftning. K.
94. Nationell teledresskatalog. K.
95. Botniabanan. K.
96. Strukturförändring och besparing.
En uppföljning av genomförda förändringar
inom försvarsmaktens ledningsorganisation. Fö.
97. Effektivare försvarsfastigheter!
Utvärdering av en reform. Fö.
98. Vem styr försvaret? Utvärdering av
effekterna av LEMO-reformen. Fö.
99. Avveckling med inlärnin. Erfarenheter från
LEMO-reformens avveckling av personal. Fö.
100. Ett nytt system för skattebetalningar. Del A.
Ett nytt system för skattebetalningar. Del B.
Författningsförslag, författningskommentarer
och bilagor. Fi.
101. Kärnavfall – teknik och platsval. KASAMS
yttrande över SKBs FUD-Program 95. M.
102. TUFF – Teckenspråksutbildning för föräldrar. U.
103. Miljöbalken. En skärpt och samordnad
miljölagstiftning för en hållbar utveckling.
Del 1 och 2. M.
104. Konsumentskydd på elmarknaden. C.
105. Att främja donationer till universitet
och högskolor. U.
106. EU och Sverige – från Kiruna till Malmö.
Sammanfattning av fyra regionala möten
1995-96. UD.
107. Union utan gränser – konsekvenser, möjligheter,
problem. Sammanfattning av ett seminarium i
november 1995. UD.
108. Konsumenterna och miljön. C.
109. Från äkerlotter till IParadis – ett delbetänkande
från Utredningen om universitetsfastigheter m.m.
angående överlåtelse och tomträttsupplåtelse av
vissa högskolefastigheter. Fi.
110. Inför ett Svenskt kulturnät – IT och framtiden
inom kulturområdet. Ku.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

111. Bevakad övergång. Åldersgränser för unga upp till 30 år. C
112. Integrering av miljöhänsyn inom den statliga förvaltningen. M.
113. En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Del I och 2. S.
114. En körkortsreform. K.
115. Barnkonventionen och utlänningslagen. S.
116. Artikel 6 i Europakonventionen och skatteutredningen. Fi.
117. Expertrapporter från Skatteväxlingskommittén. Fi.
118. Station Stockholm Nord. K.
119. Lättnad i dubbelbeskattningen av mindre företags inkomster. Fi.
120. Högskolan i Malmö - Slutbetänkande. U.
121. Spår, miljö och stadsbild i centrala Stockholm. K.
122. Kunskapssyn och samhällsnytta i hantverkscirklar och hantverksutövande. U.
123. Iakttagelser och förslag efter omstruktureringen av försvarets ledning och stöd. Fö.
124. Miljö för en hållbar hälsoutveckling. Betänkande. Förslag till nationellt handlingsprogram. S. Bilaga 1. Miljörelaterade hälsorisker. S. Bilaga 2. Aktörer och verktyg i miljöhälsoarbetet. S. Environment for Sustainable Health Development - an Action Plan for Sweden. S.
125. Droger i trafiken. Ju.
126. Doping i folkhälsoperspektiv. Del A och Del B. S.
127. Folkbildningens institutioner. U.
128. Skyddet av kulturmiljön. En översyn av kulturmiljölagens bestämmelser om byggnader och kulturmiljöer, prästgårdar, kyrkstäder och ortnamn. Ku.
129. Den kommunala självstyrelsen och grundlagen. In.
130. De två kulturena. Rapporter av Klaus Richard Böhme, Bo Hultdt, Carl-Einar Stålvant samt Kent Zetterberg. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
131. Extern värdering av hot och förmåga. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
132. Det stora och snabba greppet. Om LEMO-reformens metoder och resultat. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
133. Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. S.
134. Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv. S.
135. Fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi. Kunskapsläge och behov av framtida FoU. S.
136. Effekter av EU:s jordbrukspolitik. Jo.
137. Kommunalförbund och gemensam nämnd - två former för kommunal samverkan. In.
138. Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m. S.
139. Skatt på avfall. Fi.
140. KO:s bidräde åt enskilda. In.
141. Vårdavgifter vid rättspsykiatrisk vård, m.m. S.
142. Länsstyrelsernas roll i infrastrukturplaneringen. K.
143. Krock eller möte - Om den mångkulturella skolan. U.
144. Ökad konkurrens i handeln med livsmedel. N.
145. Arbetstid längd, förläggning och inflytande + bilagedel. A.
146. Att återerövra vardagen. S.
147. Övergångsbestämmelser till miljöbalken. M.
148. Översyn av förvärvslagen och hyreslagen Borgen och pant. Ju.
149. Elberedskapen. Författningsfrågor. N.
150. En allmän och sammanhållen arbetslöshetsförsäkring. A.
151. Bidrag genom arbete - En antologi. S.
152. Gruvorna och framtiden. N.
153. Hållbar utveckling i Sveriges skärgårdsområden. M.
154. Tre rapporter om studiecirklar. U.
155. Omtankar om vattendrag ett nytt angreppssätt. M.
156. Bostadspolitik 2000 - från produktions- till boendepolitik + Särtryck + Bilaga. In.
157. Översyn av redovisningslagstiftningen. Ju.
158. Sverige och EMU. Fi.
159. Folkbildningen - en utvärdering. U.
160. Bouppteckningar och arvsskatt. Ju.
161. Rätt att flytta - en fråga om bemötande av äldre. S.
162. På medborgarnas villkor - en demokratisk infrastruktur + bilaga. In.
163. Behov och resurser i vården - en analys. S.
164. Livslångt lärande i arbetslivet - steg på vägen mot ett kunskapssamhälle. Ett diskussionsunderlag. U.
165. Ny kurs i trafikpolitiken. Delbetänkande om beskattning av vägtrafiken. K.
166. Lärare för högskola i utveckling. U.
167. Gymnasieutbildning för vissa ungdomar med funktionshinder. U.
168. Översyn av PBL och va-lagen. In.
169. Förnyelsen av kommuner och landsting. In.
169. Kommunala förnyelseproblem. En statsvetenskaplig betraktelse. Bilaga I. In.
169. Kommunerna och den statliga styrningen. Bilaga II. In.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

- 169. Budgetpolitik. En studie av behovsbudgetering i två decentraliserade organisationer. Bilaga III. In.
 - 169. Konkurrensetsättning inom äldreomsorgen i Stockholms stad. Politisk-demokratiska aspekter. Bilaga IV. In.
 - 169. Förändringsmodeller och förändringsprocesser i kommuner och landsting. Några empiriska studier. Bilaga V. In.
 - 170. Fritidsbåten och samhället. K.
 - 171. Konsekvenserna för CAP av WTO-åtgärderna och en östutvidgning. Jo.
 - 172. Licensavgift – en principskiss. Ju.
 - 173. När makten gör fel. Den offentliga tjänstemannens ställning och ansvar. Fi.
 - 174. Handikappinstitutet för bra hjälpmedel och ökad livskvalitet. S.
 - 175. Styrning och samverkan. S.
-

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. [32]

Justitiedepartementet

Kriminalunderrättelseregister
DNA-register. [35]
Elektronisk dokumenthantering. [40]
Presumptionsregeln i expropriationslagen. [45]
Förbud mot vapen på allmän plats m.m. [50]
Utvärderat personval. [66]
Ekobrottsforskning. [84]
Tredimensionell fastighetsindelning. [87]
Kameraövervakning. [88]
Droger i trafiken. [125]
Översyn av förvärvslagen och hyreslagen Borgen och pant. [148]
Översyn av redovisningslagstiftningen. [157]
Bouppteckningar och arvsskatt. [160]
Licensavgift – en principskiss. [172]

Utrikesdepartementet

Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. [4]
Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. [5]
Ett år med EU. Svenska stats tjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. [6]
Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. [7]
Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. [15]
Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. [16]
Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. [19]
Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. [24]
Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. [42]
Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. [43]
Europapolitikens kunskapsgrund. En principdiskussion utifrån EU 96-kommitténs erfarenheter. [59]
Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och utvidgningens effekter på den gemensamma jordbrukspolitiken. [60]

Olika länder – olika takt. Om flexibel integration och förhållandet mellan stora och små stater i EU. [61]
EU:s regeringskonferens – procedurer, aktörer, formalia. Sammanfattning av ett seminarium i april 1996. [76]
EU och Sverige – från Kiruna till Malmö. Sammanfattning av fyra regionala möten 1995-96. [106]
Union utan gränser – konsekvenser, möjligheter, problem. Sammanfattning av ett seminarium i november 1995. [107]

Försvarsdepartementet

Totalförsvarspiktiga m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. [18]
Statens maritima verksamhet. [41]
Finansieringen av det civila försvaret. [58]
Utvecklad samordning inom det civila försvaret och freds räddningstjänsten. Kartläggning, överväganden och förslag. [86]
Strukturförändring och besparing.
En uppföljning av genomförda förändringar inom försvarsmaktens ledningsorganisation. [96]
Effektiva försvarsfastigheter!
Utvärdering av en reform. [97]
Vem styr försvaret? Utvärdering av effekterna av LEMO-reformen. [98]
Avveckling med inläring. Erfarenheter från LEMO-reformens avveckling av personal. [99]
Iakttagelser och förslag efter omstruktureringen av försvarets ledning och stöd. [123]
De två kulturerna. Rapporter av Klaus Richard Böhme, Bo Hult, Carl-Einar Stålvant samt Kent Zetterberg. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [130]
Extern värdering av hot och förmåga. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [131]
Det stora och snabba greppet. Om LEMO-reformens metoder och resultat. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [132]

Socialdepartementet

Sveriges medverkan i FN:s familjeår. [37]
Kooperativa möjligheter i storstadsområden. [54]
Försäkringskassan Sverige – Översyn av socialförsäkringens administration. [64]
Rättspsykiatriskt forskningsregister. [72]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Allmänt pensionssparande. [83]

Egon Jönsson – en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. [85]

Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster. [91]

En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Del 1 och 2. [113]

Barnkonventionen och utlänningslagen. [115]

Miljö för en hållbar hälsoutveckling.

Betänkande. Förslag till nationellt handlingsprogram. [124]

Bilaga 1. Miljörelaterade hälsorisker. [124]

Bilaga 2. Aktörer och verktyg i miljöhälsoarbetet. [124]

Environment for Sustainable Health Development – an Action Plan for Sweden. [124]

Doping i folkhälsooperspektiv. Del A och Del B. [126]

Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. [133]

Jämställd vård. Möten i vården ur ett

tvärvetenskapligt perspektiv. [134]

Fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi.

Kunskapsläge och behov av framtida FoU. [135]

Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m. [138]

Vårdavgifter vid rättspsykiatrisk vård, m.m. [141]

Att återerövra vardagen. [146]

Bidrag genom arbete – En antologi. [151]

Rätt att flytta – en fråga om bemötande av äldre. [161]

Behov och resurser i vården – en analys. [163]

Handikappinstitutet för bra hjälpmedel och ökad livskvalitet. [174]

Styrning och samverkan. [175]

Kommunikationsdepartementet

Om järnvägens trafikledning m.m. [9]

EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. [11]

Bättre trafik med väginformatik. [17]

Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. [26]

Banverkets myndighetsroll m.m. [33]

Enskilda vägar. [46]

En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens tillsynsmyndigheter. [82]

Ny yrkestrafiklagstiftning. [93]

Nationell teledresskatalog. [94]

Botniabanan. [95]

En körkortsreform [114]

Station Stockholm Nord. [118]

Spår, miljö och stadsbild i centrala Stockholm. [121]

Länsstyrelsernas roll i infrastrukturplaneringen. [142]

Ny kurs i trafikpolitiken. Delbetänkande om

beskattning av vägtrafiken. [165]

Fritidsbåten och samhället. [170]

Finansdepartementet

Kommuner och landsting med betalnings-svårigheter. [12]

Budgetlag – regeringens befogenheter på finansmaktens område [14]

Borgenärsbrotten – en översyn av 11 kap. brottsbalken. [30]

Översyn av skatteflyktslagen.

Reformerat förhandsbesked. [44]

Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. [57]

Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader. [67]

Några folkbokföringsfrågor. [68]

Utländska försäkringsgivare med verksamhet i Sverige. [77]

Översyn av revisionsreglerna. [79]

Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. [81]

Ett nytt system för skattebetalningar. Del A.

Ett nytt system för skattebetalningar. Del B.

Författningsförslag, författningskommentarer och bilagor. [100]

Från åkerlötter till Paradis – ett delbetänkande från Utredningen om universitetsfastigheter m.m. angående överlåtelse och tomträttsupplåtelse av vissa högskolefastigheter. [109]

Artikel 6 i Europakonventionen och skatte-utredningen. [116]

Expertrapporter från Skatteväxlingskommittén. [117]

Lättnad i dubbelbeskattningen av mindre företags inkomster. [119]

Skatt på avfall. [139]

Sverige och EMU. [158]

När makten gör fel. Den offentliga tjänstemannens ställning och ansvar. [173]

Utbildningsdepartementet

Den nya gymnasieskolan – hur går det? [1]

Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. [2]

Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. [20]

Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. [21]

Inflytande på riktigt – Om elevers rätt till

inflytande, delaktighet och ansvar. [22]

En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. [27]

Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. [28]

Forskning och Pengar. [29]

Högskola i Malmö. [36]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Cirkelsamhället. Studiecirkels betydelser för individ och lokalsamhälle. [47]
Värden i folkhögskolevärlden. [75]
Sammanhållet studiestöd. [90]
TUFF – Teckenspråkutbildning för föräldrar. [102]
Att främja donationer till universitet och högskolor. [105]
Högskolan i Malmö – Slutbetänkande. [120]
Kunskapssyn och samhällsnytta i hantverkscirklar och hantverksutövande. [122]
Folkbildningens institutioner. [127]
Krock eller möte – Om den mångkulturella skolan. [143]
Tre rapporter om studiecirklar. [154]
Folkbildningen – en utvärdering. [159]
Livslångt lärande i arbetslivet – steg på vägen mot ett kunskapssamhälle. Ett diskussionsunderlag. [164]
Lärare för högskola i utveckling. [166]
Gymnasieutbildning för vissa ungdomar med funktionshinder. [167]

Jordbruksdepartementet

Offentlig djurskyddstillsyn. [13]
EU, konsumenterna och maten
– Förväntningar och verklighet. [62]
Administrationen av EU:s jordbrukspolitik i Sverige. [65]
Effekter av EU:s jordbrukspolitik. [136]
Konsekvenserna för CAP av WTO-åtgärderna och en östutvidgning. [171]

Arbetsmarknadsdepartementet

Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. [34]
Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring – alternativ och förslag. [51]
Sverige, framtiden och mångfalden. [55]
På väg mot egenföretagande. [55]
Vägar in i Sverige. [55]
Hälften vore nog – om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. [56]
Medicinska undersökningar i arbetslivet. [63]
Arbetstid
längd, förläggning och inflytande + bilagedel. [145]
En allmän och sammanhållen arbetslöshetsförsäkring. [150]

Kulturdepartementet

Från massmedia till multimedia – att digitalisera svensk television. [25]
Viktigt meddelande.
Radio och TV i Kris och Krig. [80]

Inför ett Svenskt kulturnät – IT och framtiden inom kulturområdet. [110]
Skyddet av kulturmiljön. En översyn av kulturminneslagens bestämmelser om byggnader och kulturmiljöer, prästgårdar, kyrkstäder och ortnamn. [128]

Näringsdepartementet

Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. [23]
Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. [48]
Regler för handel med el. [49]
Kompetens och kapital + bilaga. [69]
Samverkan mellan högskolan och näringslivet. [70]
Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning och finansiering. [78]
Samverkan mellan högskolan och de små och medelstora företagen. [89]

Närings- och handelsdepartementet

Ökad konkurrens i handeln med livsmedel. [144]
Elberedskapen. Författningsfrågor. [149]
Gruvorna och framtiden. [152]

Civildepartementet

Fritid i förändring.
Om kön och fördelning av fritidsresurser. [3]
Forskning för vår vardag. [10]
Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. [31]
Konsumentskydd på elmarknaden. [104]
Konsumenterna och miljön. [108]
Bevakad övergång. Åldersgränser för unga upp till 30 år. [111]

Inrikesdepartementet

Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer och landsbygd. [71]
Den kommunala självstyrelsen och grundlagen. [129]
Kommunalförbund och gemensam nämnd – två former för kommunal samverkan. [137]
KO:s biträde åt enskilda. [140]
Bostadspolitik 2000 – från produktions- till boendepolitik + Särtryck + Bilaga [156]
På medborgarnas villkor – en demokratisk infrastruktur + bilagor. [162]
Översyn av PBL och va-lagen. [168]
Förnyelsen av kommuner och landsting. [169]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Kommunala förnyelseproblem.

En statsvetenskaplig betraktelse. Bilaga I. [169]

Kommunerna och den statliga styrningen.

Bilaga II. [169]

Budgetpolitik. En studie av behovsbudgetering i två decentraliserade organisationer. Bilaga III. [169]

Konkurrensutsättning inom äldreomsorgen i Stockholms stad. Politisk-demokratiska aspekter.

Bilaga IV. [169]

Förändringsmodeller och förändringsprocesser i kommuner och landsting. Några empiriska studier.

Bilaga V. [169]

Miljödepartementet

Batterierna – en laddad fråga. [8]

Nationalstadsparker. [38]

Rapport från klimatdelegationen 1995.

Klimatrelaterad forskning. [39]

Precisering av handelsändamålet i detaljplan. [52]

Kalkning av sjöar och vattendrag [53]

Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet.

Volym 1 – En granskning. [73]

Swedish Nuclear Regulatory Activities.

Volume 1 – An Assessment. [73]

Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet.

Volym 2 – Faktaredogörelser. [74]

Swedish Nuclear Regulatory Activities.

Volume 2 – Descriptions. [74]

IT i miljöarbetet. [92]

Kärnavfall – teknik och platsval. KASAMs

yttrande över SKBs FUD-Program 95. [101]

Miljöbalken. En skärpt och samordnad miljölagstiftning för en hållbar utveckling.

Del 1 och 2. [103]

Integrering av miljöhänsyn inom den statliga förvaltningen. [112]

Övergångsbestämmelser till miljöbalken. [147]

Hållbar utveckling i Sveriges skärgårdsområden. [153]

Omtankar om vattendrag

ett nytt angreppssätt. [155]